



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social
Dissertação de Mestrado

**SOCIEDADE CIVIL, VOLUNTARIADO E DIREITO À SAÚDE:
Uma análise sobre a Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília**

THAÍS KRISTOSCH IMPERATORI

BRASÍLIA/2012

THAÍS KRISTOSCH IMPERATORI

SOCIEDADE CIVIL, VOLUNTARIADO E DIREITO À SAÚDE:

Uma análise sobre a Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ângela Vieira Neves.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1004663.

Imperatori, Thaís Kristosch.
I34s Sociedade civil, voluntariado e direito à saúde :
uma análise sobre a Associação de Voluntários do Hospital
Universitário de Brasília / Thaís Kristosch Imperatori. --
2012.
187 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço
Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social,
2012.
Inclui bibliografia.
Orientação: Ângela Vieira Neves.

1. Trabalho voluntário. 2. Política de saúde. 3. Voluntários
I. Neves, Ângela Vieira. II. Título.

CDU 304:614

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação de Política Social
Dissertação de Mestrado

THAÍS KRISTOSCH IMPERATORI

SOCIEDADE CIVIL, VOLUNTARIADO E DIREITO À SAÚDE:

Uma análise sobre a Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Política Social, Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ângela Vieira Neves

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Ângela Vieira Neves - Orientadora

Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – IH/UnB

Prof^a. Dr^a. Andreia de Oliveira – Membro Externo

Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – IH/UnB

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa – Membro Interno
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UnB

Prof^a. Dr^a. Nair Heloísa Bicalho de Sousa – Suplente
Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – IH/UnB

Aprovado em ____/____/_____

À minha família.

AGRADECIMENTOS

A realização da presente pesquisa não teria sido possível sem a colaboração e apoio de várias pessoas que estiveram ao meu lado nesses últimos dois anos. Esse é o momento de dizer “obrigada” – um gesto simples para retribuir todo o carinho recebido nesta etapa tão importante na minha vida!

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pelos milagres que realiza no meu cotidiano.

À minha família, pelo apoio e amor. Aos meus pais, Jucemar e Márcia, pelo carinho e estímulo, por sempre terem me ensinado o valor da educação e me incentivado a seguir. Agradeço ao meu marido, Danilo, pelo companheirismo, compreensão e por deixar meus dias mais alegres e felizes.

À minha orientadora, professora Ângela Neves, pelos ensinamentos e sabedoria, pela dedicação ao me orientar.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Política Social, particularmente aos que colaboraram com a realização da pesquisa aqui apresentada e por suas valiosas contribuições. Ao professor Cristiano Guedes e à professora Flávia Lessa, que participaram da banca de qualificação desse projeto de pesquisa. Às professoras Maria Fátima de Sousa, Andréia de Oliveira e Nair Heloísa Bicalho de Sousa, que aceitaram o convite para participar da banca de defesa.

À Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília (AVHUB), pelo acolhimento e por aceitar ser objeto de estudo da presente pesquisa, particularmente aos voluntários que compartilharam comigo seu tempo e suas experiências.

Aos profissionais do Hospital Universitário de Brasília (HUB), que aceitaram participar desse estudo, de modo especial à equipe de Serviço Social, pelo carinho dispensado e pela prontidão em me auxiliar ao longo da pesquisa.

À Domingas, secretária do Programa de Pós-Graduação em Política Social, pela disponibilidade e prontidão em solucionar as mais diversas questões administrativas apresentadas no decorrer do processo.

Aos amigos e amigas que torceram e acompanharam a presente caminhada, pelo apoio e por tantos momentos divertidos que tornaram esses dois anos mais suaves.

Enfim, a todos que acompanharam minha trajetória e partilharam suas experiências e conhecimentos.

RESUMO

O presente estudo analisa a participação da sociedade civil na política pública de saúde por meio do voluntariado a partir de um estudo de caso realizado junto à Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília. Buscou-se analisar tal prática na política de saúde e compreender quais as repercussões para a compreensão da saúde como um direito social, segundo o entendimento de voluntários, profissionais de saúde e a direção do hospital. A prática do voluntariado na saúde remete às Santas Casas de Misericórdia, resultado da união entre Estado e Igreja Católica, desde o século XVI. Desde então, o voluntariado foi se reconfigurando na sociedade brasileira, sendo estimulado por meio de programas governamentais em diversas áreas. No campo da saúde, o voluntariado se apresenta como um espaço de atendimento às necessidades materiais dos usuários através de diversas doações, além de ser uma forma de humanização das relações nos hospitais. A hipótese proposta pela pesquisa afirma que a prática do voluntariado não fortalece o direito à saúde pública. Isso significa que embora possa atuar no atendimento às demandas dos usuários, a referida ação não ocorre a partir de uma perspectiva de direitos, mas por meio de uma prática refilantropizada da assistência privada. A pesquisa, de caráter qualitativo, utilizou como instrumentos a análise documental, a observação participante e entrevistas semiestruturadas com dezenove participantes, sendo oito voluntários, dez profissionais de saúde e um representante da direção do hospital universitário. A partir da pesquisa, percebeu-se que há diversas compreensões sobre os objetivos e as possibilidades de atuação do voluntariado, encontrando-se discursos que elogiam e reforçam tal prática no cotidiano da instituição, bem como relatos que explicitam críticas e limitações a essa atividade. De modo geral, o voluntariado foi reconhecido, a partir dos dados da pesquisa, como um espaço importante para o atendimento das necessidades dos usuários e legitimado pela estrutura do hospital. Percebeu-se também que os serviços oferecidos pelos voluntários são utilizados pelos profissionais de saúde, o que fortalece tal prática, tendo em vista a ausência do Estado no oferecimento de determinadas políticas sociais e a precariedade com que estas são ofertadas. Assim, ora os profissionais se articulam com a rede pública de proteção social, ora tem-se a presença dos voluntários, o que evidencia uma disputa entre projetos políticos. O voluntariado, então, expressa uma complementaridade entre o público e o privado na prestação da assistência à saúde. A atuação do voluntariado relaciona-se, portanto, com questões presentes no atual contexto de precarização das políticas sociais e desresponsabilização do Estado, no qual se reforça a prestação privada de serviços públicos, por meio do mercado e da sociedade. A hipótese da pesquisa foi confirmada quando da ausência do Estado e em um contexto de disputa entre projetos políticos, tem-se o reforço do projeto privatista da saúde em detrimento da compreensão da saúde como um direito. A pesquisa identificou que a atuação do voluntariado visa responder às lacunas do próprio sistema de saúde e atender a demandas imediatas dos usuários dos serviços a partir de relações de doação e favor.

Palavras-chave: Voluntariado. Trabalho voluntário. Política de saúde. Hospital Universitário.

ABSTRACT

This research aims to analyze the participation of the civil society in the public health politics through voluntary work, departing from a case study carried with the Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília (Voluntary Workers of University of Brasilia Hospital Association). We aimed to analyze this aspect in health politics and understand its repercussion for the understanding of health care as a social right, according to voluntary workers, health professionals and the hospital administration. The practice of voluntary work in health care harks back to the *Santas Casas de Misericórdia*, (hospitals run by the catholic church clergy), which resulted from the joined efforts of the State and the Catholic Church since the XVI century. From this time on, the voluntary work was reconfigured in Brazilian society, being even stimulated by means of governmental programs in some areas. In the health care field, the voluntary work is a space for meeting the material needs of the patients of public hospitals through a variety of donations, besides being a way of humanization of relationships in a hospital. The hypothesis we proposed affirmed that the voluntary work did not enhance the right to public health. This means that in spite of the possibility of taking action in the care to the needs of the users of public hospitals, this does not occur in a perspective of social rights, but in a movement of resurgence of the practice of philanthropy in the private health care. The research, which is qualitative, utilized as instruments the documental analyses, the participant observation and semi-structured interviews with nineteen participants, being eight voluntary workers, ten health care professionals e one representative of the hospital administration. Departing from the data, we realized that there is plenty of different understandings about the objectives and the possibilities of acting for voluntary work, being found speeches that praised the practice and support it in the daily life of a hospital and also speeches that highlight the limitations to it and voice critics to it. Mainly, the voluntary work was recognized, departing from the researched data, as an important space of meeting the needs of the users e legitimated by the hospital's structure. We realized also that the services offered by voluntary workers are utilized by health care professionals, which strengthens the practice due to the absence of the State in offering determined public health care politics and the precarity with which they are implemented. Thus, sometimes the health care professionals get articulated with the public network of welfare, and sometimes this occurs with the voluntary workers, what highlights a dispute among political projects. In this sense, the voluntary work shows a complementarity among public and private in providing health care. The action of the voluntary work is related, thus, with questions that are present in the contemporary context of precarization of welfare politics and non responsabilization of the State, through the private providing of public services, through market and civil society. The hypothesis of our research was confirmed once we could point out that in the absence of the State and in a context of rivalry between public projects, the reinforcement of the privatization of health care against the understanding of health care as a right occurs. Through the research we pointed out that the action of the voluntary work aims to meet the immediate demands of the users of public health care services from the perspective of donation and obliging.

Keywords: Voluntary work. Health care politics. University Hospital.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANDES	- Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior
AVHUB	- Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília
BM	- Banco Mundial
BPC	- Benefício de Prestação Continuada
CACON	- Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAP	- Caixa de Aposentadoria e Pensão
CD	- Câmara dos Deputados
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP/IH	- Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas
CF	- Constituição Federal
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONSEA	- Conselho Nacional de Segurança Alimentar
CONSUNI	- Conselho Universitário
CPA	- Centro de Pronto Atendimento
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DASA	- Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais
DAEP	- Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa
DAEX	- Diretoria Adjunta Executiva
DF	- Distrito Federal
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	- Estados Unidos da América
FASUBRA	- Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior do Brasil
FUB	- Fundação Universidade de Brasília
GO	- Goiás
HDA	- Hospital Docente Assistencial
HDFPM	- Hospital do Distrito Federal Presidente Médice
HRAN	- Hospital Regional da Asa Norte
HUB	- Hospital Universitário de Brasília

HUs	- Hospitais Universitários
HSU	- Hospital dos Servidores da União
IAP	- Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAVE	- <i>International Association Volunteer Effort</i>
IFES	- Instituições Federais de Ensino Superior
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	- Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Servidores do Estado
LBA	- Legião Brasileira de Assistência
LOAS	- Lei Orgânica da Assistência Social
MEC	- Ministério da Educação
MG	- Minas Gerais
MOBRAL	- Movimento Brasileiro de Alfabetização
MS	- Ministério da Saúde
ONG	- Organização Não Governamental
ONU	- Organização das Nações Unidas
PCS	- Programa Comunidade Solidária
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNHAH	- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PR	- Paraná
PRONASOL	- Programa Nacional Solidário
PRONAV	- Programa Nacional do Voluntariado
PROSUS	- Promotória de Justiça de Defesa da Saúde
REHUF	- Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SBPC	- Sociedade Brasileiro para o Progresso da Ciência
SEDEST	- Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda
SES	- Secretaria de Estado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	- Universidade de Brasília

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução do número de atendimentos no Hospital Universitário de Brasília, 2009 a 2011.....	97
Tabela 2 - Distribuição dos voluntários entrevistados na pesquisa, segundo a variante “sexo”.....	102
Tabela 3 - Distribuição dos voluntários entrevistados na pesquisa, segundo a variante “atuação em outras associações, entidades ou grupos”.....	102
Tabela 4 - Distribuição dos profissionais entrevistados na pesquisa, segundo a variante “área de formação”.....	105
Tabela 5 - Distribuição dos profissionais entrevistados na pesquisa, segundo a variante “tempo de atuação no Hospital Universitário de Brasília”.....	106
Tabela 6 - Distribuição dos profissionais do Hospital Universitário de Brasília, segundo a variante “vínculo de trabalho com o Hospital Universitário de Brasília”.....	107
Tabela 7 - Distribuição dos profissionais entrevistados na pesquisa, segundo a variante “vínculo de trabalho com o Hospital Universitário de Brasília”.....	107
Tabela 8 - Distribuição dos profissionais entrevistados na pesquisa, segundo a variante “atuação em cargo de chefia e/ou direção”.....	108
Tabela 9 - Distribuição dos profissionais entrevistados na pesquisa, segundo a variante “atuação em associações, movimentos sociais e/ou partidos políticos”.....	108

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 SOCIEDADE CIVIL E VOLUNTARIADO: CONCEITOS, HISTÓRICO E ATUAÇÃO NAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	17
1.1 Notas introdutórias ao conceito de sociedade civil.....	17
1.2 A sociedade civil brasileira, o Estado e a relação público <i>versus</i> privado.....	24
1.3 Terceiro setor, organizações não governamentais e voluntariado nas políticas sociais.....	35
2 DIREITO À SAÚDE, REFORMA SANITÁRIA E SOCIEDADE CIVIL.....	56
2.1 A construção do direito à saúde no Brasil e reforma sanitária.....	57
2.2 O público e o privado na saúde.....	71
3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	77
3.1 Considerações metodológicas.....	77
3.2 A pesquisa de campo.....	80
3.2.1 <i>Pesquisa documental.....</i>	<i>86</i>
3.2.2 <i>Observação participante.....</i>	<i>87</i>
3.2.3 <i>Entrevistas.....</i>	<i>88</i>
3.3 Procedimentos éticos.....	92
4 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: ENTRE O DIREITO E A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE.....	94
4.1 Contextualizando o Hospital Universitário de Brasília.....	94
4.2 Perfil dos entrevistados na pesquisa.....	101
5 A ATUAÇÃO DO VOLUNTARIADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.....	110
5.1 O histórico e a institucionalização da Associação dos Voluntários do Hospital Universitário de Brasília.....	111
5.2 Os objetivos e as ações do voluntariado.....	116
5.2.1 <i>O atendimento às necessidades materiais dos usuários do Hospital Universitário de Brasília.....</i>	<i>118</i>
5.2.2 <i>A humanização.....</i>	<i>133</i>
5.3 As relações sociais no cotidiano do hospital: profissionais, voluntários, usuários e direção.....	140

5.4 As compreensões sobre voluntariado e possibilidades de atuação na saúde.....	155
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
REFERÊNCIAS.....	164
ANEXOS.....	180
ANEXO “A”.....	181
ANEXO “B”.....	182
APÊNDICES.....	183
APÊNDICE “A”.....	184
APÊNDICE “B”.....	185
APÊNDICE “C”.....	186
APÊNDICE “D”.....	187

INTRODUÇÃO

O conceito de sociedade civil vem sofrendo diversas variações e reformulações conforme a trajetória social e política no Brasil. Não se trata de um termo com sentido único e consensual, mas sim, é um conceito que engloba diferentes perspectivas teóricas e que, no cenário político nacional, se expressa a partir dos movimentos sociais e, de modo atual, do terceiro setor.

A literatura aponta que, historicamente, houve uma reconfiguração da relação entre Estado e sociedade civil. Se nos anos 1980, a busca era por mecanismos de incentivo à participação, democratização do Estado e reivindicação por direitos de cidadania, nos anos 1990, com o projeto neoliberal, a sociedade civil é desmobilizada e se desconstruem direitos por meio da desresponsabilização do Estado na prestação de serviços sociais universais e a opção por transferi-los para a sociedade e o mercado.

Forma-se, então, um cenário de disputa entre projetos societários distintos, particularmente nas políticas sociais. A área social não é vista em uma perspectiva de direitos, mas a partir do retorno à filantropia, à parceria e à solidariedade da sociedade civil e, no âmbito do Estado, por programas seletivos e focalizados de combate à pobreza, o que expressa uma refilantropização da questão social. Os direitos sociais são convertidos em favores e benesses.

Trata-se de um retrocesso histórico no processo de conquista de direitos postulados na Constituição Federal (CF) de 1988, no qual é retirada a dimensão do direito universal e reforçada a responsabilização individual pelos problemas sociais. A sociedade civil e o terceiro setor passam a ser vistos como sinônimos, principalmente a partir da década de 1990, quando tem-se a expansão das organizações não governamentais (ONGs) e se configura o Projeto de Reforma do Estado para um modelo gerencial.

Embora o voluntariado exista na sociedade brasileira desde o século XVI, a partir dos anos 1990, este tem seu fortalecimento ao lado do terceiro setor, tornando-se uma expressão de cidadania e de participação social no enfrentamento dos problemas sociais das populações mais pobres. O processo de crescimento do terceiro setor e do voluntariado transparece várias questões no campo das políticas públicas e dos direitos sociais.

Considerando que a atuação do voluntariado encontra-se em expansão na sociedade brasileira e tem sido intensamente incentivado pela mídia, a presente Dissertação teve como objeto de estudo a participação da sociedade civil na política pública de saúde por meio do voluntariado e sua relação com a concretização do direito à saúde. Como objetivo geral,

buscou-se analisar a prática do voluntariado na política de saúde e compreender quais as repercussões na compressão da saúde como um direito.

Para tanto, a pesquisa foi orientada pelos conceitos de ‘sociedade civil’, ‘participação social’, ‘voluntariado’ e ‘política social’, os quais foram delimitadores e focalizadores do tema em estudo (MINAYO, 2007). Estes orientaram a pesquisa em direção aos seus objetivos e de forma integrada com os referenciais teóricos apresentados no estudo em questão.

Também foram definidas questões de partida norteadoras para a pesquisa, a saber:

- Quais os conceitos de ‘sociedade civil’, ‘participação social’ e ‘cidadania’ no contexto da prática do voluntariado?
- Qual projeto de saúde pública é reforçado pela prática do voluntariado?
- Como são as relações entre público e privado na política de saúde e como o voluntariado se situa em tal contexto?

A pesquisa partiu da hipótese de que o voluntariado não fortalece a concretização do direito à saúde pública tendo em vista a existência de disputa entre projetos políticos. Entende-se que a situação da saúde pública é precária, o que se expressa, entre outros fatores, pela falta de recursos humanos, a precarização das relações de trabalho, a falta de materiais e equipamentos, as longas filas de espera para marcação de consultas e realização de exames. Assim, o foco da pesquisa não se restringe à atuação dos voluntários e às atividades por eles desenvolvidas, mas envolve também uma problematização sobre o papel do Estado e sua responsabilidade com as políticas e os direitos sociais.

Embora o voluntariado possa atender às demandas imediatas dos usuários, tal ação não se dá em uma perspectiva de direitos, mas tem-se o reforço das práticas de benesse e favor, o que dificulta a consolidação do sistema público de saúde proposto pela CF de 1988. Além disso, acredita-se que o voluntariado é legitimado enquanto órgão responsável pela prestação de serviços aos usuários a partir da complementaridade entre público e privado.

A pesquisa empírica constituiu em um estudo de caso da Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília (AVHUB). Tal associação foi criada em 1993, e atualmente conta com aproximadamente oitenta voluntários organizados em treze núcleos de trabalho, com o objetivo de dar apoio aos pacientes do HUB. Entre as ações existentes, tem-se: a venda de roupas e calçados em bazar organizado no HUB; a visita aos pacientes; as atividades com pacientes de diversas clínicas, como, por exemplo, a Hemodiálise, a Oncologia e Clínicas Médica e Cirúrgica; a distribuição de lanches; os mediadores de história na Pediatria; e, o grupo Bula do Riso, que desenvolve ações de humanização no hospital.

No presente estudo foram analisadas as concepções de voluntários, profissionais de saúde e direção da instituição sobre a prática do voluntariado e sua relação com o direito à saúde. Assim, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos para a pesquisa de campo:

- entender as compreensões dos voluntários, profissionais de saúde e direção sobre o voluntariado e suas possibilidades de atuação na política de saúde;
- compreender como os significados do voluntariado e do direito à saúde se apresentam no HUB e na execução da política pública de saúde;
- compreender as razões para a existência de uma associação privada de voluntários em um hospital público; e
- identificar a compreensão dos voluntários, profissionais de saúde e direção sobre o direito à saúde e as estratégias para a sua concretização.

Entende-se que a pesquisa empírica possibilitou, a partir da visão dos voluntários, profissionais de saúde e direção, compreender qual a orientação da atuação dos voluntários da AVHUB e qual o papel desempenhado por estes na instituição. Foram abordadas as relações entre os sujeitos e as práticas políticas existentes na instituição buscando identificar a ocorrência de tensões em tais práticas, particularmente na relação entre público e privado e na institucionalização e legitimação do voluntariado no hospital, tendo como pano de fundo a realidade brasileira.

A coleta dos dados deu-se entre os meses de maio e agosto de 2012, utilizando-se das técnicas de análise documental, observação participante e entrevistas semiestruturadas realizadas com dezenove participantes, sendo oito voluntários, dez profissionais de saúde e um diretor do HUB. Para cada grupo de participantes, utilizou-se um roteiro de entrevista específico, bem como determinados critérios para participação na pesquisa. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo.

Foram observados aspectos éticos para a realização da pesquisa de campo. Para tanto, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH), por compreender-se que este se encontrava mais apto a avaliar pesquisas qualitativas. A realização da pesquisa também foi autorizada pela Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa (DAEP) do HUB.

A Dissertação encontra-se estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo visa apresentar o debate teórico sobre o conceito de sociedade civil, contextualizando-o na realidade brasileira e relacionando-o ao terceiro setor e voluntariado. Neste sentido, busca-se relacionar o conceito de sociedade civil a diferentes correntes do pensamento social e político,

implicando em relações diferenciadas entre a sociedade civil e o Estado nas políticas sociais. Também no presente capítulo dá-se a problematização da trajetória da sociedade civil brasileira – sua expressão através dos movimentos sociais que reivindicavam participação e direitos sociais entre as décadas de 1970 e 1980, até suas expressões no terceiro setor e nas ONGs.

Ainda no primeiro capítulo, busca-se problematizar o conceito de voluntariado, enquanto uma prática social que se encontra historicamente presente na sociedade brasileira, mas que foi se reconfigurando. São apresentados programas governamentais de estímulo ao voluntariado, questionando-se qual o papel do voluntariado na construção dos direitos sociais.

No segundo capítulo tem-se a contextualização da política de saúde existente no Brasil, com referência ao processo histórico, atuação do movimento pela Reforma Sanitária e reconhecimento desta como um direito social na CF de 1988. Também são tratadas as implicações do neoliberalismo e da Reforma do Estado para a política de saúde. Em seguida, o capítulo destaca a atuação do voluntariado em serviços de saúde, sendo apresentadas pesquisas realizadas sobre tal prática.

A metodologia da pesquisa é apresentada no terceiro capítulo, ou seja, destaca-se o processo de construção da pesquisa, considerando o tipo de pesquisa e o método utilizado. Em seguida, trata-se da pesquisa de campo e os instrumentos utilizados para coleta de dados, além do processo de entrada no campo, os critérios de escolha dos participantes, entre outros elementos. Também são abordados os procedimentos éticos que nortearam a pesquisa.

Os dois capítulos posteriores tratam dos principais dados e resultados da pesquisa de campo. No quarto capítulo, busca-se contextualizar a realidade do HUB, seu financiamento e sua forma de gestão. Vale destacar que a referida instituição hospitalar encontra-se em processo de implantação de um novo modelo de gestão a partir da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Também é apresentado o perfil dos participantes da pesquisa. No capítulo 5, destacam-se os achados da pesquisa a partir de quatro blocos:

- 1) o histórico da AVHUB e sua institucionalização;
- 2) os objetivos do voluntariado no HUB e as atividades desenvolvidas;
- 3) as relações entre os profissionais, voluntários, usuários e a direção no cotidiano do hospital; e
- 4) as compreensões sobre o voluntariado e as suas possibilidades de atuação na saúde.

Por fim, são apresentadas as conclusões gerais da pesquisa e apontadas propostas para futuras pesquisas a partir de questões encontradas no trabalho de campo. Em anexo, apontam-se os materiais utilizados ao longo da pesquisa (os roteiros de entrevista utilizados com voluntários, profissionais de saúde e direção do hospital), além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a autorização do CEP/IH para a realização da mesma.

1 SOCIEDADE CIVIL E VOLUNTARIADO: CONCEITOS, HISTÓRICO E ATUAÇÃO NAS POLÍTICAS SOCIAIS

O referencial bibliográfico sobre os termos “sociedade civil”, “terceiro setor” e “voluntariado” encontra-se nas mais diversas áreas do conhecimento, tais como: Sociologia, Ciência Política, Serviço Social, Psicologia e Administração e, não apenas no Brasil, mas também internacionalmente com pesquisas, conceitos e discursos orientados pelos seguintes termos: “*non profit sector*”, “*third sector*”, “*independent sector*”, “*voluntary sector*”, “*charities*”, “*économie sociale*”, “*associations humanitarie*” (LANDIM, 2003).

O presente capítulo tem o objetivo de apresentar reflexões teóricas sobre o conceito de sociedade civil, contextualizá-lo na realidade brasileira e relacioná-lo ao terceiro setor e ao voluntariado, de modo a fornecer subsídios para se compreender a relação entre sociedade civil e Estado nas políticas sociais. Espera-se, assim, distinguir diferentes conceitos e problematizá-los de forma crítica, fornecendo elementos que irão contribuir para a análise dos dados obtidos na pesquisa de campo.

Diante do exposto, as linhas a seguir estruturam-se em três partes fundamentais: a primeira apresenta conceitos de sociedade civil em diferentes correntes do pensamento social e político, com destaque para as compreensões de Hegel, Marx e Gramsci; em seguida, apresentar-se-á brevemente a trajetória da sociedade civil brasileira, desde os anos 1970 e 1980, por meio dos movimentos sociais que reivindicavam participação e cidadania, passando pela Constituição Federal (CF) de 1988, a emergência do projeto neoliberal e a Reforma do Estado – o objetivo aqui é problematizar o que significa uma sociedade civil brasileira e como esta tem atuado frente às políticas sociais; por último, dá-se destaque ao voluntariado e a sua articulação com os conceitos de sociedade civil, terceiro setor e organizações não governamentais, com a apresentação de projetos governamentais que historicamente tem incentivado o voluntariado, de modo a se questionar qual o papel do voluntariado na constituição da saúde como direito universal.

1.1 Notas introdutórias ao conceito de sociedade civil

Na linguagem política atual, a sociedade civil geralmente é apresentada na dicotomia com o Estado, uma vez que “por “sociedade civil” entende-se a esfera das relações sociais não reguladas pelo Estado” (BOBBIO, 2007, p. 33). Entretanto, o conceito de sociedade civil é algo complexo e que já foi empregado com vários significados no pensamento político e

social, demandando uma reflexão teórica sobre as suas definições. De acordo com Pereira (2009, p. 288),

[...] tanto o Estado como a sociedade são instâncias complexas, contraditórias, que variam no tempo e no espaço e não são de fácil explicação. Por isso, não há uma única concepção dos mesmos, assim como não há um único entendimento sobre o tipo de relação que eles estabelecem entre si.

Alonso (1996), ao recuperar a trajetória histórica do conceito de sociedade civil, afirma que Santo Agostinho foi um dos primeiros a fazer uso de tal termo ainda no século V. A sociedade civil era compreendida como uma reunião de homens associados pelo reconhecimento comum do direito e por um conjunto de interesses, onde se procuravam e se administravam os bens temporais. Mais tarde, no século XIII, São Tomás de Aquino apresenta a sociedade civil como algo julgado por uma norma superior, havendo uma harmonia fundamental e necessária entre os elementos da justiça e os da sociedade civil.

Segundo Acanda (2006), a ideia de sociedade civil surge na modernidade junto com o pensamento liberal e se constitui como um dos seus elementos básicos, juntamente com a razão e o indivíduo, sendo resultado da crise social vivenciada a partir do século XVII, em consequência das Revoluções Inglesa, das Treze Colônias e Francesa. As origens das concepções de Estado e sociedade civil no pensamento moderno remetem às teorias contratualistas do jusnaturalismo¹ ou do “direito natural”, desenvolvidas no processo de transição para o capitalismo por teóricos como Hobbes, Locke e Rousseau (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 22). Tal corrente

[...] refere-se ao desenvolvimento da idéia do **direito natural** entre o início do século XVII e o fim do século XVIII. Essas teorias moldam as doutrinas políticas de tendência individualista e liberal, que afirmam a necessidade de o Estado respeitar e legitimar os direitos intactos dos indivíduos, o que reduz o exercício do poder estatal a uma função derivada dos direitos individuais. A ordem política é concebida com a finalidade de coibir qualquer violação desses direitos (grifos dos autores).

Pereira (2008) afirma que, para os jusnaturalistas, a sociedade civil – organizada e institucionalizada – tinha sentido idêntico ao de sociedade política, ou seja, Estado, uma vez que estava em oposição à sociedade natural, considerada primitiva e desorganizada. Em outras palavras, “sociedade civil e sociedade política eram sinônimos; seu termo antagônico era **sociedade natural**” (ACANDA, 2006, p. 105, grifo do autor).

¹ No presente estudo serão considerados apenas os aspectos gerais da teoria jusnaturalista. Entretanto, é importante observar que embora Hobbes, Locke e Rousseau tenham aspectos comuns, também apresentam diferenças no que tange à compreensão da forma do estado de natureza e da formação do Estado por meio de um contrato social.

Na leitura de Bobbio (2000, p. 1206) encontra-se que

[...] em sua acepção original, corrente na doutrina política tradicional e, em particular, na doutrina jusnaturalista, Sociedade civil (*societas civilis*) contrapõe-se a “sociedade natural” (*societas naturalis*), sendo sinônimo de “sociedade política” (em correspondência, respectivamente, com a derivação de “*civitas*” e de “*polis*”) e, portanto, de “Estado” (grifos do autor).

Diante do exposto, percebe-se que, ao contrário da argumentação atual dos neoliberais, originalmente, o termo “sociedade civil” surgiu em oposição à sociedade natural e não ao Estado (ACANDA, 2006). Nos termos de Duriguetto (2007, p. 38), “a sociedade civil representa, em oposição ao estado de natureza, a sociedade regulada por algum tipo de autoridade reconhecida, capaz de assegurar a liberdade, segurança e preservação dos interesses privados”. Trata-se, portanto, de um momento em que a sociedade era organizada, civilizada e não mais anárquica e marcada por conflitos.

Hegel é o primeiro teórico que fixa o conceito de sociedade civil como algo distinto e separado do Estado político, coexistindo com este, e não substituindo o estado de natureza. De acordo com Duriguetto (2007, p. 45), para Hegel, “ao contrário dos jusnaturalistas, a sociedade civil é vista como esfera das relações econômicas, jurídicas e administrativas, não mais opondo estado de natureza/estado civil pela conformação de um “contrato”, significando, assim, que

É na sociedade civil que se desenvolvem as relações e atividades econômicas, a reprodução social e suas regulamentações jurídico-administrativas. Trata-se da esfera dos interesses e objetivos privados, econômico-corporativos e antagonísticos entre si, das distinções dos indivíduos em associações, grupos e em posições e condições sociais desiguais (DURIGUETTO, 2007, p. 44).

Para o pensamento hegeliano, enquanto a sociedade civil é a esfera de interesses antagonísticos entre si, o Estado é uma esfera harmônica, expressão dos interesses gerais. Segundo Weffort (2001, p. 106), “a ela [sociedade civil] se contrapõe o **Estado político**, isto é, a esfera dos interesses políticos públicos e universais, na qual aquelas contradições estão mediatizadas e superadas. O Estado não é, assim, expressão ou reflexo do antagonismo social” (grifos do autor).

Nos termos de Montañó e Duriguetto (2011, p. 33), “o Estado é, assim, transformado no **sujeito real que ordena, funda e materializa a universalização dos interesses privatistas e particularistas da sociedade civil**” (grifo dos autores). O Estado acaba por absorver a sociedade civil, com a suposição de que “no Estado estão representados a realidade e o significado autêntico da sociedade civil” (ACANDA, 2006, p. 138).

Bobbio (2007) destaca que, para Hegel, a sociedade civil é um momento intermediário posto entre a família e o Estado. Neste sentido, “família e sociedade civil – as esferas que aparentemente estão fora e são anteriores ao Estado – na verdade só existem e se desenvolvem no Estado” (WEFFORT, 2001, p. 106). O Estado se torna fundamento da sociedade e da família, compreendendo que “não há sociedade civil se não existir um Estado que a construa, que a acompanha e que integre suas partes” (GRUPPI, 1983, p. 24).

É interessante observar que, segundo Pereira (2008), em alguns trechos, Hegel utiliza o termo “civil” como sinônimo de burguês, especialmente para tratar do sistema de necessidades existentes nas relações econômicas antagônicas entre a burguesia em ascensão e os trabalhadores. É deste modo que a relação entre sociedade e economia é considerada no pensamento hegeliano.

A teoria de Marx apresenta novos elementos para a sociedade civil, se contrapondo a Hegel. Para Marx,

[...] não é o Estado que funda a sociedade civil, que absorve em si a sociedade civil, como afirmava Hegel; pelo contrário, é a sociedade civil, entendida como o conjunto das relações econômicas (essas relações econômicas são justamente a anatomia da sociedade civil), que explica o surgimento do Estado, seu caráter, a natureza de suas leis, e assim por diante (GRUPPI, 1983, p. 27).

É na sociedade civil, enquanto sociedade burguesa, que se fundamenta a natureza estatal. Assim, o Estado é produto da sociedade civil e não uma esfera independente. Ao contrário, se estabelece uma relação complementar, e contraditória, entre Estado e sociedade civil. Tal perspectiva decorre do seu método materialista da história, de modo que “não é o Estado que molda a sociedade, mas a sociedade que molda o Estado. A sociedade, por sua vez, se molda pelo modo dominante de produção e das relações de produção inerentes a esse modo” (CARNOY, 1990, p. 66).

Além disso, para Marx, ao contrário de Hegel,

Sociedade civil não tem a conotação de instituições intermediárias entre a família e o Estado. Pelo contrário, a sociedade civil se reduz ao sistema das necessidades, isto é, à economia capitalista, que de forma alguma pode ser considerada uma instituição intermediária na construção da vida ética. Marx analisa o sistema das necessidades a partir da contradição entre proprietários e não proprietários. Para ele, tal contradição jamais poderia ser superada pela construção de corpos intermediários entre o mercado e o Estado. A solução marxiana, a abolição do mercado, não se coloca no sentido da diferenciação e sim, na perspectiva da fusão entre Estado e sociedade (AVRITZER, 1994, p. 33).

Acanda (2006), ao analisar a crítica de Marx a Hegel, destaca que no sistema hegeliano, a contradição entre sociedade civil e Estado é resolvida por meio da suposição de que, no Estado, estão representados a realidade e o significado da sociedade. Para Marx, por sua vez, não é possível uma conciliação harmônica entre Estado e sociedade, o que, em realidade, se caracteriza como uma mistificação, uma vez que o Estado não está acima dos interesses privados e nem representa o interesse geral. “O Estado, assim, é um **Estado de classe**: não é a encarnação da Razão universal, mas sim uma entidade particular que, em nome de um suposto interesse geral, defende os interesses **comuns** de uma classe **particular**” (COUTINHO, 1996, p. 19, grifos do autor).

Desta forma, o Estado expressa as relações de produção que estão presentes na sociedade civil. Nos termos de Gruppi (1983, p. 31),

[...] o Estado nasce da sociedade, nasce das classes, é a expressão da luta de classes e da dominação de uma delas; e, ao mesmo tempo, torna-se sempre mais estranho para a sociedade, isto é, transforma-se num corpo separado. Atualmente, insiste-se muito em dizer que o Estado é um corpo separado, mas cuidado: só aparentemente separado.

A crítica de Marx é uma crítica à sociedade civil burguesa que se expressa no Estado e tem sua essência e aparência condicionadas pelas relações essenciais que caracterizam a sociedade. Para Alonso (1996), ao situá-la na base material estrutural, chamada infraestrutura, que compreende as relações econômicas, Marx ressalta que a referida sociedade civil tem um papel ativo no desenvolvimento histórico, já que nela ocorrem lutas entre interesses econômicos e ideológicos privados. A busca de Marx é “a transferência efetiva do poder do Estado para uma sociedade que não fosse mais a sociedade burguesa (a *bürgerliche Gesellschaft*), mas uma sociedade na qual a relação civil entre os seus membros estivesse livre da alienação” (ACANDA, 2006, p. 158, grifos do autor).

Destaca-se ainda o pensamento de Gramsci, que elaborou a teoria do Estado ampliado a partir da abordagem de Estado presente no pensamento de Marx, tendo a sociedade civil como categoria central². Duriguetto, ao comparar a teoria de Gramsci com outros pensadores, afirma que Gramsci

² Para Gramsci, o marxismo clássico não conseguia mais responder às questões ocorridas no século XX. Enquanto Marx elaborou sua teoria a partir da análise do Estado moderno, próprio do período pós-Revolução Francesa, com reduzidas possibilidades de participação política do proletariado, Gramsci viveu em um período onde se questionam as crises do Estado liberal, o que permitiu a reflexão sobre novas relações sociais e possibilidades de participação da população (SIMIONATTO, 2004).

[...] elabora, assim, um novo conceito de sociedade civil, diferenciando-o da tradição jusnaturalista (sociedade civil não é a esfera das liberdades econômicas, dos contratos); não está orientada em função do Estado (como queria Hegel); nem se reduz ao espaço exclusivo das relações econômicas e da hegemonia burguesa, tal como Marx a definia. Mas em Gramsci, sociedade civil é a esfera em que as classes organizam e defendem seus interesses e disputam a hegemonia (DURIGUETTO, 2007, p. 55).

Tem-se em Gramsci o primeiro autor a incluir a sociedade civil na superestrutura e não mais na infraestrutura. Tal perspectiva decorre do momento histórico vivido por Gramsci, considerando o reconhecimento da socialização da participação política no capitalismo desenvolvido e a formação de sujeitos coletivos de massa (COUTINHO, 1999). Nos termos de Bobbio (2000, p. 1210), “Gramsci serviu-se da expressão Sociedade civil, não para contrapor a estrutura à superestrutura, mas para distinguir melhor do que o haviam feito os marxistas precedentes, no âmbito da superestrutura, o momento da direção cultural do momento do domínio político”.

A transformação da sociedade civil para a superestrutura pode ser, segundo Coutinho (1999), erroneamente interpretada como uma alteração do próprio conceito de sociedade civil e um distanciamento do pensamento marxista. Para aquele autor, ocorre o contrário, uma vez que “o conceito de “sociedade civil” é o meio privilegiado através do qual Gramsci enriquece, com novas determinações, a teoria do **Estado**” (COUTINHO, 1999, p. 122, grifo do autor). Além disso, ressalta-se que

Enquanto em Hegel e Marx (mais em Marx do que em Hegel) “sociedade civil” designa o mundo da economia, o mundo dos interesses privados, esse termo denota em Gramsci um fenômeno historicamente novo, precisamente esse espaço público situado entre a economia e o governo, ou – para continuar usando a terminologia gramsciana – entre a “sociedade econômica” e a “sociedade política” (COUTINHO, 1997, p. 162).

Alonso (1996, p. 14) estaca que Gramsci considera a superestrutura a partir de dois elementos, a saber:

[...] *la sociedad civil compuesta por organismos privados, por instituciones y medios que defienden y transmiten valores, costumbres y modos de vida (escuelas, medios de comunicación social, familia, iglesia, partidos, sindicatos, asociaciones culturales y profesionales, etc) y la sociedad propiamente política en donde ubica los órganos de dominio y la coerción. En la sociedad civil, desde un punto de vista amplio y no formal, se puede decir que nadie se encuentra desorganizado. Existen una gran variedad de sociedades particulares de carácter natural unas y otras de tipo contractual. La sociedad civil lejos está de ser homogénea.*

Portanto, sociedade civil e sociedade política são conceitos que se articulam de maneira dialética, o que implica a recusa da separação entre Estado e sociedade. Neste sentido, a concepção gramsciniana de Estado se diferencia tanto da concepção tradicional do marxismo como também da visão liberal – para o liberalismo, a sociedade civil é independente e autônoma da sociedade política (ALONSO, 1996). De acordo com Montaño e Duriguetto (2011, p. 43),

[...] o Estado se amplia, incorporando novas funções, e incluindo no seu seio as lutas de classes; o *Estado ampliado* de seu tempo e contexto, preservando a função de coerção (*sociedade política*) tal como descoberta por Marx e Engels, também incorpora a esfera da *sociedade civil* (cuja função é o consenso) (grifo dos autores).

A distinção para complementaridade entre Estado e sociedade é ressaltada no seguinte trecho:

Esses dois momentos [Estado e sociedade] estão unidos e, nos *Cadernos do Cárcere*, Gramsci faz uma advertência: a distinção entre Estado e sociedade civil, isto é, entre sociedade política e sociedade civil, é puramente de método, não é orgânica, pois na realidade esses dois elementos estão fundidos. Sociedade civil e Estado, na realidade, não são separados (GRUPPI, 1983, p. 78, grifos do autor).

Assim, a sociedade civil é

[...] uma esfera que, sem ser governamental, tem incidências diretas sobre o Estado, na medida em que nela se forjam claras relações de poder. Por isso, para Gramsci, a “sociedade civil” torna-se um momento do próprio Estado, de um Estado agora concebido de modo “ampliado” (COUTINHO, 1997, p. 163).

Gramsci deixou a análise dos marxistas clássicos que situavam a sociedade civil nas relações econômicas para considerá-la no campo dos aparelhos ideológicos, onde se organizam as lutas ideológicas e onde se elabora e se difunde a cultura (SIMIONATTO, 2004). Para Gramsci, a sociedade civil se transforma e realiza a mediação entre a infraestrutura e superestrutura a partir de disputas por interesses antagônicos, que se configuram como disputas por hegemonia. Não se trata, então, de uma visão idílica da sociedade civil como uniforme; ao contrário, a sociedade civil implica pluralismo e uma pluralidade de lutas por hegemonia e contra-hegemonia (ALONSO, 1996).

Diante do exposto, a sociedade civil não designa apenas relações associativas contratuais e voluntárias entre os indivíduos, mas é o espaço no qual se produzem e se difundem representações ideológicas. A trama da sociedade civil é formada por múltiplas organizações sociais de caráter cultural, educativo e religioso, mas também político e, inclusive, econômico. Por seu intermédio, difundem-se a ideologia, os interesses e os valores da classe que domina o Estado, e se articulam o consenso e a direção moral e intelectual do

conjunto social. Aqui se articula a estrutura material da cultura e se organizam o consentimento e a adesão das classes dominadas (ACANDA, 2006).

Para Coutinho (1997), Gramsci elaborou uma concepção de sociedade civil que se associa e faz política em novos espaços públicos, como expressão da ampliação efetiva da cidadania política. O diferencial de Gramsci é a compreensão de que o poder estatal contemporâneo não se esgota nos aparelhos repressivos e coercitivos, mas perpassa o conjunto da sociedade civil.

Considerando as linhas anteriores como uma breve introdução aos conceitos de sociedade civil, percebe-se a importância da clareza dos diferentes referenciais teóricos. Segundo Almeida (2004), a sociedade civil tem sido utilizada por diferentes atores (analistas, movimentos sociais e organizações não governamentais, governos, empresários, agências multilaterais), com significados distintos e inconciliáveis, em diferentes contextos históricos. Tal variedade de concepções somada à falta de clareza teórica pode levar a erros de leitura do conceito de sociedade civil. De acordo com Acanda (2009, p. 151),

Lo que ha caracterizado al empleo del concepto de sociedad civil em los últimos decênios ha sido su utilización indiscriminada, descuidada y carente de rigor. Y ello no solo en el discurso político, sino también el campo de la teoría social. Ha sido empleada para analizar contextos muy diferentes, con una gran variedad de significados y con connotaciones ideológicas encontradas. La idea de sociedad civil ha sido utilizada como soporte teórico tanto del neoliberalismo como de las estrategias políticas de los nuevos movimientos populares de izquierda en América Latina.

No próximo tópico, analisar-se-ão a realidade brasileira e os significados e papéis atribuídos à sociedade civil.

1.2 A sociedade civil brasileira, o Estado e a relação público *versus* privado

A sociedade civil brasileira vem sofrendo diversas variações e reformulações conforme a trajetória social e política do país. Não se trata de um termo com sentido único e consensual; ao contrário, a noção de sociedade civil engloba diferentes atores, sendo parte do debate político nacional a partir dos movimentos sociais e, atualmente, do terceiro setor e das organizações não governamentais (ONGs). Para tratar do debate sobre sociedade civil, é fundamental inseri-lo no contexto de reformas políticas e econômicas do Estado, tendo em vista que nos anos 1990, o chamado “terceiro setor” foi ganhando forma e se expandindo.

Uma pesquisa do Grupo de Estudos sobre a Construção Democrática (GECD, 1998/1999a), ao recuperar o “surgimento” da sociedade civil no Brasil, afirma que o uso do termo ganhou espaço durante a ditadura militar, sendo introduzido no vocabulário político e desenvolvido teoricamente por pensadores brasileiros a partir dos anos 1970. Tal processo se dá a partir do surgimento e generalização de organizações e associações civis.

As décadas de 70 e 80 apresentam-se, portanto, como um marco na história da organização civil no país. Trata-se de um quadro novo, na medida em que supera, tanto quantitativa quanto qualitativamente, o conjunto de experiências de organização social anterior ao período da ditadura, uma vez que há a ampliação e pluralização dos grupos, associações e instituições, que procuram se posicionar de forma autônoma em relação ao Estado (GECD, 1988/1999a, p. 16).

Na mesma direção, Duriguetto (2007) observa que o conceito de sociedade civil ganha destaque no cenário nacional a partir do final dos anos 1970, expresso pela reativação dos movimentos sociais, de base operária e popular. Esta passa, então, a ser composta por um vasto conjunto de atores com organização coletiva, que tornavam públicas as carências e que reivindicavam mais liberdade e mais justiça social frente à ditadura, tais como: a Teologia da Libertação, grupos de esquerda e sindicatos.

Tal perspectiva é confirmada por Raichelis (1998, p. 70), segundo a qual

Aquela década [1980] foi a arena de amplo movimento de conquistas democráticas que ganharam a cena pública: os movimentos sociais organizaram-se em diferentes setores, os sindicatos fortaleceram-se, as demandas populares ganharam visibilidade, as aspirações por uma sociedade justa e igualitária expressaram-se na luta por direitos, que acabaram se consubstanciando na Constituição de 1988, com o reconhecimento de novos sujeitos como interlocutores políticos.

A pluralidade de organizações mencionada anteriormente passou a atuar na mobilização, conquista e ampliação de direitos civis, políticos e sociais, tendo como direção fundamental a luta pela cidadania. A referência comum para a ação e os discursos políticos dos diferentes movimentos era a reivindicação por uma cidadania que possibilitasse a atuação política da sociedade civil, a necessidade de desprivatizar o Estado ampliando a participação dos atores sociais e a democratização das decisões públicas (GECD, 1998/1999b). Nos termos de Almeida (2006, p. 19),

[...] o “fortalecimento da sociedade civil” foi se configurando para esse campo como uma ideia-força nas suas lutas para desprivatizar o Estado, distribuir seu poder e abrir os processos de decisão àqueles setores que historicamente deles foram feitos ausentes. A construção de espaços fundamentados na partilha do poder entre Estado e sociedade civil abria possibilidades para que os projetos políticos fossem explicitados e disputassem espaço e hegemonia num terreno democraticamente regrado.

Gerschman (2004, p. 67) define o período do final dos anos 1970 como um “momento *sui generis* na política brasileira no que se relaciona ao papel da sociedade civil, com o surgimento de diversas entidades em diversos setores da vida social” (grifos da autora), uma vez que, no processo de abertura política, houve um movimento de agitação e oposição política que perpassou toda a sociedade, promovendo amplo debate e mobilização social em torno do fim do regime vigente e em busca da democratização.

Na análise de Neves (2008), em tal período se constrói uma nova relação entre Estado e sociedade civil, na qual, a partir de diferentes mecanismos de incentivo à participação, se busca democratizar o Estado e politizar a sociedade civil. A participação da sociedade civil se amplia e esta se torna ativa na busca por direitos de cidadania. Busca-se a construção e a ampliação de uma cultura democrática a partir de novas formas de prática política e de sociabilidade e se redefine o espaço da política, que deixa de ser exclusividade do Estado e dos partidos, e passa para toda a sociedade (GECD, 1998/1999a).

Telles (1999) também observa que a partir da década de 1970, surgiram inúmeros movimentos sociais, que se intensificaram após a CF de 1988. Tal multiplicação ampla e multifacetada se construiu na relação entre Estado e sociedade e se expressou por fóruns públicos sobre questões de direitos humanos, raça e gênero, cultura, meio ambiente e qualidade de vida, moradia, saúde e proteção à infância e adolescência. A diversidade de movimentos sociais possibilitou a construção de uma “nova esfera pública no Brasil, nova porque praticamente inexistente até a emergência desses novos sujeitos” (CARVALHO, 1998, p. 10).

A literatura aponta que os avanços presentes no texto constitucional foram resultado da organização e mobilização de expressivos segmentos da sociedade brasileira, atuantes desde os anos 1970 (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011). Assim, foi através destas organizações que, em um cenário de disputas ideológicas e crise econômica, elaborou-se a CF de 1988, chamada de Constituição Cidadã, fazendo referência à inclusão de uma série de direitos sociais como direitos fundamentais.

Na leitura de Carvalho (1998, p. 12),

A emergência dos chamados novos movimentos sociais, que se caracterizou pela conquista do **direito a ter direitos, do direito a participar da redefinição dos direitos e da gestão da sociedade**, culminou com o reconhecimento, na Constituição de 1988, em seu artigo 1º, de que “Todo poder emana do povo, que o exerce indiretamente, através de seus representantes eleitos ou **diretamente**, nos termos desta Constituição” (grifo da autora).

No campo dos direitos sociais, as reivindicações presentes na CF de 1988 buscavam “retirar os programas sociais da esfera de benemerência, colocá-los na ótica dos direitos e sob a égide de políticas públicas pautadas pelos critérios universais da cidadania” (TELLES, 1999, p. 91). Conforme afirmam Behring e Boschetti (2007), a Carta Magna de 1988 busca a construção de um padrão público de proteção social. Um dos mais importantes avanços foi a introdução da seguridade social, orientada por objetivos e princípios³ que visavam assegurar direitos e integrar as ações da saúde, assistência social e previdência social, superando as práticas fragmentadas, desarticuladas e pulverizadas.

Nos anos 1990, houve a reorientação política e econômica pelo neoliberalismo, que se opôs à ampliação dos direitos sociais – embora postulados no texto constitucional – e negou a sua implantação. Articulado com o contexto internacional de crise do capitalismo e de reestruturação produtiva, as propostas eram de desregulamentação da economia e minimização do Estado por meio de privatizações de empresas e serviços públicos e a redução de investimentos na área social (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Segundo Raichelis (1998), o ideário neoliberal difundido por organismos internacionais e multilaterais em resposta às crises econômicas articulava a estabilização, expressa por medidas para reduzir a inflação, o déficit público e equilibrar o orçamento público; o ajuste estrutural, para aumentar a competitividade da economia por meio da abertura econômica, desregulamentação de preços e reforma tributária; e a privatização de empresas e serviços públicos por meio de sua transferência para grupos privados.

Neste cenário, as políticas sociais são caracterizadas como “paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo do trabalho e, de preferência, devem ser acessadas através do mercado, transformando-se em serviços privados” (BEHRING, 2009, p. 76). Logo, o campo do bem estar social deve retomar as suas fontes consideradas naturais, tais como: a família, a comunidade e os serviços privados (LAURELL, 1995). Assim, promove-se a

³ De acordo com o art. 194 da Constituição Federal (CF) de 1988: “A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I – universalidade da cobertura e do atendimento;

II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;

V – equidade na forma de participação no custeio;

VI – diversidade da base de financiamento;

VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”.

remercantilização dos bens sociais, a redução do gasto social público e a supressão da noção de direitos sociais.

Segundo Behring (2009, p. 77),

Para a política social, assim, a grande orientação é a *focalização das ações*, com o estímulo a fundos sociais de emergência, aos programas compensatórios de transferência de renda, e a mobilização da “solidariedade” individual e voluntária, bem como das organizações filantrópicas e organizações não governamentais prestadoras de serviços de atendimento, no âmbito da sociedade civil (grifos da autora).

O trato da questão social proposto pelo projeto neoliberal é sistematizado por Montañó (1999), a partir de três respostas, a saber:

- 1) precarização das políticas sociais estatais, expresso pela desconcentração e focalização das políticas sociais estatais, dirigido às populações mais carentes;
- 2) remercantilização dos serviços sociais, ou seja, a sua transformação em mercadorias, que podem ser consumidos pelo mercado, sendo voltados para os cidadãos plenamente integrados à sociedade e ao mundo do trabalho; e
- 3) refilantropização das respostas à questão social, direcionada para os setores da população que não são atendidos nem pela assistência estatal nem pelos serviços privados – aqui transfere-se para a sociedade civil a resposta à questão social, realizada mediante práticas filantrópicas e caritativas.

As referidas respostas estiveram presentes no contexto brasileiro da década de 1990. A análise de Boschetti (2007) sobre as principais implicações do neoliberalismo para as políticas da seguridade social brasileira destaca: a desconfiguração dos direitos previstos constitucionalmente, por meio do reforço à lógica do seguro social, privatização e expansão de planos privados; a fragilização dos espaços de participação e controle popular previstos na CF, como, por exemplo, conselhos e conferências; e o desmonte do financiamento das políticas sociais expresso pela não diversificação das fontes de recurso, a regressividade do financiamento e o desvio dos recursos do orçamento da seguridade social para o pagamento dos juros da dívida.

Tem-se, então, uma “(re)configuração dos direitos da seguridade social a partir da década de 1990, que enfatizam o mercado via planos privados de saúde e previdência, ou transferem as responsabilidades para a sociedade, sob a justificativa do voluntariado, da solidariedade e da cooperação” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 162). Assim, o Estado, na configuração neoliberal de Estado mínimo, desobriga-se do “seu “dever social de Estado”,

entendendo tal dever mais que nunca como obrigação do cidadão, da família, da comunidade e da sociedade” (MESTRINER, 2008, p. 21).

Os espaços vazios deixados pelo Estado, especialmente no campo das políticas sociais, têm sido ocupados pela sociedade civil, que se reconfigura frente a sua forma reivindicativa dos anos 1970 e 1980, e incorpora uma diversidade de associações civis. Tal processo se relaciona com a desregulamentação do papel do Estado a partir da transferência de parcelas de suas responsabilidades para as comunidades, organizações não governamentais, fundações e filantropia privada, se destacando o discurso de estímulo à participação comunitária e nos projetos de enfrentamento da pobreza.

Segundo Mestriner (2008, p. 27), o Estado brasileiro busca ““novas” formas privadas de provisão de atenções sociais, por meio de “velhas” formas de solidariedade familiar, comunitária e beneficente”, no qual são reforçadas as organizações da sociedade como instrumento de ação. Na leitura de Soares (2009, p. 80), com o esvaziamento do setor público e sua renúncia em assumir os serviços sociais há “um retrocesso histórico, qual seja, **o retorno à família e aos órgãos da sociedade sem fins lucrativos, como agentes do bem estar social**” (grifos do autor).

A sociedade civil passa a ser reduzida às organizações não governamentais, como colaboradora e parceira do Estado e das organizações multilaterais. São propostas diversas formas de relação entre tais organizações e o Estado, não considerando os conflitos existentes, mas as possibilidades de atuação conjunta. Busca-se a articulação entre a esfera estatal e a sociedade civil expressa pela minimização da ausência e/ou insuficiência da ação do Estado e a minimização do Estado no enfrentamento da questão social. Bonfim (2010b, p. 272) afirma que

A lógica neoliberal ao mesmo tempo em que identifica os problemas sociais como responsabilidade do indivíduo também sugere que sejam resolvidos no âmbito privado – através de esforços próprios ou, quando isso não é possível, através de instituições privadas da sociedade civil atreladas às práticas de doação e do “trabalho” voluntário.

O novo papel desempenhado na relação entre Estado e sociedade civil também é analisado por Alvarez, Dagnino e Escobar (2000, p. 15), segundo os quais

As políticas neoliberais introduziram um novo tipo de relação entre o Estado e a sociedade civil e apresentaram uma definição distinta da esfera pública e seus participantes, baseada numa concepção minimalista do Estado e da democracia. Enquanto a sociedade civil é obrigada a assumir as responsabilidades sociais evitadas agora pelo Estado neoliberal em processo de encolhimento, sua capacidade como esfera pública crucial para o exercício da cidadania democrática está cada vez mais desenfaturada. Nessa concepção, os cidadãos devem fazer-se por seus próprios

esforços particulares e a cidadania é cada vez mais equiparada à integração individual no mercado.

Percebe-se, então, que o projeto neoliberal ressignifica a noção de participação em direção à chamada participação solidária e ao trabalho voluntário, o que resulta em uma despolitização da participação quanto ao seu significado político e potencial democratizante. Se na década de 1980, ocorria uma articulação direta entre a categoria sociedade civil e a atuação dos movimentos sociais enquanto estratégia de reivindicação por direitos sociais, nos anos 1990, as ações coletivas e a sociedade civil são desmobilizadas e se desconstruem direitos e lutas conquistadas pelas classes populares. A sociedade passa a atender as demandas da área social a partir do apelo à filantropia e à solidariedade.

Tal projeto neoliberal foi consolidado nos anos 1990, no âmbito político pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, executado a partir de 1995, pelo governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso. O objetivo da reforma era adequar o Estado brasileiro ao contexto de ajuste fiscal e tornar a administração pública mais eficiente e moderna, voltada para o atendimento dos cidadãos a partir de princípios gerenciais (PEREIRA, 1996).

A referida reforma teve um respaldo ideológico. De acordo com Dupas (2003, p.73), as teses neoliberais definem o Estado como “intrinsecamente ineficaz, moralmente incapaz e totalmente dispensável para definir ações públicas eficazes”. Borón (2008, p. 78), na mesma direção, afirma que o discurso neoliberal “igualava tudo o que é estatal com a ineficiência, a corrupção e o desperdício, enquanto que a “iniciativa privada” aparece sublimada como a esfera da eficiência, da probidade e da austeridade”.

De acordo com Silva (2003, p. 75), a Reforma do Estado é orientada por decisões políticas de apoio incondicional às orientações neoliberais e não se justifica apenas pelo prisma econômico, uma vez que se tem por base a ideia de que a única alternativa para crise é a “reconstrução do Estado”, nos termos da autora, ou seja, a sua reforma. Silva ainda preconiza que

As parcerias com as ONGs aparecem como uma alternativa à rigidez burocrática do Estado, um antídoto ao clientelismo político e uma eficiente forma de controle, capaz de trazer agilidade às ações do Estado em sua aparente preocupação de manter-se mais próximo do “cidadão” (SILVA, p. 2003, p. 41).

A modernização e o aumento da eficiência seriam alcançados a partir da divisão das atividades do Estado em:

- 1) núcleo estratégico do Estado – no qual são definidas as leis e as políticas públicas;

- 2) atividades exclusivas do Estado – aquelas em que o poder de Estado é exercido como polícia, forças armadas, órgãos de fiscalização, entre outros;
- 3) serviços não-exclusivos ou competitivos – embora não envolvam o poder de Estado, contam com a participação do Estado devido à sua relevância como universidades e hospitais; e
- 4) produção de bens e serviços para o mercado, realizada pelo Estado através de empresas de economia mista (PEREIRA, 1996).

É no contexto das atividades não exclusivas do Estado que se constrói o espaço público-não estatal, compreendido como um espaço integrante do aparelho do Estado que, embora não seja do Estado, tem a característica de ser público, uma vez que é de todos e para todos, ou seja, é mais amplo que o estatal.

Sob o argumento de ampliar o caráter democrático e participativo da esfera pública, a proposta da Reforma do Estado, por meio do Programa Nacional de Publicização, é que tais atividades não exclusivas sejam realizadas por organizações sociais conveniadas com o poder público através de contratos de gestão. Cabe às referidas organizações gerenciar e executar serviços em parceria com o Estado e a sociedade civil, de modo a superar práticas patrimonialistas e buscar a eficiência e a qualidade nos serviços públicos.

Diversas são as críticas à reforma mencionada e aos resultados alcançados. Nogueira (2011), ao analisar a Reforma do Estado brasileiro, observa que seus objetivos de ampliar a eficiência e reduzir a burocracia tornando-o gerencial, não foram atingidos. Ao contrário, “os principais resultados do reformismo vitorioso nos anos 1990 foram, portanto, a desvalorização do Estado aos olhos do cidadão e a desorganização de seu aparato técnico e administrativo” (NOGUEIRA, 2011, p. 44). Assim, relacionam-se os discursos sobre o terceiro setor e a importância da participação da sociedade civil na resolução dos problemas sociais com a ideia de que o Estado está esgotado e não é capaz de suprir essas necessidades.

A reforma do Estado não buscou a democratização e nem a construção de um novo formato em processos de cogestão (NEVES, 2008). De acordo com Nogueira (2011), a reforma do Estado foi orientada pelo discurso mercadológico que, ao buscar inspiração na administração das empresas privadas, desconsiderou os aspectos éticos, políticos e institucionais do Estado. Centrada nos custos e no aparato do Estado, a reforma ocorrida nos anos 1990, não propôs um Estado vigoroso, democrático e socialmente vinculado. Trata-se de uma reforma restrita a aspectos técnicos e administrativos que não alterou o padrão de relacionamento entre Estado e sociedade civil (RAICHELIS, 1998).

Um dos maiores impactos da Reforma, para além das mudanças no aparato técnico e administrativo, foi a nova relação entre Estado e sociedade. Trata-se, portanto, de novas formas de parcerias com organizações sociais.

Participação e sociedade civil não mais serão vistas como expressão de veículo da predisposição coletiva para organizar novas formas de Estado e de comunidade política, de hegemonia e de distribuição do poder, mas sim como a tradução concreta da consciência benemerita dos cidadãos, dos grupos organizados, das empresas e das associações. Será essa a base do rasgado elogio que se passará a fazer ao “terceiro setor”, ao voluntariado, à solidariedade e à responsabilidade social corporativa (NOGUEIRA, 2011, p. 60).

Entretanto, apesar do discurso oficial afirmar a necessidade de uma forma de participação ativa da sociedade civil no campo social, na análise de Silva (2003), o Programa Nacional de Publicização não parece apresentar novos elementos para mudança e estratégias que evitem o clientelismo, a corrupção e a privatização dos bens públicos. Trata-se, ao contrário, de “uma nova modalidade de execução das políticas estatais, desmantelando todo um sistema público nacional e universal de prestação de serviços, edificado, principalmente, a partir da Constituição de 1988” (SILVA, 2003, p. 105).

Silva (2003, p. 98) apresentou ainda uma reflexão sobre o referido setor público não estatal no seguinte trecho:

A condição de público não-estatal é um exemplo desse deslocamento de fronteiras. Adapta-se aos princípios postulados neoliberais, uma vez que responde às necessidades de flexibilidade da gestão estatal, coloca-se em um espaço virtual/híbrido que não é nem público e nem privado, dificultando a identificação da responsabilidade institucional e facilitando a apropriação dos recursos públicos. De acordo com a conveniência, pode assumir a face pública ou a face privada. [...] Em suma, é estatal pelos recursos que recebe, mas é privada pela autonomia na gestão desses recursos e nas normas de funcionamento.

A sociedade civil passa a ser tratada como um recurso gerencial das políticas governamentais, o qual fundamenta a construção de uma esfera pública não estatal na reforma do Estado. Há uma divisão de tarefas entre Estado e sociedade civil, representada pelas organizações sociais no que tange às questões sociais. O resultado, segundo Torres (2003), é um processo de despolitização da política, no qual a sociedade civil se torna apenas um instrumento de melhoria gerencial de programas do governo, restrito a ações de atendimento de demandas públicas e de fiscalização dos governos.

De acordo com Almeida (2004, p. 108), a sociedade civil é apresentada como um “terreno virtuoso, esfera da colaboração e da confiança mútua, completamente imune aos conflitos de interesses e às disputas entre os diferentes projetos econômicos e políticos presentes nas sociedades contemporâneas”. Assim, a sociedade civil pode substituir o Estado

no enfrentamento das desigualdades sociais, promovendo a privatização da questão social ou sua refilantropização.

A desobrigação do Estado pelos encargos sociais transferiu a responsabilidade pelo atendimento da questão social para o mercado e a sociedade civil. Trata-se, segundo Carvalho (1998), de atender os direitos a partir de um retorno aos favores e à caridade e pela privatização, o que transforma políticas universais em políticas compensatórias. Nos termos de Nogueira (2011), é uma participação assistencialista que inclui práticas de auxílio mútuo e de mutirão, desenvolvendo-se ao lado de ações filantrópicas ou solidárias, como uma estratégia de sobrevivência em contexto de miséria e de falta de proteção social por parte do Estado.

Raichelis (1998) corrobora tal argumento ao afirmar que, a partir da desregulamentação do papel do Estado e a transferência de suas responsabilidades, ressurge o discurso da participação comunitária e o estímulo à iniciativa privadas nas ações sociais. Assim, nas políticas sociais,

[...] o vácuo deixado pela retirada do Estado dos serviços de proteção social foi preenchido pelas ONGs, na maioria das vezes, por meio de práticas assistencialistas ou servindo de suporte material para as políticas neoliberais na condição de participantes de um virtual espaço entre o privado e o público, ou seja, público não-estatal. Tais organizações, ao ser alçadas à condição de agentes privilegiados de mediação entre o Estado e os sujeitos políticos, tanto desmobilizam os movimentos sociais como obscurecem o processo de privatização dos serviços públicos (SILVA, 2003, p. 40).

Os direitos sociais são, portanto, reconfigurados para o mercado, uma vez que “os serviços públicos, nos termos como estão sendo oferecidos, ao se desvincularem do estatuto de direitos sociais assumiram, exclusivamente, a forma de mercadoria, disponível àqueles que tiverem recursos financeiros ou outros equivalentes (os valores) para adquiri-los” (SILVA, 2003, p. 90). Na interpretação de Mestriner (2008), a reforma do Estado tem impacto para as políticas sociais devido à redução do aparato social e pela desestatização de serviços públicos, expressando uma “flagrante transferência de responsabilidade para a sociedade civil e num descaso com o aprofundamento da pobreza e exclusão social” (MESTRINER, 2008, p. 26).

Tal perspectiva de atuação colaborativa e solidária da sociedade civil foi incorporada nas agendas dos organismos internacionais como um princípio a ser incentivado e valorizado. Cunha (2010, p. 137) destaca que “havia um cenário internacional que também vinha insistindo no tema da colaboração entre Estado e sociedade civil”. De acordo com Almeida (2006, p. 49),

[...] iniciativas foram criadas especificamente para incentivar a participação da sociedade em programas sociais, seja incluindo-a como pré-requisito à aprovação de projetos, seja por meio da fomentação de estudos e divulgação sobre a sua importância como premissa dos processos de desenvolvimento.

No texto de Garrison (2000), intitulado *Do confronto à colaboração*, propõe-se a colaboração entre governo, sociedade civil e Banco Mundial (BM), em políticas e programas mais participativos⁴. Para Neves (2008), a ênfase na participação social por parte do BM se evidencia pela apropriação do conceito de sociedade civil e destruição do seu significado político. Além disso, se retira do Estado o seu papel de regulador das políticas sociais, buscando uma sociedade civil que colabore através de políticas de participação.

De acordo com Pereira (2008), tal forma de participação da sociedade civil se apresenta como uma das tendências de um modelo pluralista de bem estar social, no qual a provisão de bens e serviços sociais é compartilhada pelo Estado, pelo mercado e pela sociedade, expressa pelas organizações voluntárias, sem fins lucrativos, e a família. Ainda segundo aquela autora, “a participação da sociedade torna-se questionável, pois dela se exige, preponderantemente, a colaboração e a parceria na divisão de encargos, antes assumidos pelos poderes públicos” (PEREIRA, 2008, p. 201).

Propaga-se, então, “[...] uma outra modalidade de ação social, nem estatal, nem privada, mas pública, porquanto operada por um setor social comunitário considerado sem fins lucrativos e, portanto, paralelo ao mercado e parceiro do Estado” (MESTRINER, 2008, p. 23). Apresenta-se uma nova perspectiva de participação da sociedade civil, que “deixa de ser um confronto ao Estado para se caracterizar como “participação negociada” na disputa entre projetos distintos, em processos de co-gestão entre o Estado e a sociedade, nesses novos espaços públicos” (NEVES, 2008, p. 16).

Percebe-se, portanto, que sociedade civil é um conceito utilizado por projetos políticos distintos, que implicam em diferentes formas de se compreender os papéis por ela desempenhados. De acordo com Almeida (2006), dois processos políticos distintos engendraram a participação da sociedade nas políticas públicas nas últimas décadas. De um lado, tem-se a emergência da sociedade civil como esfera (re)valorizada da ação política. De outro, são destacadas as reformas orientadas para o mercado.

⁴ Em relação ao financiamento do Banco Mundial para projetos desenvolvidos por ONGs, Gohn (1998) observa que as primeiras experiências ocorreram nos anos de 1970, sendo que nos anos 1980, se adota uma postura de diálogo e parceria com essas organizações. “Assim, enquanto entre 1973 e 1988 apenas 6% dos projetos financiados pelo banco envolviam ONGs, em 1993, o percentual eleva-se para 1/3 dos financiamentos e, logo a seguir, em 1994, metade dos projetos de financiamentos aprovados pelo BM envolviam ONGs de diferentes tipos e objetivos” (GOHN, 1998, p. 16).

Na mesma direção, Dagnino (2004) afirma que a participação da sociedade civil foi apropriada por projetos e práticas políticas antagônicas. Criou-se uma “confluência perversa”, nos termos da autora, entre um projeto democratizante e participativo que propõe a expansão da cidadania e o aprofundamento da democracia com a garantia de direitos, e outro neoliberal, emergente nos anos 1990, que busca um Estado mínimo, com redução do seu papel de garantidor de direitos através do encolhimento de suas responsabilidades com o social e transferência para a sociedade civil.

De acordo com Simionatto (2010), a concepção liberal de sociedade civil é a base teórica do terceiro setor. Tal compreensão desloca a sociedade civil da luta pela ampliação da cidadania e enfatiza a concepção de Estado minimizado no enfrentamento da questão social. Fortalece-se o ideário da responsabilidade social dos indivíduos, sendo a sociedade civil uma terceira esfera situada entre o Estado e o mercado. Tal participação é estimulada por meio de um discurso participacionista e do protagonismo de novos atores sociais, tais como: voluntariado, grupos filantrópicos e organizações não governamentais. É enfatizada a cooperação entre Estado e sociedade, e não os conflitos entre as classes e os projetos societários em disputa. Refletir sobre a sociedade civil brasileira implica ir além da aparência das relações sociais e considerar a existência de disputas entre projetos políticos e conceitos.

A seguir, tem-se a problematização dos termos “terceiro setor”, “organizações não governamentais” e “voluntariado” no contexto das políticas sociais.

1.3 Terceiro setor, organizações não governamentais e voluntariado nas políticas sociais

Existem diversas controvérsias e ambiguidades em torno do termo “terceiro setor”, particularmente na definição do seu papel e da relação com o Estado. De um lado, alguns autores compreendem o terceiro setor como substituto do Estado frente às questões sociais no contexto neoliberal. Por outro, o terceiro setor é visto como um espaço de participação e mobilização social pela democracia e enfrentamento das questões sociais (CANABRAVA *et al.*, 2007).

Embora o foco principal da presente pesquisa seja o voluntariado, entende-se não ser possível trata-lo de forma separada do terceiro setor e das ONGs, uma vez que, o voluntariado, enquanto uma prática, é incentivado em tais espaços e neles encontra suas principais expressões. Segundo Figueiredo (2005, p. 46),

Ao abordar a temática do trabalho voluntário, deve-se fazer referência também ao Terceiro Setor, uma vez que é nesse âmbito que ele atinge sua maior expressão, principalmente em organizações não-governamentais, embora tal ação possa estar sendo realizada em outras esferas, tais como na empresarial, familiar, religiosa, escolar, entre outras.

Nos termos de Cardoso (2005, p. 8), o terceiro setor e as diversas organizações compreendidas “engloba as múltiplas experiências de trabalho voluntário, pelas quais cidadãos exprimem sua solidariedade através da doação de tempo, trabalho e talento para causas sociais”. Meister (2003) também ressalta a relação entre o terceiro setor e o voluntariado ao afirmar que

Terceiro setor e voluntariado surgem de um esforço da sociedade que reconhece a importância dos valores de solidariedade, altruísmo, de novas formas de se fazer uma sociedade, onde não existam tantas diferenças e injustiças para com as pessoas que menos podem ou que, mesmo podendo, não têm os meios para realizar, fazer um mundo melhor para todos. O voluntariado é uma ação do terceiro setor (MEISTER, 2003, p. 20).

Os termos “terceiro setor” e “ONGs” não são sinônimos, mas fazem referência a um processo comum. Neste sentido, faz-se importante contextualizar algumas referências sobre tais conceitos. A análise de Meister (2003, p. 22) sobre o conceito de terceiro setor afirma a utilização de diferentes termos como referência a “um espaço de organização da sociedade civil em vista de causas coletivas”. Nos Estados Unidos da América (EUA) são mais utilizados os termos “*third sector*” (terceiro setor) e “*non profit organizations*” (organizações não governamentais). Os ingleses, por sua vez, preferem o termo “*charities*” (caridades) e, modernamente, “filantropia” com conotação de “sem fins lucrativos”. Na América Latina, os termos que mais se difundiram foram “organizações da sociedade civil” e “terceiro setor”.

Landim (2003, p. 109) é categórica ao afirmar que terceiro setor não é um termo neutro; ao contrário, “é de procedência norte-americana, contexto onde associativismo e voluntariado fazem parte de uma cultura política e cívica baseada no individualismo liberal, em que o ideário dominante é o da precedência da sociedade com relação ao Estado.” Por ter uma origem clara, tal termo é carregado de valores e concepções ideopolíticas que evocam a colaboração e diluem a ideia de conflito ou contradição.

Segundo Corrêa e Pimenta (2006), o discurso do terceiro setor introduz a ideia de uma nova forma de regulação social que se faz fora do Estado e do mercado, em uma nova instância: a sociedade civil. Na mesma direção, a análise de Mestriner (2008) afirma que o terceiro setor se apresenta como uma alternativa aos tradicionais ‘Estado e mercado’, no qual as organizações possuem um fim público, ou seja, promovem o bem da sociedade em geral ou

o bem comum, uma vez que o terceiro setor se situa ao lado do Estado, considerado o primeiro setor, e do mercado, o segundo setor.

A relação entre o terceiro setor e o interesse público é enfatizada por Pereira e Grau (1999). Segundo aqueles autores, o terceiro setor se relaciona ao chamado setor produtivo público não estatal. Para tanto, é considerado público aquilo que é de todos e para todos, em oposição ao privado, direcionado para o lucro, e ao corporativo, orientado para interesses setoriais ou grupais. O público, por sua vez, pode ser estatal ou não estatal, composto por organizações voltadas para o interesse geral, sendo as não estatais não integrantes do aparato do Estado.

Fernandes (1994, p. 21) também define o terceiro setor a partir da relação com o público ao afirmar que este “denota um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos”. O terceiro setor é ainda designado pelas negações ‘não governamental’, ou seja, as iniciativas e organizações não fazem parte do governo e nem se confundem como o poder estatal, e ‘não lucrativas’, não tendo por objetivo a geração de lucros.

A busca por um bem comum, por meio da colaboração da sociedade, implica em uma não compreensão dos conflitos e contradições existentes nas relações sociais. Segundo Landim (2003), o terceiro setor dilui a ideia de conflito. O próprio termo “setor” é abrangente e tende à homogeneização e minimização de diferenças entre as organizações. Entretanto, há uma pluralidade de atores que compõe o terceiro setor. De acordo com Gomes (1999), a própria CF de 1988 atribuiu diversas nomenclaturas às organizações privadas que podem atuar nas políticas sociais a partir de parcerias com o Estado⁵.

Nos termos de Paz (2000, p. 198), o terceiro setor “engloba as organizações sem fins lucrativos, não-governamentais, atividades e iniciativas de grupos civis organizados em associações ou entidades sociais, de forma voluntária e/ou profissionalizada, com caráter de instituições privadas, mas com funções de interesse público”. Tal fato envolve diferentes atores, tais como: filantropia, ação caritativa, movimentos sociais, associações comunitárias, trabalhos educativos, organizativos e de assessoria técnica, as ONGs, as iniciativas empresariais filantrópicas e religiosas, até a cooperação internacional.

⁵ Na área da saúde, tais entidades são chamadas de filantrópicas e sem fins lucrativos (art. 199, § 1º). Na assistência social, são chamadas de entidades beneficentes de assistência social (art. 204, inciso I). Na educação, existem as escolas comunitárias, confessionais e filantrópicas (art. 213) e, no capítulo da família, da criança, do adolescente e do idoso, são apresentadas como entidades não governamentais (art. 227, § 1º).

A complexidade do conceito “terceiro setor” também é apresentada por Cardoso (2005, p. 7), ao afirmar que

O próprio conceito de Terceiro Setor, seu perfil e seus contornos ainda não estão claros nem sequer para muitos dos atores que o estão compondo. São vários os termos que temos utilizados para caracterizar este espaço que não é Estado em mercado e cujas ações visam ao interesse público: iniciativas sem fins lucrativos, filantrópicas, voluntárias.

Trata-se, portanto, de um campo complexo, heterogêneo e contraditório que engloba uma diversidade de ações e organizações com formatos e objetivos diferentes.

Forma-se, assim, um conjunto complexo e heterogêneo que incorpora um sem-número de segmentos distintos, agindo e interagindo simultaneamente sem um patamar político claro de avanço da cidadania. É um conjunto que engloba as formas tradicionais de ajuda mútua e ao mesmo tempo as novas associações civis e organizações não-governamentais; que agrega desde instituições as mais tradicionais, de caráter confessional ou religioso, voltadas para atividades assistenciais e beneficentes, sem qualquer compromisso político, até segmentos “politizados” que lutam por determinada causa, assumindo caráter reivindicatório ou contestatório junto à sociedade ou ao Estado (MESTRINER, 2008, p. 35).

A partir de uma leitura crítica do termo “terceiro setor”⁶, Montañó (2010) observa que este separa e autonomiza uma relação que, em realidade, é dialética entre Estado, mercado e sociedade civil, uma vez que ocorre uma segmentação da totalidade social e a desistorização da realidade ao se diferenciar, a partir da orientação liberal ou neoliberal, o Estado como responsável pela política formal e, eventualmente, por atividades sociais; o mercado, pelas questões econômicas; e a sociedade, pelas questões sociais. Além disso, ao se estabelecer o terceiro setor como “público, porém, privado”, surge uma polarização entre o público e o privado, por meio da atuação da sociedade civil como executora de políticas públicas.

A atuação do terceiro setor nas políticas sociais também é observada por Saraiva (2006, p. 25), que destaca:

O mote para o Terceiro Setor é basicamente, preencher uma lacuna cada vez maior entre o que os cidadãos demandam e o que é oferecido pelo Estado. Como essa também não é uma função da iniciativa privada, apresenta-se um espaço apropriado para a disseminação de iniciativas que não são nem públicas tampouco privadas: um campo repleto de possibilidades para o Terceiro Setor.

Yasbek (2009, p. 105) também explicita a atuação do terceiro setor nas políticas sociais ao apresentar a seguinte afirmação:

⁶ Montañó utiliza em sua obra o termo “terceiro setor” sempre entre aspas, argumentando que o conceito apresenta uma visão setorializada da realidade social.

Cresce o denominado terceiro setor, amplo conjunto de organizações e iniciativas privadas, não lucrativas, sem clara definição, criadas e mantidas com o apoio do voluntariado e que desenvolvem suas ações no campo social, no âmbito de um vastíssimo conjunto de questões, em espaços de reestruturação (não de eliminação) das políticas sociais, e de implementação de novas estratégias programáticas como, por exemplo, os programas de Transferência de Renda, em suas diferentes modalidades.

Montaño (2010) ainda apresenta quatro debilidades teóricas do termo “terceiro setor”. Primeiramente, tal terminologia é apresentada como superadora da dicotomia entre público (Estado) e privado (mercado). Considerando que o Estado está em crise e que o mercado busca o lucro, nem um nem outro poderia dar respostas para as necessidades sociais, função assumida pelo terceiro setor. Porém, ao considerá-lo como sociedade civil, este deveria aparecer como o “primeiro setor”, já que é quem produz suas instituições, o Estado, o mercado, entre outros. Conforme Montaño (2010), tem-se, então, uma incerteza na evolução conceitual.

Outra debilidade trata da falta de consenso sobre quais entidades compõe o terceiro setor. A origem do termo, por volta dos anos 1970 e 1980, nos EUA, o relaciona com a filantropia. Em 1998, no IV Encontro Ibero-Americano de Filantropia, o terceiro setor foi definido por organizações privadas, não governamentais, sem fins lucrativos, autogovernadas, de associações voluntárias. Entretanto, tal processo de definição não significou a formação de um consenso entre teóricos e pesquisadores. Para alguns, são apenas organizações formais. Para outros, inclui atividades informais e individuais. Há ainda quem inclua sindicatos, movimentos políticos e seitas. Enfim, não se percebe um rigor na caracterização do referido setor.

Para o entendimento do terceiro setor, observa-se que este é um conceito que é composto por interesses, espaços e significados sociais diversos, contrários e até contraditórios, uma vez que inclui, no mesmo espaço, organizações de diferentes tipos⁷. Por fim, ressalta-se que o caráter “não governamental”, “não governado” e “não lucrativo” é posto em questão, já que muitas destas entidades localizadas no terceiro setor têm parceria com o Estado ou são contratadas por este para executar suas funções de forma terceirizada.

Cabe ainda refletir sobre para quem as ações do terceiro setor são destinadas. Segundo pesquisa do GECD (1998/1999a, p. 29),

⁷ Alguns tipos de organizações presentes no conceito de terceiro setor são ONGs, organizações sem fins lucrativos, organizações da sociedade civil, instituições filantrópicas, associações de moradores ou comunitárias, associações profissionais ou categoriais, clubes, instituições culturais, religiosas, entre outras.

[...] o terceiro setor atenderia a população que vem crescentemente sendo excluída tanto do acesso aos serviços públicos, já que o Estado vem progressivamente limitando o atendimento das demandas sociais; quanto do acesso aos produtos e serviços oferecidos pelo mercado, situação agravada pelo crescente desemprego. Alguns grupos e fundações empresariais têm assumido, recentemente, ações complementares às do Estado em determinadas políticas sociais, o que pode desresponsabilizá-lo e, por conseguinte, reforçar a proposta neoliberal de diminuição dos encargos sociais.

As chamadas ONGs tiveram grande crescimento no contexto do terceiro setor. Cunha (2010) apresenta duas linhas explicativas para a origem das ONGs no Brasil. A primeira apresenta como origem os trabalhos de assistência e as entidades filantrópicas que passaram a se desenvolver profissionalmente até configurarem as atuais ONGs. A outra afirma que a origem das ONGs remete às organizações dos anos 1970 e 1980, que tinham a função de apoio e assessoria aos movimentos populares.

Há autores que percebem uma transformação no perfil das ONGs. Gohn (2008) afirma que a origem das ONGs remete às antigas práticas caritativas e filantrópicas. Entretanto, nos anos 1970 e 1980, com a entrada em cena de novos atores e novos sujeitos coletivos, houve a emergência e o desenvolvimento de ONGs de apoio aos movimentos sociais e populares.

Paz (2000), por sua vez, entende que as ONGs começaram a se formar e se estruturar no Brasil a partir das décadas de 1960 e 1970, ao lado da organização dos movimentos sociais, atuação da Igreja progressista, organizações de trabalhadores, populações excluídas e oposição política ao regime ditatorial. “Pode-se dizer que as primeiras ONGs nascem sintonizadas com os objetivos e dinâmica dos movimentos sociais, com um projeto político de fortalecimento da sociedade civil, de defesa dos direitos sociais com ênfase nos trabalhos de educação popular” (PAZ, 2000, p. 197).

A década de 1990 foi um marco na atuação das ONGs. De acordo com Gohn (2008), neste período, o perfil de tais organizações se modificou. Permanecem ONGs cidadãs, militantes, com perfil ideológico e projeto político definido, mas, ao mesmo tempo, algumas entram em crise e se fragmentam. Intensificam-se as ONGs que prestam serviços públicos em parceria com o Estado.

Coutinho (2005, p. 58) também observa tal transformação nas ONGs ao afirmar: “Se na década de 1970 associavam-se aos movimentos sociais, a partir dos anos 1990, as ONGs estão submetidas a uma outra lógica: priorizam trabalhos em “parceria” como Estado e/ou empresas: proclamam-se “cidadãs”; exaltam o fato de atuarem sem fins lucrativos”.

Tal processo também é analisado por Raichelis (1998, p. 78), ao afirmar: “[...] as ONGs e um conjunto diversificado de organizações sociais têm sido convocadas pelo Estado e pelo empresariado para o estabelecimento de diferentes parcerias, como operadores de programas de combate à pobreza”. Dessa forma, enquanto nos anos 1980, as ONGs tinham um papel de pressão contra o Estado, nos anos 1990, são entidades que atuam em parceria com o Estado a partir de políticas sociais.

Rapidamente o universo das ONGs alterou seu discurso, passando a enfatizar as políticas de parceria e cooperação com o Estado, destacando que estão em uma nova era onde não se trata de dar costas ao Estado, ou apenas criticá-lo, mas de alargar o espaço público no interior da sociedade civil, democratizar o acesso dos cidadãos a políticas públicas e contribuir para a construção de uma nova realidade social, criando canais de inclusão dos excluídos do processo de trabalho (GOHN, 1998, p. 16).

O terceiro setor e as ONGs contribuíram para a reconstrução do conceito de sociedade civil que se torna sinônimo de terceiro setor e ONGs. Nos termos de Almeida (2004, p. 102),

Transformada num sujeito virtuoso e indiscriminado que congrega as mais diferentes formas de associação, os movimentos sociais, as ONGs, as fundações empresariais e até as formas tradicionais da caridade e ajuda mútua, a sociedade civil como “terceiro setor” vem sendo estrategicamente apresentada como a esfera mais apropriada para substituir o Estado em “crise” e completamente “satanizado” pelos neoconservadores.

Um dos principais princípios e propostas do terceiro setor é a valorização do trabalho voluntariado. De acordo com Saraiva (2006), o voluntariado tem sido incentivado de diferentes formas a partir do apelo da mídia. Há ainda o estímulo do próprio mercado, através da preferência aos currículos que apresentem envolvimento com atividades voluntárias e pela ampliação de possibilidades de ascensão profissional aos empregados que atuam como voluntários. Pinto, Guedes e Barros (2006, p.117) também ressaltam essa questão ao afirmarem:

Dia a dia, estamos sendo bombardeados, especialmente pela mídia, por mensagens conclamando-nos a sermos solidários, seduzindo-nos a sermos bons com os mais necessitados, os mais carentes, os mais pobres, os mais desamparados e, ainda, pedindo que doemos dinheiro, produtos e/ou parte de nosso tempo na realização de trabalhos que minimizariam as mazelas pessoais. Amigo, parceiro, padrinho, adoção, voluntário, irmão de todas expressões que distinguem aqueles que respondem aos apelos a ajudar a quem precisa ‘fazendo a sua parte’ daqueles que ainda não ‘entraram nessa rede de fazer o bem’.

Historicamente a sociedade brasileira tem a presença de organizações voluntárias, principalmente nas áreas de saúde e assistência social (LANDIM, 2003). Segundo Ortiz

(2007), a história da filantropia e do voluntariado no Brasil foi marcada pelos propósitos e pelo estilo de colonização portuguesa, com grande influência da Igreja Católica.

Ainda no século XVI, foram instaladas as Misericórdias Portuguesas, resultantes da união entre Estado e Igreja, através das fundações das Santas Casas de Misericórdia de Olinda em 1539, e de Santos em 1543, com o objetivo de oferecer diversos tipos de assistência, a saber: esmolas, assistência aos presos pobres e suas famílias, dotes a jovens órfãs e pobres, concessão de tubas, rodas de expostos. Sua principal atividade, porém, era a assistência hospitalar aos enfermos. Assim, “o voluntariado sempre teve seu conceito ligado às ações religiosas ou a questões relacionadas à área de saúde” (SILVEIRA, 2002, p. 158).

Outras instituições filantrópicas com forte atuação de voluntários encontradas na história do Brasil foram as Sociedades Filantrópicas, como a de São Paulo, fundada em 1830 com o objetivo de amparar presos pobres, e a de Santos, criada em 1832, para dar apoio à Santa Casa; e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, que chegou ao Brasil em 1908 com o objetivo de prestar assistência em áreas de conflito armado (ORTIZ, 2007).

Figueiredo (2005, p. 40), ao tratar da contextualização do trabalho voluntário no Brasil, aponta:

Desde o seu início, o trabalho voluntário no Brasil está fortemente associado à caridade e à filantropia, visto que, historicamente, o modelo de voluntariado foi firmado e difundido a partir de preceitos religiosos. O caráter filantrópico é forte marca histórica deixada pelos religiosos, que organizaram as primeiras ações voluntárias no país, sendo até os dias atuais um componente que faz parte tanto da motivação como dos objetivos a serem atingidos pelas instituições voltadas à caridade.

As referidas práticas voluntárias foram se reconfigurando ao longo do processo histórico, sendo incorporadas pelo Estado por meio de programas governamentais de estímulo a tais práticas. Araujo (2008) analisa a participação do voluntariado em uma série de ações assistenciais realizadas por parte do Estado, com destaque para três programas, a saber: o Programa Voluntários, de 1942; o Programa Nacional do Voluntariado (PRONAV/LBA), de 1979; e, o Programa Comunidade Solidária (PCS), de 1995.

O Programa de Voluntários, de 1942, foi o primeiro programa institucionalizado de voluntariado brasileiro, orientado por diretrizes de execução de ações de assistência social, realizadas por intermédio de entidades sociais. Considerando o contexto histórico da II Guerra Mundial e o início de movimentos reivindicatórios, a proposta era criar uma forma de controle social capaz de diminuir tensões e desconfortos causados pelas diferenças sociais.

A participação dos voluntários em tal programa estava ligada à própria idealização da Legião Brasileira de Assistência (LBA), a qual

[...] caracterizava-se como uma entidade de filantropia laica pela sua origem, mas sedimentada em princípios humanitários, do amor ao próximo, no sentido da caridade e da benemerência, assemelhando-se às entidades filantrópicas confessionais, que, apesar de serem de caráter privado, também tinham uma função pública como a LBA, de prestação pública de assistência social (ARAÚJO, 2008, p. 195).

A então primeira-dama, Darcy Vargas, desencadeou o processo de mobilização do voluntariado, com a colaboração das primeiras-damas estaduais e municipais, e embasou o ciclo de atuação destas mulheres na assistência social. Nos parâmetros do Programa, “o voluntariado deveria estar atento às reais necessidades sociais apresentadas pelos pobres, partindo do princípio de um rigor seletivo, de “justeza”, na prestação da assistência social, pois não havia recursos para todos que os precisarem” (ARAÚJO, 2008, p. 196).

Além disso, caberia aos voluntários “efetuar avaliações para mediar a dimensão do desajuste social, registrando e organizando um fichário dos assistidos, bem como buscaria o apoio de outras organizações públicas e privadas para a prestação de assistência como hospitais, sanatórios, escolas e asilos” (ARAÚJO, 2008, p. 197). A atuação do voluntariado era orientada, portanto, pela caridade e entendida como virtude de quem a exerce.

Ao Estado, caberia estimular os mais providos a atuarem como voluntários para fazerem bem ao próximo menos favorecido.

A retórica governamental de 1942 a 1964, usada no trato do voluntariado, continha um chamamento moral e cívico em nome da soberania nacional. Eram apelos aos sentimentos pátrios dos cidadãos em defesa dos interesses de todos, expressando-se no programa e nas atividades assistenciais. Estas, naquela oportunidade, eram concebidas como formas humanitárias filantrópicas que o Estado compartilhava com a sociedade (ARAÚJO, 2008, p. 204).

Em 1979, foi implantado o Programa Nacional do Voluntariado (PRONAV/LBA), com a efetiva participação de voluntários para o desenvolvimento de ações assistenciais, voltadas para a população que estava à margem dos benefícios previdenciários, como, por exemplo, desempregados e trabalhadores informais e suas famílias. O voluntariado prestaria assistência às pessoas com necessidades especiais, idosos, à maternidade e infância, além do cadastro de entidades assistenciais e serviços por meio de convênios (ARAÚJO, 2008).

Na leitura de Araujo (2008), um dos principais diferenciais entre os dois programas é a atuação de massa do PRONAV. Inspirado na experiência do Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), que tinha o objetivo de alfabetizar jovens e adultos e criar um processo participativo na sociedade, o PRONAV privilegiava uma abordagem de massa na

comunidade, com interiorização de suas ações no país. Além disso, buscava recursos humanos e materiais nas próprias comunidades.

O voluntariado no programa era estruturado nos Núcleos de Voluntariado, que tinham, dentre outras diretrizes, a abordagem comunitária com a efetiva participação dos usuários. O Programa envolvia a comunidade com a proposta de se realizar “o ajustamento social dos excluídos” (ARAÚJO, 2008, p. 216), sendo enfatizado o apelo sentimentalista e o clamor à solidariedade do povo brasileiro. Landim e Scalon (2000) destacam que o relatório publicado em 1987, apresenta a existência de 1.040 Núcleos do Voluntariado e 5.454 grupos de voluntários atuando no Brasil.

O voluntariado passou a ser usado como um instrumento técnico de planejamento e administração da LBA.

A proposta do programa delegava para o voluntariado tanto providências administrativas como de prestação de assistência social em nome do processo de participação social, podendo organizar grupos de apoio, formados por voluntários nas comunidades, para ampliar as suas ações, bem como deveria promover as entidades sociais especializadas (clínicas, asilos e outras afins) para que se vinculassem ao programa, através de contratos e acordos, tendo como contrapartida de seus serviços algum subsídio, ancorado pelo princípio da subsidiariedade (ARAÚJO, 2008, p. 221).

A relação entre voluntário, enquanto um aconselhador de princípios e valores morais, e o necessitado, que assumia postura de pedinte, reforçava a dependência dos usuários ao programa, sendo indispensável aos serviços de assistência social (ARAÚJO, 2008). A gestão era feita pela primeira-dama do país, a partir de uma estrutura centralizada, com a participação das primeiras-damas dos estados e municípios nas coordenações estaduais e municipais, respectivamente. Era, então, estruturado no “clássico modelo de facilitações do clientelismo e da assistência por mulheres da elite” (LANDIM; SCALON, 2000, p. 17).

Nos anos 1990, as políticas sociais se reconfiguram, o que implica em um novo perfil de ação para o voluntariado. Na literatura especializada, é comum encontrar referências à expansão do voluntariado no período neoliberal vivenciado no Brasil no período anteriormente destacado.

Destaca-se que a partir da década de 1980, a esfera privada em detrimento da esfera pública aumenta sua participação nas políticas sociais, tanto o mercado quanto o voluntariado assume maiores responsabilidades, pois há um tipo de convocação à maior participação das pessoas no combate à miséria e à desigualdade social que surge o engajamento dessas em atividades beneficentes e voluntárias (FAGUNDES, 2006, p. 96).

Nos termos de Landim e Scalon (2000), foi na década de 1990 que o debate sobre práticas de trabalho voluntário e doação de bens ou dinheiro por indivíduos para alguma causa social “entrou na moda”.

Se práticas que podem ser reconhecidas e enquadradas como doações e voluntariado sempre existiram na sociedade brasileira, elas raramente se constituíram como uma questão, da forma como está sendo agora construída e levada a público – como atestam por exemplo as frequentes matérias sobre iniciativas individuais exemplares, campanhas de doação, páginas de internet de oferta e procura de voluntários, cursos de capacitação ou promoção do “voluntariado empresarial” entre funcionários, lançamento de cartões de crédito de entidades não-governamentais, e por aí vai (LANDIM; SCALON, 2000, p. 12).

Para Bonfim (2010a), o incentivo às atividades voluntárias tão presente na sociedade brasileira atual, não é resultado do amadurecimento da sociedade civil, da consciência cidadã, nem do fortalecimento da democracia. Ao contrário, está relacionado “a um conjunto de determinações de ordem econômica, política e ideológica presentes na sociedade brasileira, em especial a partir da década de 1980” (BONFIM, 2010a, p. 14).

O voluntariado se apresenta, portanto, como a principal saída para a resolução dos problemas sociais, uma vez que, no mesmo contexto em que a cultura do voluntariado se expande em tal período, tem-se também “o aumento do desemprego, a pauperização, a precarização e flexibilização das relações trabalhistas, a queda da renda do trabalhador, o aumento do trabalho informal, entre outros, ou seja, no momento em que há um acirramento das sequelas da “questão social” (BONFIM, 2010a, p. 45).

Foi também na mesma década que se deu a criação de um novo programa governamental de estímulo ao voluntariado: o Programa Comunidade Solidária (PCS). Araujo (2008) afirma que tal programa teve origem nas experiências da Campanha da Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida e do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) – iniciativa surgida no Movimento pela Ética na Política⁸, uma mobilização da sociedade brasileira no contexto do *impeachment* do então Presidente Fernando Collor de Melo.

⁸ Segundo Cunha (2010), o Movimento pela Ética na Política reuniu diversas entidades, a saber: a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), o Pensamento Nacional das Bases Empresariais (PNBE), a Comissão de Justiça e Paz, a União Nacional dos Estudantes (UNE), a Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), entre outras.

A Ação da Cidadania⁹, que teve seu auge nos anos 1993 e 1994, foi convocada e coordenada por ONGs e outras organizações da sociedade civil, com ampla participação dos brasileiros principalmente através da doação de alimentos não perecíveis. O objetivo era “fazer da solidariedade um eixo a sensibilizar e mobilizar a sociedade como um todo para a necessidade do combate à fome e à miséria no Brasil” (ALMEIDA, 2006, p. 79).

A discussão proposta pela Ação da Cidadania acabou por se expandir para outras áreas devido aos questionamentos estruturais vinculados ao problema da fome e da pobreza, tais como: emprego, saúde e nutrição, produção e distribuição de alimentos, reforma agrária e desenvolvimento. Na leitura de Almeida (2006, p. 85), “nessa perspectiva, a campanha conseguia, de fato, politizar o tema da fome, articulando-o a demandas por direitos”.

A campanha e o apelo solidário foram acolhidos por diversos segmentos sociais – empresários, lideranças sociais, sindicatos e ONGs. Telles (1999, p. 96), ao tratar da mobilização obtida pela Campanha da Fome, apresenta que

No correr de 1993 e 1994, os comitês se multiplicaram por todo o território nacional, organizaram perto de 3 milhões de pessoas e mobilizaram 30 milhões de brasileiros em alguma forma de apoio e contribuição. [...] De fato, a Campanha desencadeou um amplo debate que mobilizou técnicos e especialistas de diversas áreas, lideranças políticas e representantes de governos locais, sobre as difíceis relações entre economia e direitos, políticas sociais e qualidade de vida.

Apesar da grande mobilização envolvida na Ação da Cidadania, diversos grupos teceram críticas a tal iniciativa. Almeida (2006) ressalta que a campanha foi apontada como assistencialista, emergencial e caritativa por partidos de esquerda, sindicatos, movimentos e lideranças. Outra crítica tratava da falta de discussão e compromisso político mais claro e definido.

Assim, a Ação da Cidadania, organizada para promover uma mobilização social ampla, plural e descentralizada via solidariedade, experimentou tensões e ambiguidades decorrentes, sobretudo, da tentativa de articular o apelo solidário à reivindicação por direitos, expectativa que guardavam muitos de seus participantes e organizadores (ALMEIDA, 2006, p. 84).

Outro fator apontado na literatura que estimulou a origem do PCS foi o Programa Nacional de Solidariedade Mexicana (PRONASOL), criado em 1988, vinculado à Presidência do México. Na análise de Araujo (2008, p. 230), tanto o Pronasol como o PCS “estavam assentados no mesmo princípio da solidariedade, na esteira do neoliberalismo, da reforma do Estado, sendo fundamental a proliferação da solidariedade no seio da sociedade civil, podendo, assim, afastar-se de sua responsabilidade social”. Almeida (2006) recorda outras

⁹ Nacionalmente conhecida como “a campanha do Betinho” (CUNHA, 2010, p. 121).

experiências que seguiram a mesma orientação de combate à pobreza, como, por exemplo, o *Fondo de Solidariedad e Inversión Nacional*, no Chile, e a *Red de Solidariedad*, na Colômbia.

O PCS apresentou uma ruptura na forma como a questão social havia sido tratada em períodos anteriores, uma vez que no momento de sua criação, foram extintos o Ministério de Integração Regional, o Ministério do Bem Estar Social, a LBA e o Centro Brasileiro para a Infância e Juventude. De acordo com Cunha (2010, p. 129), “a extinção daqueles órgãos e a criação de outros para atuarem na mesma área manifestavam simbolicamente a declarada intenção de renovação das ações executadas até então”.

A metodologia de ação do PCS buscava parcerias do governo com a sociedade, com o objetivo centrado em programas emergenciais e de combate à pobreza. Era valorizada a interlocução e a parceria entre Estado e sociedade no sentido de pensar junto soluções para as questões, identificando o que cada um faz de melhor, sem a substituição de papéis e responsabilidades, na leitura de Cardoso (2005), uma das idealizadoras do programa.

Entretanto, tal parceria tornava a sociedade responsável pela provisão social, enquanto que o Estado se afastava desta dimensão, o que reforçava práticas da cultura assistencial brasileira, porém, com um discurso de “engajamento ético, social e político em nome da cidadania” (ARAÚJO, 2008, p. 232).

Gravitando em torno do princípio ativo da solidariedade, um conjunto de outras ideias-força foi permanentemente promovido pela Comunidade Solidária, como **parcerias público/privado, investimento privado com fins públicos, voluntariado cidadão, capital social, responsabilidade social e terceiro setor** (ALMEIDA, 2006, p. 29, grifos da autora).

Na prática, o discurso do PCS, baseado na solidariedade e na parceria com a sociedade civil, expressa a relação conservadora entre Estado e sociedade, na qual as responsabilidades públicas na prestação de serviços sociais são transferidas para a comunidade, ou seja, a família, ONGs, organizações filantrópicas tradicionais ou empresariais (TELLES, 1999). Segundo Cunha (2010), o PCS foi empenhado na defesa das ideias de parceria, gerência, cidadania ativa e solidariedade e buscou a disseminação dos conceitos de esfera pública não estatal e terceiro setor.

Nos termos de Gusmão (2000), o PCS foi um instrumento estratégico, de domínio político do governo e do Estado, que institucionalizou a “ideologia da solidariedade”, entendida como apoio e colaboração entre Estado e sociedade, uma vez que deve “envolver a **solidariedade** de organizações não governamentais e populares, sindicatos, universidades, igrejas e empresas” (GUSMÃO, 2000, p. 107, grifo do autor). Além disso, outro significado

atribuído à solidariedade a caracteriza como um instrumento propulsor da unidade entre governo e sociedade, num movimento sem contradições e diferenças de classe.

A “sociedade civil ativa” que se buscou impulsionar foi aquela cujo eixo de atuação é marcadamente despolitizada ou é muito mais técnica do que política, diferente dos movimentos sociais, que foram sujeitos desqualificados como interlocutores por sua suposta incapacidade de transcender uma postura de confronto e de reivindicação (ALMEIDA, 2006, p. 104).

A proposta do PCS era “construir e legitimar um “novo referencial para a ação social” fundamentado nas parcerias, estruturado por fora do sistema de proteção e, portanto, não centrado no Estado” (ALMEIDA, 2006, p. 96). Assim, criaram-se dois sistemas de proteção. De um lado, havia a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), com o Estado garantindo direitos para todos, com caráter democrático e não discriminatório. Por outro lado, o assistencialismo persistia com as ações emergenciais do PCS, caracterizado por seu caráter seletivo e vulnerável às atitudes dos executores da ação.

Nos termos de Raichelis (1998, p. 107),

A criação do Programa Comunidade Solidária entra em rota de colisão com o que determina a Constituição, quando trata da Seguridade Social como área que articula a Saúde, a Previdência e a Assistência Social por meio de ações universais, integradas e continuadas de proteção social e garantia de direitos.

Tal ambiguidade é assinalada por Behring (2003), que ao analisar a política social brasileira dos anos 1990, observa que o PCS, coordenado pela primeira-dama, estava fora do sistema de assistência social e ignorava a legislação. Assim, o referido programa acabou por desintegrar o padrão de seguridade social, possibilitando a continuidade de programas sociais conservadores, com perfil seletivo e focalizado e sem instâncias democráticas de participação.

Na mesma direção, Telles (1999, pp. 101) afirma que o PCS “opera como uma espécie de alicate que desmonta as possibilidades de formulação da Assistência Social como política pública regida pelos princípios universais dos direitos e da cidadania”, uma vez que desconsidera direitos conquistados e esvazia as mediações realizadas nos fóruns, conferências, seminários e encontros, expressando o “esvaziamento do campo político no qual essas conquistas vinham se processando”. Tal perspectiva crítica quanto ao PCS foi apresentada nas decisões da I Conferência Nacional de Assistência, realizada em 1995, no qual se pediu a extinção do Programa e a transferência de seus recursos para o Fundo Nacional de Assistência Social (CUNHA, 2010).

Uma das preocupações do PCS é a valorização do voluntariado, uma vez que

O voluntariado no Brasil é uma realidade dinâmica, mas ainda praticamente invisível. As organizações de voluntários têm poucas oportunidades de trocar experiências e somar esforços em iniciativas de interesse comum. Muitos cidadãos gostariam de expressar sua generosidade mas não encontram canais adequados através dos quais chegar às organizações de voluntários e comunidades (CARDOSO, 2005, p. 11).

Em tal contexto, foi criado o Programa Voluntários¹⁰, de 1997, integrante do PCS. Em pesquisa realizada por Cunha (2010), aquela autora afirma que o programa entendia ser necessário investir e fortalecer não apenas as organizações da sociedade civil, mas também incentivar a participação dos voluntários. Tal ação teve início em sete cidades brasileiras¹¹, com a identificação de lideranças, organizações ou órgãos e profissionais do poder público que implementariam os Centros de Voluntariado em seus municípios com o objetivo, dentre tantos outros, de capacitar, construir bases de dados e fazer a mediação entre instituições e candidatos a voluntários.

A proposta do PCS de promover o voluntariado encontrou respaldo e ressonância em alguns segmentos da sociedade civil, como os setores empresariais engajados com a responsabilidade social. Outro grupo que se engajou inclui as camadas elitizadas que, para além do desejo de fazer o bem, buscava o *status* das atitudes voluntárias (ALMEIDA, 2006).

Ainda nos idos de 1997, Almeida (2006) também destaca o Serviço Social Voluntário (SSV), criado e financiado com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), com o objetivo de proporcionar qualificação profissional de jovens na faixa etária de dezoito anos que, em contrapartida, desenvolvessem trabalhos voluntários em suas comunidades.

Neste período, o trabalho voluntário é denominado por Cunha (2010) de “novo voluntariado”, uma vez que aparece no cenário público juntamente com outras novidades, especialmente pelas novas formas de entender e enfrentar problemas sociais expressas pelo terceiro setor e pelas ONGs. Assim, era “[...] frequente a identificação do **novo** voluntariado como parte de um movimento de revigoração da sociedade civil, expresso, por sua vez, pelo surgimento e fortalecimento do terceiro setor” (CUNHA, 2010, p. 31, grifo da autora).

Percebe-se, então, uma mudança no voluntariado, que qualificou a prestação da ajuda. Se na tradição brasileira este tinha por base a caridade, a compaixão e o amor ao próximo, em

¹⁰ O Programa Voluntários é uma das três frentes de ação do Conselho da Comunidade Solidária, juntamente com a criação do “Programa inovadores na área social”, baseado em parcerias entre agências públicas, mercado e sociedade civil; e da “Interlocação Política”, com o objetivo de promover canais de diálogo entre a sociedade civil e o governo sobre diferentes temas, buscando a criação de consensos orientadores para o Estado (ALMEIDA, 2006).

¹¹ Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Recife e Fortaleza (MEISTER, 2003).

meados 1990 passa a ser também expressão da cidadania participativa, responsabilidade e emancipação das pessoas (ARAÚJO, 2008).

Nos termos de Silva e Gomes (2011, p. 9), “a prática do voluntariado vem sendo incentivada não como uma prática caridosa, mas como uma maneira de tornar cidadãos e empresas conscientes para assegurar novas respostas às expressões da questão social.” Na mesma direção, Meister (2003, p. 30) aponta que “a participação das pessoas passa a ser uma forma necessária para a construção de uma sociedade melhor. A difusão do voluntariado passa a ser uma expressão dessa vontade das pessoas em resolver problemas de interesse comum”.

Segundo Cunha (2010), o modelo de voluntariado baseado na benemerência ou no combate ao Estado passa a dar lugar a um conceito moderno de voluntário, com referência à qualificação, aos resultados e à eficiência. A proposta do novo voluntariado se apresenta como alternativa à solução dos problemas sociais, a partir da relação direta entre os indivíduos.

No rol de parceiros do Estado, ganha importância, também no Brasil, o voluntariado que se tornou tema recorrente nos meios de comunicação, na academia, nos discursos políticos, nos ambientes de trabalho, nos *curricula vitae*, nos encontros de cúpula, nos projetos governamentais, nas campanhas públicas de mobilização de solidariedades, na internet, nos telefonemas quase que diários recebidos nas residências solicitando doações. Ser voluntário no Brasil passou, repentinamente, a constituir um passaporte para o exercício da cidadania, tanto que este conceito está agora sempre atrelado à prestação da ajuda voluntária (PEREIRA, 2004, p. 155, grifos da autora).

De acordo com Pereira (2003), apesar do Estado nunca ter assumido sozinho a responsabilidade pelas necessidades sociais, o neoliberalismo reforça a caridade e a generosidade privadas no atendimento a tais demandas e retira o caráter de direito passando para um dever cívico em nome da justiça social. Para aquela autora, “é o destamentamento destes [direitos sociais] que está na raiz da valorização do voluntariado pelo ideário neoliberal ainda hegemônico” (PEREIRA, 2003, p. 79).

Fagundes (2006) também destaca o papel da sociedade civil nas políticas sociais ao afirmar que o voluntariado e a solidariedade podem caracterizar o retorno à filantropia, ou seja, uma refilantropização, o que pode significar a tomada, como referência, da moral de ajuda ao próximo e não das políticas sociais e dos direitos conquistados pela CF de 1988. Nas palavras daquela autora, “a refilantropização das políticas sociais caracteriza-se pela fundamentação moral e a ajuda ao necessitado, deixa de ser um direito e se constituindo como auxílio ao outro, ou seja, os homens se ajudam simultaneamente” (FAGUNDES, 2006, p. 88).

Cercado de atributos positivos, tais como: a capacidade de captar apoios espontâneos, o que desonera os cofres públicos; a capacidade de inovar nas respostas às demandas sociais e de oferecer serviços com agilidade e transparência; e, a capacidade de promover a descentralização do poder tradicionalmente concentrado no Estado, o setor voluntário passa a ser um dos principais agentes de proteção social. A inclusão do voluntariado como ator na proteção social não representa, porém, apenas uma alteração na forma de provisão, mas trata de princípios e conteúdos que remetem a um padrão de bem estar social (PEREIRA, 2003).

Para Landim e Scalon (2000), as práticas do voluntariado e das doações podem adquirir funcionalidade diante dos projetos neoliberais de desmonte de políticas sociais, devido a novas concepções sobre as formas de se administrar as questões sociais. Bonfim (2010a) afirma que a cultura do voluntariado se apresenta como um novo padrão de enfrentamento das manifestações da questão social, que na realidade reforça

[...] a predominância de uma lógica privatista no que se refere ao enfrentamento das manifestações da “questão social”. Os indivíduos devem procurar satisfazer todas as suas necessidades no âmbito privado, seja através do mercado, ou, quando isto não é possível, via redes familiares e comunitárias, devendo recorrer aos serviços públicos em último caso (BONFIM, 2010a, p. 30).

Na mesma direção, Telles (1999), ao tratar da pobreza dos anos 1990, destaca a defesa do terceiro setor como um espaço de virtudes solidárias e empreendedoras com alternativas eficientes, flexíveis e dinâmicas na prestação de serviços sociais. Neste sentido, a participação comunitária se expressa pelo “dever de solidariedade em relação aos pobres”, o que descaracteriza a noção de cidadania e direitos, tendo em vista que “a cidadania passa a ser entendida como participação comunitária e no lugar de sujeitos de direitos, entra em cena a figura do usuário de serviço” (TELLES, 1999, p. 106). Além disso,

A lógica neoliberal tanto identifica os problemas sociais como responsabilidade dos indivíduos, como sugere que eles sejam resolvidos no âmbito privado (seja através de seus próprios esforços ou, quando isso não é possível, através de instituições privadas da “sociedade civil” e, atreladas a elas, as práticas de doações e do trabalho voluntário (BONFIM, 2010a, p. 55);

A pesquisa de Landim e Scalon (2000) é uma importante referência sobre doações e trabalho voluntário no Brasil. Segundo os dados do referido estudo, 50% dos indivíduos acima de 18 anos fazem doação em dinheiro ou em bens (alimentos, roupas, calçados, entre outros) para instituições no Brasil, o que somava cerca de R\$ 1.703.000.000,00 em doações em dinheiro. As principais doações são para instituições religiosas e de assistência social, somando, respectivamente, 50,6% e 46,6% do dinheiro das doações. Em relação ao trabalho voluntário, identificou-se que 22,6% dos adultos doam alguma parte do seu tempo para ações

de ajuda a alguma entidade ou pessoa física fora de suas relações próximas, especialmente em entidades religiosas¹² (58,7%) e assistência social (16,7%).¹³ Apenas 6,5% dos voluntários atuam em instituições de saúde. Tal pesquisa apontou que os entrevistados possuem uma visão positiva tanto de fazer doações como da ajuda não remunerada, independente de as realizarem ou não. As referidas práticas tem embasamento em aspectos relativos à reciprocidade e obrigação moral e religiosa, assim como a formas integradoras de sociabilidade.

Bonfim (2010a) também ressalta o incentivo destacado anteriormente às organizações voluntárias apresentando dados da Pesquisa “ONGs no Brasil: perfil e catálogo das associadas à Abong”, de 2002, ao apontar que o número de instituições que possuem voluntários no seu quadro de pessoal apresentou um crescimento de mais de 100%, se comparada à mesma pesquisa realizada em 1998. Se em 1998 o número era 30%, em 2010, passou para 62,76%, sendo que 33% destas instituições possuem políticas específicas para atrair novos voluntários.

Para Bonfim (2010a), o crescimento do trabalho voluntário entre os anos 1990 e 2000, está relacionado às estratégias da mídia que relaciona o trabalho voluntário às práticas de cidadania, a um aparato político-jurídico expresso pela Lei nº. 9790/1998, que regulamenta as instituições do “terceiro setor”, pela Lei nº. 9.608/1998, chamada Lei do Voluntariado, e pelo Ano Internacional do Voluntariado, em 2001.

O trabalho voluntário foi legalmente regulamentado no Brasil por meio da Lei nº. 9.608/1998, que reforçou e consolidou a atuação voluntária, apresentando a seguinte definição:

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.

Parágrafo único. O serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista previdenciária ou afim.

¹² Fernandes (2005), ao tratar do voluntariado vinculado às instituições religiosas, afirma que as Conferências Vicentinas vinculadas à Igreja Católica, em 1991 contavam com 300 mil voluntários e orçamento anual acima de US\$ 18 milhões, e nas igrejas evangélicas no Rio de Janeiro, 20% dos seus membros dedicavam tempo em trabalhos voluntários, somando 300 mil pessoas.

¹³ Ferreira, Proença e Proença (2008) apresentam alguns dados sobre trabalho voluntário no mundo. A partir do levantamento da literatura, aqueles autores destacam que 39% da população adulta da Grã-Bretanha já atuaram em alguma atividade voluntária, e 50%, nos EUA. Na Espanha, por outro lado, os voluntários representavam 5% e, em Portugal, cerca de 4,2% da população ativa.

Além disso, o ano de 2001 foi declarado pela Organização das Nações Unidas (ONU)¹⁴ como o Ano Internacional do Voluntariado¹⁵, o que “ampliou a discussão sobre o tema, valorizando o espaço de participação da sociedade civil no que tange aos inúmeros problemas sociais enfrentados por várias nações” (NOGUEIRA-MARTINS; BERUSA; SIQUEIRA, 2010, p. 944).

Em 2001, foi realizado também o I Congresso Brasileiro do Voluntariado. Segundo Landim e Scalon (2000), os encontros, articulações e financiamento para projetos de capacitação e promoção do trabalho voluntário se multiplicaram muito mais às vésperas do Ano Internacional do Voluntariado. Para Bonfim (2010a), o objetivo era criar instrumentos que pudessem organizar ou, segundo alguns teóricos, profissionalizar o voluntariado.

Domeneghetti (2001) ressalta que no plano internacional, em 1990, já havia sido aprovada a Declaração Universal do Voluntariado pela *International Association for Volunteer Effort* (IAVE), inspirada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e na Convenção dos Direitos da Criança, de 1989. De acordo com o documento da IAVE, a ação voluntária é apresentada como uma força criativa e mediadora para:

- [...] promover o respeito à dignidade de todas as pessoas, bem como estimular a capacidade de melhorar suas vidas e exercitar seus direitos de cidadãos;
- ajudar a resolver problemas sociais e ambientais;
- construir uma sociedade mais humana, mais justa e baseada na cooperação mundial (DOMENEGHETTI, 2001, p. 85).

O conceito de voluntariado e a sua forma de atuação não apresentam consensos; ao contrário, trata-se de um campo de opiniões divergentes. Segundo Bonfim (2010a, p. 10), é necessário compreender o voluntariado e os princípios que o norteiam a partir das “relações que o constituem, o envolvem e o particularizam em determinada sociedade, numa determinada época”.

Ortiz (2007), ao analisar diferentes concepções relacionadas ao voluntariado, afirma que, por um lado, a corrente mais ligada à administração de empresas, ao modelo norte-americano, considera que o voluntariado brasileiro ainda é incipiente e marcado pela tradição do assistencialismo. De outro, tem-se aqueles que, mesmo admitindo a prevalência do assistencialismo, acreditam em formas de voluntariado tipicamente brasileiras, ligadas

¹⁴ A promoção do trabalho voluntário pela ONU remete a 1970, quando foi criado seu programa de voluntariado, o *United Nation Volunteers Program* (UNV), com o intuito de promover o desenvolvimento. Em 1985, a ONU criou o Dia Internacional do Voluntariado, estabelecido em 5 de dezembro (MEISTER, 2003).

¹⁵ A proposta do referido ano foi apresentada pelo Japão juntamente com 122 Estados-membros desta organização. “O objetivo dessa proposição é: 1. Aumentar o reconhecimento; 2. Facilitar a promoção; 3. Criar uma rede mundial de valorização do tema; 4. Ampliar a capacidade de divulgação” (MEISTER, 2003, p. 108).

historicamente às atividades das Comunidades de Base e nas Pastorais da Igreja Católica, sendo produzido um voluntariado mais consciente de seu papel social como voluntário cidadão.

Segundo Bonfim (2010a, pp. 81), é possível dividir a história do voluntariado em dois momentos, a saber:

[...] um voluntariado do passado, baseado em práticas assistencialistas, paternalistas e clientelistas, desenvolvidas na sua maioria por instituições de caridade ligadas à Igreja e/ou às damas da sociedade, e fundamentadas, essencialmente, por valores morais ou religiosos; e, num outro momento, um tipo de voluntariado que se desenvolve a partir da década de 1990, caracterizado por novas formas de atuação social, ou seja, um voluntariado *organizado*, gerido pelas instituições do “terceiro setor”, e que tem como principal objetivo o combate à exclusão social.

Assim, não é possível considerar o voluntariado sem relacioná-lo ao contexto político, econômico e cultural, que atribui significados para tal prática e propõe novas formas de atuação. Embora o setor voluntário automaticamente remeta a noções de caridade e altruísmo, trata-se de um termo com grande imprecisão conceitual, que abarca diferentes organizações de autoajuda ou ajuda mútua, cooperativas, associações profissionais e até grupos de pressão, que desenvolvem diversas atividades nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura e recreação, no caso brasileiro (PEREIRA, 2003).

Figueiredo (2005, p. 50) segue na mesma direção ao afirmar que

Por mais modificações que o trabalho voluntário tenha passado no Brasil, desde a criação da Santa Casa e da Cruz Vermelha até os movimentos sociais criados durante a ditadura militar, ainda persistem em nosso país dois modelos de instituições onde esta ação ocorre: um caracterizado pelo viés conservador, organizado a partir da caridade e da benemerência, e o outro voltado para as transformações da sociedade, organizado a partir do viés político.

A variedade de concepções se apresenta ainda nas diferentes instituições de estímulo ao trabalho voluntário. Em pesquisa realizada por Ortiz (2007), têm-se as diferentes definições de voluntários para a ONU, a Lei do Serviço Voluntário (Lei nº. 9.608/1998), a Fundação Abrinq e o Centro de Voluntariado de São Paulo¹⁶. Entretanto,

¹⁶ Ortiz (2007) apresenta as seguintes definições de voluntariado:

1. ONU: “voluntário é o jovem ou o adulto que, devido ao seu interesse pessoal dedica parte de seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de atividades, organizadas ou não, de bem-estar social ou em outros campos.” (ORTIZ, 2007, p. 29 apud DOHME, 1998, p. 8).
2. Fundação Abrinq: “voluntário é o ator social e agente de transformação, que presta serviços não remunerados em benefício da comunidade. Doando seu tempo e conhecimentos, realiza um trabalho gerado pela energia de seu impulso solidário, e atende não só às necessidades do próximo, como também aos imperativos de uma causa. O voluntário atende também suas próprias motivações pessoais, sejam elas de caráter religioso, cultural, filosófico ou emocional” (Ortiz, 2007, p. 31 apud DOMENEGHETTI, 2001, p. 80).

Mesmo variando em seus termos, todas as definições em torno das palavras “trabalho voluntário”, “voluntário”, e “voluntariado” são suficientemente amplas para comportar os interesses, necessidades e características de toda e qualquer pessoa que disponha de tempo para uma atividade não remunerada, em benefício do próximo ou de uma causa social. Todos os que se reconhecem, ou que desejam ser reconhecidos nelas parecem ser bem vindos (ORTIZ, 2007, p. 34).

Neste sentido, ganha destaque a afirmação de Pereira (2003), ao preconizar que o setor do voluntariado é permeado de contradições e conflitos de interesses, inclusive com ações de parceria com o Estado por meio de apoio e patrocínio. Assim, “o principal reconhecimento da estrutura e do papel do “setor voluntário” deve fazer parte de uma compreensão mais ampla e complexa do bem estar social, que inclua não só a economia, a política, a ética, mas também os direitos de cidadania” (PEREIRA, 2003, p. 97).

Em síntese, podemos dizer que o trabalho voluntário possui várias faces, tanto pessoais quanto institucionais, que podem estar identificadas ao mercado, às agências governamentais, a grupos religiosos, ou a movimentos populares. Suas práticas são sustentadas, de um lado, por estratégias mercadológicas e, de outro, por ideias de participação e transformação social e por valores cristãos (caridade, assistência) e de solidariedade, assumindo sentidos muitas vezes ambíguos, contraditórios e geradores de tensões (PINTO; GUEDES; BARROS, 2006, p. 120).

Diante do exposto, a proposta da presente pesquisa é problematizar o papel do voluntariado na política social de saúde e as repercussões para a compreensão da saúde como direito.

3. Centro de Voluntariado de São Paulo: “[O voluntário] é a pessoa que doa seu trabalho, suas potencialidades e talentos em uma função que o desafia e gratifica em prol de uma realização pessoal” (ORTIZ, 2007, p. 33 apud DOHME, 1998, p. 8)

2 DIREITO À SAÚDE, REFORMA SANITÁRIA E SOCIEDADE CIVIL

A trajetória histórica da política de saúde foi marcada por contradições e dicotomias. Por um longo período, as ações públicas de saúde estavam restritas às campanhas sanitárias e ao acesso a serviços assistenciais mediante vinculação ao mercado de trabalho formal. Somente com a Constituição Federal (CF) de 1988, a saúde tornou-se um direito universal, compreendido como dever do Estado. Percebe-se que mesmo presente na referida Carta Magna, a política pública de saúde é alvo de disputa entre dois projetos políticos. Se por um lado tem-se a defesa do projeto da reforma sanitária e a da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), por outro, há a ênfase no modelo médico-assistencial privatista sob influência neoliberal (BRAVO; MATOS, 2001).

O presente capítulo tem como proposta realizar um breve histórico da luta e consolidação do direito à saúde no Brasil a partir da atuação do movimento pela reforma sanitária. Mediante levantamento da trajetória histórica, será possível compreender como se dá a relação entre o público e o privado na política de saúde, problematizando a atuação do voluntariado na referida área. Tal debate mostra-se fundamental para o entendimento da saúde enquanto política pública, colocando-a no campo dos direitos sociais.

Sendo assim, as linhas a seguir estruturam-se em dois eixos, a saber: primeiramente, apresentar-se-á a construção histórica da política de saúde com ênfase aos projetos políticos que perpassam tal política. Assim, serão explicitados o histórico da política pública de saúde, a atuação do movimento pela reforma sanitária, sua consolidação enquanto direito pela CF e o impacto do projeto neoliberal e da Reforma do Estado na saúde. Buscar-se-á ainda apresentar o papel e a atuação da sociedade civil em tal política social.

No segundo momento, serão tratadas as relações entre o público e o privado na saúde, buscando-se evidenciar como o direito à saúde é executado em um contexto de contradições e conflitos políticos. Será apresentado o desafio de se consolidar o direito à saúde em um espaço onde existem diversas formas de prestação de serviços privados. Aqui tratar-se-á a prática do voluntariado a partir da revisão de literatura sobre a sua atuação na área da saúde, de modo a subsidiar a análise dos dados obtidos na pesquisa de campo.

2.1 A construção do direito à saúde no Brasil e reforma sanitária

A política brasileira de saúde foi historicamente marcada por traços privatistas e dicotomias, não existindo um projeto de saúde pública universal até a criação do SUS. Paim (2009) afirma que até a década de 1930, havia um não sistema de saúde, tendo em vista a omissão do poder público na referida área. As ações do Estado se restringiam a campanhas sanitárias, caracterizando uma separação entre as ações de saúde pública e de assistência médico-hospitalar. Ressalta-se ainda que a saúde era tratada mais como um caso de polícia do que como uma questão social, o que chegou a ser denominado de polícia sanitária.

Na década de 1920, com a aprovação da Lei Elói Chaves, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), enquanto modelo de previdência social e de assistência médica aos trabalhadores vinculados a estas. Organizados por empresas, os trabalhadores contribuintes obtinham alguns tipos de benefícios, tais como: pensão e aposentadoria, e assistência médica através de médicos credenciados (CORREIA, 2000). Conforme Bravo e Matos (2006), tratava-se da medicina previdenciária. Na década seguinte, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) substituíram as CAPs, mantendo o mesmo modelo de saúde com caráter privado e sob a responsabilidade destas instituições.

Segundo Cohn *et al* (2002), aquele modelo de atenção à saúde introduziu a primeira dicotomia da referida política, ao contrapor o enfoque curativo ao enfoque preventivo. A saúde pública respondia às medidas de caráter coletivo, em particular, às campanhas sanitárias. As classes assalariadas urbanas, que até então eram atendidas pelas filantropias, passaram a comprar serviços médicos do setor privado e também a utilizar os serviços oferecidos pelas CAPs.

A política de saúde foi organizada, portanto, a partir de dois subsistemas: o primeiro, de saúde pública, com ênfase em campanhas sanitárias, interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e criação de serviços de combate às endemias; e, o segundo, a medicina previdenciária, na qual o acesso à saúde se dava a partir da inserção no mercado de trabalho. (ibid.) De acordo com Cohn *et al* (2002), o modelo de política de saúde institui uma divisão de responsabilidades entre o Estado – para o qual são atribuídas medidas coletivas de saúde – e os trabalhadores – que recebem assistência médica individual, sob responsabilidade do seguro social. Assim,

[...] não se constitui, portanto, saúde como direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório (COHN, 2002, p. 15).

Em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), se uniformizaram os benefícios antes administrados por cada IAP, sendo este um “fato paradigmático na conformação do modelo médico-assistencial privatista” (MENDES, 1994, p. 22), uma vez que tal modelo de saúde se consolidou pela ação solidária de atores relevantes no campo econômico, tais como: a tecnoburocracia estatal, os produtores de serviços e bens médicos, além da expansão da clientela previdenciária.

Segundo Cohn *et al* (2002), na década de 1970, percebeu-se um decréscimo no gasto público da União com o setor de saúde, cristalizando a prestação de serviços médicos privados. Enquanto isso, “a rede de serviços passa a sofrer um acentuado processo de sucateamento, fruto da não prioridade no interior das políticas de saúde e, destas no interior das diretrizes políticas gerais do país” (COHN *et al*, 2002, p. 17). Se em 1961, a participação do Ministério da Saúde (MS) no orçamento da União era de 4,57%, em 1970, chegou a 1,11% e em 1980, em 1,38% (BERTOLLI FILHO, 1998).

Entre os anos 1970 e 1980, foi necessário redefinir a política de saúde, uma vez que tal política era um campo de desigualdades e discriminação, tendo em vista as diferenças quantitativas e qualitativas de acesso entre as diferentes clientelas urbanas e entre estas e as rurais. Na leitura de Costa (2007), o modelo de assistência à saúde no referido período era marcado por seu caráter centralizador, curativo e excludente, uma vez que o acesso aos serviços era restrito aos trabalhadores com vínculo empregatício, o que marcou a chamada “universalização excludente” da política de saúde – consolidada na década de 1980, tendo em vista a exclusão de parcelas expressivas da população destes serviços (MENDES, 1994, p. 22).

Neste sentido, havia na política de saúde um marco divisório entre as populações carentes – atendidas pelo setor público e filantrópico, e os assalariados – orientados ao setor privado e aos serviços da previdência social. Para além da oferta dos serviços, percebe-se uma dicotomia na própria definição de saúde.

Elas [políticas de saúde] instituem, de um lado, a concepção, e de outro, uma diferenciação entre os assalariados por níveis de renda e padrões de inserção nos setores da economia. Em ambos os casos o marco comum é a concepção do direito como um privilégio vinculado à contribuição previdenciária e/ou de seguro saúde privados (COHN *et al*, 2002, p. 21).

Ainda nos anos 1970, vivenciou-se um período de redefinição econômica e política, em particular, pelo processo de abertura política lenta e gradual que colocou em cena novos atores sociais, até então, fora do processo de decisão do governo. Assim, abriram-se espaços para o desenvolvimento do modelo contra-hegemônico de saúde que iria se conformar nos anos 1980, como, por exemplo, a reforma sanitária (COHN *et al*, 2002).

A atuação de movimentos sociais no campo da saúde se articulou, portanto, ao contexto mais amplo da realidade brasileira, quando no início dos anos 1980, se instala a transição democrática e se ampliam as mobilizações em torno de direitos de cidadania. Conforme Luz (1991, p. 89), “opor-se à reforma [sanitária] ou negar a necessidade de implantá-la era opor-se à realização da transição política”.

Neste sentido, Santos (2005, p. 103) destaca:

De 1984 a 1988 esse movimento da reforma sanitária deslança muito porque ele já vai ao âmago de outro movimento muito maior. A sociedade tinha acabado de fazer um movimento pela queda da ditadura: essa sociedade organizada, muito mobilizada contra a ditadura na época, arremete não só para acabar com a ditadura, mas quer nova sociedade, quer novo Estado por meio de uma forte diretriz de uma reforma de Estado na época.

Há diferentes formas de se compreender a reforma sanitária. Segundo Paim (2008), trata-se de uma proposta, um projeto, um movimento e um processo. Enquanto proposta, foi resultante da mobilização da sociedade brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Entendida como um movimento, a reforma sanitária engloba um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais com referência à saúde que culminou em um projeto a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, desenvolvendo-se, desde então, como um processo.

Gerschman (2004) ressalta a importância de se contextualizar a reforma sanitária na transição democrática do Brasil, relacionando-a com demais políticas sociais. Para aquela autora, “a Reforma Sanitária coloca-nos perante questões que remetem ao campo teórico das relações entre o cidadão e o Estado no direcionamento e na implantação de políticas sociais em um contexto de construção/consolidação da democracia” (GERSCHMAN, 2004, p. 59).

Na mesma direção, Paim (2009) afirma que a Reforma Sanitária fazia parte de uma totalidade de reformas sociais da sociedade brasileira, ao lado da Reforma Agrária, da Reforma Urbana, da Reforma Tributária, entre outras, uma vez que entende a saúde em uma perspectiva ampliada, resultado de condições sociais e econômicas, e não apenas de aspectos biológicos. Destarte,

Mesmo que o SUS possa absorver certos problemas vinculados ao modo de vida da população, é praticamente impossível ser eficiente e efetivo numa sociedade com níveis de desigualdade, pobreza e violência como a nossa. Daí a pertinência de revisitarmos a Reforma Sanitária e ampliarmos suas bases sociais e políticas, no sentido de radicalizar a democracia e lutar pelas mudanças prometidas no seu projeto (PAIM, 2009, p. 131).

Gerschman (2004, p. 55), por sua vez, destaca:

O projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, neste sentido, é definida como um ‘direito do cidadão’ e, conseqüentemente, um ‘dever do Estado’. Ou seja, os cuidados a saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem também à prevenção e à melhoria das condições de vida geradoras de doenças.

Nos termos de Paim (2008), a reforma sanitária brasileira como reforma social buscava a democratização da saúde enquanto direito de cidadania, garantido: o acesso universal e igualitário ao SUS e a participação social no estabelecimento das políticas e na gestão; a democratização do Estado e seus aparelhos por meio da descentralização do processo decisório e do controle social; e, a democratização da sociedade, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura.

De acordo com Zioni e Almeida (2008, p. 108), tal movimento de transformação da política de saúde se inspirou na reforma sanitária italiana¹⁷, sendo definidas como prioridade “a melhoria das condições de vida da população brasileira, melhoria essa ligada à democratização do Estado Brasileiro, em termos de normalidade jurídica (Estado de Direito) e provedor de cidadania, pela defesa e promoção de direitos individuais, políticos e sociais”.

¹⁷ De acordo com Oliveira (1989, p. 18), “ele [termo ‘Reforma Sanitária’] corresponde à tradução literal da expressão que vem designando, há alguns anos, uma experiência de formulação e implementação de Políticas Públicas em curso na Itália: a chamada *Riforma Sanitaria*. Experiência que se tornou bastante conhecida entre nós nos últimos anos, principalmente a partir da tradução de livros de Giovanni Berlinguer, de repetidas vindas deste autor ao Brasil, e da estada de alguns estudiosos brasileiros da área naquele país europeu” (grifos do autor). Aquele autor identifica pelo menos duas grandes diferenciações entre os movimentos na Itália e no Brasil. A primeira se refere ao fato da Reforma Sanitária italiana ter sido um movimento de fora para dentro em relação ao aparelho do Estado, isto é, “constituiu-se por uma **aglutinação progressiva de diferentes movimentos sociais**, que já vinham exercendo uma crescente pressão sobre o aparelho do Estado” (OLIVEIRA, 1989, p. 19, grifos do autor) No Brasil, por sua vez, tal movimento ocorreu de dentro para fora, surgindo a partir de um conjunto de técnicos. A segunda diferença trata do objetivo da reforma que, no movimento italiano, “surge como uma ideia que é pensada **enquanto parte, simultaneamente, de um outro processo de transição**, de mais longo prazo e alcance: **a transição para o socialismo**” (OLIVEIRA, 1989, p. 19, grifos do autor), se constituindo como parte de uma estratégia contra-hegemônica, enquanto que no Brasil, a Reforma Sanitária teve uma atuação mais limitada.

Diante do exposto, destaca-se a afirmação de Paim (2008), que atenta à necessidade de distinção entre reforma sanitária e reforma no setor saúde, uma vez que a reforma sanitária não privilegiava apenas mudanças no sistema de serviços de saúde, mas os reconhecia como uma das respostas sociais para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população. Gerschman (2004) também afirma que a reforma sanitária vai além de uma reforma administrativa no setor, sendo necessária uma recomposição das alianças políticas e das relações de forças entre diversos interesses e grupos.

Questionamentos sobre as ações vigentes de saúde não foram, porém, exclusividade do referido período. De acordo com Lima, Fonseca e Hochman (2005, p. 28), “a eclosão de vigoroso movimento sanitarista na segunda metade da década de 1970, em pleno contexto autoritário, e a posterior institucionalização de muitas de suas teses na Constituição de 1988, tendem a ofuscar movimentos e propostas ocorridos em períodos anteriores”, a exemplo do movimento da Primeira República.

Na leitura histórica de Santos (2005), o movimento da reforma sanitária brasileira tem uma raiz cravada em 1963, na III Conferência Nacional “Mario Magalhães”, crescendo nos anos 1980, com outros movimentos sociais. Costa (2007) também reconhece a existência de lutas pela política de saúde em períodos anteriores, porém, afirma que foi a partir da década de 1970, que tais movimentos ganham maior consistência e consequências significativas para a referida política.

Carvalho, Marques e Mota (2008) destacam a importância dos movimentos políticos e institucionais de questionamento ao sistema de saúde então hegemônico na década de 1970. Na mesma direção, Bravo e Matos (2001) observam a variedade de atores que atuaram no referido movimento, afirmando que houve participação de intelectuais da área da saúde coletiva, profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes. Com postura de oposição ao modelo então vigente, a preocupação central era “assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO; MATOS, 2001, p. 199).

Na mesma direção, Zioni e Almeida (2008, p. 108) afirmam que a reforma sanitária foi impulsionada por diferentes atores sociais, incluindo associações de profissionais, sindicatos, entidades religiosas, movimentos por direitos humanos e, inclusive, setores técnicos do serviço público.

O termo “movimento pela reforma sanitária” denomina a ação de vários partidos, organizações profissionais e movimentos populares que buscavam elaborar uma política de saúde de caráter universal, com uma concepção ampliada de saúde que se expressasse em termo de direitos social, de componente de cidadania.

De acordo com Paim (2009), o movimento sanitário foi um movimento social em defesa da democratização da saúde e reestruturação do sistema de serviços, sendo formado por instituições acadêmicas e científicas, como, por exemplo, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), além de entidades comunitárias, profissionais e sindicais.

Neste contexto, tem destaque o CEBES, criado em 1976, para discutir a democratização da saúde e construir o pensamento em torno de um sistema de saúde que rompesse com o vigente. Segundo Paim (2008), o CEBES foi o primeiro protagonista institucionalizado do movimento sanitário brasileiro, utilizando a expressão reforma sanitária desde 1977.

Segundo a análise de Escorel, Nascimento e Edler (2005), outro ator com importante papel no movimento sanitário são Departamentos de Medicina Preventiva e sua atuação na produção de conhecimento sobre a saúde da população e na organização das práticas sanitárias, ressaltando as determinações sociais das doenças. Estes buscavam “conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país” (ibid., p. 63), se constituindo enquanto um “movimento ideológico com uma prática política” (ibid., p. 64).

Tal articulação entre teoria e prática também é analisada por Fleury (2009, p. 746), segundo a qual “as bases teóricas que fundamentaram a construção deste projeto da reforma sanitária podem ser encontradas na revisão da concepção marxista¹⁸ de Estado e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva”.

Um marco na discussão em torno de um novo projeto de saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Embora já fossem realizadas Conferências deste a década de 1940, estas tiveram sua interrupção durante o período da ditadura militar.¹⁹ Com quase dez mil participantes, sendo 50% da sociedade civil – principalmente usuários e

¹⁸ De acordo com Fleury (2009), tem destaque as teorias de Gramsci e Poulantzas.

¹⁹ “As Conferências [de Saúde] foram instituídas como instância decisória da política de saúde pela Lei nº. 378 de 13 de janeiro de 1937, devendo sua convocação sobrevir com intervalo máximo de dois anos. Mas a I Conferência aconteceu somente em 1942, três anos após o previsto por lei, sendo as seguintes convocadas em intervalos irregulares” (GERSCHMAN, 2004, p. 104).

integrantes de movimentos sociais –, foi possível estabelecer os princípios para uma nova política de saúde (ZIONI; ALMEIDA, 2008).

Na leitura de Oliveira (1989, p. 16), o movimento presente desde os debates preparatórios da VIII Conferência Nacional de Saúde é “potencialmente inovador no âmbito da prática política no campo da saúde”. Na mesma direção, Escorel e Bloch (2005, p. 97), afirmam que

Embora tenha sido realizada antes da existência do SUS, o Relatório Final da 8ª CNS constituiu o pilar fundamental da proposta da Reforma Sanitária e do SUS, debatido e aperfeiçoado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que elaborou o texto que seria incorporado como o capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988.

O referido argumento se articula ao de Mendes (1994), segundo o qual a VIII Conferência apresentou, então, duas características principais que a diferenciou das demais. A primeira característica foi o seu caráter democrático, tendo em vista a participação de delegados representativos de vários grupos sociais diferentes; e a outra se refere a sua elaboração, que partiu de conferências municipais e estaduais, até chegar à conferência nacional. Neste sentido, Costa (2007, p. 90) afirma que a aquela Conferência tornou-se “um marco do processo de democratização do setor, especialmente para as relações entre Estado e sociedade civil desde então”.

Ainda sobre a VIII Conferência Nacional de Saúde, Paim (2008, p. 27) também destaca:

[...] reafirmou-se o reconhecimento da **saúde como um direito de todos e dever do Estado**, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação) (grifos do autor).

Vale destacar que uma das propostas aprovadas naquela conferência que visava consolidar no campo político a reforma sanitária foi a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que atuaria na implementação do projeto na esfera governamental. A formação desta comissão previa representantes da sociedade civil, o que na prática não se efetivou, ficando em menor quantidade em relação aos organismos estatais e privados da saúde. Segundo Gerschman (2004), a partir da formação da Comissão, o debate sobre a política de saúde que vinha ocorrendo na sociedade, foi deslocado para os organismos estatais de saúde.

Houve ainda a criação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde, alimentada pelas Plenárias Estaduais, que atuavam na articulação de um movimento social de caráter nacional em torno da questão saúde. Participaram da Plenária o Movimento Popular em Saúde, o movimento sindical, partidos políticos de esquerda, profissionais de saúde, representantes do movimento sanitário e academia, além de entidades estaduais e municipais favoráveis à reforma²⁰ (GERSCHMAN, 2004).

Tal processo de reconfiguração da política de saúde não foi consensual e harmônico. Conforme destaca Luz (1991, p. 84), “no caso particular das proposições para uma nova política de saúde, em debate no cenário nacional desde a primeira metade dos anos 80, é necessário sublinhar a divergência, e às vezes antagonismo, entre os discursos institucionais a propósito de temas fundamentais”.

Na mesma direção, a análise de Bravo e Matos (2006) destaca que a política de saúde dos anos 1980, foi marcada pela tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário. Neste sentido, o processo de incorporação legal da saúde como direito na Carta Magna de 1988 foi permeado por conflitos entre projetos políticos distintos e tensões.

Carvalho, Marques e Mota (2008) também observam as tensões ao dizer que é possível observar duas propostas políticas existentes nas discussões sobre o sistema de saúde. A primeira apresentava a proposta da Reforma Sanitária, assumida pelo movimento mais democrático, enquanto que a segunda buscava um ajuste ao modelo privado, permitindo sua continuidade. No mesmo sentido, Mendes (1994, p. 34) ressalta que

[...] emergem na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses, ideologias e visões de mundo diferentes que vão conformando dois grandes projetos político-sanitários alternativos: o contra-hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista.

²⁰ No Movimento Popular em Saúde estão a Conferência Nacional de Associação de Moradores e federações estaduais; no movimento sindical, a Central Única dos Trabalhadores (CUT), Confederação Nacional dos Trabalhadores (CGT) e a Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG); nos partidos políticos de esquerda, o Partido Comunista Brasileiro (PCB), Partido Comunista do Brasil (PC do B), Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Socialista Brasileiro (PSB) e Partido Democrático Trabalhista (PDT); entre os profissionais de saúde, representantes do Movimento Sanitário e academia destacam-se o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e União Nacional dos Estudantes (UNE); e, nas entidades estaduais e municipais favoráveis à Reforma, estão o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Percebe-se, portanto, uma multiplicidade de atores sociais com interesses e projetos políticos diferentes. Tal polarização da discussão sobre a saúde pública entre blocos antagônicos é apresentada por Bravo e Matos (2006). De um lado, tinha-se a defesa da privatização dos serviços de saúde, representada pela Federação Brasileira de Hospitais (FHB) e a Associação das Indústrias Farmacêuticas, e de outro, os ideais da Reforma Sanitária, expressos pela democratização do acesso, universalidade das ações e descentralização com controle social, o que significava a disputa de projetos políticos entre a defesa da saúde como mercadoria e a defesa da saúde como direito com caráter universal.

Outros atores centrais do movimento sanitário são identificados por Mendes (1994), que destaca o papel das universidades²¹ e, ao mesmo tempo, destaca o papel do sistema médico privado contratado e conveniado com a Previdência Social, representado pela Federação Brasileira de Hospitais, e de forma secundária pela Federação das Misericórdias, em conluio com a burocracia previdenciária e por alguns sindicatos de trabalhadores.

Luz (1991) sistematiza tais divergências no campo da saúde em dois grupos, a saber: a chamada “burguesia da saúde”, composta por proprietários de empresas, grandes hospitais e clínicas médicas privadas, grupos ligados aos serviços médicos de empresas, indústrias de equipamentos médicos nacionais e internacionais, empresas de produtos farmacêuticos e grandes médicos liberais; e, a clientela formada por trabalhadores urbanos e rurais e seus dependentes, além de uma camada da classe médica impossibilitada de pagar pelos serviços privados.

Assim, observa-se que “os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final dos anos 1970 e o início dos anos 1980, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, centrada na questão da saúde e da política de saúde” (LUZ, 1991, p. 83).

Vale destacar o papel de cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas que discutiam em congressos e seminários a situação de vida da população e os movimentos sociais comunitários²², denunciando a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica e exigindo soluções.

²¹ Mendes (1994) destaca as universidades que desenvolviam projetos pilotos de Medicina comunitária com uma perspectiva crítica da saúde, a exemplo da Universidade de Campinas (UNICAMP) e da Universidade de Tulane/Universidade do Norte de Minas e IPPESASAR.

²² Estes movimentos incluem “associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, Igrejas e partidos políticos progressistas” (LUZ, 1991, p. 83).

Tanto o projeto da reforma sanitária brasileira como o SUS nasceram do movimento da própria sociedade. Assim, “na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro” (PAIM, 2009, p. 40).

Na análise de Zioni e Almeida (2008, pp. 108),

[...] esse processo de disputa pela tomada de decisões com a articulação de diferentes interesses sociais, culminou na elaboração de uma proposta de política pública que foi, paulatinamente, incorporada pelo campo social da ação governamental. Essa incorporação, no entanto, devido à própria radicalidade da proposta e, em função da complexidade de interesses e situações envolvidas, não aconteceu de maneira linear e automática, mas significou a continuação do processo de luta pelo poder de decisão, mas em um novo cenário político.

Dessa forma, o movimento sanitário não ficou restrito a discussões no âmbito da sociedade civil, mas foi incorporado pelos Poderes Executivo e Legislativo, apesar das oposições e bloqueios. Segundo Mendes (1994, p. 28), “o processo de democratização, ao colocar na arena política projetos diferenciados com seus respectivos grupos de interesse, fez com que a discussão da saúde penetrasse o poder legislativo, preparando-o para os desafios que teve que enfrentar na década de 1980”.

Um marco da atuação do Poder Legislativo na saúde foi a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, pela Câmara dos Deputados (CD), em 1984, no qual foram explicitadas diferentes propostas de reorganização do sistema nacional de saúde. Outros elementos importantes do referido período apresentados por Cohn *et al* (2002), referem-se à implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS)²³, em 1983, e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)²⁴, em 1987, e a elaboração da nova Carta Magna brasileira, promulgada em 1988.

²³ As Ações Integradas de Saúde (AIS) surgiram sob a forma de um programa dentro do Plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e se concretizaram por meio de convênios assinados entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) com as secretarias estaduais de saúde e a incorporação progressiva dos municípios. Em 1984, todos os Estados brasileiros haviam adotado as AIS e, apesar das dificuldades em sua implementação, “significaram avanços consistentes no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 76).

²⁴ Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) foram criados a partir de uma proposta do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com os princípios básicos de universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Segundo Gerschman (2004, p. 158), “a implantação do SUDS, em 1988, guiou-se pelos princípios da Reforma Sanitária, mas não conseguiu efetivá-los”.

De acordo com Mendes (1994), o movimento de reforma sanitária explicita três aspectos fundamentais e inovadores para a política de saúde, a saber:

- 1) conceito abrangente de saúde, sendo o nível de saúde da população condicionado por fatores culturais, sociais, econômicos e ambientais;
- 2) a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, configurando a cidadania plena e não mais vinculada ao mercado de trabalho; e
- 3) a reformulação do sistema nacional de saúde com a instituição do SUS, com os princípios essenciais da universalidade, integralidade, descentralização com mando único em cada instância federativa e participação popular.

Tais princípios foram incorporados pela Assembleia Constituinte e se tornaram parâmetros para a política de saúde pós-1988. De acordo com Zioni e Almeida (2008), o movimento pela reforma sanitária teve grande importância na elaboração da CF de 1988, permitindo que fossem colocadas e debatidas propostas para a criação de um sistema de saúde reconhecido como direito social. Neste sentido, Paim (2009) destaca que a incorporação da saúde como direito no texto constitucional é uma conquista política e social que pode ser atribuída à luta do movimento da Reforma Sanitária.

Luz (1991) aponta que a concepção da saúde como direito foi alvo de conflitos. Para certos grupos da sociedade, especialmente empresários e certos setores sindicalistas, a saúde deveria ser adquirida pelo trabalho, o que reforça a concepção tradicional das políticas sociais brasileiras. Preservar tal caráter seria manter a exclusão da maior parte da população: crianças, donas de casa, jovens não empregados, idosos sem aposentadoria, trabalhadores informais e desempregados. Assim, “a percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras” (LUZ, 1991, p. 87).

Devido à reorientação da política de saúde, que passou a ser um direito de cidadania e dever do Estado, Pustai (2004, p. 70) afirma:

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e com a elaboração da nova Constituição na qual o movimento sanitário e o governo reencontraram-se com os movimentos sociais populares inaugurou-se uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde.

Percebe-se, porém, que apesar da CF de 1988 romper com práticas anteriores na política de saúde ao garantir a saúde como um direito universal, tem-se um *mix* entre as propostas tanto da Reforma Sanitária como do projeto neoliberal. Segundo Mendes (1994, p. 47), o texto constitucional “incorpora um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes

extraídos da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional referida pela reforma sanitária”, observando-se a “correlação de forças presentes na sociedade brasileira e permitindo a continuidade da luta política entre os projetos neoliberal e da reforma sanitária”. As contradições vivenciadas na nova Carta Magna são expressas, conforme Correia (2000), na não definição de um sistema de saúde exclusivamente público, como defendia o Movimento Sanitário.

É preciso destacar que houve, na década de 1990, uma tentativa de retirar da CF o caráter da saúde como um dever do Estado, permanecendo apenas como direito de todos (TEIXEIRA, 2001; SANTOS, 2005). Esta, porém, não foi aprovada devido ao embate com o movimento organizado e a ampla mobilização popular.

Pereira (2002) observa também que conflitos de interesses e a falta de vontade política tardaram a regulamentação do direito à saúde. Somente em 1990, foram promulgadas a Lei nº. 8.080/1990, que define as atribuições de cada esfera de governo na gestão e competências dos serviços de saúde, e a Lei nº. 8.142/1990, que estabelece formas de participação da comunidade na gestão do SUS e as formas de transferência de recursos entre esferas de governo. Para Mendes (1994), a legislação infraconstitucional manteve e aprofundou as ambiguidades contidas na CF, servindo de apoio para a continuidade da luta política na arena sanitária.

Gerschman (2004), ao analisar a regulamentação do SUS, afirma que a aprovação da Lei nº. 8.080/1990 só foi possível devido à articulação das forças políticas em prol da reforma sanitária. Ressalta-se ainda que após a aprovação legislativa, ainda houve veto presidencial no que tratava, entre outros aspectos, da participação social por meio dos Conselhos e Conferências. Novamente foi necessária a pressão e articulação da Plenária das Entidades de Saúde visando à aprovação de um novo projeto de lei, que se configurou na Lei nº. 8.142/1990.

No contexto de mobilização pela efetivação de um sistema público de saúde, percebe-se que

[...] a Lei que regulamenta o SUS não é somente um texto jurídico. É também a expressão de conceitos, idéias e concepções sobre direitos e deveres do cidadão e do Estado respectivamente. Trata-se de um texto legal que confere à Saúde o caráter de política pública, representando uma substantiva conquista para uma sociedade que se propõe moderna (TRZCINSKI *et al*, 2007).

Apesar do marco legal orientar que a política de saúde é direito de todos e dever do Estado, tal fato nunca se consolidou. O final dos anos 1980 e o início dos 1990 foi um período adverso para a implantação do SUS enquanto sistema de saúde universal e público, tendo em vista a conjuntura de crise econômica e as políticas de ajuste neoliberal. O referido processo é analisado por Gerschman (2004), segundo a qual, apesar da proposta do sistema de saúde ter sido sancionada na CF, diversos interesses tanto da sociedade como do Estado apresentaram resistências em implementá-lo. Sendo assim,

[...] o processo de legislação do setor não foi acompanhando pela efetivação política, criando-se uma situação *sui generis* como a de se ter apenas conseguido contemplar na Constituição o modelo de saúde a ser aplicado no País, sem as condições políticas necessárias para efetivá-lo. Desse modo, a Reforma Sanitária foi definida no plano legal sem que isso revertesse em melhor atendimento, prevenção ou condições de saúde da população (GERSCHMAN, 2004, p. 181).

Segundo Mendes (1994), nos anos 1990, devido à crise econômica e política, a disputa entre os dois projetos políticos no campo da saúde (neoliberal e da reforma sanitária) se intensificou, tornando-se uma luta nos planos político, ideológico e técnico de proposta de saúde. Nos termos de Vianna (1998, p. 143), “o Sistema Único de Saúde, teoricamente universal, é seletivo na prática”.

Conforme Marques e Mendes (2009), o SUS enfrenta um duplo movimento em seu caminho, resultado da ação permanente e contraditória de dois princípios vivenciados principalmente nos anos 1990. Se por um lado, se preconiza o “princípio da construção da universalidade”, que afirma o direito de cidadania às ações e serviços de saúde pelo acesso a todos, por outro, há o “princípio da contenção de gastos”, enquanto uma reação em defesa da racionalidade econômica expressa pela diminuição das despesas públicas. “Desse modo, decorre a ideia de redução do gasto em saúde e, em consequência, indaga-se sobre qual deveria ser a extensão da cobertura dos serviços realizados pelo SUS” (MARQUES; MENDES, 2009, p. 63).

Correia (2005, p. 34) assim expressa a universalização excludente da política de saúde na década de 1990:

[...] ao mesmo tempo que o acesso aos serviços de saúde tornou-se universal, sem o requisito do vínculo empregatício, houve, com a precarização dos serviços de saúde da rede pública, a ‘expulsão’ das camadas médias e do operariado melhor remunerado, os quais passaram a recorrer à rede privada da saúde por meio de convênios com cooperativas médicas e/ou seguradoras privadas. Nesse contexto, abre-se a oportunidade de expansão dos serviços de saúde privados, enquanto o Estado os reduz. A saúde passa a ser vendida e comprada no livre mercado. Transformada em mercadoria, contraria o assegurado no artigo 196 da Constituição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Com o projeto de Reforma do Estado, dá-se um processo de reorganização da relação entre sociedade e Estado, sendo postas novas formas de gestão pública. A saúde é compreendida no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado como um bem e um serviço público não exclusivo do Estado²⁵, que pode ser prestado por instituições não estatais, e, dentre essas, o terceiro setor. Tal processo teve grande impacto na política de saúde, especialmente a partir da reconfiguração da relação público/privado, por meio das organizações sociais.

A relação público/privada, no Brasil, instituída historicamente com subsidiamento do sistema privado pelo público, consolidou-se ainda mais ambígua e contraditória na década de 90, à medida que a proposta universalizante do SUS justapõe-se a um sistema corporativo de autonomia financeira e de crescente importância política, sustentado por amplo aporte de subsídios estatais diretos e indiretos (CANABRAVA *et al*, 2007, p. 117).

De acordo com Mendes (1994), a hegemonia do projeto neoliberal da saúde consolidou uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista, possibilitando a privatização e a focalização das políticas sociais. Assim, apesar da existência de legislações que garantam o direito à saúde e que organizem a política de saúde, a realidade ainda é marcada pela precarização dos serviços.

Ressalta-se ainda que esse processo de mercantilização da saúde está inserido na agenda da reforma sanitária do Banco Mundial (BM). Segundo Correia (2000), tal projeto propõe a atuação das instituições públicas para atender a população mais pobre e com maior risco de adoecer, enquanto que a rede privada seria responsável pelas áreas mais rentáveis e pelo atendimento das demais parcelas da população.

Prá (2008) também reconhece a orientação do BM na realização de reformas do setor de saúde, sendo que

a gratuidade na prestação de serviços de saúde financiados com recursos públicos do setor restringe-se aos pobres e ao alívio de sua pobreza. [...] A orientação do Banco Mundial é clara quanto a intervenção estatal ser direcionada aos segmentos da população mais pobres, sendo assim, outros grupos populacionais e outras instituições²⁶ entram em cena para assumir as responsabilidades quanto à assistência e garantia da saúde.

A saúde se situa, portanto, em um contexto de disputa entre dois projetos societários: o primeiro, embasado na reforma sanitária e compreendendo como atribuição do Estado a responsabilidade e o dever de constituir respostas às expressões da questão social; e o segundo, que restringe os direitos sociais e políticos a partir da concepção de Estado mínimo.

²⁵ Conforme apresentado no capítulo 1.

²⁶ Tem-se aqui a família, as organizações sociais, as ONGs e o mercado.

Na perspectiva de Mendes *et al* (2001, p. 332), “é sob a égide do mercado que o sistema de saúde brasileiro vem se afastando dos princípios da reforma sanitária, que teve seu marco legal reconhecido na Constituição de 1988”.

Em tal contexto da política pública de saúde, Paim (2009, p. 73) afirma que é possível identificar diferentes concepções de SUS entre os diversos atores – governantes, políticos, profissionais e trabalhadores de saúde, estudantes, mídia e população. Trata-se do SUS para os pobres, o SUS real, o SUS formal e o SUS democrático: o primeiro remete à ideia de que a saúde pública é coisa para pobre, prevalecendo uma concepção de proteção social residual; o segundo, o SUS real, até reconhece o direito à saúde, mas sob influência de ministros e secretários da área econômica e do clientelismo político, acaba por favorecer o setor privado; o terceiro corresponde àquilo que está estabelecido na legislação, muito distante da realidade dos serviços públicos; e, por fim, o quarto, o SUS democrático, desenhado pela reforma sanitária, se articula a uma reforma social mais ampla e é uma luta histórica.

A política pública de saúde não pode ser vista, portanto, como algo estanque, rígido e sem contradições; ao contrário, se compararmos o instituído legalmente e o que se observa no cotidiano dos serviços, há uma grande discrepância. Sendo assim, Mendes *et al* (2011, p. 335) ressalta que a compreensão da disputa entre projetos políticos que permeia a política de saúde ao longo de sua história “é fundamental para que se reconheçam os movimentos e as mudanças pertinentes à política de saúde no Brasil”.

O SUS é, portanto, um processo social contínuo que “não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término” (MENDES, 1996, p. 57). Isso porque envolve dimensões políticas, ideológicas, tecnológicas. Assim, “o SUS está sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais em situação e resulta de propostas que, ao longo de muitos anos, vêm sendo impulsionadas por um movimento social que se denomina de reforma sanitária brasileira” (MENDES, 1996, p. 58).

2.2 O público e o privado na saúde

A existência de entidades filantrópicas no setor de saúde é antiga e remete à colonização do Brasil. No campo da saúde, a filantropia era expressa pelas Santas Casas de Misericórdia, que resultavam da união entre Estado e Igreja Católica desde o século XVI, como a de Olinda, em 1539, e a de Santos, em 1543. De acordo com Ortiz (2007), tem-se aí a origem do voluntariado brasileiro.

Outras importantes instituições filantrópicas da área da saúde encontradas na história do Brasil foram as Sociedades Filantrópicas, como a de São Paulo, fundada em 1830, com o objetivo de amparar presos pobres, e a de Santos, criada em 1832, para dar apoio à Santa Casa; e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, que chegou ao Brasil em 1908, com o objetivo de prestar assistência médica em áreas de conflito armado (ORTIZ, 2007).

É preciso ressaltar que a complementaridade entre público e privado observada em outros tempos na política de saúde foi reforçada pelo sistema instituído vinculado à previdência social. Segundo Cohn *et al* (2002, p. 13), “a saúde pública no decorrer do tempo convive de forma tensamente complementar com a assistência médica individual filantrópica e previdenciária, e posteriormente da rede pública”.

A CF de 1988 rompeu com práticas anteriores na política de saúde ao garantir a saúde como um direito universal e ao apresentar uma concepção mais abrangente de seguridade social. Destarte, assim preconiza o marco constitucional:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde tornou-se um direito, mas foi garantida a complementaridade de serviços públicos com a rede privada de saúde. O art. 4º, da Lei nº. 8.080 prevê que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”. Segundo Mendes *et al* (2011), a provisão pública de serviços hospitalares historicamente dependeu da rede privada, não existindo o objetivo de estatizar a produção de serviços hospitalares.

Entretanto, percebe-se que na década de 1990 houve a expansão da referida forma de prestação de serviços na área de saúde. Segundo Correia (2011), há uma tendência de repasse do fundo público para o setor privado, principalmente a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, no qual as funções do Estado seriam transferidas para o setor público não estatal através do Programa de Publicização. Trata-se de privatizar o público, uma vez que se há a “transferência da gestão das atividades das políticas públicas para o setor privado mediante repasse de recursos, de instalações públicas e de pessoal” (CORREIA, 2011, p. 45).

Ao se analisar a quantidade de estabelecimentos de saúde, percebe-se uma contradição no que tange tal complementaridade. Segundo a pesquisa “Estatísticas da Saúde – Assistência médico-sanitária” (IBGE, 2010a), das 94.070 unidades assistenciais identificadas em 2009, 55,3% são de natureza pública, sendo a maioria, 95,6%, de cunho municipal. Quanto aos

estabelecimentos privados, há a predominância dos lucrativos, 90,6%, em relação a 9,4% estabelecimentos sem fins lucrativos. Os estabelecimentos privados de vínculo com o SUS representam 27,1%.

Além do setor privado lucrativo, o setor filantrópico também continuou atuando no sistema de saúde, reforçando seu papel histórico na assistência hospitalar. Na década de 1990, a atuação conjunta do Estado e das instituições filantrópicas nos serviços de saúde se aprofundou por meio de parcerias e pelo repasse de incentivos financeiros a tais instituições²⁷. De acordo com Canabrava *et al* (2007, p. 117),

[...] a relação público/privada, no Brasil, instituída historicamente com subsidiamento do sistema privado pelo público, consolidou-se ainda mais ambígua e contraditória na década de 90, à medida que a proposta universalizante do SUS justapõe-se a um sistema corporativo de autonomia financeira e de crescente importância política, sustentado por amplo aporte de subsídios estatais diretos e indiretos.

Neste sentido, o setor filantrópico se torna importante parceiro do Estado e o direito à saúde passa a ser garantido a partir de uma corresponsabilidade entre Estado, mercado e sociedade civil. Atualmente, o setor hospitalar filantrópico é responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no Brasil, sendo um importante prestador de serviços para o SUS e para o setor da saúde complementar (CANABRAVA *et al*, 2007). Portela *et al* (2004, p. 817), então, ressalta:

Considerados o tamanho de seu parque hospitalar, sua grande participação no volume de internações para o SUS e ainda, sua expressiva capilaridade e interiorização no território nacional, os hospitais filantrópicos merecem atenção especial no que concerne à formulação de políticas públicas na área da Saúde. Destaca-se o papel estratégico do setor hospitalar filantrópico para o SUS, como únicos prestadores de serviços hospitalares em número importante de municípios do interior, e também como prestadores de serviços de maior complexidade hospitalar em capitais e cidades de maior porte.

Essa relação entre público e privado na saúde deve ainda considerar a existência dos chamados planos de saúde. Pesquisa realizada pelo IBGE (2010b) identificou que 25,9% da população brasileira dispunham de pelo menos um plano de saúde. Dessas, 77,5% estavam vinculadas a planos de empresas privadas, e 22,5% a planos de assistência ao servidor público. Um aspecto interessante refere-se ao fato de que a cobertura por plano de saúde estava diretamente relacionada ao rendimento domiciliar *per capita*. Enquanto apenas 2,3%

²⁷ Nesse sentido, Canabrava *et al* (2007, p. 116, grifos do autor) explicita: “Em 1998, foi implantada a **Lei das Organizações Sociais – OS – (Lei n. 9.637/98)**; em 1999, foi decretada a **Lei das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPS – (Lei n. 9.790/99)** e, por último, em 2004, foi sancionada a **Lei de Parcerias Público Privadas – PPP (Lei n. 11.079/04)**”.

das pessoas com renda domiciliar *per capita* até 1/4 de salário mínimo tinham plano de saúde, para aquelas que tinham renda de mais de cinco salários mínimos, tal percentual era de 82,5%. Aqueles que não possuem plano de saúde terão suas necessidades atendidas pela rede pública ou pelas instituições filantrópicas.

Percebe-se ainda que as relações entre público e privado não estão apenas no formato das instituições, mas perpassam diversas relações internas às instituições, como, por exemplo, as relações profissionais e a presença de pessoas que prestam serviços de forma autônoma e sem remuneração às instituições – os voluntários. Esses não podem ser considerados de forma uniforme; ao contrário, na literatura há diversas concepções sobre o voluntariado e sobre esta forma de atuação e participação nas políticas sociais e, particularmente, na saúde.

A partir da revisão da literatura, percebeu-se que a maioria das pesquisas sobre a atuação do voluntariado na saúde trata de estudos de caso em instituições de saúde, sem maiores problematizações e análises das implicações dessa prática para a política de saúde. Nesse sentido, foram identificados estudos que destacam a importância do voluntariado para a sociedade e para os pacientes de determinados serviços.

É o exemplo da pesquisa de Andrade e Vaitsman (2002) sobre a experiência da Associação Lutando para Viver, do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, que tem por objetivo o auxílio material aos pacientes, por meio da doação de cestas básicas de alimentos, e a troca de informações e experiências entre os pacientes. Esta foi criada a partir da iniciativa de duas enfermeiras e funciona em uma sala no hospital. Segundo aquelas autoras,

O auxílio material aos pacientes mais carentes – mães, pessoas em situação de desemprego ou que esperavam auxílio-doença ou aposentadoria – caracterizava-se como o objetivo principal, a razão de ser da associação. Ao mesmo tempo, configuravam-se outros objetivos mais informais, como aconselhar e dar orientação em relação ao tratamento e ao viver com AIDS (ANDRADE; VAITSMAN, 2002, p. 930).

No estudo de Andrade e Vaitsman (2002) tem-se o destaque há alguns elementos positivos do voluntariado, como, por exemplo, a possibilidade de produção de autonomia e participação dos pacientes a partir da formação de uma rede de relações sociais e de ajuda mútua, o que contribui para o *empowerment* dos pacientes, no sentido do desenvolvimento e descoberta de suas capacidades individuais, do aumento da autoestima e de um papel mais ativo no tratamento. Além disso, as associações voluntárias são vistas como uma forma de participação dos usuários que pode possibilitar maior democratização da informação, o reconhecimento dos usuários pelos profissionais como sujeitos ativos no processo de saúde e

a conscientização dos usuários quanto aos seus direitos e seu papel da defesa de seus interesses.

Em pesquisa realizada por Souza e Lautert (2008, pp. 375), o voluntariado é apresentado como uma estratégia que promove a saúde em idosos, ressaltando-se que

As instituições sociais e de saúde podem facilitar a prática do trabalho voluntário, permitindo o acesso a essa atividade, através da criação de espaço físico e ambiente favorável. Para isso, é necessária a parceria entre as instituições (privadas ou governamentais) e as ONGs voltadas para essa atividade, a fim de criarem-se ambientes propícios e acolhedores para a realização dessa prática. A experiência profissional permite dizer que em alguns hospitais essa iniciativa já é parcialmente adotada, onde é possível a atuação de voluntários ajudando às pessoas hospitalizadas.

Há também pesquisas que destacam o papel dos voluntários frente a precarização de profissionais, como, por exemplo, a de Nogueira-Martins, Bersusa e Siqueira (2010), na qual se encontra o relato de que atividades profissionais foram atribuídas a voluntários. Nesta, identifica-se que as atividades antes exercidas pelos Atendentes de Enfermagem como a higiene e a alimentação dos pacientes, por exemplo, foram transferidas aos voluntários a partir da extinção desta categoria profissional pela Lei nº. 7.498/1986. Nos termos daquelas autoras,

[...] atualmente, atividades que eram exercidas pelos atendentes [de enfermagem] estão sendo realizadas pelos voluntários. Em vários hospitais, a distribuição e administração da alimentação para os pacientes são feitas por voluntários. As questões que se colocam incluem a adequação dessa atividade apropriada para o voluntário, a supervisão dessa atividade e quem faria anotações no relatório de enfermagem sobre a aceitação ou não da dieta. Com relação aos outros cuidados oferecidos ao paciente (por exemplo, auxílio no banho e na deambulação), há dúvidas quanto à clareza do limite da ação voluntária e da profissional. No mínimo, essas atividades devem ser diretamente supervisionadas (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010. p. 948).

Andrade e Vaitsman (2002) também apresentam dados sobre a transposição das ações entre os voluntários e os profissionais, ao argumentar que, “em casos emergenciais, a associação [de voluntários] prestava auxílio a pacientes do hospital, através do serviço social, com dinheiro para passagem de ônibus e doações de vitaminas, roupas ou brinquedos”. Tal fato expressava a falta de clareza entre o limite da ação voluntária e da ação profissional.

De acordo com Okabayashi e Costa (2008), a presença do voluntariado nos hospitais em Londrina, cidade localizada no interior do Paraná (PR), a partir dos anos 2000, alterou a atuação dos assistentes sociais, considerados referência profissional habilitada para a gestão do serviço voluntário nas instituições, atuando no reordenamento do voluntário, o que inclui a identificação e cadastramento de voluntários e grupos de voluntários, a redefinição de suas atribuições, fixação de regras e limites, a aplicação da lei do voluntariado, entre outras.

Ressalta-se que, conforme a referida pesquisa, a atuação de voluntários em hospitais de Londrina tem como funções a realização de orações, auxílios materiais aos pacientes, atividades recreativas e captação de recursos para as instituições hospitalares.

Em outra pesquisa sobre voluntariado nos hospitais da rede estadual da Região Metropolitana de São Paulo, ressalta-se o papel do voluntariado na humanização do serviço de saúde. Nesta pesquisa é possível notar a existência de conflitos e tensões entre o grupo de voluntários e a instituição hospitalar, sendo necessário “que o hospital compreenda a importância e a potencialidade do voluntariado e se dedique a estimulá-lo para cooperar com as metas e objetivos da instituição” (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010, p. 946). Vale ressaltar ainda que

O ponto crucial refere-se ao fato de que o trabalho voluntário não existe para substituir ações que são dever do poder público. Porém, com a limitação dos recursos governamentais para os serviços públicos mais essenciais, o voluntariado assume papel compensatório, com tantas demandas que muitas vezes os voluntários sentem-se responsáveis pela solução de problemas que não seriam de sua alçada (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010, p. 947).

Moniz e Araújo (2008) realizaram pesquisa sobre a percepção dos profissionais de saúde de um hospital de grande porte do Distrito Federal (DF) sobre o voluntariado existente na instituição. A conclusão do estudo mostra que, em geral, os profissionais, tanto da área assistencial como de apoio administrativo, tem uma percepção positiva dos serviços voluntários, porém, são apresentados limites e críticas à atividade em questão, tendo em vista a oposição apresentada pelos profissionais entre os serviços voluntários e o papel do Estado e do governo.

A partir do levantamento de literatura realizado nas linhas anteriores, percebe-se a existência de espaço para aprofundamento de pesquisas sobre tal temática. Identificou-se que a maioria das pesquisas e análises sobre voluntariado não contextualizam a referida prática na realidade brasileira, marcada por processos de precarização das políticas sociais e disputas entre projetos políticos, principalmente a partir dos anos 1990, com o neoliberalismo e a Reforma do Estado. Além disso, não se percebe a problematização da não efetivação dos direitos consagrados pela CF de 1988, em particular, o direito à saúde. O voluntariado é abordado como um campo virtuoso e do bem comum, que deve ser estimulado enquanto estratégia para atendimento aos problemas sociais; é apresentado como um dever moral corroborado pelo argumento da solidariedade e da cidadania.

Diante do exposto, o desafio proposto na presente pesquisa trata das repercussões da prática do voluntariado para a compreensão da saúde como um direito social.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O objetivo do presente capítulo é apresentar a metodologia utilizada na pesquisa bem como o caminho do trabalho de campo realizado pela pesquisadora. Segundo Minayo (2007, p. 14), a metodologia é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Assim, apresentar-se-á o processo de construção da pesquisa, considerando o tipo de pesquisa e o método utilizado. Em seguida, tem-se a descrição do processo da pesquisa de campo e dos instrumentos utilizados para coleta de dados. Também serão apresentados o processo de inserção da pesquisadora no campo e os critérios de escolha dos participantes da pesquisa. Por fim, abordar-se-ão os procedimentos éticos que nortearam a realização do estudo.

3.1 Considerações metodológicas

A presente pesquisa teve como escolha metodológica a metodologia qualitativa para a coleta e análise dos dados. Trata-se do principal método de pesquisa utilizado nas ciências sociais. Segundo Minayo (2007, p. 21), o referido tipo de pesquisa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”, ou seja, aspectos da realidade que não podem ser quantificados. É uma forma de fazer pesquisa que “dá profundidade aos dados, a dispersão, a riqueza interpretativa, a contextualização do ambiente, os detalhes e as experiências únicas” (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006, p. 15).

Haguette (2011, p. 59), ao tratar dos métodos qualitativos, afirma que estes “ênfatizam as especificidades do fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser”. Assim, busca uma compreensão profunda dos fenômenos sociais, dando maior relevância aos aspectos subjetivos, principalmente em contextos nos quais não é possível analisar fenômenos complexos e únicos por meio de estatísticas.

De acordo com Creswell (2010), a pesquisa qualitativa ocorre em cenário natural, no qual os participantes da pesquisa vivenciam a questão ou o problema que está sendo estudado. Além disso, utilizam-se múltiplas formas de dados, tais como: entrevistas, observações e documentos, e os próprios padrões, categorias e temas são criados a partir dos dados.

A pesquisa orientou-se a partir de uma aproximação dialética do objetivo de estudo, o que significou pensar em uma forma de construção do estudo, seu conteúdo e as formas de coleta e análise dos dados que estejam articulados e que busquem compreender a realidade e a totalidade de seu objeto a partir de sua história e das contradições nele existentes. Neste sentido, tal orientação dialética permitiu que a pesquisa resgatasse a história da Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília (AVHUB) e as relações estabelecidas entre voluntários, profissionais de saúde, usuários do serviço e direção do hospital no seu cotidiano.

Diversos autores reconhecem que a dialética considera uma multiplicidade de elementos da realidade social, a exemplo de Lefebvre (1938), ao destacar que esta analisa múltiplos aspectos e relações sem perder a essência do fenômeno, considerando as contradições ali existentes. Segundo Minayo (2007, p. 24), a dialética considera “a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais”. Na mesma direção, Demo (1985) afirma que a dialética permite uma forma de interpretação da realidade que compreende a contradição e o conflito presentes nessa realidade como um processo permanente.

O objetivo do método dialético é, portanto, ir além da aparência do fenômeno e chegar a sua essência, o que inclui suas contradições e se apresenta como movimento. Nos termos de Kosik (1995, p. 16, grifos do autor), “captar o fenômeno de determinada coisa significa indagar e descrever como a coisa em si se manifesta naquele fenômeno, e como ao mesmo tempo nele se esconde. Compreender o fenômeno é *atingir* a essência”. Somente a partir deste pensamento crítico é possível compreender a realidade.

Outro aspecto importante do método dialético é a totalidade, que “compreende a realidade nas suas íntimas leis e revela, sob a superfície e a casualidade dos fenômenos, as conexões internas, necessárias” (KOSIK, 1995, p. 41). A totalidade aqui mencionada não significa compreender todos os fatos, mas considerar a realidade como um todo estruturado no qual o fato será analisado, ou seja, “a totalidade concreta não é um método para captar e exaurir **todos** os aspectos, caracteres, propriedades, relações e processos da realidade; é a teoria da realidade como totalidade concreta” (KOSIK, p. 41, grifo do autor).

Gil (1989, p. 32) também ressalta o aspecto da totalidade ao afirmar que o método dialético propõe que, “para conhecer realmente um objeto é preciso estudá-lo em todos os seus aspectos, em todas as suas relações e todas as suas conexões”. Assim, o objeto de pesquisa deve ser analisado dentro de seu contexto e relacionado a outros elementos que contribuam para sua análise.

A dialética não se resume a um método de análise dos dados, mas também é um método de construção do objetivo do estudo e seu conteúdo. Neste sentido, buscar uma aproximação dialética do objeto de pesquisa implica considerar que não há conhecimento acabado e nem absoluto. Ao contrário, o conhecimento é criado a partir do próprio movimento da realidade. O conhecimento científico tem caráter histórico e transitório, uma vez que é construído a partir do que a ciência é em determinado momento (CARDOSO, 1971).

Thiollent (1982) destaca que é comum na ciência observar a realidade de forma anti-história e anti-dialética, capturando-a de forma fixa, o que acaba por caracterizar um empirismo. Tal ação apresenta um equívoco uma vez que na construção do conhecimento é necessário considerar o processo histórico que configura uma determinada realidade. Triviños (1987, p. 130) também argumenta que a pesquisa com caráter dialético não busca apenas identificar o fenômeno nem apenas compreender seus significados, mas “as raízes dele, as causas de sua existência, suas relações num quadro amplo do sujeito como ser social e histórico”.

A pesquisa empírica foi realizada junto à AVHUB, tendo como estratégia de pesquisa um estudo de caso. Segundo Triviños (1987, p. 133), o estudo de caso é “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma **unidade** que se analisa profundamente” (grifo do autor). Na mesma direção, Lavelle e Dionne (1999) ressaltam que a principal vantagem do estudo de caso é a possibilidade de aprofundamento da análise.

Para Ventura (2007, p. 384),

O estudo de caso como modalidade pesquisa é entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais. Visa à integração de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações.

Entende-se que o valor da pesquisa qualitativa está na particularidade e não na generalizabilidade (CRESWELL, 2010). Entretanto, segundo Yin (2005, p. 29), a realização de um estudo de caso com o presente objeto permite pensar a prática do voluntariado na política pública de saúde a partir de generalizações analíticas uma vez que “os estudos de caso, da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos”. Neste sentido, “na generalização analítica, o pesquisador está tentando generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente” (YIN, 2005, p. 58). Assim, a partir de um estudo de caso é possível apresentar elementos teóricos que possibilitem reflexões aplicáveis a outros contextos.

Considerando que a pesquisa é qualitativa, orientada pelo método dialético, buscou-se analisar a prática do voluntariado em um estudo de caso realizado na AVHUB. Entende-se que a escolha da estratégia de estudo se deu por entender que esta possibilitará uma análise ampla e profunda de uma determinada realidade social, especificamente, a prática do voluntariado no contexto da saúde. A seguir, serão apresentados elementos que subsidiaram a escolha da associação como objeto do estudo de caso.

3.2 A pesquisa de campo

O interesse pelo objeto de pesquisa surgiu desde a graduação em Serviço Social²⁸, quando durante a realização do estágio curricular, atuei no HUB e tive os primeiros contatos com o trabalho voluntário na política de saúde. Embora não tivesse relação diretamente com a AVHUB, já sabia de sua existência e do seu papel desempenhado no atendimento a diversas demandas dos usuários no hospital. A partir da aproximação com o tema voluntariado, percebi a importância de uma discussão mais aprofundada sobre o tema, uma vez que diversas são as concepções sobre o voluntariado na sociedade brasileira.

Entende-se que o HUB se situa em um contexto que justifica a realização de um estudo de caso sobre o tema proposto. Apesar de saber que outros hospitais públicos no Distrito Federal (DF) possuem associações e grupos de voluntários²⁹, é possível perceber algumas particularidades do HUB. Trata-se do Hospital de Ensino da Universidade de Brasília (UnB), que articula os eixos ensino, pesquisa e extensão, além do atendimento ao público. Assim, a referida instituição conta em seu quadro com um número significativo de estudantes estagiários, residentes e professores que desenvolvem atividades que visam à formação de profissionais de saúde e produção de conhecimento na instituição, o que a particulariza.

²⁸ Graduação realizada no período 2003-2007, na Universidade de Brasília (UnB), com Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado *A compreensão de cuidadoras sobre o cuidado de familiares idosos com Doença de Alzheimer*, orientado pela professora Doutora Débora Diniz. O estágio curricular em Serviço Social foi realizado nos 1º e 2º semestres de 2006, no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

²⁹ Segundo dados obtidos na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), existem quinze hospitais públicos no Distrito Federal (DF), a saber: Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Hospital Regional de Brazlândia (HRBz), Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Hospital Regional do Gama (HRG), Hospital Regional do Guará (HRGu), Hospital de Apoio de Brasília (HAB), Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Hospital Regional do Paranoá (HRPa), Hospital Regional de Planaltina (HRP), Hospital Regional de Samambaia (HRSam), Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), Hospital Regional de Sobradinho (HRS) e Hospital Regional de Taguatinga (HRT). Cf. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2012. Destes, sabe-se da existência de associação e grupos de voluntários no HBDF, no Hospital de Apoio de Brasília e no HRAN, conforme informações de voluntárias da Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília (AVHUB).

O principal elemento que levou à realização do estudo de caso no HUB é a existência de uma associação de voluntários instituída e legitimada na estrutura do hospital. A AVHUB atua no hospital desde 1993, e é definida, em seu Estatuto Social, como “uma associação civil, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, sem caráter político, religioso ou filosófico”. Atualmente conta com aproximadamente oitenta voluntários, conforme informações obtidas junto à sua presidência.

Suas ações têm como finalidade:

- a) Prestar assistência e amparo a pacientes carentes e seus familiares, de modo a satisfazer suas necessidades básicas de apoio psicológico e material, mormente ao que se refere à alimentação, vestuário, higiene e transporte;
- b) Promoção de atividades recreativas e culturais junto aos pacientes;
- c) Promoção de campanhas educativas na área de saúde;
- d) Promoção de campanhas para melhor atendimento hospitalar;
- e) Arregimentação de pessoas da sociedade para execução de trabalhos voluntários junto ao Hospital Universitário de Brasília – HUB, visando melhorias no atendimento social e humanitário aos pacientes, em conformidade com a Lei nº 9.608/98;
- f) Motivação e conscientização da população e governantes, em geral, para necessidade de fortalecimento do Hospital;
- g) Realização de parcerias com entidades afins; e
- h) Participar do desenvolvimento institucional do HUB³⁰.

Tais atividades incluem, entre outras ações, doações diversas aos pacientes, tais como material de higiene, passagens e dinheiro para transporte, medicamentos, roupas; visita a pacientes; distribuição de lanches; ações recreativas (leitura de livros, realização de bingos e festas como Dia das Mães, Festa Junina, Páscoa, Natal); e, venda de roupas e calçados no bazar permanente localizado no HUB.

As atividades são estruturadas em treze núcleos, a saber³¹:

- 1) Bazar: É um dos principais núcleos de arrecadação de fundos da associação. Tem como função vender sapatos, roupas, utensílios etc., fruto de doações, a preços módicos. O dinheiro arrecadado é revertido para compra de cadeiras de rodas, cestas básicas, remédios, passagens etc., para os pacientes carentes.
- 2) Bula do riso: Um grupo de jovens que, caracterizados de médicos palhaços, passeiam pelos corredores visitando leitos e demais dependências do HUB, brincando e satirizando com pacientes e familiares, atenuando, assim, o sofrimento e aliviando o

³⁰ Cf. Estatuto Social da AVHUB, disponibilizado pela Presidência da associação.

³¹ Cf. material fornecido pela AVHUB na reunião aos novos voluntários, em março de 2012.

stress do ambiente hostil de um hospital. O Bula do Riso trabalha com a premissa básica de que: “O SORRISO É O MELHOR REMÉDIO”.

- 3) Dia da beleza: Uma vez por mês, um grupo de voluntárias desenvolve esta atividade com profissionais que doam um dia de trabalho aos pacientes de todas as clínicas do hospital, crianças e adultos, com cortes de cabelo, manicure, escovas, barba, maquiagem etc., levantando, assim, a autoestima de cada um. Esta atividade encontra-se suspensa desde novembro de 2011 por motivos alheios à associação;
- 4) Distribuição de lanches: Grupo de voluntários que, em dias alternados, servem lanches aos pacientes em tratamento ambulatorial, pois muitos chegam ao hospital sem alimentação, de acordo com as normas do Departamento de Nutrição do HUB.
- 5) Hemodiálise: Grupo de voluntários cuja função é atenuar o sofrimento dos pacientes enquanto recebem o tratamento, com conversas, bingos, música ao vivo e entretenimento em geral. Ajudam ainda a solucionar pequenos problemas pessoais como recados telefônicos a parentes etc. Esta atividade encontra-se em processo de estruturação.
- 6) Mediadores de história: Mediadores de História são voluntários que, munidos de carrinhos, livros e fantoches, levam os pacientes, crianças e adultos, nas enfermarias e demais dependências do HUB, para o mundo encantado, através de histórias, esquecendo assim as dificuldades impostas pelos diversos tratamentos.
- 7) Organização de eventos: Elabora, organiza e executa todos os eventos da AVHUB, previstos na agenda anual, e com a ajuda dos demais voluntários, desenvolvem a solidariedade, buscando doações, parcerias ou patrocínios para o êxito de cada evento, com o objetivo de arrecadar fundos que são revestidos aos pacientes do HUB.
- 8) Prótese mamária: Confecção de próteses mamárias com moldes apropriados, lastro de chumbo, cola, algodão, espuma e malha, e ainda, turbantes de malha, bonés e lenços que são doados às pacientes mastectomizadas e àquelas em tratamento de quimioterapia. Esta atividade encontra-se temporariamente suspensa devido à falta de espaço físico no HUB.
- 9) Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON): Dar apoio aos pacientes, trabalhando todos os dias úteis da semana, conversando com os mesmos e seus familiares, trazendo estímulo e esperança.
- 10) Sala de costura: Oficina onde as voluntárias costureiras e bordadeiras produzem roupas para uso de pacientes internos, enxovais de bebês e trabalhos manuais.

Igualmente à atividade relacionada à prótese mamária, esta se encontra temporariamente suspensa.

- 11) Sala de espera: São voluntárias que atuam na sala de espera da mastologia, orientando as pacientes sobre o autoexame da mama, sessões de ginástica terapêutica, atendimento psicológico, distribuição de lanche, facilitando, assim, a consulta médica. Esta atividade foi desativada e reorganizada junto ao núcleo do CACON.
- 12) Vara de Infância: Promoção psicossocial de menores em cumprimento de medidas socioeducativas por determinação da Vara da Infância e Juventude do DF, de acordo com convênio firmado com a AVHUB. Incentiva e acompanha a prestação de serviços dos menores em diversos núcleos do HUB, bem como apoio das psicólogas nas medidas requeridas.
- 13) Visita a pacientes: Grupo de voluntários que visitam as diversas clínicas tanto de adultos como pediátricas, levando estímulo para recuperação dos pacientes, suprimindo também necessidades básicas, tais como: doação de material de higiene, roupas etc.

Percebe-se, a partir da definição dos núcleos, que a AVHUB desenvolve trabalhos com diferentes focos no HUB. Considerando que o objetivo da presente pesquisa é analisar a prática do voluntariado na política de saúde e compreender as suas repercussões na compreensão da saúde como um direito, foram selecionados, para participarem do estudo, os seguintes núcleos: bazar, distribuição de lanches, hemodiálise, mediadores de história, CACON e visita a pacientes. Estes realizam atividades diretamente com os usuários do HUB, compreendendo os pacientes da instituição em atendimento ambulatorial ou de internação e também seus acompanhantes. Além disso, entende-se que tais núcleos possuem maior interação com os profissionais de saúde, aspecto também analisado ao longo da pesquisa.

A pesquisa foi organizada em três etapas complementares, conforme define Minayo (2007):

- 1) fase exploratória;
- 2) realização da coleta de dados e trabalho de campo; e
- 3) análise e tratamento dos dados.

Durante a concretização da pesquisa, percebeu-se que essas etapas não constituem um ciclo de pesquisa estático e finito. Ao contrário, no decorrer do estudo, foram produzidos novos conhecimentos e geradas novas investigações sobre o tema proposto.

A fase exploratória foi realizada a partir da revisão de literatura sobre o objeto de pesquisa com o objetivo de contextualizar o debate teórico existente sobre as categorias sociedade civil, terceiro setor, voluntariado, política de saúde e direito à saúde. Segundo Creswell (2010), a revisão de literatura é importante por possibilitar o diálogo entre os objetivos e resultados do estudo com o que já existe na literatura, de modo a preencher lacunas e ampliar estudos anteriores. No processo de revisão de literatura, foram priorizados estudos com publicações a partir dos anos 2000, de diversos tipos, tais como: artigos científicos, livros, dissertações e teses.

Durante a revisão de literatura, percebeu-se o ineditismo desta pesquisa. Encontrou-se apenas uma dissertação³² sobre voluntariado na saúde pública realizada no DF, sendo os resultados também publicados no formato de artigo científico³³. Entretanto, o referido estudo apresentava enfoque psicológico sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação de voluntários e não situava uma discussão no campo das políticas sociais. Além disso, não houve nenhuma bibliografia que tratasse da temática aqui expressa no contexto do HUB. Assim, a presente pesquisa inovou por utilizar como método a dialética e ter por objetivo compreender as repercussões do voluntariado para a compreensão da saúde como um direito social.

Ainda na fase exploratória, iniciada em junho de 2011, foram realizados os primeiros contatos da pesquisadora com a Presidência da AVHUB, com o objetivo de apresentar a proposta da pesquisa e verificar o interesse da instituição em participar do estudo. Neste sentido, a então Chefe do Centro de Serviço Social foi uma participante chave que, além de conhecer a dinâmica de funcionamento do HUB, também conhecia a AVHUB, e atuou como mediadora da pesquisadora na entrada à instituição.

Durante a fase de apresentação da proposta de pesquisa, após prévia autorização da Presidente da AVHUB, foram realizadas conversas exploratórias com voluntários e profissionais de saúde, com o objetivo de conhecer a realidade da instituição e melhor definir

³² Cf. MONIZ, André Luiz Ferreira. **Atuação voluntária nas áreas de oncologia e HIV/AIDS e a percepção dos profissionais da equipe de saúde**. 2002. 144 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia). Universidade de Brasília. Brasília, 2002.

³³ Cf. MONIZ, André Luiz Ferreira; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Voluntariado hospitalar: um estudo sobre a percepção dos profissionais de saúde. **Estud. Psicol.** [on line], Natal, v. 13, n. 2, p. 149-156, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2008000200007>>. Acesso em: 17 set. 2011.

o objeto e os objetivos da pesquisa. Tal fase perdurou até maio de 2012, quando deu-se o início da coleta de dados.

De acordo com Cicourel (1990), o processo de entrada no campo exige atenção, pois envolve as expectativas do pesquisador e a aceitação ou não deste na comunidade pesquisada. Tal aceitação é compreendida a partir de diversos elementos, como, por exemplo, o significado da pesquisa para os participantes e a forma como o pesquisador é visto pela nova comunidade. Não se trata de um processo com regras fixas, mas resultante das relações estabelecidas no dia a dia da pesquisa de campo.

Em fevereiro de 2012, após sugestão da Presidente da AVHUB, tornei-me voluntária na referida associação, o que facilitou o contato com os voluntários e o acompanhamento das atividades realizadas junto aos pacientes, possibilitando a escolha dos voluntários e profissionais que posteriormente seriam entrevistados.

Apesar de existir a possibilidade de acompanhar as atividades dos voluntários apenas como pesquisadora, esse cadastro como voluntária foi uma estratégia para facilitar o acesso aos participantes da pesquisa e criar relações de confiança com esses, o que colaborou com o acesso a informações e documentos acerca do voluntariado no HUB.

Tal estratégia de aproximação com o campo permitiu ainda compreender diversos elementos da realidade do hospital, visando apreender a totalidade do objeto de estudo, ou seja, as relações estabelecidas entre voluntários, profissionais de saúde, usuários do serviço e a direção do hospital, além das compreensões, contradições e conflitos que envolvem essa prática no seu cotidiano.

Cicourel (1990, p. 93) afirma que uma das vantagens da participação mais intensa é “expor mais o observador tanto à rotina quanto às atividades incomuns do grupo estudado”. Há uma maior riqueza nos dados, porém, há um maior risco de se envolver com o grupo e desconsiderar elementos importantes para a análise dos dados. Apesar da participação na associação, buscou-se explicitar à presidência da AVHUB e aos demais voluntários que a atuação da pesquisadora na associação estava atrelada à realização da pesquisa de Mestrado e que, ao fim da pesquisa, o cadastro seria cancelado.

O processo de coleta de dados ocorreu entre maio e agosto de 2012, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da UnB e autorização da Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa do HUB (DAEP). Foram utilizadas como técnicas de coleta de dados, a saber: pesquisa documental – compreendendo o estudo de documentos institucionais da AVHUB e do HUB; observação participante – a pesquisadora realizou observações no cotidiano do hospital; e, entrevistas com voluntários, profissionais de

saúde e diretor do hospital – a fim de se obter diferentes pontos de vista sobre o objeto estudado.

Ressalta-se que no processo de coleta de dados e trabalho de campo, a postura da pesquisadora foi ativa e participativa. Sampieri, Collado e Lucio (2006) destacam tal perspectiva ao afirmarem que o pesquisador qualitativo observa os eventos e atividades cotidianas da forma como estas ocorrem em seus ambientes naturais, estando envolvidos com as pessoas e as experiências estudadas. Os fenômenos não são registrados como fatos objetivos e frios, mas a partir das relações internas e externas com o pesquisador. No mesmo sentido, Laville e Dionne (1999, p. 34) afirmam que, “em ciências humanas, o pesquisador é mais que um observador objetivo: é um ator aí envolvido”, tendo em vista que frente aos fatos, o pesquisador não se apresenta com objetividade, mas se envolve e apresenta preferências.

Cardoso (1971) também destaca que em um processo científico, o pesquisador não desempenha um papel neutro, mas tem uma participação crítica a fim de problematizar a realidade observada, uma vez que este aparece como portador de uma cultura, uma linguagem, experiências a respeito do objeto e de um projeto capaz de atualizar a teoria. Nos termos de Thiollent (1982, p. 28), “consideramos que a neutralidade inexistente e que a objetividade é sempre relativa”, já que qualquer pesquisa envolve pressupostos teóricos e práticos guiados por interesses sociopolíticos diversos.

3.2.1 Pesquisa documental

O objetivo da pesquisa documental nesse estudo foi compreender a forma como a AVHUB se institucionaliza como entidade junto ao HUB. Neste sentido, realizou-se uma análise tanto de documentos da AVHUB como de documentos do HUB que tratam do voluntariado na instituição.

Primeiramente, foi realizada a análise de reportagens publicadas no site do HUB pela Assessoria de Comunicação Social do hospital, a partir do ano de 2010. Foram encontradas apenas três reportagens que tratavam do voluntariado de forma ampliada, a saber: “AVHUB necessita de doações de roupas, calçados e alimentos”, de 15 de dezembro de 2011³⁴;

³⁴ Cf. DELFIM, Cristiane. AVHUB necessita de doações de roupas, calçados e alimentos. 15 de dezembro de 2011. In: **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/avhub+estao+recebendo+doacoes+roupas+calcados+alimentos_151211.html>. Acesso em: 15 fev. 2012.

“Paciente elogia trabalho de voluntário do HUB”, de 20 de abril de 2012³⁵; e, “Grupo de amigas leva alegria a pacientes internados no HUB”, de 17 de agosto de 2012³⁶.

Por parte da AVHUB, foram obtidos o seu Estatuto Social, disponibilizado pela Presidência da associação, além de documentos utilizados nas reuniões de ingresso de novos voluntários e materiais informativos sobre o projeto Biblioteca Viva, atualmente organizado no núcleo de Mediadores de História.

De acordo com informações obtidas junto à direção do HUB, não existem documentos que formalizem a relação com a AVHUB. Segundo uma entrevista da pesquisa que já ocupou cargo de direção no hospital, a documentação relativa às atividades desenvolvidas pelos voluntários era analisada e arquivada na Divisão de Serviço Social. Através do contato com o referido setor, foram disponibilizados documentos que incluem planos de trabalho dos voluntários e relatórios de atividades dos anos de 2002, 2003 e 2004. Vale ressaltar que outro importante documento aqui analisado foi o Regimento Interno do HUB, disponível no *site* da instituição.

Nessa etapa da coleta de dados, vivenciou-se a dificuldade de encontrar se documentos sobre o significado da AVHUB no hospital. Percebeu-se que o voluntariado tem maior reconhecimento pela prática que realiza junto aos usuários do serviço do que pela sua institucionalização – aspecto aprofundado na análise dos dados exposta quinto capítulo da presente Dissertação.

3.2.2 *Observação participante*

Observação é a técnica na qual o pesquisador acompanha o comportamento e as atividades dos indivíduos no local da pesquisa (CRESWELL, 2010). Isso significa entrar em contato direto com o fenômeno a ser pesquisado no contexto onde este ocorre, sendo possível identificar a percepção dos sujeitos envolvidos no decorrer de suas atividades. De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2006, p. 383), a observação “implica entrar a fundo em situações

³⁵ Cf. PIAUÍ, Conceição Aparecida Guedes. Paciente elogia trabalho de voluntário do HUB. 20 de abril de 2012. In: **Hospital Universitário de Brasília.** Disponível em: <http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/200412_artigo+paciente+elogia+trabalho+voluntario+hub.htm>. Acesso em: 15 mai. 2012.

³⁶ Cf. CASTRO, Tamires. Grupo de amigas leva alegria a pacientes internados no HUB. 17 de agosto de 2012. In: **Hospital Universitário de Brasília.** Disponível em: <http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/170812_grupo+amigas+leva+alegria+pacientes+internados+hub.html>. Acesso em: 17 set. 2012.

sociais e manter um papel ativo, assim como uma reflexão permanente, e estar atento aos detalhes (não às coisas superficiais) de fatos, eventos e interações”.

Na presente pesquisa, utilizou-se a técnica de observação participativa que, segundo Gil (1989, pp. 107), “consiste na participação real do observador na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Neste caso, o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo.” A pesquisadora acompanhou as atividades desenvolvidas pelos voluntários de forma participativa, inclusive por efetuar cadastro no AVHUB como voluntária para realização da pesquisa.

A observação do trabalho dos voluntários no atendimento aos usuários do hospital foi realizada durante todo o processo de coleta de dados e constituiu-se como uma etapa importante para a construção da metodologia de pesquisa. As observações também oportunizaram um maior entendimento da proposta do voluntariado no cotidiano do HUB. Assim, foi possível participar e observar o cotidiano do trabalho, a reunião com os novos voluntários, o processo de eleição e posse da nova presidência da AVHUB³⁷ e os preparativos para a realização da festa junina que teve o objetivo de angariar fundos para a associação.

Foram mantidos registros descritivos e analíticos das observações às atividades realizadas junto aos voluntários em diários de campo, os quais continham informações sobre os fatos observados, além de comentários, reflexões e interpretações da pesquisadora, ideias e questões para a pesquisa. O contato direto com os voluntários oportunizou escolher informantes centrais para a etapa de entrevistas e melhor planejar o roteiro a ser aplicado aos sujeitos.

3.2.3 Entrevistas

Segundo Haguette (2011, p. 81), “a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Entende-se, portanto, que nas entrevistas, os dados são obtidos por meio de conversas sobre o tema da pesquisa.

Na presente pesquisa, as entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e agosto de 2012, com oito voluntários, dez profissionais de saúde e um diretor do HUB, totalizando dezenove participantes. É preciso destacar que outros dois voluntários foram convidados a

³⁷ Evento ocorrido em abril de 2012.

participar da pesquisa, mas por incompatibilidade de datas para o agendamento das entrevistas, não foi possível a participação dos mesmos.

Os entrevistados foram selecionados a partir de critérios qualitativos por entender-se que amostras estatísticas poderiam não responder às questões da pesquisa. Tal situação é prevista por Thiollent (1982), ao apontar que existem pesquisas em que amostras estatísticas dos participantes não respondem às questões levantadas, sendo necessária a escolha de pessoas representativas e com relevância para o estudo. Dessa forma, entende-se que a definição de amostra não contempla a forma de escolha dos entrevistados da pesquisa.

Minayo (2007, p. 48) também destaca essa situação ao afirmar que

a ideia de amostragem não é a mais indicada para certas pesquisas sociais, especialmente aquelas de cunho qualitativo. Isto se deve ao fato que o “universo” em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes. [...] Nesse caso, ao invés de definir a “amostra de sujeitos”, utiliza-se mais frequentemente o termo “sujeitos incluídos na pesquisa ou grupo de estudo”.

A escolha do grupo de estudo considerou que a prática do voluntariado pode ser compreendida de diferentes perspectivas e visou analisar a totalidade das relações e as contradições existentes no cotidiano do HUB. Os critérios gerais utilizados para os entrevistados foram: ter conhecimento sobre as atividades desenvolvidas pelo voluntariado no HUB e disponibilidade para participar da pesquisa. Entretanto, cada grupo de participantes seguiu critérios específicos de inclusão na pesquisa.

Dentre os voluntários convidados para as entrevistas, buscaram-se coordenadores de núcleos e pessoas que estão assíduas nas atividades, além da Presidente, da Ex-Presidente e da secretária da AVHUB, por se entender que tais personagens conhecem melhor a dinâmica do hospital e podem apresentar elementos que possibilitem refletir sobre o papel do voluntariado no cotidiano do HUB. Conforme Domeneghetti (2001, p. 97), trata-se dos chamados “voluntários de gestão”, que atuam diretamente na gestão da entidade, e dos “voluntários de atuação”, que atuam na entidade como um todo, em diversas atividades. Assim, foram excluídos da pesquisa voluntários que apenas contribuem financeiramente com as atividades da associação ou que não atuam na associação de forma frequente³⁸.

³⁸ A AVHUB prevê, em seu Estatuto Social, quatro modalidades de participação, a saber: 1) Sócios fundadores, que participaram da fundação da associação e constituíram a entidade; 2) Sócios participantes, “pessoas físicas que participam ativa, voluntária e gratuitamente das atividades da Associação, oferecendo apoio material e/ou seus serviços”; 3) Sócios contribuintes, que colaboram com a realização dos objetivos da associação e contribuem financeiramente; e, 4) Sócios beneméritos, que são agraciados com tal título em razão de relevantes serviços prestados à associação.

Em relação aos profissionais de saúde, os critérios de inclusão na pesquisa foram: atuar em uma unidade do HUB que possua núcleo da AVHUB e conhecer o trabalho desenvolvido pelos voluntários. A partir daí, foram selecionados profissionais de diferentes setores do hospital, a saber: CACON, Pediatria, Clínica Médica e Cirúrgica, Hemodiálise, Dermatologia, Divisão de Serviço Social e Divisão de Psicologia.

Por fim, realizou-se entrevista com um representante da diretoria do HUB³⁹ a fim de compreender como a AVHUB é institucionalizada junto ao hospital e se existe o apoio da direção para o desenvolvimento de suas atividades.

Na presente pesquisa, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas, com a possibilidade de inclusão de novas perguntas, a fim de ampliar a precisão das informações ou obter mais dados sobre os temas abordados. Cada grupo de participantes contou com um roteiro próprio de entrevista⁴⁰, considerando que as informações obtidas são complementares e possibilitam um entendimento ampliado sobre o voluntariado praticado no HUB.

Todas as entrevistas foram iniciadas com a apresentação da pesquisadora, do objeto da pesquisa e mediante instruções sobre o proceder da entrevista a ser realizada, visando esclarecer possíveis dúvidas dos entrevistados. Também eram tratados aspectos éticos da pesquisa, entre outros, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o sigilo e o anonimato. Não houve nenhuma recusa em participação das entrevistas após as orientações e assinatura do TCLE.

Ainda no momento da apresentação, solicitou-se aos entrevistados a autorização para a gravação do áudio da entrevista. A gravação das entrevistas foi utilizada como estratégia para manter a fidedignidade dos dados coletados. À exceção de uma entrevistada que não autorizou a gravação, as demais transcorreram sem incidentes.

As gravações foram transcritas na íntegra e de forma padronizadas pela pesquisadora, de modo que não se perdesse nenhum dado e se mantivesse a precisão e a fidelidade dos relatos dos entrevistados. Tal preocupação deu-se para preservar a confiabilidade dos dados. Vale destacar também que as transcrições serão expostas na presente Dissertação de forma anônima, sem os nomes dos participantes e nem identificação de seus cargos ou setores em que atuam. Em relação aos profissionais, optou-se por identificá-los apenas por sua área de

³⁹ Integram a Diretoria do HUB: a Diretoria Geral, a Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais (DASA), a Diretoria Adjunta de Apoio ao Ensino e à Pesquisa (DAEP) e a Diretoria Adjunta Executiva (DAEX).

⁴⁰ Os roteiros de entrevistas estão em anexo nessa dissertação.

formação, por se entender que a questão poderia influenciar a compreensão sobre o voluntariado.

As entrevistas foram pré-agendada com os participantes e realizadas conforme a disponibilidade, em espaço previamente reservado no HUB ou em outros locais acordados e que permitissem o sigilo das informações prestadas. Neste intuito, contou-se com o apoio da secretaria da AVHUB, que colaborou com a reserva de salas de aula no setor de Apoio Didático do hospital para as entrevistas com os voluntários.

A análise dos dados foi aqui entendida como um processo permanente de reflexão sobre os dados, que ocorreu concomitantemente com a sua coleta, a realização de interpretações e a sistematização da Dissertação (CRESWELL, 2010).

Para a análise e tratamento dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo como uma forma para se aprofundar a análise e a interpretação dos dados a partir da compreensão atribuída pelos participantes da pesquisa. Segundo Minayo (2007), a análise de conteúdo permite se chegar à descoberta do que está por trás dos conteúdos expressos, indo além das aparências. Nos termos de Laville e Dionne (1999, p. 214), a análise de conteúdo “consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação”. Não se trata de um método rígido com etapas sequenciais, mas uma forma de buscar sentido a partir do conteúdo dos dados.

Ao apresentar a análise de conteúdo, Minayo (2007) afirma que sua origem remete às metodologias quantitativas, sendo definida originariamente como uma descrição objetiva e sistemática dos dados. Entretanto, ao longo de sua trajetória, esta passou por diversos debates que questionaram os seus limites quanto à objetividade e adequação às pesquisas qualitativas.

Uma referência na área é Bardin (1977, p. 38), que define a análise de conteúdo como “um **conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens**”, ou seja, a intenção da análise de conteúdo é a “**inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicativos (quantitativos ou não)**” (grifos da autora). Assim, na análise do conteúdo tem-se descrição, inferência e interpretação, buscando-se encontrar o sentido para determinada passagem.

Gomes (2007) afirma que a trajetória da análise do conteúdo inicia como uma leitura compreensiva dos materiais, de forma exaustiva. Sendo assim, esta iniciou-se com a sua organização a partir das transcrições das entrevistas, dos diários de campo e dos documentos obtidos junto à AVHUB e ao HUB. Foram realizadas diversas leituras dos dados para uma

concepção geral das informações e para a compreensão dos aspectos mais relevantes dos dados.

Posteriormente, realizou-se a categorização dos dados – processo no qual as partes dos dados são distribuídas em categoriais. Na presente pesquisa, as respostas das entrevistas foram agrupadas de acordo com as perguntas do roteiro de entrevistas, sendo identificadas categorias explicativas sobre a temática estudada. Buscou-se ainda identificar a função do conteúdo das respostas, seu sentido e o valor atribuído aos participantes da pesquisa.

Gibbs (2009) aponta que tais categorias articulam os dados obtidos na pesquisa empírica com a literatura científica. Neste sentido, adotou-se o método misto que, segundo Laville e Dionne (1999), abrange tanto categorias pré-definidas pelo conhecimento teórico do pesquisador como novas categorias emergentes dos dados. Assim, foi possível descrever cada categoria, compreender seus significados, verificar sua presença nas respostas dos participantes e as relações com as demais categorias, conforme a proposta de Sampieri, Collado e Lucio (2006).

Ressalta-se que a análise dos dados partiu tanto de unidades de registro, nas quais são analisados os conteúdos das mensagens (os trechos transcritos das entrevistas realizadas), como também as unidades de contexto, que servem como ampla referência para a análise dos dados, remetendo ao contexto no qual a mensagem encontra-se inserida (GOMES, 2007).

3.3 Procedimentos éticos

A presente pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas para pesquisas com seres humanos contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 196/1996. Neste sentido, foi submetida e aprovada após revisão ética no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) (vide Anexo “B”) da UnB. Entende-se que o referido Comitê, por ter enfoque em pesquisas com metodologia qualitativa, encontrava-se apto a avaliar as implicações éticas desta pesquisa.

Não se percebeu riscos nem danos para os sujeitos aqui envolvidos. Foram mantidos a confidencialidade e o sigilo nas entrevistas, observações e registros da pesquisadora, além do anonimato na apresentação dos dados expostos na presente Dissertação. Os participantes foram orientados, no início das entrevistas, sobre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizado de forma escrita (vide Apêndice “D”).

Além disso, foi obtida a autorização da AVHUB (vide Anexo “A”) para a realização da pesquisa. Esse documento foi submetido à Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa

(DAEP), que também concedeu autorização para a realização da pesquisa, tendo em vista que as observações e entrevistas foram realizadas com pessoas vinculadas de alguma forma ao HUB, além da coleta dos dados ter sido realizada na referida instituição hospitalar.

4 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: ENTRE O DIREITO E A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE

O presente capítulo tem como proposta realizar uma descrição do estudo de caso no Hospital Universitário de Brasília (HUB) através da análise da coleta de dados, apresentando elementos que possibilitam a contextualização da pesquisa de campo e que irão subsidiar reflexões a serem desenvolvidas no quinto capítulo.

Neste sentido, a seguir, contextualizar-se-á o HUB e sua atuação na rede pública de saúde do Distrito Federal (DF). Também serão tratados elementos relativos à sua característica de Hospital de Ensino, sua forma de gestão e financiamento. Será problematizada a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), apresentada como um novo modelo de gestão dos hospitais universitários, e suas implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em um segundo momento, será apresentado o perfil dos entrevistados participantes da pesquisa. A trajetória de vida destes é considerada importante por se reconhecer que elementos – vivência política, área de formação e atuação profissional, entre outros – influenciam sua percepção sobre a prática do voluntariado na saúde.

4.1 Contextualizando o Hospital Universitário de Brasília

O HUB foi criado em 1972, então chamado Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM), vinculado ao Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado (IPASE), com o objetivo de atender exclusivamente os servidores públicos federais, ficando conhecido como Hospital dos Servidores da União (HSU), seguindo o modelo vigente de seguro social na assistência à saúde.

O HDFPM passou a ser administrado pela Universidade de Brasília (UnB) em 1979, por meio de um convênio assinado com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1987, o hospital foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal (DF) e passou a se chamar Hospital Docente Assistencial (HDA), sendo reconhecido como um hospital universitário brasileiro. Após manifestações que exigiam a cessão definitiva do hospital à UnB, em 1990, o hospital foi denominado Hospital Universitário de Brasília – HUB⁴¹.

⁴¹ Cf. **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/institucional.html>>. Acesso em: 05 set. 2012.

Apenas em 2007, o hospital foi certificado como Hospital de Ensino⁴², conforme os critérios estabelecidos pela Portaria Interministerial do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) nº. 2.400, de 02 de outubro de 2007. A característica de Hospital de Ensino também foi explicitada no seu regimento interno⁴³, aprovado em 2008, a saber:

Art. 2º O HUB destina-se a oferecer condições apropriadas e adequadas para a realização das atividades de ensino de graduação e de pós-graduação, aos estudantes da Universidade de Brasília, a promover a educação permanente e a integração interdisciplinar das atividades docentes, assistenciais e de apoio à pesquisa e extensão, e a prestar assistência à saúde da população em consonância com o Sistema Único de Saúde – SUS.

O regimento interno do referido hospital também consagrou sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma de suas características essenciais, ao estabelecer no art. 2º, § 3º:

Art. 2º [...].

§ 3º O HUB se integra ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos termos da lei e de acordos firmados pela Fundação Universidade de Brasília.

Neste sentido, o Conselho Deliberativo do HUB decidiu destinar 100% da capacidade de internação e de produção de serviços para o SUS, não permitindo mais o funcionamento de atendimento a particulares usuários de convênios e planos de saúde⁴⁴. A missão do HUB também faz referência ao SUS, a saber: “Cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde”⁴⁵. Tal informação foi confirmada em entrevista realizada com o representante da direção do HUB, que afirmou: “Embora sejamos um hospital público, estatal, que não cobra nada de ninguém e é 100% Sistema Único de Saúde, aí existe um, vamos dizer, um mercado potencial para a prestação de serviço a ser remunerado pelo Sistema Único de Saúde, né!” (Entrevistado 19 - Diretor).

⁴² A Portaria Interministerial nº. 1.000, de 15 de abril de 2004, “passa a unificar hospitais universitários (vinculados e geridos por universidades), hospitais escola (vinculados e geridos por escolas médicas) e hospitais auxiliares de ensino (hospitais gerais que desenvolvem atividades de treinamento em serviço, cursos de graduação ou pós-graduação através de convênio com instituição do ensino superior) sob a mesma denominação: hospitais de ensino” (CISLAGHI, 2011, p. 57). A regulação e requisições para a certificação destes estabelecimentos hospitalares passaram a ser iguais, o que, para aquele autor, “rebaixou o estatuto dos hospitais universitários, que na sua relação orgânica com as universidades reconhecidamente sempre garantiram melhores condições de formação com indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão” (CISLAGHI, 2007, p. 57).

⁴³ Cf. **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/usuarios/Institucional/regimentointerno.html>>. Acesso em: 03 set. 2012.

⁴⁴ Cf. **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/institucional.html>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

⁴⁵ Cf. **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/usuarios/Institucional/missao.html>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

A partir de 2005, o HUB passou a ser financiado por meio de um Termo de Compromisso assinado com o gestor local do SUS. Esta é uma especificidade da referida instituição hospitalar, uma vez que, apesar de ser um hospital público do DF, não é gerido pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), mas pelo Governo Federal, o que diferencia sua forma de financiamento e gestão. O vínculo do HUB junto à SES/DF ocorre via Termo de Compromisso, através do qual tem-se negociado um plano operativo com os gestores regionais do SUS e o repasse de recursos do DF para aquela instituição. De acordo com o relato do diretor do hospital,

O hospital é parte do Sistema Único de Saúde. Os hospitais universitários têm um processo especial chamado contratualização onde o Ministério da Saúde em comum acordo com o Ministério da Educação estimula que os gestores regionais do Sistema Único de Saúde, que são as secretarias estaduais de saúde, negociem um plano operativo com os hospitais universitários federais (Entrevistado 19 - Diretor).

O atual Termo de Compromisso entre o HUB e a SES/DF foi firmado em junho de 2012, em substituição ao anterior, que venceu em 2010. No presente Termo, prevê-se o repasse de recursos para a formação de recursos humanos para atuação na saúde pública, consultas e implantação de protocolos de classificação de riscos e demais ações. Além disso, por meio do Termo de Compromisso, aquele hospital universitário (HU) vislumbra a ampliação de diversos atendimentos oferecidos, tais como: transplantes de rim e córnea, ressonâncias magnéticas, tomografias computadorizadas, quimioterapias, radioterapias, cirurgias, entre outros⁴⁶.

O HUB é um hospital de alta complexidade, que realizou em 2011, o total de 134.865 consultas ambulatoriais, 18.652 consultas em pronto atendimento, 8.082 internações e 5.157 cirurgias, em diversas especialidades⁴⁷, conforme expresso em tabela a seguir.

⁴⁶ Dados obtidos em entrevista com o representante da direção do HUB; cf. também em: RIBEIRO, Paulo. Rafael Barbosa confirma assinatura do contrato para os próximos dias. 24 de abril de 2012. In: **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/270412_rafael+barbosa+confirma+assinatura+contrato+proximos+dias.html>. Acesso em: 04 set. 2012.

⁴⁷ O HUB oferece atendimento nas seguintes especialidades: Anestesiologia, Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia crânio-maxilo-facial, Cirurgia geral, Cirurgia pediátrica, Clínica médica, Coloproctologia, Dermatodologia, Endocrinologia, Endocrinologia pediátrica, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Medicina do adolescente, Nefrologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia, Reumatologia, Reumatologia pediátrica e Urologia. Cf. **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/assistencia.html>>. Acesso em: 04 set. 2012.

Tabela 1 – Evolução do número de atendimentos no Hospital Universitário de Brasília, 2009-2011.

Atendimentos	2009	2010	2011
Atendimentos ambulatoriais	154.835	144.453	134.865
Consultas no Pronto Atendimento	17.407	14.459	18.652
Internações	9.885	8.263	8.082
Cirurgias	5.343	5.038	5.157
Exames laboratoriais	597.803	592.672	701.868

Fonte: Da autora, adaptado de HUB (2012).

Os dados relativos ao primeiro semestre de 2012, quando comparados ao primeiro semestre de 2011, apontam o crescimento no número de atendimentos em diversas modalidades⁴⁸. Houve crescimento de 65% nos atendimentos no Centro de Pronto Atendimento (CPA), de 9,7% nas internações, e de 23,6%, nos exames concluídos. Alguns motivos que justificam o aumento de tais atendimentos são a reativação do CPA, considerado como porta de entrada para pacientes de emergência para consultas, internações, cirurgias e realização de exames. Além disso, houve a informatização do setor de laboratório, o que possibilitou um maior registro das informações. Por outro lado, houve uma queda de 8,4% nas consultas ambulatoriais.

Sabe-se que os hospitais das universidades públicas federais historicamente passam por um processo de precarização de seus serviços, com baixo repasse de recursos orçamentários e vínculos de trabalho precários com seus funcionários. Tendo em vista tal conjuntura, em 2010, por meio do Decreto nº. 7.082/2010, foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais integrados ao SUS.

Os objetivos do referido Programa, segundo o art. 2º do Decreto, são: “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão de assistência à saúde”. Neste sentido, são definidos objetivos específicos que visam ao ensino, pesquisa e extensão, como, por exemplo: a oferta de estágios curriculares para cursos da área da saúde, a realização de programas de pós-graduação e a oferta de residência médica e residência multiprofissional, entre outros. Também são apresentados objetivos para a assistência à saúde, tais como a oferta de serviços de média e alta

⁴⁸ Cf. ARRUDA, Erick. HUB amplia atendimento em 12% no primeiro semestre. 12 de julho de 2012. In: **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/120712+hub+amplia+atendimento+em+12+no+primeiro+semestre.html>>. Acesso em: 04 set. 2012.

complexidade observada a integralidade da atenção à saúde, a avaliação de novas tecnologias em saúde e o desenvolvimento de atividades de educação permanente para a rede de serviços do SUS.

De acordo com o art. 3º do referido Decreto:

Art. 3º. O REHUF orienta-se pelas seguintes diretrizes aos hospitais universitários federais:

I – instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012;

II – melhoria dos processos de gestão;

III – adequação da estrutura física;

IV – recuperação e modernização do parque tecnológico;

V – reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e

VI – aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

Diante do exposto, percebe-se que o REHUF visa reorganizar o financiamento dos hospitais universitários, partilhando, paritariamente, entre as áreas da educação e da saúde. Para tanto, a universidade deverá apresentar ao MEC e ao MS um plano de reestruturação do HU, contendo o diagnóstico da estrutura física, tecnológica e de recursos humanos, as necessidades de reestruturação da infraestrutura física e tecnológica, o impacto financeiro dessas ações, além de cronograma de implantação, vinculado ao desenvolvimento de atividades e metas.

No caso do HUB, o REHUF é uma das “fontes de sustentação do hospital além do SUS” (Entrevistado 19 - Diretor), utilizado para reforma, construção de novas aquisições, compra de equipamentos e também aprimoramento gerencial e organizativo do hospital.

Atualmente, há ainda a expectativa de mudança da gestão dos hospitais universitários por meio da Lei nº. 12.550/2011, que criou a EBSEH. O argumento utilizado em defesa da criação desta empresa afirma a importância de um modelo jurídico-institucional que permita mais agilidade e eficiência para a gestão destes hospitais. Segundo a EM Interministerial 00127/2011/MP/MEC, de 20 de junho de 2011⁴⁹, que propôs esse projeto de lei, existem 45 hospitais de ensino vinculados ao governo federal e ligados a universidades, que realizam uma média de 40 milhões de procedimentos por ano integralmente dentro do SUS.

⁴⁹ Cf. SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei da Câmara nº. 79, de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=96837&tp=1>>. Acesso em: 25 de julho de 2012.

Cislaghi (2011), ao analisar a criação da EBSEH, afirma a existência de diversos argumentos que explicitam as dificuldades de financiamento e gestão e a necessidade de uma mudança na gestão dos hospitais universitários. Primeiramente, tem-se que tais instituições seriam caras, responsáveis por desde 9% até 40% do total de gastos da saúde. Ressalta-se que os HUs são 12% mais caros que os hospitais de alta tecnologia não universitários, tendo em vista a realização de atividades de ensino e pesquisa (CISLAGHI, 2011). Outros argumentos que reforçam a proposta de um novo modelo de gestão para os HUs é o déficit financeiro e a situação dos trabalhadores.

A nova forma de gestão que se apresenta é alvo de crítica por diversos grupos de defesa da saúde pública e da educação. Segundo Cislaghi (2011), entidades como a Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior (ANDES) e a Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior do Brasil (FASUBRA), bem como muitos reitores e Conselhos Universitários se mostraram contra a proposta. Houve ainda a Campanha Nacional em Defesa dos Hospitais Universitários organizada pela representação nacional dos estudantes de cursos da saúde, composta pelas Executivas dos cursos de Farmácia, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Medicina e Serviço Social.

Outro importante movimento de mobilização é a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que elaborou o abaixo-assinado virtual *EBSEH não!! – manifestação contrária a transferência dos Hospitais Universitários (HUs) à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares*⁵⁰. Tal manifesto argumenta que a implantação da empresa:

- 1) É uma afronta ao caráter público dos HUs e à sua característica nata de instituição de ensino vinculada às universidades públicas;
- 2) Negligencia à autonomia universitária garantida no artigo 207 da Constituição de 1988;
- 3) É um risco para a independência das pesquisas realizadas no âmbito dos HUs;
- 4) É uma forma de precarização, porque flexibiliza os vínculos de trabalho com o fim dos concursos públicos nos HUs;
- 5) Representa prejuízo para a população usuária dos serviços assistenciais prestados pelos hospitais-escola, pois os serviços se tornariam menos eficientes e seu acesso menos democrático;
- 6) Representa um risco de dilapidação dos bens públicos da União, ao transferi-los a uma empresa de direito privado.

⁵⁰ Cf. Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. **EBSEH não!! – manifestação contrária a transferência dos Hospitais Universitários (HUs) à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. 23 de março de 2012. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/contra-ebserh-assine-o-abaixo-assinado.html>>. Acesso em: 28 mai. 2012.

Na leitura de Cislighi (2011), a criação da EBSEH rompe com princípios postulados na Carta Magna de 1988 e do SUS, uma vez que abre caminho para a privatização da saúde, tornando-se uma empresa que visa somente o lucro. Além disso, há o desmonte do princípio da descentralização e o retrocesso no controle social, já que este seria exercido por um Conselho Consultivo, no lugar do conselho deliberativo do SUS, com composição paritária entre sociedade civil e Estado. Correia (2011, p. 44) também afirma que “a EBSEH desvincula na prática dos Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), comprometendo a formação e qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na saúde pública e a produção do conhecimento na área de saúde”.

O HUB já aderiu à nova modalidade de gestão. A aprovação da inserção do referido hospital na EBSEH ocorreu na reunião do Conselho Universitário (CONSUNI), em 18 de maio de 2012, com quarenta votos favoráveis à adesão contra seis votos contra e duas abstenções. O documento que comunica a adesão à EBSEH foi entregue ao MEC pela UnB em maio de 2012, sendo oficializado um grupo de trabalho formado por técnicos da referida Universidade e da EBSEH para a construção de um diagnóstico estrutural da situação do hospital⁵¹.

No depoimento a seguir, é possível entender melhor tal processo: “Nós estamos em fase de aproximação [da EBSEH], autorizada pelo Conselho Universitário. [...] Nós esperamos que essa empresa venha aperfeiçoar o sistema organizativo e gerencial do hospital” (Entrevistado 19 - Diretor). Tal empresa é considerada uma proposta positiva pelo representante da direção do hospital entrevistado nessa pesquisa. Ainda sobre a incorporação

⁵¹ Cf. BRASILEIRO, Francisco. Adesão dos HUs à EBSEH é inevitável, afirma Rebelatto. 11 de maio de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6570>>. Acesso em: 25 jun. 2012. Cf. CONSUNI discute adesão do HUB à empresa dos hospitais universitários. 17 de maio de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6592>>. Acesso em: 25 jun. 2012. Cf. CRONEMBERGER, Débora. Contrato do HUB com a empresa de hospitais deve sair em outubro. 19 de setembro de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=7067#>>. Acesso em: 19 set. 2012. Cf. FERREIRA, Pedro Rafael. Empresa planeja gerir ao menos cinco hospitais universitários em 2012. 15 de fevereiro de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6250>>. Acesso em: 25 jun. 2012. Cf. FERREIRA, Rafael. CONSUNI aprova adesão do HUB à empresa pública dos hospitais. 18 de maio de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6599>>. Acesso em: 25 jun. 2012. Cf. HUB adere à nova estatal que vai gerir hospitais universitários. 19 de maio de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/cpmod.php?id=91118>>. Acesso em: 25 jun. 2012. Cf. MOURA, Ana Lúcia. Reitor pede celeridade na assinatura do contrato com a EBSEH. 23 de maio de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6613>>. Acesso em: 25 jun. 2012. Cf. OLIVEIRA, Diogo Lopes de. UnB indica comissão que definirá contrato com a EBSEH. 14 de junho de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6703>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

do HUB à EBSERH, o diretor afirmou: “Por isso, eu creio que a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares venha a ajudar decididamente e decisivamente para melhor capacidade de resposta de uma instituição hospitalar” (Entrevistado 19 - Diretor).

Contextualizar a realidade do HUB é importante para se compreender a arena em que o voluntariado se insere e quais papéis desempenha na instituição analisada. Sabe-se que a EBSERH ainda encontra-se em fase de planejamento e não existem dados concretos sobre seu impacto na oferta de serviços. Porém, entende-se que a proposta irá alterar a lógica dos HUs para gerencial, modificando a compreensão da saúde como um direito proposto pelo SUS por se tratar de uma empresa.

Na titulação do presente capítulo “HUB: entre o direito e a mercantilização da saúde”, reconhece-se que este hospital passa por uma relação contraditória entre serviços públicos e privados, no qual se situa o voluntariado. Entende-se que, com a fragilização do SUS, há a possibilidade de ampliação do voluntariado para a oferta de serviços, aspecto a ser aprofundado no próximo capítulo.

4.2 Perfil dos entrevistados na pesquisa

A pesquisa de campo permitiu que se traçasse um breve perfil sociopolítico dos participantes do presente estudo. Tendo em vista que a escolha dos mesmos seguiu critérios qualitativos e não estatísticos, não se pode afirmar que represente a totalidade dos voluntários e dos profissionais do hospital. Porém, entende-se que conhecer o perfil e a trajetória social e política dos entrevistados permite contextualizar seus relatos e compreensões sobre o tema aqui apresentado.

Em relação aos voluntários, buscou-se traçar um perfil baseado nas seguintes categorias: sexo, idade, profissão, atuação em outras entidades e motivações para o trabalho voluntário. No que diz respeito à categoria “sexo”, sete entrevistados eram do sexo feminino e um era do sexo masculino, conforme exposto na Tabela 2, a seguir. Além disso, percebe-se que na AVHUB a maioria das coordenações de núcleos são ocupadas por mulheres.

Tabela 2 – Distribuição dos voluntários entrevistados na pesquisa, segundo a variante “sexo”.

Sexo	Quantidade
Feminino	7
Masculino	1
TOTAL	8

Fonte: Da autora.

Conforme dados apresentados em tabela anterior, tal proporção se justifica, em primeiro lugar, pelo fato do trabalho voluntariado ser tradicionalmente considerado como atribuição feminina, por se referir a uma prática de cuidado e doação. Outra hipótese apontada por Nogueira-Martins, Berusa e Siqueira (2010) para a maior atuação feminina neste tipo de ação é o fato das mulheres se aposentarem mais cedo que os homens e terem uma maior expectativa de vida.

Em relação à faixa etária dos voluntários entrevistados, todos possuem mais de cinquenta anos de idade.

No que se refere à sua profissão de origem, os voluntários declararam atuar em diferentes áreas: dois afirmaram serem funcionários públicos aposentados, uma afirmou ser secretária, uma outra manifestou-se como bibliotecária, outra ainda identificou-se como uma advogada, uma afirmou ser psicóloga, uma outra manifestou-se como assistente social e uma última afirmou ser técnica de enfermagem. Tem-se, portanto, a predominância de atividades de nível superior e de profissionais já aposentados. Destaca-se a situação de uma entrevistada que trabalhava no HUB e, após a aposentadoria, continuou atuando na instituição como voluntária vinculada à AVHUB.

A Tabela 3, a seguir, expressa a atuação dos voluntários entrevistados em outras associações, entidades ou grupos. A maioria – sete voluntários – afirmou que participam ou já participaram de outras associações.

Tabela 3 – Distribuição dos voluntários entrevistados na pesquisa, segundo a variante “atuação em associação, entidades ou grupos”.

Sexo	Quantidade
Sim	7
Não	1
TOTAL	8

Fonte: Da autora.

Conforme os dados apresentados em tabela anterior, prevaleceram entre os voluntários entrevistados as atuações em grupos filantrópicos e religiosos com atividades com adolescentes em situação de vulnerabilidade social, como, por exemplo, cursos de formação profissionais e abrigos, e distribuição de sopas. Houveram ainda voluntários que atuaram na área de educação, realizando a leitura de textos para deficientes visuais e participando de projetos de alfabetização de adultos. Dois voluntários declararam atuar em associações profissionais. Assim, é possível observar que a maior atuação associativista dos voluntários dá-se pela via da solidariedade.

Sobre as motivações para o trabalho voluntário e suas compreensões sobre tal ação, a maioria dos voluntários entrevistados entende seu trabalho como um ato de cidadania. Nos termos de uma voluntária,

Eu acho que é um ato de cidadania porque você vai trabalhar com o próximo, né, melhora a vida, às vezes, do próximo, por pequeno que seja o gesto, mas contribui pra ele. Por exemplo, aqui no hospital, pra aliviar uma tensão, pra aliviar uma dor, né, pra ele refletir (Entrevistada 7 – Voluntária).

Outros voluntários declararam:

Eu acho assim que se Deus lhe deu alguns dons ou alguma condição, não é condição só financeira, te deu alguma condição, e você pode compartilhar com alguém, aí eu acho que passa a ser cidadania (Entrevistado 6 – Voluntário).

Eu estou tentando ser uma pessoa melhor, uma cidadã (Entrevistada 3 – Voluntária).

Eu acho que é um dos mais belos atos de cidadania você fazer um trabalho voluntário. É você fazer o bem sem saber a quem, tá, é você se doar (Entrevistada 8 – Voluntária).

Apenas uma voluntária afirmou não considerar o voluntariado como um ato de cidadania. Segundo esta: “Ser voluntário não é um ato cidadão. Eu acho que o voluntariado é um ato, como é que eu vou definir isso, é uma questão de princípios, de princípios” (Entrevistada 1 – Voluntária).

A partir dos dados apresentados, percebe-se que a compreensão de cidadania não expressa uma ação relacionada à participação política e nem a direitos, mas uma ação que busca, na visão dos participantes, uma sociedade melhor. Segundo Meister (2003, p.193), “o voluntariado é uma forma de exercício da cidadania. Ambos estão interligados. À medida que a pessoa deixa de ser pacata, passiva, para pôr-se em cooperação, a solidariedade é empenhada num processo de lealdade com os demais”.

Domeneghetti (2001) também destaca a relação entre voluntariado e cidadania. Segundo aquela autora, na conquista de uma cidadania plena, “cada cidadão dá algo de si para ajudar nessa conquista, atuando como voluntário, colocando seus dons e talentos à disposição de outro para a construção de uma vida melhor para todos” (DOMENEGUETTI, 2001, p. 69).

Destaca-se ainda a pesquisa de Bosi e Affonso (1998, p. 360), realizada com usuários de Unidades de Saúde no Rio de Janeiro, que buscou compreender os conceitos de cidadania e participação popular deste grupo. Segundo aquelas autoras, para os usuários da saúde pública “torna-se claro que participar tem como principal objetivo ser ajudado” (BOSI; AFFONSO, 1998, p. 69). Assim, observa-se que a compreensão do voluntariado como um ato de cidadania também é reforçada por outros elementos da realidade social, como, por exemplo, a necessidade dos usuários e a precariedade dos serviços de saúde.

Ao definir o voluntariado como uma expressão de cidadania, este é similar a outras formas de participação, tais como: os movimentos sociais, os partidos políticos e os conselhos de políticas. Entretanto, percebe-se que o objetivo desta atuação difere das demais, uma vez que não busca a ampliação dos direitos sociais nem das políticas públicas, mas uma forma de atender às necessidades da população baseada em práticas da solidariedade e doação.

Outra definição de voluntariado frequentemente presente nas entrevistas relaciona tal prática à doação:

Se eu fosse definir, pra mim, a definição é doação, né. [...] Se você se doa a um trabalho voluntário, quando você se doa mesmo, você quer ser voluntário, a primeira coisa é o amor que você tem pra disponibilizar, pra dividir, né, pra participar. É uma troca, né (Entrevistada 7 – Voluntária).

Neste sentido, outras voluntárias apresentaram as seguintes definições:

Voluntariado é uma troca. Eu acho que é uma troca. Quem ganha mais é nós, voluntários, certo. Eu sempre acho que o voluntário ganha o dobro. Você tá achando que o paciente tá ganhando, mas quem tá ganhando é você (Entrevistada 2 – Voluntária).

É um caminho de mão dupla, vamos dizer. Você dá e recebe. Você dá e recebe (Entrevistada 1 – Voluntária).

Se eu fosse definir trabalho voluntário, é uma doação, tá. É uma doação quando eu digo que você faz em prol de uma pessoa necessitada e é uma doação que realmente você não espera nada em troca, nada. Mas você recebe, com certeza (Entrevistada 8 – Voluntária).

As referidas compreensões sobre o voluntariado se articulam às motivações para a realização de tal atividade. Para uma entrevistada, “o prazer tá em servir, né! O prazer tá em servir” (Entrevistada 5 – Voluntária).

Percebe-se, portanto, que a principal característica atribuída pelos voluntários à prática do voluntariado é o seu caráter de doação. Nos relatos dos mesmos, não se espera que o voluntário seja retribuído por sua ação, mesmo que de alguma forma o seja. A perspectiva de espera de uma retribuição é criticada por voluntários, conforme exposto no trecho a seguir:

Já soube que tem pessoas que estão atuando porque politicamente é bom, tem outras que estão atuando porque alguém disse que é bom ser voluntário porque em ano de eleições, se sou voluntário as pessoas vão receber melhor o candidato, né, então, estão atrás de troca. Mas têm outros que estão simplesmente por doar, sabe, por doar (Entrevistada 1 – Voluntária).

No que tange ao perfil dos profissionais, foram estabelecidos os seguintes elementos de análise: área de formação, tempo de formação acadêmica, tempo de atuação no HUB, vínculo empregatício com o HUB, atuação em cargo de direção e/ou chefia e atuação em movimentos sociais, associações e/ou partidos políticos.

Em primeiro lugar, deve-se destacar que os profissionais entrevistados possuem diferentes áreas de formação, conforme dados expressos na Tabela 4, a seguir.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais entrevistados na pesquisa, segundo a variante “área de formação”.

Área de formação	Quantidade
Serviço Social	5
Pedagogia	1
Psicologia	1
Enfermagem	1
Medicina	2
TOTAL	10

Fonte: Da autora.

Conforme os dados apresentados anteriormente, entende-se que cada área profissional se relaciona com os voluntários de uma determinada forma. Neste sentido, a seleção de diversas áreas de formação possibilita uma compreensão ampliada sobre a prática do voluntariado no hospital. A escolha de uma maior quantidade de assistentes sociais deu-se devido à maior relação destes profissionais com a associação de voluntários. Tal dado foi obtido em contato com os voluntários, segundo os quais os referidos profissionais são aqueles que mais realizam encaminhamentos para a AVHUB. Os assistentes sociais ganham ainda um papel de destaque por serem os profissionais que afirmam a necessidade dos usuários do HUB

a determinado recurso oferecido pelos voluntários, tais como: medicação, passagens, entre outros.

Em relação ao tempo de formação acadêmica, observa-se que a maioria dos entrevistados - nove profissionais - possui mais de sete anos de formados no curso superior, e apenas uma entrevistada possui por volta de um ano de graduação completa.

Sobre o tempo de atuação no HUB na sua área de formação, a maioria dos entrevistados - oito profissionais - possui mais de cinco anos. Considera-se que aqueles que atuam há maior tempo no hospital possuem maior conhecimento da dinâmica da instituição e podem fornecer informações mais consistentes e sólidas sobre as relações entre os profissionais, os voluntários e os usuários no seu cotidiano de trabalho. Neste sentido, é possível realizar comparações entre as opiniões expressas pelos profissionais com maior tempo de atuação no hospital e aqueles que ingressaram na instituição mais recentemente, conforme demonstrado na Tabela 5, a seguir.

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais entrevistados na pesquisa, segundo a variante “tempo de atuação no Hospital Universitário de Brasília”.

Área de formação	Quantidade
Menos de 1 ano	1
Entre 1 e 2 anos	1
Entre 2 e 5 anos	0
Entre 5 e 10 anos	4
Mais de 10 anos	4
TOTAL	10

Fonte: Da autora.

Conforme os dados expostos em tabela anterior, é preciso destacar que a profissional com menos de um ano de atuação do HUB já trabalhou na instituição como secretária por mais de cinco anos, porém, foi considerado apenas o seu tempo de atuação no cargo relacionado a sua área de formação.

No que tange ao tempo de atuação no HUB, é importante compreender qual o vínculo empregatício dos profissionais entrevistados com o hospital. Sabe-se que a instituição hospitalar analisada, assim como os demais HUs, tem um corpo de recursos humanos advindos de diversas origens. A Tabela 6, a seguir, apresenta a distribuição dos profissionais do HUB segundo o vínculo de trabalho com a referida instituição.

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais do Hospital Universitário de Brasília, segundo a variante “vínculo de trabalho com o Hospital Universitário de Brasília”.

	Fundação Universidade de Brasília	Ministério da Saúde	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Contrato	Terceirizado	TOTAL
Nível Superior	279	64	33	205	-	581
Nível Médio	432	113	4	354	-	903
Nível de Apoio	40	75	0	13	-	128
TOTAL	751	252	37	572	535*	1612

*Não especificado por nível de formação. Atuam nas áreas de coperagem, vigilância, higienização, apoio administrativo e assistencial.

Fonte: Da autora, adaptado de HUB. DRH. (2012).

Conforme os dados expressos em tabela anterior, é possível perceber que a maioria dos profissionais entrevistados possuem vínculo de concurso público com a Fundação Universidade de Brasília (FUB), seguido pelos contratados e terceirizados. Têm-se ainda profissionais cedidos de órgãos, como, por exemplo, a SES/DF e o MS. Também há profissionais residentes tanto de Medicina como da Residência Multiprofissional em Saúde.

A pesquisa também identificou que a maioria dos profissionais entrevistados acompanha o padrão global dos profissionais em geral: concursados da FUB, seguido de contratados, conforme Tabela 7 expressa a seguir.

Tabela 7 – Distribuição dos profissionais entrevistados na pesquisa, segundo a variante “vínculo de trabalho com o Hospital Universitário de Brasília”.

Área de formação	Quantidade
Concurso público	5
Professor da UnB	2
Contrato	2
Residência Multiprofissional em Saúde	1
TOTAL	10

Fonte: Da autora.

Conforme os dados apresentados em tabela anterior, faz-se importante destacar que os dois professores da UnB entrevistados que atuam no hospital são da área de Medicina e tanto coordenam setores do HUB como também supervisionam residentes e estudantes de Graduação e Pós-Graduação.

Outro aspecto que possibilita uma maior compreensão sobre a dinâmica do HUB é a atuação do profissional de saúde em cargo de chefia e/ou direção. Entre os profissionais entrevistados, sete atuam ou já atuaram como chefes e/ou diretores de diversos setores do hospital, de acordo com os dados apresentados na Tabela 8, a seguir. É preciso destacar que durante as entrevistas, alguns destes declararam que tiveram maior contato com os voluntários durante o tempo em que estiveram nos cargos de chefia e/ou direção.

Tabela 8 – Distribuição dos profissionais entrevistados na pesquisa, segundo a variante “atuação em cargo de chefia e/ou direção”.

Sexo	Quantidade
Sim	7
Não	3
TOTAL	10

Fonte: Da autora.

Por fim, entende-se que a compreensão dos profissionais sobre o voluntariado poderia ser influenciada pela sua participação em associações, movimentos sociais e/ou partidos políticos. Dos dez profissionais entrevistados na pesquisa, apenas quatro relataram já ter atuado em alguma associação, conforme dados apresentados na Tabela 9, a seguir:

Tabela 9 – Distribuição dos profissionais entrevistados na pesquisa, segundo a variante “atuação em associações, movimentos sociais e/ou partidos políticos”.

Tipo de associação	Quantidade
Partido político e Conselho de Saúde	1
Movimento social e/ou categoria profissional	1
Associação dos usuários	1
Entidade filantrópica	1
Não participa de associações, movimentos sociais e/ou partidos políticos	6
TOTAL	10

Fonte: Da autora.

Conforme os dados apresentados em tabela anterior, observou-se que a atuação associativa dos profissionais foi menor que a dos voluntários. O tipo de organização que os profissionais participam apresenta um diferencial se comparado aos voluntários. Enquanto os voluntários possuem maior participação em entidades filantrópicas, houve maior participação

de profissionais em partidos políticos, conselhos, movimentos sociais, profissionais e associações de usuários.

De fato, a trajetória associativa e política altera a compreensão sobre a política de saúde, uma vez que se têm maiores questionamentos sobre o âmbito político e dos direitos sociais e reflexões críticas por parte dos profissionais. Para os voluntários, por sua vez, a saúde é percebida a partir das necessidades dos usuários, seja material, seja emocional, que podem ser atendidas por meio de doações e práticas filantrópicas e assistenciais conforme a própria trajetória dos referidos atores com forte experiência em ações vinculadas à filantropia privada.

5 A ATUAÇÃO DO VOLUNTARIADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

No presente capítulo busca-se apresentar a análise dos dados obtidos ao longo da pesquisa de campo através de alguns elementos de reflexão sobre a atuação dos voluntários no Hospital Universitário de Brasília (HUB), a partir de uma perspectiva crítica, que contraponha os argumentos dos três grupos de entrevistados: voluntários, profissionais de saúde e representante da direção do hospital. Em linhas gerais, percebeu-se que há uma variedade de compreensões sobre os objetivos e as possibilidades de atuação do voluntariado na área da saúde entre os grupos dos participantes da pesquisa.

Todos os entrevistados entendem que há um importante espaço para o voluntariado nos serviços de saúde, principalmente no que tange à humanização dos serviços, porém, ocorreram divergências sobre a avaliação das atividades oferecidas pela Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília (AVHUB) e as possibilidades pensadas pelos entrevistados para a sua atuação. Tal fato significa que foram encontrados tanto discursos que elogiam e reforçam o trabalho voluntário no HUB como relatos que explicitam críticas e limitações destas atividades no atendimento às necessidades dos usuários e do hospital, além de proposições e contribuições para reformulação do trabalho realizado pela associação.

Os dados da pesquisa foram analisados a partir de quatro eixos, a saber:

- 1) o histórico da AVHUB e sua institucionalização;
- 2) os objetivos do voluntariado no HUB e as atividades desenvolvidas, que foram agrupadas em ações para o atendimento de necessidades materiais dos usuários do hospital e ações com ênfase na humanização das relações e do espaço da referida instituição hospitalar;
- 3) as relações entre os profissionais, voluntários, usuários e direção no cotidiano do hospital; e
- 4) as compreensões sobre o voluntariado e as suas possibilidades de atuação na saúde.

5.1 O histórico e a institucionalização da Associação dos Voluntários do Hospital Universitário de Brasília

Primeiramente será apresentado o histórico da AVHUB e contextualizada sua criação no hospital. Entende-se que nos anos 1990, período em que a referida associação foi criada, as políticas sociais vivenciaram um período de precarização marcado pela influência neoliberal e pela não concretização dos postulados da Constituição Federal (CF) de 1988 no que tange aos direitos sociais. O presente tópico busca compreender quais os motivos que levaram à criação de uma associação de voluntários em um hospital público e como esta se institucionalizou ao longo de sua história.

Segundo os relatos dos voluntários, a AVHUB foi criada a partir da ideia de um médico que percebia a necessidade de um atendimento mais humanizado aos pacientes da instituição. Neste sentido, observa-se que a demanda partiu de um profissional do hospital, conforme apresentam algumas voluntárias: “Ele [o médico fundador] sentia que o hospital precisava do voluntariado. E também entrou na associação. Ele foi presidente muito tempo da associação. Aí, eu comecei trabalhando” (Entrevistada 2 – Voluntária); “Ele [o médico fundador] queria humanizar o hospital e eu também achava. [...] Aí ele falava, ele batalhava muito e até hoje, ele fala muito disso, humanizar o hospital. Essa questão que a gente sente, dar bom dia, de conversar, dar um sorriso, acho que isso não custa nada” (Entrevistada 4 – Voluntária).

No depoimento de outra entrevistada que atua como voluntária desde a criação da associação, tem-se a descrição de como esta recebeu o convite por parte do médico para ingresso na associação:

Olha, nós estamos organizando uma sociedade, nós achamos que o hospital é um lugar muito frio, as pessoas sentem muita solidão, quem trabalha no hospital não dá aquele atendimento de afeto, de cuidar. [...] As pessoas não prestavam atenção no que você sentia, no que você relatava, só falava: "Toma isso. Se não resolver, volta aqui, volta tal dia." Então, faltava o atendimento da pessoa (Entrevistada 1 – Voluntária).

O papel do voluntariado seria, portanto, promover a humanização do hospital e das relações com os pacientes. Deste modo, “o objetivo inicial era esse, dar um atendimento humanizado às pessoas, dar mais tempo às pessoas” (Entrevistada 1 – Voluntária). Tal necessidade de humanização foi apresentada pelo diretor entrevistado no trecho a seguir:

Um dos estimuladores da criação da associação de voluntários aqui do hospital fala com muita propriedade que no começo nesse hospital os pacientes não tinham identificação, não eram chamados pelo nome e também não sabia o nome de quem os atendia e que o trabalho do voluntariado começou assim (Entrevistado 19 – Diretor).

Nas entrevistas, a perspectiva de atuação para o voluntariado foi confirmada com a tentativa da associação humanizar as relações entre os profissionais de saúde e os usuários do hospital a partir de uma modificação no espaço físico do HUB, narrado, assim, por duas voluntárias:

Certa vez, [o médico fundador da AVHUB] chegou numa enfermaria e o paciente já tinha sido chamado... Chegou de manhã o cara do café: "Quem é fulano? Ah, o senhor, tá aqui seu café." Daqui a pouco chegou outro: "Qual é o seu nome?" "Fulano fulano fulano." Aí, daqui a pouco vem o residente: "Seu nome?" Dez vezes na manhã alguém chegava e perguntava o nome da pessoa. Então, a pessoa, sabe, não era ninguém, porque o hospital não sabia o nome do paciente. [...] Aí, a associação resolveu colocar a plaquinha lá com o nome da pessoa atrás da maca. Inicialmente deu problema no hospital. Eles não quiseram, questionaram: "Que absurdo. Vai enfeiar os leitos a plaquinha com o nome." Aí, conversou, chamou, conversa daqui, conversa lá. Aí resolveram reformar e pintar e aí tiraram. Mas aí entrou uma outra equipe que demonstrou, né, como faz bem você chamar a pessoa pelo nome (Entrevistada 1 – Voluntária).

O presidente da associação mandou que fizesse um trabalho assim de individualizar as pessoas, saber os nomes dos doentes. Eu acho muito importante isso, né. Você chegava e tinha uma pessoa deitada lá, aí a gente colocava o nome do doente. E dizia: "Ah, bom dia fulano". A gente estava sabendo o nome das pessoas, né. Os médicos comentavam que eles gostavam muito da gente visitar (Entrevistada 4 – Voluntária).

A necessidade de humanização é confirmada pelos profissionais de saúde entrevistados. Entretanto, percebe-se que a criação da associação de voluntários também está relacionada à situação vivenciada na saúde e expressa pelo déficit de profissionais de saúde, pela precariedade na oferta de serviços, como, por exemplo, realização de exames e fornecimento de medicamentos aos pacientes, entendidos como lacunas e fragilidades do hospital universitário (HU) e das políticas públicas. Tal visão assim é destacada pelos profissionais entrevistados:

O hospital também sempre ficou um pouco renegado nesse processo de gestão, de financiamento. Todo mundo sabe disso, né. O hospital sempre ficou um pouco renegado nessa questão. Então, o que acontece? A gente tinha dentro do hospital aquela questão do déficit financeiro, enfim. Então, nessa penúria de gestão, toda e qualquer ajuda ela é, ela vai ser bem acolhida. Então, o que eu acho é que o voluntariado assumiu um papel na tentativa também de organizar aquilo que a própria direção não conseguia em função de falta de condição de fazer gestão em função de que também não tinha recurso, né. Ou seja, o hospital tinha um caos de gestão. E aí, qualquer situação, qualquer outra instituição que tivesse lá ela passava a se hipertrofiar no sentido de que vê as pessoas necessitando e ela precisa ajudar. Porque eu acho que o voluntariado vem nesse sentido da ajuda, as pessoas vêm fazer as coisas no sentido da ajuda (Entrevistada 17 – Médica).

Eu entendo o HUB, ele, a forma como ele veio cedido pra universidade, a forma de formação, a composição de quadro de pessoal, ele foi realmente todo montado por partes. Então, uma pessoa doou uma coisa, foi doado, foi incorporado, alguns funcionários vieram de um setor. Não teve essa definição. Isso não é uma particularidade só do HUB. A maioria dos hospitais universitários foram formados dessa forma. Eu acho que isso fez com que o hospital tivesse muitas dificuldades e qualquer coisa que chegasse era muito bem vinda. Qualquer pessoa que chegasse pra trabalhar era muito bem vinda (Entrevistada 15 – Assistente Social).

A UnB não tinha isso, não tinha aquilo, eu fui pedido, fui numa, fui na outra, e tudo que a gente tem hoje, acostumada eu a pedir, e tudo que a gente tem hoje, qualquer coisa que a gente tenha é doação (Entrevistada 13 – Pedagoga).

A perspectiva dos profissionais aponta para a necessidade de uma associação de voluntários para atender questões que a direção do hospital não teria capacidade técnica e financeira para realizar. Tal aspecto não é apresentado pelos voluntários como um motivo para a criação do voluntariado no HUB, mas, indiretamente, percebe-se a intenção dos voluntários em sanar tais dificuldades que implicariam na qualidade do atendimento aos usuários, conforme analisa uma entrevistada no relato a seguir:

Então, a gente tinha lacunas muito grandes que ao longo do tempo foram deixadas de lado por deficiências que foram tomando conta por essa parte do voluntariado. Na melhor boa intenção de resolver essas situações tanto do paciente quanto do profissional que tava ali pra sanar isso (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Ressalta-se que essas duas leituras que justificam a criação da associação de voluntários, a necessidade de humanização e a precariedade na saúde, se complementam no contexto da política de saúde. Segundo uma das entrevistadas, a situação da saúde é uma complexidade que articula essas duas perspectivas.

Com certeza, eu acho assim, que a lacuna na gestão tal, ela facilitou que uma estrutura [de voluntários] se perpetuasse ali, mas também eu acho, pelo outro lado, que se você tem uma, como é instituição de cuidado e tal, e você tem uma função de cuidar também, ele tem condição de se perpetuar (Entrevistada 17 – Médica).

Essas duas questões também aparecem na literatura sobre o voluntariado. No contexto da saúde, o voluntariado se apresenta como uma rede de apoio para os pacientes, que encontram-se em situações de fragilidade por sua doença. Nesse sentido, ganham destaque as redes de apoio e os grupos de apoio mútuo, tal qual apresenta Andrade e Vaitsman (2002). Nogueira-Martins, Bersusa e Siqueira (2010) também ressaltam o papel do voluntariado na saúde em ações de apoio emocional como acolhimento institucional, estabelecimento de vínculos com pacientes e com seus familiares e acompanhantes.

Porém, para além disso, é necessário contextualizar a realidade da saúde pública e das políticas sociais brasileiras. Com políticas precarizadas e que não atendem as necessidades das populações mais pobres, ganham espaço as ações filantrópicas e voluntárias. De acordo com Bonfim (2010b, p. 272), “se, por um lado, observa-se ainda a permanência do setor estatal no enfrentamento das sequelas da questão social, por outro, verifica-se a expansão do setor “privado”, representado fundamentalmente pelo que se convencionou chamar de “terceiro setor”.

Essa questão altera o papel dos grupos de voluntários na saúde, conforme aponta a pesquisa de Nogueira-Martins, Bersusa e Siqueira (2010, p. 947),

[...] com a limitação dos recursos governamentais para os serviços públicos mais essenciais, o voluntariado assume papel compensatório, com tantas demandas que muitas vezes os voluntários sentem-se responsáveis pela solução de problemas que não seriam de sua alçada.

Neste sentido, percebe-se a necessidade de analisar a prática do voluntariado não apenas a partir das ações realizadas, mas buscando contextualizá-la na saúde pública e compreendendo seus objetivos.

Nos dados obtidos nas entrevistas, percebeu-se que a maioria dos profissionais entrevistados desconhece a história da AVHUB e sua institucionalização junto ao hospital. A principal justificativa para esse desconhecimento é a ausência de institucionalização da associação junto ao hospital e divulgação dessas informações. Segundo o representante da direção, a atuação dos voluntários “existe mais pela prática do que pela gramática. [...] Normas maiores, mais detalhadas, eu desconheço se algum dia houve. Mas, vamos dizer assim, a maneira como se procede é consagrada pelo costume” (Entrevistado 19 – Diretor).

Nas entrevistas, os profissionais expressaram ter maior conhecimento das atividades desenvolvidas pelos voluntários junto aos usuários a partir de contatos no cotidiano de trabalho, seja por trabalhar no hospital desde a criação da AVHUB, seja por atuar em algum cargo de chefia e/ou direção que articulava ações com os voluntários. Houve ainda profissionais que relataram manter contatos pessoais e laços de amizade com voluntários, o que também contribui para conhecer tais atividades.

Uma entrevistada relatou que há ausência de documentação inclusive sobre o uso dos espaços físicos do HUB pelos voluntários.

Não existe documento. O que existia era, assim, o grupo do voluntariado do HUB já instalado aqui, né, em algumas salas e quando se perguntava: “Mas quem? Como é que foi a cessão desse espaço?” “Ah, foi o diretor X que abriu espaço e nos concedeu.” [...] Então, formalizado não tem nada. A única coisa, o único documento que formalize a atuação dos voluntários aqui no hospital é o documento que eles mesmo redigiram, o estatuto que eles têm, né! (Entrevistada 10 – Psicóloga).

O voluntariado atua no HUB, portanto, a partir de uma prática cultural que também reflete uma prática política. Esse laço entre cultura e política é abordado por Alvarez, Dagnino e Escobar (2000, p. 17), ao afirmar que cultura é entendida “como concepção do mundo, como conjunto de significados que integram práticas sociais, não pode ser entendida adequadamente sem a consideração das relações de poder embutidas nessas práticas”. A cultura torna-se, portanto, política, expressando a chamada “política cultural”. Trata-se de relacionar cultura ao poder e ao seu compromisso com a transformação social, uma vez que a cultura busca redefinir o poder social e as relações sociais em determinado contexto (ALVAREZ; DAGNINO; ESCOBAR, 2000, p. 17).

Na presente pesquisa entendeu-se que o voluntariado tem grande poder de influência no hospital apesar de não estar institucionalizado porque se caracteriza como uma prática cultural que também tem impacto político na instituição. Dessa forma, verifica-se que no cotidiano do hospital existem práticas que não são definidas em marcos legais e institucionais, mas que expressam relações de disputa de poder conforme será apresentado ao longo desse capítulo.

Ressalta-se que na visão tanto de profissionais como de voluntários, a AVHUB cresceu ao longo de sua existência, ganhou espaço no hospital e teve sua atuação legitimada. Segundo uma voluntária que atua desde a criação da associação, “a gente não sabia por onde começar. E foi aumentando, foi aumentando, foi aumentando, chegou uma época de 200 voluntários aqui, ativos” (Entrevistada 2 – Voluntária). Outra voluntária destacou o início da associação no seguinte depoimento: “Lá no hospital era precariamente, era uma salinha bem pequena que nós tínhamos, pequena mesmo, mas a gente começou assim engatinhando. Era fazendo visita. Eu fazia visita nos ambulatórios, nas enfermarias” (Entrevistada 4 – Voluntária).

A avaliação do histórico da associação, conforme uma voluntária destaca a existência de momentos de maior crescimento e reconhecimento, mas também momentos de retração da associação. “Faz 20 anos de existência da associação, talvez os 10 primeiros complicados, os 5 mais ou menos, e agora já sim a gente já existe, existe uma certa estabilidade” (Entrevistada 1 – Voluntária).

Um aspecto importante a ser analisado trata da autonomia da AVHUB. Segundo as voluntárias, é a própria associação que propõe suas atividades e realiza a captação de recursos necessários para seu funcionamento. Nos termos de entrevistadas, “É a associação mesmo que põe núcleo, tira núcleo. Ela tem autonomia” (Entrevistada 5 - Voluntária); “Não tem nenhuma interferência da direção no nosso trabalho” (Entrevistada 3 – Voluntária). Uma entrevistada declarou ainda: “Do HUB é só a estrutura mesmo. Ele oferece um espaço e esse acolhimento da associação aqui dentro, mas que já é tudo também eu acho, né! Agora, com dinheiro não. A associação se sustenta por ela mesmo, né!” (Entrevistada 5 – Voluntária).

As principais fontes de recurso da associação são o bazar e a realização de festas, como, por exemplo, a festa junina, chás beneficentes, entre outras. A associação também recebe doações financeiras de voluntários.

Tem o bazar que vende roupas e sapato que recebe de doação. Então o bazar, eu acredito, não sei, que é a maior fonte de renda (Entrevistada 5 – Voluntária).

Doação é muito pouca. Muito pouca doação financeira em dinheiro. Quase não recebe doação financeira. É o bazar. [...] E os eventos que nós fazemos (Entrevistada 2 – Voluntária).

Percebe-se que a associação apesar de atuar no HUB, possui autonomia frente a essa instituição. Esse aspecto será aprofundado quando for tratado do cotidiano do hospital e das relações entre voluntários, profissionais de saúde e usuários.

5.2 Os objetivos e as ações do voluntariado

No presente tópico busca-se entender os objetivos do voluntariado no HUB e como eles se concretizam na realização de suas atividades. Entende-se, a partir dos dados, que o foco de ação tanto dos voluntários como dos profissionais é o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços. Entretanto, a perspectiva em que esse atendimento se realiza é diferenciada. Enquanto os profissionais atuam no âmbito técnico, com conhecimento especializado, os voluntários atuam nas perspectivas da solidariedade, da caridade e do assistencialismo.

Segundo os voluntários, os objetivos das ações da AVHUB são atender e ajudar os pacientes do hospital, conforme os seguintes trechos: “O objetivo da associação é acolher as pessoas e ajudá-las na medida do possível” (Entrevistada 5 – Voluntária); “Como eu digo o objetivo nosso é o paciente, é atender o paciente bem, minimizar o sofrimento de internação, né, das injeções, do remédio” (Entrevistada 7 – Voluntária); “Nós estamos aqui é pra facilitar

a vida do paciente” (Entrevistada 2 – Voluntária); “Todo trabalho de voluntário é pra procurar ajudar o paciente dentro do possível” (Entrevistada 4 – Voluntária). Isso porque, “Nossa matéria prima aqui é o paciente. Enquanto houver um paciente, nós estaremos lá. Mesmo que não tenha nada pra gente fazer por ele, mas nós vamos estar ali ao lado dele, né!” (Entrevistada 8 – Voluntária).

Os profissionais reconhecem a dedicação dos voluntários em atender os usuários dos serviços, entretanto, na perspectiva desses entrevistados, os objetivos da AVHUB e do trabalho realizado pelos voluntários não estão claros.

Então, assim, saber exatamente o porquê que eles estão aqui, porque eu acho que nem eles sabem porque que eles estão aqui, né. Então, assim, eu acho que é buscar essa resposta. Eu acho que é isso, né, o porquê que eles estão aqui. O trabalho deles tem valor? Sem dúvida, sem dúvida tem valor, mas assim é saber o porquê que eles estão aqui, qual é a função deles, qual que é o objetivo deles. Eu acho que quando isso tiver bem claro, aí vai dar bem pra gente trabalhar (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Outra entrevistada reforça esse argumento ao afirmar que:

A associação tem o estatuto dela, tem o estatuto, as regras de conduta, essa organização. O objetivo dela aqui dentro do HUB escrito está, mas eu acho que ele se perdeu um pouco nesse tempo, nessas funções (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Percebe-se, então, que a compreensão sobre os objetivos e as ações dos voluntários não são unânimes. A partir dos referidos relatos, observa-se que o questionamento dos profissionais sobre em que medida as ações desenvolvidas pelos voluntários fortalecem e concretizam os objetivos propostos pela associação.

As ações executadas pelos voluntários foram agrupadas em duas categorias, segundo os dados obtidos ao longo da pesquisa. Na primeira, estão incluídas as doações de diversos materiais pelos voluntários como dinheiro para passagem, medicamentos, roupas, cesta básicas, materiais de higiene, cadeiras de rodas, entre outros, compreendidas como estratégias para o atendimento de necessidades materiais dos usuários do HUB. A segunda trata da humanização das relações e do espaço do HUB, o que possibilita um melhor acolhimento dos usuários nos serviços.

5.2.1 O atendimento às necessidades materiais dos usuários do Hospital Universitário de Brasília

A maioria dos entrevistados, tanto voluntários como profissionais, relatou que os usuários atendidos no HUB têm origem, em grande parte, de comunidades pobres do Distrito Federal (DF), seu entorno⁵² e regiões Norte e Nordeste. Nesse sentido, apresenta uma série de vulnerabilidades socioeconômicas que dificulta o prosseguimento do tratamento de saúde, tendo em vista a compra de medicamentos, transporte para o hospital, alimentação adequada, condições de habitação, entre outros. Nos termos de voluntárias:

Você percebe que eles [pacientes] eram muito pobres e não tem dinheiro pra voltar. O que eles pedem? Eles pedem é auxílio pra voltar pra sua terra, dinheiro pra ajudar a comprar remédio, dinheiro pra ajudar a comprar uma pasta de dente (Entrevistada 5 – Voluntária).

As pessoas que buscam o hospital universitário têm, assim, uma carência financeira de tudo (Entrevistada 1 – Voluntária).

Nem o dinheiro da passagem eles [os pacientes] não tem. Normalmente, quando eles começam a vir aqui, eles não têm aquele cartão do passe livre. Nós, voluntários, que fornecemos passagem pra ele (Entrevistada 2 – Voluntária).

Os pacientes daqui a maioria são carentes, então, tem muita necessidade material, tá! (Entrevistada 8 – Voluntária).

Daqui de Brasília mesmo são poucas as pessoas que vão. A maioria é do entorno e quando não é do entorno, é fora do estado. Tem pessoas muito pobres (Entrevistada 4 – Voluntária).

Questionou-se a partir desses dados, quais as razões para essas populações demandarem atendimento de saúde no DF. Embora esse não seja objeto dessa pesquisa e nem existam maiores dados, entende-se que a rede de serviços de saúde nessas localidades não oferece atendimento de forma integral, sendo necessário o atendimento em hospitais de alta complexidade.

Os dados evidenciam que solicitações de atendimento a demandas materiais são comuns por parte dos usuários do hospital a profissionais e voluntários. Nesse sentido, ganha relevância a compreensão ampliada de saúde, que considera a saúde como resultado de fatores

⁵² De acordo com a Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF), criada em 1998, inclui os municípios de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa, no Estado de Goiás (GO), e Unai, Buritis e Cabeceira Grande, do Estado de Minas Gerais (MG).

biopsicossociais, e não apenas como ausência de doença. Tal concepção de saúde foi postulada na CF de 1988 ao estabelecer no art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (grifos meus).

Complementar à Carta Magna, a Lei nº. 8.080/90 afirma:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Nesse sentido, compreender a situação socioeconômica dos usuários do hospital implica em compreender diversas demandas que perpassam a sua própria condição de saúde, facilitando ou dificultando o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do tratamento. Nos relatos dos entrevistados, fatores como transporte, trabalho e renda, entre outros, são apresentados como condições para se ter saúde. Essa leitura ampliada do conceito de saúde é reforçada pelo seguinte depoimento, no qual uma assistente social afirma que na saúde

[...] é onde a gente vê que tá tudo desestruturado. Por exemplo, o paciente que não consegue assimilar uma orientação, você vê que falhou a política de educação. Onde você vê que não tem onde ele voltar, que a casa tá desorganizada, você vê que não tá na assistência. Então, assim, a gente consegue ver aqui na saúde o que tá falhando fora daqui (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Diante dos dados das entrevistas acerca dessa temática analisou-se, portanto, três elementos centrais:

- 1) as principais necessidades apresentadas pelos usuários que perpassam a política de saúde e, em diversos momentos, são, inclusive, condições para a sua recuperação;
- 2) as possibilidades e estratégias de atendimento a tais demandas; e
- 3) as responsabilidades atribuídas aos profissionais de saúde e aos voluntários no atendimento a essas demandas no cotidiano do hospital.

Em relação às demandas dos usuários, percebeu-se desde a necessidade por materiais básicos de sobrevivência⁵³, como, por exemplo, cestas básicas, material de higiene e roupas, até cadeiras de rodas e medicação. Em diversas entrevistas foram citadas demandas por

⁵³ Pereira (2006) diferencia os termos mínimo e básico a partir da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Enquanto o primeiro tem uma conotação de menor, com concepção mais ínfima, o segundo expressa algo fundamental, principal, primordial. A autora ainda afirma que fatores histórico-estruturais determinam tais necessidades e as relacionam com condicionantes políticos, culturais e éticos.

sabonete, xampu, pasta de dente, entre outros. Segundo uma entrevistada, uma das atividades dos voluntários é a distribuição destes materiais aos usuários de uma determinada clínica.

Material de higiene, por exemplo, eles [voluntários] já passam na [clínica] e já fazem esse serviço. Eles mesmo já tomam a iniciativa de ir passando pelos leitos e perguntando quem realmente está necessitando. Eles fazem isso. Pelo menos eu os vi algumas vezes fazendo isso (Entrevistada 12 – Assistente Social).

Na mesma direção, uma voluntária declarou:

A gente tem uma coisa de distribuir kits de higiene, pasta, sabonete, aquele xampu e eu saio distribuindo. Quando não tem, eu compro através de doações que eu peço, o pessoal da família, amigos, e eu doo os vidros de xampu porque quantas pessoas vem e elas não tem nada. Aqui é um hospital público, né. [...] Então, a gente tá sempre passando, vendo o que tá precisando: "Precisa de alguma ajuda? Tá precisando de alguma coisa?" (Entrevistada 7 – Voluntária).

Uma voluntária explicita que a distribuição de material de higiene ocorre porque este tipo de material não é oferecido pelo hospital. “O hospital não tem sabonete, não fornece sabonete pro paciente tomar um banho e isso é essencial” (Entrevistada 3 – Voluntária).

Houve ainda relatos de diversas outras demandas atendidas pelos voluntários: “Nós fornecemos também a prótese de mama, fornecemos o turbante, fornecemos enxovalzinho, cobertores, e outras coisas aí, roupas que às vezes não trazem. Fornecemos roupas pra eles” (Entrevistada 2 – Voluntária); “O trabalho voluntário é mais assistência, aí tem que dá as coisas, dá, por exemplo, roupa, essas coisas, roupa, sapato” (Entrevistada 4 – Voluntária). Complementarmente, uma profissional descreveu: “Roupa, chinelo, dinheiro de passagem, embora a gente não tenha contato com a espécie em dinheiro, mas a gente encaminha e lá eles recebem” (Entrevistada 12 – Assistente Social).

Houve inclusive a declaração de que a associação colabora com o conserto de equipamentos do hospital, conforme o trecho: “Muitas vezes a associação ajuda com alguma coisa que estraga dentro do hospital que não tem como o hospital pagar, alguma máquina, medicação, tudo isso” (Entrevistada 8 – Voluntária).

As doações de medicamentos também ganharam destaque nas entrevistas.

A mais recente ajuda que eu tive da associação [de voluntários] foi a compra de um medicamento de alto custo. O paciente... Nós ligamos pra farmácia de alto custo e não tinha, não tem essa medicação, e aí nós conseguimos através da associação (Entrevistada 12 – Assistente Social).

Nós já tivemos pacientes com necessidades, assim, de medicação que não tinha como comprar determinada medicação que era mais cara e o voluntariado foi lá, arrumou o dinheiro, e o paciente pode ser, pode ser tratado. Existem vários exemplo (Entrevistado 18 – Médico).

Outra situação citada pelos entrevistados que demanda intervenção dos voluntários trata da realização de exames. Nos relatos percebe-se que os serviços oferecidos pelo hospital não contemplam determinados exames necessários para o diagnóstico dos usuários. Nessas situações recorrer-se a doações.

E muitas vezes o papel dos voluntários é nessa parte de auxílio numa situação que não tem medicação ou não tem, né, o meio diagnóstico. Eles podem conseguir que o exame seja realizado fora do hospital porque muitas vezes não tem aqui, e eles conseguem. Tudo bem, isso é uma coisa, ajuda material (Entrevistado 18 – Médico).

Então, por exemplo, a gente aqui mesmo. Tomografia quebrada, o paciente precisa fazer uma tomografia e não tem como pagar, a gente pega o telefone, liga pra uma empresa e pede? É errado? É certo? Como é que a gente vê isso? Eu por muito tempo, tinha um exame que não era feito no HUB e tinha uma clínica conveniada que dava todas as cortesias pra gente. Isso é errado? Isso é certo? Mas isso é, eu tenho a noção clara e deixava isso bem claro pro paciente que falhou a política de atenção à saúde. Então, nós vamos recorrer a isso pra você não deixar de ser assistido. Mas eu quero que você entenda que isso é uma coisa pontual, que não era pra ter acontecido (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Duas entrevistadas mencionaram também o retorno dos usuários após alta para sua cidade de origem como uma demanda emergencial que é requisitada à equipe de saúde. Considera-se que os voluntários podem contribuir em tal processo por meio da concessão de recursos para passagens. Porém, ao mesmo tempo, o transporte é reconhecido como responsabilidade da prefeitura onde o usuário reside. Neste sentido, as profissionais relatam as contradições entre qual das possibilidades de solução acionar.

O paciente tá de alta e não tem como ir embora, não tem quem vem buscar. Como é que eu faço? [...] Precisava do leito, precisava liberar. [...] por muitas vezes era mais fácil a associação custear as passagens pra ele ir embora, ou que seja pegar ele aqui no carro e deixar ele na rodoviária. Por vezes, o problema podia ser esse. E aí, resolvia aquele problema imediatamente. O paciente ficava feliz, a equipe feliz, o voluntário feliz. Mas e aí, mês que vem ele tem que voltar e ia acontecer a mesma coisa de novo. [...] Infelizmente as políticas não se resolvem de uma hora pra outra. Até a gente acionar a prefeitura, às vezes a prefeitura, que seja pra vim buscar essa pessoa, demora um, dois dias. Então, já ficava aquela coisa. Com eles era rápido, com vocês demora (Entrevistada 15 – Assistente Social).

A passagem é o que mais tem. Paciente que vem de fora quer ir pra algum lugar e não tem condições de ir. Tipo, a gente liga pra prefeitura, a prefeitura diz que vai levar dois dias pra vir, aí não pode ficar também ocupando o leito. Aí, a gente manda uma solicitação pros voluntários pra ver se autoriza (Entrevistada 14 – Assistente Social).

A partir dos relatos das demandas, verifica-se a contradição entre o postulado legal do direito à saúde e como ele se concretiza no cotidiano de um serviço de saúde. Há a ausência do Estado no fortalecimento da saúde como direito, o que resulta na articulação com a associação de voluntários para o atendimento de diversas necessidades dos usuários.

Nos termos de Yamamoto (2007, p. 196), “vive-se uma tensão entre a defesa dos direitos sociais e a mercantilização e re-filantropização do atendimento às necessidades sociais”, uma vez que, por um lado, tem-se a CF de 1988, que norteia os princípios da seguridade social e aponta para o avanço da democracia, fundada na participação e no controle social. Porém, tal projeto constitucional é tensionado por outra proposta político-institucional de resposta à questão social, que desloca o atendimento das necessidades sociais do âmbito governamental para o privado.

Sendo assim, “transfere-se, para distintos segmentos da sociedade civil, significativa parcela da prestação de serviços sociais, afetando diretamente o espaço ocupacional de várias categorias profissionais, dentre as quais os assistentes sociais” (IAMAMOTO, 2007, p. 197). Tal aspecto foi identificado na pesquisa, uma vez que os profissionais de Serviço Social ganham destaque na atuação junto aos voluntários.

Segundo Sposati *et al* (2010), o assistente social é o profissional demandado pelas instituições para efetivar a assistência. Isso porque, segundo Netto e Carvalho (1996, p. 52), a especificidade do Serviço Social está em “atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade”.

Destaca-se que nos relatos, tais profissionais ora se articulam com a rede de proteção social pública, ora buscam apoio no voluntariado para atender as necessidades dos usuários. De acordo com os dados, a maioria dos profissionais busca o apoio e realiza parcerias com a AVHUB para o atendimento dos usuários, tal como explicitada por essa profissional: “Eu acho que, por exemplo, se falta uma medicação e eu sei que o voluntariado tá lá e ele pode me ajudar, eu vou fazer parceria com ele. É claro que eu vou” (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Uma voluntária relatou esses encaminhamentos para a associação no seguinte trecho:

Como o HUB acolhe pessoal do entorno, pessoal do nordeste, né, então, muita gente vem fazer tratamento, por exemplo, na pediatria e vem com o filho, sem dinheiro, aí depois não tem dinheiro pra voltar... Aí as assistentes sociais dos núcleos, do HUB, que conhecem o nosso trabalho, então elas fazem o pedido e mandam pra cá (Entrevistada 5 – Voluntária).

Os principais argumentos que justificam a articulação com os voluntários são a ausência de serviços na rede proteção social pública e no HUB que atendam as necessidades da população, a precariedade e a ineficiência dos serviços públicos e a demora em tais serviços, o que resulta no não atendimento a situações emergenciais. Percebe-se, portanto, que os direitos sociais estão enfraquecidos e frágeis, uma vez que não se materializam em serviços.

Em relação à necessidade de respostas emergenciais, os profissionais ressaltaram a ausência de políticas imediatas que atendam as demandas dos usuários, conforme o seguinte depoimento:

Por exemplo, um paciente que veio hoje na consulta e o médico falou que ele tem que tá aqui amanhã e ele disser que não tem dinheiro pra vir, eu sei que com certeza de hoje pra amanhã eu não consigo ambulância pra trazer, CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social], eu posso mover fundos e eu sei que eu não consigo. Eu já sei que isso é inviável pro tempo que eu tenho. Eu não vou fazer discurso com ele. Eu vou dizer assim: “Olha, da próxima vez, nós vamos encaminhar, mas agora, nós vamos pedir esse recurso pro voluntário pra essa emergência”. Ele tem ciência disso (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Outras entrevistadas reforçam tal situação ao expressar que:

Tem horas que você, ou você dá um dinheiro da passagem pra esse paciente vir ou ele não vem. [...] Então, tem hora que você fica assim... Meu Deus, o que que eu faço com esse paciente? Eu sei que ele tem direitos e benefícios que ele vai acessar. Mas é imediato, é hoje, entendeu. Até que o benefício dele lá saia, eu preciso ter respaldo desse apoio, e aí? [...] Por exemplo, um paciente que vai fazer uso de uma medicação, ele precisa usar aquela medicação rápido. Eu sei que ele vai acessar via PROSUS [Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde]⁵⁴, via, né, Secretaria, tudo isso eu tenho conhecimento, mas e enquanto não acessa? A gente sabe que demora (Entrevistada 16 – Assistente Social).

É bem complicado. Tudo que pede, vem, mas vem naquela lerdeza, sabe. É muito devagar. Medicação, essas compras assim, é a gente tem que se virar mesmo (Entrevistada 14 – Assistente Social).

A demora em se obter recursos via serviços de saúde e de assistência social também foram abordadas nas entrevistas, assim como as dificuldades de se acessar a rede de proteção social pública e obter resultados nesses encaminhamentos. De acordo com uma entrevistada, “[...] quem tá trabalhando na área da saúde, a gente não pode esperar nem um dia. Quem tem uma doença grave não pode esperar um mês pra poder voltar pro hospital, sabe!” (Entrevistada 16 – Assistente Social).

⁵⁴ Nesse sentido, ganha destaque a judicialização do direito à saúde que refere-se à provocação e atuação do Poder Judiciário para a efetivação da assistência à saúde. Há inúmeras decisões judiciais já concedidas que obrigam o governo a fornecer medicação ou executar procedimentos médicos. Dentre outras, uma importante discussão em torno da judicialização remete ao impacto orçamentário das decisões judiciais.

A gente não é da assistência. Assistência é o CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], SEDEST [Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda]. A gente aqui é mais emergencial, assim nem pra dá porque a gente não tem mesmo, não tem quem faça doação. Não tem (Entrevistada 14 – Assistente Social).

Outra entrevistada declarou:

A rede não funciona porque não tem recurso, às vezes você não consegue contatar com a rede e quando consegue não tem formas de ajudar. Ou por exemplo, até uma cesta básica de um paciente que realmente está tendo uma necessidade de alimentos. A gente encaminha pro CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], chega no CRAS não funciona absolutamente nada, absolutamente nada. Então, é... E muitas vezes a gente já conseguiu cesta. A gente não, o voluntariado já conseguiu, ou em espécie ou em forma de alimento. Isso é uma forma de que a rede não nos apoia, né, não é um link sistematizado (Entrevistada 12 – Assistente Social).

Em outro trecho, uma entrevistada diz:

Por exemplo, a gente tem um paciente que ele vinha a pé pra cá. Ele não tinha como vir, ele ficava nessa situação. Hoje, se a gente fosse depender, por exemplo, do BPC [Benefício de Prestação Continuada]⁵⁵ pra ele conseguir vir acessar, a gente teria uma demora de três pra quatro meses pra ele conseguir receber o benefício pra que ele consiga custear. O transporte, a gente conseguiu em um mês, ele tinha como vir, mas custear medicamento, coisa que ele precisaria, a gente precisaria de quatro meses. Então, assim, é muito tempo? É muito tempo pra quem tá precisando (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Essa dificuldade de se obter respostas imediatas também é expressa pelo diretor entrevistado ao declarar que é difícil adequar a velocidade de resposta de instituições como o HUB às necessidades da população. Uma razão para isso, apresentada na entrevista, decorre do fato do hospital ser uma instituição complexa e dependente de outras instâncias, uma vez que “esse hospital depende da universidade, que depende do Ministério da Educação, que depende do governo federal” (Entrevistado 19 - Diretor). Além disso, o depoimento a seguir confirma tal questão:

Eu reconheço que os hospitais precisam ter melhor capacidade de planejamento, maior previsibilidade para sair do casuísmo, né, na compra ou na prestação de serviços, mas sempre é inevitável que alguma coisa exija medidas urgentes, emergenciais e improrrogáveis que a administração pública convencional não consegue responder (Entrevistado 19 – Diretor).

Em oposição à rede de proteção social, o voluntariado se apresenta como um espaço onde as demandas são atendidas de forma mais imediata.

⁵⁵ O Benefício de Prestação Continuada foi instituído pela CF de 1988 e regulamentado pela LOAS. É um benefício de assistência social que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social e garante um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem tê-la provida por sua família, ou seja, com renda mensal *per capita* inferior a 1/4 de salário mínimo.

Eu realmente consegui a demanda que o paciente apresentou. Foram poucas que a demanda não foi atendida, por exemplo, compra de medicação de alto custo. Algumas não foi possível conseguir por conta do valor, né, da medicação, mas o resto, coisas básicas do paciente a gente conseguiu (Entrevistada 12 – Assistente Social).

Se você tem acesso aos voluntários, eu ligo: “Quem tá aí hoje? Tem o recurso tal?” A pessoa, na hora... Ele só assina o recibo lá. Você entendeu? O dinheiro tá na mão do paciente. [...] Então, isso facilita? Muito, sabe, porque as políticas públicas, elas são muito burocráticas. Tem muita burocracia, sabe. E assim, eu não sei até que ponto, né, essa burocracia ela é viável, né! (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Essas ausências nas políticas sociais são entendidas, segundo uma entrevistada, como um reforço para a atuação do voluntariado, que atende as necessidades dos usuários de forma mais imediata.

E assim, [o voluntariado] ainda é uma prática difícil de você tirar porque é muito mais fácil você ligar pro voluntário que tá com o dinheiro na mão do que ligar pra assistente social que tá com o fundo de suprimento lá na ponta, você tá entendendo? Ela vai te incomodar muito mais e você vai desistir dela. A voluntária não. Você pediu dinheiro e vem na hora, né. E a outra não, você vai ter que fazer a contrarreferência. Senta com o fulano aqui, ele vai lá pra poder fazer uma vinculação, tem que fazer o relatório (Entrevistada 11 – Assistente Social).

Percebe-se, portanto, que essas dificuldades em acionar a rede de proteção social e a ausência de serviços públicos reforçam a prática do voluntariado. Trata-se, na leitura de Sposati *et al* (2010), do repasse de obrigações do Estado a entidades de caráter filantrópico, que dilui possíveis direitos dos cidadãos em ações de solidariedade da sociedade para as populações mais pobres. Montañó (1999) também apresenta essa compreensão ao tratar da refilantropização das respostas à questão social, sendo a população atendida, nas suas necessidades sociais, por práticas filantrópicas e caritativas.

Segundo uma voluntária: “Nós somos essenciais para o hospital. A gente ajuda o hospital. [...] Falta remédio, falta agulha pra exame. Tem época que não tem remédio” (Entrevistada 3 – Voluntária). Por outro lado, essa prática de doações de auxílio material aos usuários do hospital é questionada pelos próprios voluntários em alguns trechos.

É claro que seria, o hospital teria que promover algumas coisas como a higiene dele [do paciente], tinha que dar escova de dente, tinha que dar sabonete. Mas isso é missão nossa. Nós que damos, que fazemos isso quando o paciente não tem. [...] É um negócio que é meio, eu acho até controverso, sabe, porque quando você tá internado, o médico te dá uma receita, o setor público tem obrigação de te dar. Mas não tem. Não te dá. Eles vão aonde? Na associação. E se é um remédio que a pessoa se não tomar morre, a gente tem que dá. A gente tem que dá. A gente tem que se virar e comprar o remédio (Entrevistada 1 – Voluntária).

Essa voluntária afirmou que essa atuação da associação na doação de materiais para os usuários inclusive alterou o sentido atribuído aos voluntários:

Então, a associação virou o que? Uma entidade porque pela associação a gente consegue equipamentos, consegue remédios, consegue. [...] Então, hoje, quando tem um problema, vai lá na associação. Virou uma entidade de assistência social do hospital que é uma coisa que a gente é contra. A gente não quer isso, mas precisa (Entrevistada 1 – Voluntária).

Essa percepção do papel dos voluntários também é reforçado pelos usuários do HUB, que os reconhecem como um espaço de apoio para o atendimento de suas necessidades.

Outros [pacientes] querem ter seu problema resolvido na hora. Então, tem muitas pessoas ainda que chegam no hospital alegando que tão com criança, né, que tão grávidos, que moram longe e que querem dinheiro pra voltar. E se você oferecer a rede pra eles, eles ficam muito irritados. Outros [pacientes] desconhecem o serviço, o tratamento fora do domicílio, que eles têm direito de ter passagem pelos CRAS [Centro de Referência de Assistência Social] e pelos Centros de Saúde. Tem muitas pessoas que desconhecem e em função também do oferecimento de serviços. É muito desgastante você ir num posto de saúde, conseguir passagem pra você vir, ter um vale transporte, um passe livre que a gente chama aqui, pra poder tá frequentando as consultas. [...] E aí você vai, demora, e a pessoa desiste, né, de procurar o serviço correto. Então, eles ficam pedindo pra um amigo, você acaba contando com uma rede pessoal deles ou com o voluntário (Entrevistada 11 – Assistente Social).

No cotidiano do hospital, percebe-se a complexidade da atuação dos profissionais na busca de se atender a demandas materiais dos usuários. Segundo o depoimento de uma entrevistada, já houve situações em que os próprios profissionais realizam contribuições para atender determinada situação.

Eu fiz uma solicitação para uma paciente. Os médicos nem quiseram fazer: “Olha, vai demorar pra caramba. É melhor a gente juntar um dinheiro aqui nós mesmo.” É o que o médico falou: “É melhor juntarmos nós mesmos aqui o dinheiro e comprar essa medicação porque não vai chegar.” [...] Toda hora tinha uma tal da vaquinha aqui, vaquinha pra comprar coisa pra paciente. Mas nunca acionava o Serviço Social. Eles mesmo que se viravam (Entrevistada 14 – Assistente Social).

No cotidiano do hospital, os voluntários são apresentados como um espaço de apoio aos usuários para o atendimento de suas necessidades uma vez que esses desejam que suas necessidades sejam atendidas, independente de ser por meio de serviços públicos ou por meio da filantropia ou de redes pessoais como família e amigos. Nesse sentido, a problematização sobre a quem cabe oferecer esses materiais se torna desnecessária dentro da realidade concreta da urgência em atender aos usuários. Tal qual afirma Netto e Carvalho (1996), identifica-se nas falas das assistentes sociais a necessidade de mediar duas dimensões da população usuária dos serviços. Por um lado, ela se apresenta como usuária dos serviços do Estado. Por outro, há a necessidade de satisfação de suas necessidades.

Outro elemento importante identificado nos dados trata do papel do assistente social no processo de doação realizado pelos voluntários. O assistente social é reconhecido como o

profissional que afirma a necessidade de determinada assistência junto à AVHUB. Segundo os voluntários, a realização das doações depende do encaminhamento do Serviço Social.

Aí, se a pessoa não passou pela assistente social eu pego e peço pra ela passar. [...] Ela vai lá pegar o pedido porque tudo a gente tem que ter um pedido do assistente social [...] Eu respeito muito porque eu sei que ela fez uma triagem (Entrevistada 5 – Voluntária).

Chega uma pessoa que tá sem passagem pra ir embora e eu vejo que realmente não tem, mando pro Serviço Social fazer avaliação se realmente precisa dar. Pede um remédio, pede passe, não tem dinheiro pra comprar um remédio: "Vá para o Serviço Social." Eles avaliam e se merecer, nós damos. Cadeira de rodas, muleta, bengala, cesta básica, tudo isso aí nós damos. Nós damos pomada, damos fraldas, leite e o que precisar. Mas desde que vá ao Serviço Social, ele avalia primeiro. Porque nós não temos muito recurso. [...] Elas [assistentes sociais] fazem um trabalho muito bom, fazem o levantamento bem feito, que quando chega pra nós, a gente pode dar porque já está bem balanceado (Entrevistada 2 – Voluntária).

No campo teórico, Sposati *et al* (2010, p. 30) explicita a triagem socioeconômica como uma das atribuições dos assistentes sociais, sendo que “o assistente social é o profissional legitimado para atribuir o grau de carência do “candidato” a usuário e o Serviço Social é a tecnologia que dá conta da racionalidade desse processo.” É essa concepção do assistente social que o caracteriza como o profissional que confere a possibilidade de acesso a determinada doação.

Trata-se de uma atribuição historicamente construída que foi incorporada na Lei de Regulamentação da Profissão, a qual estabelece como competência do assistente social, no art. 4º, inciso IX, “realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.” Segundo Miotto (2009, p. 486), esses estudos “estão vinculados ao acesso a determinados benefícios sociais de ordem material e financeira, em que se inclui a aquisição de bens e de serviços”.

Ressalta-se ainda que esse papel do assistente social como avaliador dos pacientes aptos a receberem a assistência do voluntariado não está claro para os profissionais, que afirmaram não saber se há a possibilidade da AVHUB realizar doações para os usuários sem o parecer do Serviço Social. Isso gera dúvidas sobre a possibilidade de uso dos recursos sem avaliação social.

[...] é uma norma deles [voluntários] de que eles só podem ofertar alguma coisa pra eles, oferecer, na verdade, né, se tiver o encaminhamento do Serviço Social. [...] É tipo uma norma, **deve ser uma norma da associação** de que passe pelo Serviço Social pra fazer a avaliação dessa necessidade, né. E aí mediante o encaminhamento eles retornam (Entrevistada 12 – Assistente Social) (grifos meus).

Mas esse recurso acaba sendo gerenciado pela própria associação que não tem assistente social pra fazer essa avaliação. Então, você não tem como ter esse controle. Então, esse dinheiro pode ser usado pro paciente que foi avaliado pelo

Serviço Social como pode não ter sido, pro paciente não avaliado. Não que não seja usado. É usado pro paciente, em prol do paciente, mas de maneira como era, tanto sem avaliação como com a avaliação (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Eles [voluntários] vivem muito de doação deles mesmo e doando o tempo deles a favor dos pacientes. Quando há uma necessidade, algum paciente que necessite, né, de alguma ajuda tipo material... Geralmente isso agora **eu acho** que passa pelo Serviço Social aqui do HUB. Eles têm uma relação com o Serviço Social. Diante da necessidade, comprovada a necessidade, eles ajudam, eles têm recurso pra isso (Entrevistado 18 – Médico) (grifos meus).

Para além da competência atribuída tanto socialmente como legalmente ao assistente social para atuação na área de assistência, Ayalón (1995) ressalta que é importante questionar a compreensão política dos profissionais e o significado de determinadas práticas que aparentemente buscam a ajuda e o bem-estar social. Nesse sentido, questiona-se em que medida a avaliação social realizada pelo Serviço Social visa garantir e ampliar direitos ou é restrita a uma certificação da pobreza para acesso a filantropia privada. Buscar práticas que legitimam a saúde como um direito envolve ter uma percepção diferenciada do usuário do hospital enquanto cidadão e sujeito de direitos.

Uma profissional ressaltou a necessidade de comunicação entre voluntários e a equipe de Serviço Social não apenas no processo de avaliação socioeconômica.

Mas a fala sempre, pelo menos ao meu ver, deveria ser e que eu espero que seja é que eles falam: “Isso aí eu posso até ajudar se for, mas passa pelo Serviço Social antes.” O Serviço Social que tem que dar um aval daquela situação. [...] Se ele [o paciente] tá passando fome, tá com uma situação de fragilidade, de vulnerabilidade maior, a orientação de regra é o Serviço Social deve ser comunicado imediatamente. Não é nem que a assistência não deve ser dada, mas que nós temos que saber o que que tá acontecendo com esse paciente e é isso que a gente solicita que deva ser feito e realmente acontece (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Essa entrevistada também fez comentários acerca do processo de doação dos recursos dos voluntários:

A única coisa que realmente eu acho que falta aqui é uma via única nessa assistência. Então, assim, que não fosse o Serviço Social coordenando, mas eu acho que a gente pudesse ter eles mais integrados na equipe como um todo pra entender melhor os processos aqui e que essa assistência deles fosse direcionada de acordo com as nossas demandas. [...] Então, por exemplo, que eu pudesse contar, por exemplo, com um x de recursos que eu pudesse gerir, mas gerir de maneira simplesmente ter o controle e que eu, sei lá, que eu pudesse ter 100 reais por mês pra passagem e eu encaminhasse direto e não ficar aquela coisa. “Você tem hoje? Você tem hoje?” [...] A gente queria também ser ouvido na forma de gerenciar esses recursos (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Devido ao atendimento dessas necessidades básicas dos usuários, a avaliação por alguns profissionais é positiva do trabalho da AVHUB, conforme o seguinte trecho: “É uma rede extremamente positiva pra nós, forte, porque nem sempre as redes funcionam e o serviço de voluntariado do HUB ele nos dá uma ajuda” (Entrevistada 12 – Assistente Social).

Na mesma direção, outra entrevistada explicita que “É extremamente importante. Sem a associação, eu acho assim, pra mim, sem a associação a metade dos problemas aqui seria bem complicado” (Entrevistada 14 – Assistente Social). Outro entrevistado afirmou “Eu já fui testemunha de várias ajudas, né, que eles [voluntários] promovem. Quando o paciente necessita de uma cesta básica eles arrumam, um enxoval eles arrumam. Às vezes uma medicação que tá faltando, eles vão lá e ajudam. Então, eles têm uma participação bastante efetiva” (Entrevistado 18 – Médico). Tais relatos expressam a precariedade da política de saúde e a necessidade de um serviço privado para atender as demandas apresentadas em um hospital público.

Por outro lado, há profissionais que criticam a realização de doações por parte dos voluntários no sentido de que essas são práticas assistencialistas e de favor que não reforçam a autonomia dos usuários. Isso porque apesar do voluntariado atender as necessidades dos usuários, não o faz em uma perspectiva de direitos nem busca a emancipação dos usuários do hospital. A condição dos usuários do hospital como cidadãos sujeitos de direitos não foi problematizada por todos os entrevistados. Ao contrário, percebeu-se que em alguns casos essa dimensão ficou obscurecida pela urgência das necessidades e suas respostas no cotidiano de trabalho.

Uma das entrevistadas explicitou essa preocupação ao relatar:

O trabalho voluntariado de uma certa forma, ele é necessário e tem que ser usado em alguns momentos, mas eu vejo isso com muita ressalva quando se compara a política mesmo porque eu acho que você tem que ensinar pro usuário, ele tem que entender que você só vai usar aquilo quando falhar tudo. Ele tem que insistir e que mesmo ele usando essa assistência voluntária, ele tem que continuar tentando a outra forma, tentando insistir. Ele não pode deixar de lado. Ele tem que, ele não pode perder a noção do direito (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Segundo as profissionais, a principal diferença entre o Serviço Social e o voluntariado é a prática do assistencialismo. Enquanto em algumas falas houve a afirmação de que os pacientes conseguem fazer essa diferenciação entre o Serviço Social e o trabalho voluntário, em outras se identificou que os usuários não diferenciam as ações.

Então, eu consigo ver que eles [pacientes] entendem essa diferença mesmo e eles sabem que, da forma deles, mas eles entendem que a parte de política social nós fazemos e essa parte dita assistencialista, uma coisa mais de doação, de ajuda, é com os voluntários (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Eles [os pacientes] não percebem, eles não têm como diferenciar o assistencialismo do voluntariado e o profissionalismo da equipe, né, o papel do Serviço Social na equipe. Inclusive no senso comum os pacientes ainda acham que o assistente social é aquela moça boazinha que vem para ajudá-los principalmente em materiais de higiene, essas coisas básicas. Eles não imaginam que o nosso papel, um deles, é orientá-los sobre os direitos dos pacientes, por exemplo, se não entendeu, de perguntar. E até direitos que eles têm como previdência, direitos previdenciários, direitos assistenciais conforme o perfil da renda, né, e eles não conseguem visualizar isso. É a partir de que a gente faz um atendimento completo com eles, aí pode ser que aqueles que têm entendimento, eles consigam diferenciar, mas até então, no primeiro momento não. Eles não conseguem diferenciar. [...] Eles [voluntários] estão mais no assistencialismo, né, na ajuda naquele momento, e o Serviço Social, ele trabalha mais para o empoderamento do paciente, para que ele não venha a necessitar novamente, ou passar por essa situação. Então, o voluntariado tá mais para assistência (Entrevistada 12 – Assistente Social).

Houve inclusive o depoimento de uma voluntária que problematizou a diferença entre o trabalho dos voluntários e do Serviço Social.

Assistencialismo mesmo que se fazia lá. Não era assistente social, porque lá tem Serviço Social, né, lá tem. [...] o Serviço Social faz um trabalho assim de promoção, pra pessoa se promover daquele estado que ela está, para crescer. E o meu não, além de ser um trabalho mais rápido, porque ficava menos tempo lá, era só mesmo pra dar uma força pras pessoas lá (Entrevistada 4 – Voluntária).

O assistencialismo se relaciona a uma prática que não busca a autonomia dos usuários. Ao contrário, reitera dependências, conforme afirma Sposati *et al* (2012). Nos termos de Ayalón (1995, p. 15), “o assistencialismo é uma das atividades sociais que historicamente as classes dominantes implementaram para reduzir minimamente a miséria que geravam e para perpetuar o sistema de exploração”. Nesse sentido, se busca “atacar os efeitos sem reconhecer as causas de fundo que provocam a pobreza, a doença, o analfabetismo, a delinquência etc.” (AVALÓN, 1995, p. 15). Na compreensão de uma entrevistada,

E isso [doação dos voluntários] distancia, né, do que você pretende que o sujeito tenha que é autonomia, que é decidir o que seja melhor pra saúde dele, pra vida dele e tudo. Aí você fica naquela situação “Eu vou ter que meio que ser bonzinho ou ter que aceitar o que o sujeito está me oferecendo se não eu não vou ter nada.” Não dá autonomia (Entrevistada 11 – Assistente Social).

Essa situação se afirma na medida em que o paciente que recebe a doação assume a condição de assistido, beneficiário ou favorecido e não de usuário e cidadão que tem acesso a um direito. Na realidade, a oferta do benefício que atenda a sua necessidade está condicionada à boa vontade dos voluntários e não a uma política pública. Nos termos de Santos (2012, p. 263), a definição de assistencialismo se apresenta como “prática associada ao já mencionado

mandonismo/paternalismo⁵⁶ que possibilita o acesso a bens e serviços a partir de motivações “caridosas”, aparentemente desinteressadas. Essas doações estimulam a dependência política em relação ao “doador” na contramão da cidadania e dos direitos sociais”.

Segundo o diretor do hospital, o voluntariado deve romper práticas de “natureza autoritária, paternalista como é a cultura da sociedade brasileira, que não necessariamente promove a autonomia das pessoas” e “contribuir para recuperar a autonomia das pessoas.” (Entrevistado 19 - Diretor) Isso porque, na leitura do entrevistado, a saúde é um espaço onde essas relações são facilmente criadas:

Eu creio que o serviço de saúde em geral é tratado de uma forma muito arriscada a proliferação das relações de dependência e de dominação. É um território muito próprio pra isso. Por outro lado, é um lugar onde a gente pode contribuir decididamente para recuperação da autonomia das pessoas (Entrevistado 19 - Diretor).

Ressalta-se a interpretação de algumas entrevistadas de que se houvesse uma rede de proteção mais eficiente e articulada, o trabalho voluntário não seria mais demandado para a ajuda material, mas para outras atividades como acompanhamento dos usuários e ações socioeducativas:

Se você tiver trabalhando com a rede corretamente, você vai ter o voluntariado pra ele fazer a parte de voluntariado mesmo, de fazer companhia, de falar com o sujeito que tá desacompanhado, né, de fazer um serviço, assim, mais pessoal mesmo, e não de ajuda material. Eu acho, assim, a pessoa vem como voluntário no hospital, eles devem dar conforto pra pessoa, e não trazer coisas pra ele. O hospital, ele tem a obrigação de ter todo um, a hotelaria, né. Não acontece, mas ele tem a obrigação de ter hotelaria. [...] Se você tiver corretamente acessando toda a rede de proteção social, de assistência, o sujeito vai precisar de um cara ali só pra fazer companhia, né, de fazer algumas ações, de brincar com criança, de cuidar de algumas atividades, assim, socioeducativas, você tá entendendo? Coisas mais pontuais. (Entrevistada 11 – Assistente Social)

Se realmente a gente tivesse uma rede realmente eficiente, o apoio dos voluntários que eu afirmo que é excelente, que é muito bom, ele seria desnecessário porque, aí, o apoio dos voluntariados, ele não é um serviço técnico, né, e a rede formada seria realmente um serviço técnico e aí ajudaria a empoderar o nosso paciente, que é uma da função primeira do assistente social. (Entrevistada 12 – Assistente Social)

Um dos entrevistados também explicitou essa preocupação tomando como exemplo a distribuição de próteses de mama:

⁵⁶ Paternalismo e mandonismo: “ambos os termos designam relações trabalhistas cuja sustentação não se dá apenas com base na subsunção real do trabalhador ao capitalista, englobando aspectos de dominação extraeconômicos. Mais concretamente falando, mantêm-se relações de dominação com base em favores e concessões por parte dos patrões que cobram seu preço exigindo subserviência e fidelidade política. Essas contrapartidas funcionam como mecanismo de alienação que retarda a percepção das relações de exploração e, principalmente, a organização dos trabalhadores para seu enfrentamento” (SANTOS, 2012, p. 269).

Por exemplo, o voluntariado aqui se dispõe a fazer próteses mamárias. Isso tem muito valor porque uma pessoa mutilada por mastectomia se sente objeto de atenção e com a recuperação aparente, né, da sua silueta recolocando no lugar da mama uma prótese, colocando ali algo que simula sua mama, vai se sentir confortável, mas o bom mesmo era a gente trabalhar para evitar que houvesse câncer de mama. Eu não quero dizer com isso que não tenha importância distribuir a prótese, mas o voluntariado não precisa só fazer a prótese de mama. E, vamos supor, no dia que não houver mais câncer de mama, o voluntariado teria o que fazer? Teria e muito. (Entrevistado 19 - Diretor)

A partir desses dados, é possível refletir sobre os serviços públicos ofertados na rede de proteção social frente às demandas relatadas pelos profissionais e pelos voluntários. No âmbito da política de saúde, percebe-se que a falta de recursos econômicos configura-se como um fator que dificulta o acesso aos serviços de saúde. Embora a Constituição apresente o acesso a essa política como universal e igualitário, percebe-se que muitos usuários pobres têm seu acesso dificultado por fatores socioeconômicos, precisando de auxílios materiais, como doações, para alcançá-lo. Pensar a política de saúde inclui pensar em formas de acesso da população à rede de serviços.

Percebe-se ainda que na prática, o SUS se concretiza apenas pela compreensão da saúde como ausência de doença, sendo oferecida estritamente assistência médica. Conforme a leitura de Cohn *et al* (2002, p. 92),

[...] as políticas de saúde neste país, na medida em que restringem o seu objeto à necessidade do atendimento médico, não consideram as condições de vida dos usuários e a carência maior em que sobrevivem – nutricional, habitacional e educacional – e se limitam a prover recursos de assistência médica.

A parte social é retirada do Estado pela não oferta de serviços públicos que atendam com qualidade e com a urgência necessárias as demandas da população e é repassada para a sociedade civil refilantropizada. Segundo os relatos, a associação de voluntários oferece recursos restritos e condicionados a avaliação do Serviço Social, o que acaba por se apresentar como única alternativa para os usuários.

Partindo desse cenário no qual o atendimento a tais necessidades é precário, ressalta-se a ausência de responsabilidade por parte do Estado, que por oferecer serviços de má qualidade perde a credibilidade tanto dos usuários quanto dos profissionais. Essa complexa rede de atendimento a demandas de populações empobrecidas é apresentada por Ayalón (1995) historicamente expressa pela caridade, filantropia, beneficência e assistência social. Nesse contexto, ganha destaque o termo assistencialismo, citado nas entrevistas e compreendido como uma prática social que reproduz situações de pobreza, subalternidade e não promove a autonomia dos usuários.

O desafio apresentado por Ayalón (1995) é transformar o assistencialismo em assistência reconhecida como direito, reconduzindo as ações ora transferidas aos espaços e iniciativas privadas ao Estado. Nessa direção, concordamos com Cohn *et al* (2002, p. 68), ao afirmar que “garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula para viabilizá-lo.”

5.2.2 A humanização

[O fundador da AVHUB] usou um termo que eu achei muito interessante numa reunião. Ele falou assim: "Precisamos humanizar o hospital. Mas isso aqui não é um hospital veterinário! Como humanizar um hospital de gente?" É isso (Entrevistada 1 – Voluntária).

A afirmação exposta acima, sobre a atuação dos voluntários na humanização do setor saúde, pressupõe uma reflexão sobre a qualidade dos serviços prestados pelo hospital e sobre qual a compreensão de pessoa que direciona essas ações. Conforme explica Martin (2004, p. 32),

O fato é que, muitas vezes, nossos hospitais são desumanos, lugares onde as pessoas se sentem diminuídas, despersonalizadas, isoladas. Na luta pela cura e na preocupação com a perfeição técnica o doente é transformado em mero objeto de cuidados e seu conforto e seu bem-estar físico e mental são subordinados às exigências do funcionamento de máquinas ou das restrições econômicas impostas pela administração hospitalar.

Nos relatos dos entrevistados, há diversas compreensões sobre o papel dos voluntários na humanização das relações no hospital. É necessário, portanto, entender o significado atribuído pelos entrevistados à humanização e a forma como ela se concretiza no cotidiano do hospital. Ressalta-se que o hospital é um espaço de cuidado no qual as pessoas encontram-se em uma situação de fragilidade diante de uma doença, do sofrimento e da dor e, em diversos casos, da proximidade da morte.

A literatura apresenta o trabalho voluntário como um recurso importante para a humanização da saúde. Pesquisa sobre a humanização na Secretaria de Saúde de São Paulo identificou que 11% dessas ações são promovidas por voluntários e 1% por religiosos⁵⁷ (NOGUEIRA-MARTINS *et al*, 2005). Essa significativa participação do voluntariado nessas ações de humanização também foi encontrada nos dados da presente Dissertação:

⁵⁷ Segundo os dados dessa pesquisa, a distribuição das experiências de 197 serviços de saúde que implementam ações de humanização são: 44% Equipe multidisciplinar, 18% Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), 11% Voluntários, 8% Psicologia, 7% Serviço Social, 6% Projetos SES, 3% Enfermagem, 2% Outros e 1% Religiosos.

Eu acho que os voluntários são extremamente importantes, eu acho que eles são importantes, né, porque você tem um ambiente onde as pessoas precisam de cuidado. [...] Imagina, um hospital que conseguiu trabalhar essa missão de cuidar de pessoas mesmo⁵⁸, cuidar de pessoas, né, isso aí inclui uma série de coisas, uma série de reflexões. Então, nisso o voluntariado tá extremamente colocado aí. Então, eu acho que ele é fundamental. [...] Então, o voluntariado tem que ser acolhido nesse processo todo, né, e ele tá no processo de cuidado (Entrevistada 17 – Médica).

Os voluntários colaboram tornando o hospital menos agressivo, menos, vamos dizer assim, tristes, né. Menos um ambiente, assim, carregado de hospital. Tornando o hospital mais leve, aliviando um pouco o peso daquela situação pro paciente que tá internado principalmente (Entrevistado 18 – Médico).

Um voluntário exemplificou essas situações relativas ao cuidado no seguinte trecho:

[...] você sabe o que é uma pessoa chegar aqui, tá lá, numa sala, numa cama, numa maca, a pessoa tá fragilizada. Sair de um consultório e o médico, que deve avisar e tem que avisar: "A senhora tá com um tumor no cérebro, não sei onde, não sei o que lá" ou "O senhor tá com próstata, com isso, tá com aquilo". A pessoa já sai fragilizada, sai em pedaços. Tem que ter alguém. Lógico que os médicos são competentes e sabem dizer isso às pessoas, mas tem que dizer a verdade. [...] Ou quando a pessoa tá na sua quimioterapia ou na sua hemodiálise, numa maca e alguém chega lá, faz uma graça, conta uma história, fala dos seus direitos, fala das suas obrigações, claro, dos seus direitos, das suas vantagens que você pode ter, levanta o ego da pessoa, estimula o ego, a auto-estima, né, eu acho que isso aí é fundamental. Isso aí a associação faz e a associação faz com competência (Entrevistado 6 – Voluntário).

Nesse sentido, o ponto de partida da análise baseia-se na afirmação da ausência de práticas sistematizadas no HUB que possibilitem a construção de espaços mais acolhedores para com os usuários, conforme explicitam os depoimentos a seguir:

Falta gente com um trabalho de humanização no HUB. Isso nos falta. [...] Então, no HUB falta um processo maior de humanização e aí qualquer proposta que venha suprimir isso, seja de uma maneira exemplar ou não, vai se muito bem acolhida. Então, a gente ainda tem que trabalhar muito isso (Entrevistada 10 – Psicóloga).

Mas eu posso, eu posso dizer que alguns profissionais não têm o acolhimento assim, aquele acolhimento ideal. Às vezes eles são muito frios, né, não fazem uma abordagem mais humanizada. [...] A maioria dos profissionais, principalmente enfermagem e medicina foca mais na necessidade da bio, né. O psico e o social ficam de lado (Entrevistada 12 – Assistente Social).

Tendo em vista a escassez dessas práticas, percebe-se que os voluntários têm sido os responsáveis pelas ações de humanização no hospital, o que é inclusive apresentado como o principal motivo para a criação da AVHUB e um dos objetivos para sua atuação, conforme expresso no início desse capítulo. Nesse sentido, alguns entrevistados reconhecem que as ações desenvolvidas pelos profissionais e pelos voluntários são complementares.

⁵⁸ Fazendo referência à missão do hospital: "Cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde".

Eu acho que o voluntário ele vem mesmo suprimir um vácuo que existe aqui no hospital. Mas isso não quer dizer que o hospital dialogue com o voluntariado em relação à ocupação desse espaço vago. Eu acho que não existe nenhum diálogo mais diretivo. “Olha, já que o hospital não tem práticas humanizadoras nessa área, vocês vão ocupar esse espaço dessa e dessa forma.” Não existe esse diálogo. Eles ocupam o espaço que hoje é vazio sem maiores intercâmbios, né. [...] Então, eu, assim, digo que o trabalho do voluntariado é um trabalho complementar nesse espaço que falta ao HUB, mas ainda assim sem maiores diálogos (Entrevistada 10 – Psicóloga).

Enquanto os profissionais desenvolvem as atividades técnicas de assistência à saúde, os voluntários são reconhecidos como pessoas com maior dedicação e atenção para com os usuários do hospital. Neste sentido, se reconhece que nas práticas de saúde há um espaço de cuidado que vai além da prática profissional e inclui conversas com os pacientes, troca de experiências e a realização de atividades de entretenimento e recreação no hospital.

O enfermeiro chega no paciente, dá "Bom dia", dá o remédio e sai. Ele não tem que fazer uma escuta. Ele é um enfermeiro, ele cuida daquilo, né. Ele tem que trocar um curativo, ele chega e troca. Se ele for educado. Se ele for sem educação, ele vai sair quieto. Ele não vai falar nada. Ele vai entrar e sair sem olhar na tua cara. Se ele for mais educado, ele vai falar "Bom dia", "Até logo" e pronto. Mas esse comportamento frio deles também é... Eles precisam também ser cuidados, né, vamos dizer assim. Mas a associação, não, ela ouve, ela acolhe mais (Entrevistada 5 – Voluntária).

Pra quem passa algum tempo no leito, sozinho, com dor, se chegar uma pessoa, qualquer que seja a pessoa, se segurar na mão dela, se, sabe, ficar do lado, ficar do lado, não pode fazer, tudo bem, fica do lado, ou se sorrir, se chamar o nome, faz tanta diferença, faz muita diferença pra quem está lá (Entrevistada 1 – Voluntária).

Os voluntários são, portanto, reconhecidos como pessoas mais atenciosas que os profissionais de saúde e que disponibilizam mais tempo para conversas com os usuários. Nesse sentido, a característica do trabalho dos profissionais e dos voluntários é diferente, conforme explicitam os trechos:

Então, eu acho que o objetivo deles, eles conseguem ouvir melhor as pessoas, eles conseguem se dedicar mais tempo às pessoas do que nós que estamos aqui trabalhando (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Eles [os pacientes] conseguem reconhecer quem é do voluntariado, né. São pessoas que têm mais tempo pra sentar com eles e conversar, né, discutir mais (Entrevistada 9 – Enfermeira).

Quando questionados sobre a dificuldade de se estabelecer ações sistematizadas para a humanização no hospital tanto os voluntários como os profissionais ressaltaram a sobrecarga de trabalho e a reduzida equipe de saúde para atendimento em clínicas e setores do hospital. Com elevada carga de trabalho, os profissionais não possuem uma escuta individualizada e acolhedora com os pacientes, tendo suas ações restritas às práticas técnicas.

Ele [enfermeiro] pega a bandejinha, a agulha lá, dá o remédio, ou faz a injeção e sai, porque de certo, eu acho que **eles são bem sobrecarregados**, tem vários pacientes, uma alta responsabilidade que um enfermeiro tem. Me parece assim, que às vezes eu vejo eles meio que correndo, atendendo várias pessoas, um perto do outro, né! (Entrevistada 5 – Voluntária) (grifos meus).

Eu acho que sim porque eles [profissionais] não têm tempo de conversar com os pacientes, eles não têm tempo de descer lá embaixo, dar um passeio na pracinha. **Eles não têm tempo. É pouco funcionários.** [...] Isso aí, nós fazemos isso aí. Isso aí eu acho que é importante pra ajudar as meninas [enfermeiras] porque as meninas não tem tempo não. **Pouco funcionário, muito poucos funcionários pra muito paciente** (Entrevistada 2 – Voluntária) (grifos meus).

Se tem alguém pra tornar esse ambiente mais humanizado, menos carregado, acho que seria ideal, e poderia vir através do voluntariado. **A gente não tem gente suficiente pra fazer isso** (Entrevistada 9 – Enfermeira) (grifos meus).

É muito paciente, tipo três, quatro pacientes pra cada uma [enfermeira]. E voluntária tá ali só, naquele momento, pra um ou pra dois, né. [...] Então, tem toda uma característica diferente. Porque a enfermagem vai ali, colhe e tal, porque não tem tempo de ficar conversando. Os voluntários não. Eles conversam. (Entrevistada 14 – Assistente Social) (grifos meus).

A proposta deles [voluntários] é trazer algo diferente. Então, para eles, a visão é diferente. **Eles não têm a visão de estar aqui, bater horário, fazer ponto, fazer ambulatório, estatística.** O compromisso deles é vir para o paciente. Então, pra eles até o nível de doação é diferente. Eles vêm isso de uma maneira realmente diferenciada da gente e consegue trazer isso e propiciar isso (Entrevistada 15 – Assistente Social.)

A partir desses relatos entende-se que a sobrecarga de trabalho é um dos motivos que justifica a ausência de ações mais humanizadas por parte dos profissionais. Segundo Lacaz e Sato (2006), a discussão sobre humanização dos serviços implica em adequadas e saudáveis condições, ambientes, processos e organização do trabalho, de modo a promover a autonomia e a participação dos profissionais no controle dos processos de trabalho em saúde, criação de vínculos e responsabilidades.

Essa argumentação ainda é explicitada por Casate e Corrêa (2005) que apresentam como aspectos desumanizantes falhas no atendimento e nas condições de atendimento como longas filas de espera e adiamento de consultas e exames, ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência nas instalações e equipamentos. As autoras também elencam aspectos ligados à relação entre os profissionais e os pacientes como o anonimato, despersonalização, falta de privacidade, aglomeração, falta de preparo psicológico e de informação, além da falta de ética de alguns profissionais.

Os profissionais reconhecem positivamente essas atividades de acompanhamento aos usuários realizadas pelos voluntários. Foi consenso entre os profissionais que os voluntários contribuem para a humanização do hospital.

[...] algumas abordagens que eu já presenciei dos voluntariados, é aquela abordagem assim mais, mais humana, mais voltada assim pra necessidade do paciente, mais voltada pra aquela necessidade do paciente porque muitas vezes o profissional, ele não vê todas as necessidades do paciente (Entrevistada 12 – Assistente Social).

É um trabalho muito bonito. O voluntariado é um trabalho muito rico. Eu acho que engrandece o hospital, melhora o acolhimento dos pacientes, né, humaniza o atendimento principalmente, né, a chamada humanização do atendimento hospitalar. O paciente hospitalizado ele é carente, né, ele tá isolado muitas vezes da família, ele tá muitas vezes triste, em depressão muitas vezes, né, e a presença desses voluntários anima e ajuda bastante os pacientes (Entrevistado 18 – Médico).

Então, eu acho que ele [voluntariado] consegue deixar as coisas muito mais humanizadas, os ambientes, o trato, as situações mais acolhedoras (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Então, eu acho que o voluntariado aqui é bem importante não só na questão da ajuda, mas pra poder tá nos leitos, conversando com o paciente, né. Já é tão chato, é tão triste o paciente ficar dentro desse hospital, internado, aí não tem mais nenhum apoio, né. Então, a associação tem um grupo que faz esse tipo de coisa que é bem legal (Entrevistada 14 – Assistente Social).

Se torna um ambiente mais humanizado, né. Então, a pessoa sofre menos estando dentro da instituição. Se torna mais humanizado, o paciente, o acompanhante, ficam mais tranquilos, se sentem mais acolhidos, eles ficam menos agressivos, eles se tornam menos agressivos com a equipe, entendeu, tem menos conflito dentro da instituição. A gente consegue contar com o apoio deles [voluntários] (Entrevistada 9 – Enfermeira).

Essa perspectiva positiva da ação do voluntariado nas ações de humanização do hospital também é apresentada pelo representante da direção. Segundo o diretor do hospital, essas práticas consideradas de humanização devem ganhar destaque frente às doações materiais aos pacientes.

Eu vejo que o voluntariado poderia evoluir para uma ação mais presencial, de acompanhamento ao leito do que ao fornecimento de uma prótese, de um aparelho ou de algum reparo físico, alimentar ou de vestimenta, de conforto individual de cada paciente (Entrevistado 19 – Diretor).

Outras entrevistadas também argumentam nessa direção ao declararem:

Eu vejo que as pessoas podem se doar de várias formas e no nosso caso aqui, às vezes, o que a gente precisa, às vezes, é de dinheiro pra pagar uma coisa pro paciente. Mas 90% da doação do voluntariado que a gente precisa aqui dentro é pra atender o paciente de maneira exclusiva. É pra dar esse apoio, chegar no paciente, é conversar com o paciente, é chegar onde nós profissionais não conseguimos (Entrevistada 15 – Assistente Social).

[...] às vezes eu discordo com algumas coisas: "Vai doar roupa, vai dar não sei o que..." [...] Essa questão material às vezes me incomoda. Eu prefiro, assim, o sentimento, o que você proporciona pra pessoa internada (Entrevistada 1 – Voluntária).

O ideal seria só conversar, não precisar levar nada de doação (Entrevistada 3 – Voluntária).

Eu acho que o fato de um voluntário chegar, pegar na mão de um paciente, conversar, bater um papo, dar um apoio, é maior que a necessidade material porque a necessidade material todo mundo pode suprir, e essa necessidade, eu acho que o

voluntário é que tem que ter esse dom, né. Eu acho que é emocional (Entrevistada 8 – Voluntária).

A partir das observações de campo percebeu-se que no cotidiano do HUB, as ações de humanização dos voluntários ocorrem mais na relação com os pacientes do que na busca de uma mudança na estrutura do hospital. Uma voluntária ressaltou que a visão do voluntário sobre a pessoa que busca atendimento no HUB é diferente entre os voluntários e os profissionais. Segundo essa entrevistada, “A nossa visão de mundo muda o conceito do médico de entender o doente. O doente não é um número. É uma pessoa.” (Entrevistada 1 - Voluntária) Isso porque para os voluntários o objetivo é atender a pessoa em sua totalidade independente da sua doença.

Apesar dos dados tratarem da humanização a partir das relações entre pacientes e profissionais, entende-se que essa prática perpassa outras dimensões da instituição como os arranjos técnicos e gerenciais e possui, inclusive caráter político, tal qual expressa Ayres (2006). Nessa compreensão, “humanizar, além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização.” (ibid., p. 70)

Uma profissional do HUB problematizou a complementaridade entre as ações dos voluntários e dos profissionais no âmbito da humanização no seguinte trecho:

A gente não pode negar que a ação voluntária existe. Assim, eu acho que ela é importante do ponto de vista do apoio da questão dos programas. Então, eu acho que essa coisa do cuidado, enfim, ela tem que existir. Mas eu acho que ele não pode substituir, não pode substituir o que a gestão tem que fazer ou que o Estado tem que fazer. Então, essa visão do voluntariado do ponto de vista da política, não pode substituir o Estado. (Entrevistada 17 – Médica)

Nesse sentido, chama-se atenção para que a existência do voluntariado e das suas ações de humanização, não substituam a responsabilidade dos gestores e dos profissionais e nem os desresponsabilizem da construção de um serviço de saúde e do reconhecimento desse direito social. Portanto, é importante contextualizar a humanização dentro da política de saúde.

Na leitura de Minayo (2006, p. 28), há um descompasso entre o marco constitucional e a realidade vivida na saúde pública, na medicina pública e nos equipamentos públicos, uma vez que, “ideal e hipoteticamente, eles [cidadãos] têm direito a acesso universal e os governos investem na contratação de bons profissionais e equipamentos visando a lhes oferecer

serviços gratuitos e de qualidade. A realidade é bastante diferente, restritiva e cheia de precondições”; logo, “falar da humanização das relações e dos cuidados soa como impropriedade absoluta”. Segundo Martin (2004), o atendimento humanizado está relacionado primeiramente ao direito à assistência médica. Uma vez garantido o direito à assistência, pode-se falar, dentre outros, do direito a terapias adequadas, o direito do doente de saber sobre sua vida e seu tratamento, e o direito das pessoas a um ambiente propício a viver e morrer com dignidade.

A humanização é um direito dos usuários da saúde segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁵⁹, Portaria nº. 1.920/2009, assim preconizado: “Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos”. Percebe-se, porém, que esse direito tem sido frequentemente violado e repassado como atribuição para os voluntários. Considerar a humanização como um direito implica ressignificar essa prática.

Casate e Corrêa (2005) identificaram, a partir de uma revisão de literatura, que no período entre 1950 e 1980 a humanização era entendida em uma perspectiva caritativa, sendo o paciente um ser frágil, vulnerável e dependente, que desperta a piedade dos profissionais de saúde e valoriza a sua compaixão e o caráter divino de sua atuação. Nos anos 1990, por sua vez, há uma alteração nessa concepção, que passa a ser pautada na alteridade e no diálogo. A humanização incorpora outros elementos como a cidadania, a participação crítica e a qualidade dos serviços.

Essa dimensão da humanização foi reconhecida enquanto ação governamental a partir do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), de 2000, com o objetivo de fortalecer e articular as ações de humanização já existentes, melhorar a qualidade e a eficácia da atenção para os usuários e capacitar os profissionais para a valorização da vida humana e cidadania.

⁵⁹ A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2009 como uma ferramenta para que o cidadão conheça os seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento de saúde. O documento foi elaborado a partir de seis princípios basilares: 1) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; 2) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; 3) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; 4) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; 5) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e 6) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Em 2003, o programa foi transformado na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS⁶⁰, sendo a humanização entendida como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2008, p. 8). Essa política baseia-se nos valores da autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

Ao se questionar a quem cabe a tarefa de realizar a humanização no HUB, com destaque para a atuação do voluntariado, busca-se compreender como o postulado da humanização da política de saúde ocorre no cotidiano de um hospital público. Entende-se que há muito a se avançar na humanização das relações nesse hospital e na responsabilidade dos profissionais e gestores em promovê-la, o que envolve diversas dimensões, tal qual aponta a política⁶¹.

5.3 As relações sociais no cotidiano do hospital: profissionais, voluntários, usuários e direção

No presente item, tem-se a análise das relações entre voluntários, profissionais, usuários e a direção do HUB no cotidiano do hospital. Ressalta-se que essa temática foi a que conteve maior divergência entre as respostas. Primeiramente será apresentada a percepção dos entrevistados sobre a relação entre os voluntários e os usuários dos serviços. Posteriormente, tratar-se-á da relação entre a equipe de profissionais e os voluntários, sendo abordados os limites e restrições para atuação do voluntariado, a complementaridade entre as ações, além de relatos exemplificativos. Por fim, o foco será a relação do voluntariado com a direção do hospital.

O representante da direção declarou na entrevista que considera existir “uma boa conduta em geral do voluntariado e da associação com a direção, com os profissionais e os

⁶⁰ Lançada em 2003, essa política busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, de modo a romper práticas desumanizadoras na saúde pública. Os objetivos do Humaniza SUS são: ampliar as ofertas da PNH aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/ fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil; e divulgar a PNHU e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições. Cf. Mais informações disponíveis em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em: 12 out. 2012.

⁶¹ A Política Nacional de Humanização reconhece que para sua implementação são necessárias ações nos seguintes eixos: 1) eixo das instituições do SUS; 2) eixo da gestão do trabalho; 3) eixo do financiamento; 4) eixo da atenção; 5) eixo da educação permanente; 6) eixo da informação/comunicação; e 7) eixo da gestão da PNH.

assistidos.” (Entrevistado 19 - Diretor) Porém, a partir dos dados identificou-se relações complexas e contraditórias entre esses atores, que influenciam a compreensão da saúde enquanto direito e as possibilidades de atuação do voluntariado.

Os voluntários entrevistados relataram que os usuários do HUB reconhecem o seu trabalho e compreendem o seu papel na instituição. Não foram citadas situações de conflito entre voluntários e usuários, ao contrário, houve exemplos de agradecimento pelo trabalho realizado e de uma boa convivência do voluntariado com os pacientes. Uma voluntária exemplificou esse reconhecimento ao declarar: “Eles [os pacientes] escreveram no cartaz ali na porta [da AVHUB] “Deus abençoe esse lugar.” [...] Então, eu vejo como a forma que a pessoa teve de reconhecer, assim, não sei, de certo alguém que já foi ajudado. [...] Mas é muito grande, assim, o reconhecimento” (Entrevistada 5 - Voluntária).

Outras voluntárias revelaram essa consideração nos seguintes trechos: “Eles [os pacientes] gostam demais da gente” (Entrevistada 3 - Voluntária); “Os pacientes reconhecem demais. Acham muito bom o voluntariado. Agradecem demais a gente. Muito. São muito agradecidos. [...] Eles gostam muito do voluntariado. Eu sinto que eles gostam” (Entrevistada 2 - Voluntária); “Eles gostam muito, gostam muito mesmo. [...] Eles ficam esperando a gente chegar. A maioria, eles reconhecem sim, acham importante porque eles se sentem valorizados, né. [...] Tem que dá um pouco de atenção também. Quando a gente faz isso, eles gostam muito” (Entrevistada 4 - Voluntária).

Entre os profissionais, também houve depoimentos que afirmavam o reconhecimento do trabalho voluntário pelos usuários: “Muitos [pacientes] já conhecem o trabalho deles. São doentes crônicos, né, que ficam lá muitos anos com a gente. Então, eles adoram o trabalho do voluntariado. Eles gostam. É muito bom” (Entrevistado 18 – Médico). Outra profissional declarou:

Eu tenho ouvido muitos elogios por parte dos pacientes que eu vejo: “Só no HUB que tem isso”. Tem muitos pacientes que são daqui, do Hospital de Base, do HRAN, de outros hospitais, e eu já ouvi vários elogios por parte do voluntariado. [...] Então, é, assim, pelo menos aqui no hospital o elogio referente à associação de voluntários é bem nítido (Entrevistada 14 – Assistente Social).

Tal compreensão também foi reforçada pelo diretor ao afirmar que: “Eles [pacientes] gostam muito do hospital e também recebem bem essas ajudas” (Entrevistado 19 - Diretor).

Quando questionados sobre quais as razões para esse reconhecimento e sentimento de gratidão e em que medida o trabalho realizado pelos voluntários efetivamente contribui para os usuários, percebeu-se a crítica por parte de alguns profissionais entrevistados ao afirmarem que é mais fácil recorrer aos voluntários do que buscar políticas públicas que promovam a

autonomia do sujeito. Nesse sentido, os entrevistados afirmaram que o voluntariado não possibilita que os usuários do serviço tenham autonomia, criando uma relação de dependência com o usuário. São, portanto, práticas caracterizadas como assistencialista, paternalista e clientelista.

E isso distancia, né, do que você pretende que o sujeito tenha que é autonomia, que é decidir o que seja melhor pra saúde dele e tudo. Aí você fica naquela situação: “Eu vou ter que meio que ser bonzinho ou ter que aceitar o que o sujeito tá me oferecendo se não eu não vou ter nada.” Não dá autonomia (Entrevistada 11 – Assistente Social).

Eu doo e você tem a obrigação de continuar pobre, sabe. É uma visão que eu tenho. Eu doo e por eu estar te dando essa roupa, por eu estar te dando essa ajuda financeira, você tem que permanecer ali na pobreza, entendeu. Você tem que permanecer naquela forma. [...] Esses pacientes, eles têm que ter autonomia. Eles são pobres, eles têm uma questão, uma condição financeira inferior até a nossa, mas eles são pessoas dignas. Eles são pessoas que têm capacidade de se desenvolverem, né. [...] Então, eu percebo é que quando tem um grupo de voluntárias dentro do hospital, eu consigo visualizar esse lado: “Ah, eu tô lá, eu doo, mas eu quero que eles permaneçam naquela situação de pobreza, ou seja, porque sempre eu vou ficar doando” (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Essa busca pela autonomia dos usuários atendidos pelos voluntários também foi expressa pelo diretor do HUB. Segundo o entrevistado, há uma diferença entre promover a autonomia e submeter a pessoa necessitada “ao beneplácito da sua ajuda”, nos seus termos (Entrevistado 19 – Diretor), uma vez que, “quando alguém é ajudado é a transferência de algum bem ou de alguma capacidade que o ajudado, o atendido pelo voluntariado, né, o beneficiário do voluntário precisa e se você não provê substituto para isso, você nunca vai poder contemplar essa pessoa a viver por conta própria” (Entrevistado 19 – Diretor). Dessa forma, relata, “Acho que são duas ações, né, a de prover aquilo que é necessário sem super estimar aquela contribuição e sem subestimar a condição do assistido, ao contrário, promovendo ao mesmo tempo sua autoestima, sua recuperação, ou da sua família” (Entrevistado 19 - Diretor).

Uma entrevistada buscou compreender porque há esse reconhecimento por parte dos usuários no seguinte trecho:

Porque é mais fácil as pessoas aceitarem aquilo que é paternalista do que elas aceitarem aquela coisa de que elas precisam conquistar, né. [...] Porque às vezes é mais fácil acreditar naquela coisa paternalista, né, de que eu sou o coitado. Mas também a gente tem que entender a vulnerabilidade das pessoas, né, porque a vulnerabilidade tá colocada (Entrevistada 17 – Médica).

Percebe-se que essa relação dos voluntários com os usuários, na percepção dos profissionais, envolve, por um lado, uma situação de carência dos pacientes seja material ou emocional, a partir da qual o voluntariado torna-se uma referência para eles no hospital. As

necessidades estão postas e precisam ser atendidas, independentemente de serem assistencialistas ou paternalistas. As práticas políticas da doação e do favor são apontadas em oposição à reivindicação por direitos. Nesse sentido, trata-se de uma relação que mantém a subalternidade, a condição de pobreza e que não promove a autonomia dos usuários. Essa crítica foi reforçada principalmente pelos assistentes sociais entrevistados que recordaram o histórico da profissão e as rupturas entre a técnica de intervenção frente à caridade, a filantropia e o assistencialismo.

Apesar das críticas, os dados apontam que na visão dos voluntários os próprios profissionais têm reconhecido os voluntários como parte integrante do hospital:

[Os profissionais] Reconhecem a importância do meu trabalho, por isso que nesses anos eu nunca tive problema com eles. Nem com paramédico, nem com ninguém da equipe, nem com chefia (Entrevistada 2 – Voluntária).

Os médicos sabem os objetivos da AVHUB. [...] Os enfermeiros sempre nos deram suporte (Entrevistada 3 – Voluntária).

Então, hoje os profissionais do hospital estão nos vendo com outra visão, como pessoas que podem ajudar, que podem acrescentar, que, no início foi mais difícil aceitar. Mas hoje já nos vêm. Algumas categorias, eu acho que ainda restringem, sabe, mas 80% já nos vêm assim como uma coisa benéfica (Entrevistada 1 – Voluntária).

A compreensão sobre a relação entre a equipe de saúde e os voluntários é vista de forma semelhante pelos profissionais. Nesse sentido, os dados expressam a afirmação de que o voluntariado é um elemento importante no cotidiano de atendimento aos pacientes:

O objetivo do tratamento é tratar bem o paciente, recuperar a saúde dele, né, e com certeza esse apoio que eles [voluntários] fornecem é fundamental para isso (Entrevistado 18 – Médico).

Sem eles [voluntários] falta uma pecinha, sabe. Se falta uma peça, não fica completo. Então, ele é uma peça importante do nosso trabalho, do nosso recinto aqui, e isso aqui é muito bom (Entrevistada 13 – Pedagoga).

Por mim, se tivesse dois, três voluntários aqui pra conversar com todo mundo seria muito melhor. Todos os dias, sempre, pra mim seria tranquilo (Entrevistada 9 – Enfermeira).

A gente tem a sacada de que precisa de uma equipe, de um corpo de voluntariado grande, sem a gente ir de jaleco, pessoas sem uniforme chegar no paciente e simplesmente entender qual é a compreensão dele em relação a aquilo todo. Não é que vá fazer terapia, mas que ele venha pra entender (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Isso se apresenta na perspectiva da complementaridade entre as ações dos profissionais e dos voluntários, principalmente na humanização do hospital.

Na área de saúde, a gente pode dizer que qualquer atendimento a uma pessoa doente, a pessoa que está fragilizada, é multiprofissional. Não é só o médico, não é só enfermeira, não é só nutricionista. Eles têm que contar com psicólogo, né, temos que contar como aquele que vai lá e arruma a cama do paciente, dá banho nele. E também é muito útil a presença de pessoas que vão lá conversar com o paciente, né, de igual pra igual, ver a necessidade humana dele ou o problema dele, ver a família dele, quais são os problemas familiares que ele tem. A maioria das pessoas que internam aqui são pessoas carentes, né, e a carência se manifesta de diferentes formas. Não é só material (Entrevistado 18 – Médico).

A relação com os voluntários é maravilhosa. Eu sempre acho, assim, que o voluntário é mais um ser que vem me ajudar (Entrevistada 13 – Pedagoga).

A rede pública, por questões que a gente deve saber de falta de material, de gente, tudo, não dá, mas que quando chega um voluntário: “Oba, chegou um voluntário.” É uma soma, sabe. [...] Você tá complementando o trabalho deles, que deveria ser o trabalho do hospital, mas aí, os voluntários entram nesse trabalho (Entrevistada 1 – Voluntária).

Por outro lado, houve profissionais que afirmaram que os voluntários não são reconhecidos pela equipe, conforme o trecho abaixo:

Eu acho que por eles não terem essa legitimidade, essa legitimidade, essa estrutura, né, como voluntários, os profissionais então não os reconhece, entende. Então, não sabe exatamente qual é o trabalho que eles fazem aqui [...] Então, eu acho que por isso os profissionais não respeitam, entendem (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Há outros, porém, que reconhecem a importância do voluntariado, mas diferenciam essas ações, afirmando que essas contribuem, mas não são essenciais ao desenvolvimento do trabalho profissionais.

Eu não consigo ver como ele seja complementar da equipe. Eu acho que ele tem, eu acho assim se ele deixar de existir, eu não, eu não sei onde vai deixar de ter falta, vamos assim dizer. Hoje ele vem e é ótimo. Mas se ele não tiver, o nosso trabalho vai continuar, vai continuar acontecendo. [...] A gente não depende de uma equipe de voluntários, não depende dos voluntários pra acontecer, tá. Nem o Serviço Social depende do voluntário pra atender (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Identificaram-se algumas razões para a diferença de percepção entre os relatos dos profissionais. Primeiramente, essa pode ser atribuída à estrutura do setor no qual os profissionais trabalham, englobando a formação da equipe e quantidade de profissionais, a infraestrutura física e os recursos disponíveis para atendimento aos usuários. Quanto maior for essa estrutura, maior a possibilidade do voluntariado não ser essencial para o desenvolvimento das ações pelos profissionais. Por outro lado, quanto menor for essa estrutura, será demandada uma maior participação do voluntariado nas atividades cotidianas do setor. Outra razão para isso trata da organização do núcleo de trabalho e da equipe de voluntários, que de acordo com as atividades realizadas e mobilização pessoal dos voluntários, pode ter maior ou menor envolvimento com a equipe de saúde.

Um dos focos da pesquisa era compreender se havia a substituição das ações dos profissionais por voluntários, ou seja, se devido à precariedade da situação da saúde pública, incluindo o déficit de profissionais, havia sua substituição por voluntários. Ressalta-se que no HUB, por tratar-se de um hospital escola, há a modalidade de profissional voluntário, que poderá desenvolver pesquisas em determinada área de atendimento ou aprimorar alguma técnica desenvolvida por profissionais do hospital. Nesse caso, os profissionais voluntários vinculam-se à Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais (DASA), sob supervisão do setor no qual irá trabalhar. As atividades desses profissionais são estabelecidas em um Plano de Trabalho⁶². Tal fato é explicitado pelo representante da direção:

[...] nós também aceitamos a adesão de profissionais aqui, que pelo conceito do hospital, pelo tipo de trabalho que o hospital faz, que interessam-se por fazer pesquisa ou mesmo por atender para aprender melhor aquele procedimento ao qual ela se dedica na sua especialidade, e vem aqui e trabalham sem remuneração como voluntários profissionais (Entrevistado 19 – Diretor).

Segundo a maioria dos voluntários entrevistados, a associação não aproveita o título da pessoa, uma vez que as atividades dos voluntários não se vinculam às suas áreas de formação.

A associação não aproveita o título, por exemplo. Tem gente que fala "Eu sou psicólogo e quero trabalhar com vocês", pensando que vai fazer uma escuta psicológica, uma psicoterapia. Não é assim. A gente trabalha só mesmo acolhendo as pessoas e... Não olhamos grau de estudo. Vamos supor, a graduação. Não olhamos esse lado (Entrevistada 5 – Voluntária).

Você é voluntária, voluntária de alguma coisa, saúde é outra coisa, do ponto de vista que eu acho inclusive que os atritos que ocorreram entre o hospital e a associação foram por conta disso (Entrevistada 1 – Voluntária).

Porém, uma voluntária declarou que há médicos vinculados à associação como voluntários que atuam em sua área. "Médico tem muitos voluntários até hoje. Tem muito médico aqui que trabalha como voluntário. Vários médicos, vários médicos" (Entrevistada 2 – Voluntária). Há ambiguidades nos discursos sobre essa questão uma vez que por um lado, voluntários afirmaram que a formação profissional não é reconhecida, enquanto outros destacam a atuação de voluntários na sua área profissional. Destaca-se a importância de se problematizar esse assunto dentro da associação e do hospital tendo em vista a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e a responsabilidade por essa atuação.

⁶² No referido Plano de Trabalho constam a descrição das atividades, os horários de prestação dos serviços e o período de início e fim das atividades. O processo é analisado e autorizado pela DASA, com assinatura do Temo de Adesão do Trabalho pelo Reitor da UnB, conforme a Circular HUB/DAAD nº. 17, de 11 de setembro de 2006.

Uma profissional fez ponderações sobre a possibilidade de voluntários atuarem em sua área de formação.

Por exemplo, o voluntário deveria, né, ter essa, ou então, ele esquece lá fora quem ele é e vem pra cá ser voluntário sem ter profissão nenhuma. Aí ele vai ter que ser totalmente neutro em tudo, sabe, vai ter que ser totalmente neutro. [...] Porque senão, eu entro aqui como voluntária, aí eu sou enfermeira, eu vou querer fazer procedimentos de enfermagem. Não é complicado? Eu sou assistente social, eu vou querer ser, fazer procedimentos de assistente social? Quer dizer, intervir como assistente social. Então, tem que tomar esse cuidado (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Outra preocupação dos profissionais é a substituição da contratação de profissionais por voluntários que desenvolvem atividades técnicas vinculadas a sua área de formação.

Mas, usar o voluntariado pra cumprir, pra fazer trabalho onde teria que ter um profissional realmente legalizado, registrado, aí é uma contradição terrível, tá. Aí, eu discordo plenamente do voluntariado. Eu acho que o voluntariado tá ali sim, por exemplo, eu trabalho, eu quero me dedicar, né, a uma atividade sem eu tá utilizando daquilo pra outro meio. Eu acho que seria muito, é válido. Mas utilizar o voluntariado, por exemplo, eu vou pegar lá um voluntário e vou colocar no lugar de um auxiliar de enfermagem, eu acho isso aí o fim. Não dá pra concordar (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Entende-se que os voluntários não podem interferir nas prescrições dos profissionais. Segundo uma voluntária entrevistada, “O hospital nos aceita muito bem e nós também não interferimos no trabalho do hospital” (Entrevistada 3 – Voluntária). Essa entrevistada ainda declarou: “Nós temos que ser invisíveis, ajudar” (Entrevistada 3 – Voluntária).

Na perspectiva dos profissionais, há limitações para a realização do trabalho voluntário na área da saúde, conforme os trechos abaixo:

Eles seguem exatamente o papel deles. Eles não extrapolam. Eles não vão invadir a prescrição médica, eles não vão invadir o trabalho da enfermeira, do nutricionista, do psicólogo. De jeito nenhum. E nem da assistente social. Eles respeitam e fazem exclusivamente o trabalho deles. E quando são requisitados, eles respondem, né, diante das normas do hospital. Lembrar que eles têm regulamento, eles têm tudo, né. E qualquer desvio, né, dessa norma de conduta que eles têm lá, a pessoa é chamada e muitas vezes até desligada porque ela tem que trabalhar de acordo com as normas que eles têm, o objetivo deles, né. Não pode sair daquilo, certo (Entrevistado 18 – Médico).

Mas aqui não tem nenhum problema. Vindo, explicando o que que vai fazer, e se tiver qualquer coisa errada, a gente chama e corrige, entendeu. [...] Então, as meninas sempre perguntam pra gente qual o melhor horário, qual o melhor dia pra vim pra atender os pacientes. A gente tem uma boa interação com eles, né! (Entrevistada 9 – Enfermeira)

Uma entrevistada ressaltou as implicações éticas de se envolver os voluntários em discussões sobre os usuários.

Qual é o compromisso ético da gente envolver também esse voluntário numa discussão sobre aquele paciente já que ele tá aqui não pra ser um profissional de saúde, tá com um recorte muito específico? São situações também até éticas que a gente tem que questionar. O que que a gente tem que discutir a situação desse paciente com esse voluntário que tá ali? Até onde é o limite desse voluntário aqui dentro da instituição? (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Segundo informações obtidas ao longo da coleta de dados, essas orientações de conduta são fornecidas aos voluntários logo no seu ingresso na AVHUB. Dentre elas, como se portar quando o médico entra na enfermaria para atender um paciente ou durante os procedimentos de higiene, além de aspectos como não oferecer nenhum alimento ou receitas de medicamentos caseiros aos usuários e não distribuir orações, imagens de santos e nem artigos religiosos. Nos termos de uma voluntária,

Entrou um médico, você sai. Tá fazendo procedimento de higiene, você não ficar vendo. A porta tá lá “Proibido contato”, você não entra. Você não entra em um box de emergência. Você não fala pro paciente: "Oi, tudo bem?" É um hospital. Você não vai oferecer chazinho, você não vai dar santinho porque esse santo vai te curar. A gente não pode entrar numa sala que tá "Proibido contato". Você não dá sabonete pra pessoa que tá com doença de pele. Você não vai pro hospital quando você tá gripada, resfriada. É o mínimo. Você vai passar pra pessoa. As pessoas estão com sistema imunológico baixo. São coisas assim básicas que a gente vai aprendendo com o tempo (Entrevistada 3 – Voluntária).

Inclusive está em fase de sistematização um guia com essas orientações. Segundo uma voluntária, a intenção é criar “Normas de atendimento, técnicas de como abordar o doente. A associação já tá fazendo, já tá nisso. Padronizar é a palavra. Padronização sem afetar a humanização” (Entrevistada 3 – Voluntária).

Essa relação entre voluntários e profissionais e os limites da atuação foi observada com muita cautela pelos profissionais entrevistados que relataram situações em que voluntários desenvolveram atribuições de profissionais e inferiram na atuação da equipe.

Há um tempo atrás, tinha uma voluntária que tava orientando os pacientes, vinha pra cá, fazia nos leitos, né, e orientava paciente com a parte que era do Serviço Social. Então, às vezes, quando a gente chegava pra abordar o paciente: “Não, uma senhora já veio, já nos orientou” (Entrevistada 14 – Assistente Social).

Já aconteceu de ter uma voluntária que fazia, eu orientava um paciente aqui dentro, ela lá fora e ela orientava de outra forma. E o paciente é claro que ele vai preferir aquela outra orientação porque normalmente quando você orienta, você orienta dentro dos critérios da legislação e quem tá orientando não, né. Quem não tem esse preparo profissional, ele vai orientar, né, dentro do jeitinho. Então, é isso. Então, assim, isso aconteceu, mas assim, a gente, comuniquei a minha chefia que isso tava acontecendo e essa pessoa foi chamada e tudo pra que não fizesse mais isso (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Uma voluntária também expôs uma situação na qual uma voluntária interviu na atuação de uma enfermeira.

Ele [o voluntário] é preparado em reuniões pra não fazer isso. Mas às vezes faz. Ele é preparado pra não interferir no andamento do hospital, pra não interferir no hospital. [...] Teve um caso de um voluntário aí, que interferiu em como a enfermeira tava tratando um paciente e eu sei que esse caso foi parar na direção. Foi pro diretor (Entrevistada 5 – Voluntária).

Houve ainda o relato de duas profissionais sobre uma situação grave, na qual um voluntário chegou a falsificar a assinatura do médico para obtenção de passe livre interestadual a pacientes com câncer sem os critérios exigidos. Tais documentos eram vendidos aos usuários do serviço, o que caracterizaria uma infração penal. Essa situação, segundo as entrevistadas chegou à direção do hospital e houve inclusive investigação policial.

A relação mais conflituosa entre voluntários e profissionais acontece com a equipe de Serviço Social. Segundo algumas profissionais, a atuação do voluntariado é paralela à do Serviço Social e em alguns momentos do hospital, devido ao reduzido quadro de profissionais, o voluntariado tinha maior espaço e prestígio que os assistentes sociais.

Então, aqui no HUB, o voluntariado tem sido muito forte e muito, e muito paralelo com o Serviço Social. [...] Chegou um momento que o voluntariado tinha mais prestígio que o Serviço Social aqui, ele tinha um espaço físico enorme, eles tinham se instalado dentro da instituição, né, e eles praticamente mandavam assim, né. Tudo que se fazia para o usuário do serviço era através do serviço de voluntariado. [...] Tudo o que você precisava, tu pedia pra eles. Passagem, roupa, remédios, né, tudo. O Serviço Social não tinha voz (Entrevistada 11 – Assistente Social).

Nós tínhamos aqui uma deficiência muito grande tanto também de recursos humanos, recursos em específico de Serviço Social. Então, por muitas vezes, o Serviço Social não era acionado pra atender uma determinada situação, a equipe não chamava, mas chamava a equipe, por exemplo, de voluntariado que se tinham pra dar resolução pra aquela situação específica e pulava um pouquinho a parte da assistência, a política social mesmo particularmente falando (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Há ainda, de acordo com os relatos dos profissionais, uma dificuldade de clareza sobre os papéis e os limites da atuação entre o voluntariado e o Serviço Social conforme apresentam alguns trechos:

O que que demanda Serviço Social e o que que demanda voluntariado? Ainda não tem essa divisão de tarefas por assim dizer. Eles ainda chegam, ainda vão direto no leito, fazem abordagem, fazem assistência... Assistência que eu digo assim, de trazer material de higiene, dar pra eles mesmo roupa, calçado, esses negócios que pessoas que vem de fora, porque é um hospital nacional aqui, né, então às vezes as pessoas vem de muito longe e acabam não trazendo tudo que precisa, e às vezes chega também transferido ou vem numa situação de rua e acaba que precisa dessa assistência deles. Então, não tem controle (Entrevistada 11 – Assistente Social).

Eu vou dar exemplo de uma passagem de ônibus, muitos [pacientes] vão com aquela afã de achar que no Serviço Social nós vamos dar dinheiro da passagem pra ele, e até a gente explicar que o nosso papel ali não é esse... Muitos saem até com raiva porque muitas vezes a gente encaminha para a associação e lá eles vão saber se vão realmente ter esse dinheiro ou não, mas eles saem assim, com uma certa raiva entre aspas do Serviço Social porque naquele momento ele precisou e não foi ajudado (Entrevistada 12 – Assistente Social).

Na interpretação de uma voluntária: “A associação atua não interferindo no trabalho do assistente social. Mas elas não têm dinheiro. O governo não repassa pra elas” (Entrevistada 3 - Voluntária) Outra entrevistada destacou a atuação conjunta entre Serviço Social e voluntariado, com destaque para o planejamento das ações e para a compreensão da realidade do HUB.

Eu acho que eles têm que trabalhar em harmonia com as equipes e ter um entendimento de realidade. E aí, entramos nós assistentes sociais. A gente tem que mostrar isso pra eles. Eles não tão entrando sabendo. Eles tão entrando realmente pra fazer o que pra eles vale. Pra eles, o lugar é ajudar o próximo. Isso eles têm que fazer (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Outro assunto citado nas entrevistas tratou da circulação dos voluntários no HUB. Uma profissional ressaltou que já houve momentos em que não havia o controle sobre o acesso dos voluntários, o que implicava em um livre acesso dos voluntários ao hospital. “Tinha pessoas que circulavam nesse hospital sem identificação, falava que era do voluntariado, sabe, e a gente cobrou muito isso e eles conseguiram fazer” (Entrevistada 10 – Psicóloga). Tal situação é considerada muito séria por outra entrevistada:

Porque a partir do momento que eu coloco o meu crachá de voluntário, eu tenho acesso ao hospital, assim como o funcionário tem, entendeu. Então, o trabalho do voluntário, ele tem que ser muito sistemático, ele tem que ser coordenado de uma forma muito rigorosa porque eu tenho acesso a qualquer enfermaria, eu tenho acesso a qualquer documento, aliás, eu digo qualquer documento não, mas eu facilito o meu acesso a um prontuário do paciente, entendeu. Então, por isso é muito sério (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Uma voluntária relatou na entrevista, uma experiência que implicou em risco à saúde do paciente. Na situação, o paciente não poderia ter contato com ninguém, mas foi visitada por voluntárias que não tinham informação sobre essa restrição.

Logo que a gente começou no hospital, eu e uma amiga, aí a gente não sabia. A gente tava começando. A gente entrou em uma sala daquelas que o paciente tava sozinho e a gente entrou, né, pegamos na mão dele, conversamos, e o homem não era pra ter contato com ninguém. Tava no isolamento. E a gente não sabia. Pra você ver, a falta de informação. Aí, a médica: "Não era pra vocês terem entrado aí." A médica ficou morta de medo porque o homem tava muito doente (Entrevistada 4 – Voluntária).

Os dados apontam que nas práticas do hospital, as relações entre os voluntários e a equipe de saúde não possuem regras claras sobre os limites para atuação dos voluntários, o que reforça o argumento da existência da associação a partir das relações cotidianas do hospital e não por normas formalizadas. Conforme destacam os profissionais, o fato de se atuar em um hospital, com pessoas em situação de fragilidade física e emocional, deve seguir orientações claras sobre as possibilidades e as restrições na atuação de voluntários, inclusive para preservar a saúde dessas pessoas. De acordo com uma entrevistada,

As pessoas que utilizam o hospital, os pacientes, aí, eu tô falando dos pacientes, são muito fragilizadas, elas precisam estar em contato com pessoas que de fato possam contribuir com aquele momento dela (Entrevistada 10 – Psicóloga).

Nogueira-Martins, Bersusa e Siqueira (2010, p. 948), em pesquisa sobre a atuação de voluntários na saúde, também destacam esse aspecto ao afirmar que “é fundamental a existência de regras, normatizações e limites para as atividades do voluntariado”. Nesse contexto também ganha destaque a responsabilidade dos voluntários por suas ações. Na Lei nº. 9.608/1998, que dispõe sobre o serviço voluntário, é estabelecido no art. 2º que “O serviço voluntário será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício”.

Por fim, sobre a relação entre o voluntariado e a direção do hospital, percebeu-se a partir das entrevistas, que trata-se de uma relação inconstante, que varia de acordo com a perspectiva e a compreensão de quem assume esse cargo. Dessa forma, em alguns momentos o voluntariado ampliou suas ações com o apoio de determinadas direções, e em outros reduziu seu espaço de atuação. Isso foi encontrado tanto nos depoimentos de profissionais como de voluntários.

Na visão dos profissionais, identificaram-se argumentos de que os voluntários possuem um apoio político forte construído ao longo de sua história.

Mas eles [voluntários] já têm um apoio político antigo. Eles já tão aqui há muito tempo. Então, eles têm um apoio antigo político, sustentado em algumas figuras aqui do hospital, pelos próprios usuários que gostam, né, do trabalho que eles fazem. Eles já estão enraizados aqui no HUB, eles já estão bem enraizados, né! (Entrevistada 10 – Psicóloga).

Uma coisa que tá há 20 anos tem que ter legitimidade. Com todas as críticas que a gente faça, tem que ter legitimidade. Não é a toa que eles têm lá a sua logomarca. [...] Eu acho que elas têm legitimidade pela sua ação, pela sua relação com as pessoas, com o trabalho, né, do cuidado. Se não, não iam sobreviver aí 20 anos (Entrevistada 17 – Médica).

Houve, por outro lado, falas que destacaram que tal legitimidade está condicionada à direção do hospital. Uma profissional afirmou inclusive que não há legitimidade.

Teve períodos aí que muda o diretor, tem uma visão diferente. E cada diretor tem uma visão do que é voluntariado. É ele que, digamos assim, é ele que analisa do ponto de vista administrativo maior o papel do voluntariado. [...] O papel do voluntariado depende muito da visão do diretor, de quem tá administrando (Entrevistado 19 – Médico).

Eles não têm essa legitimidade até porque mudou o diretor, se o diretor acha legal a questão dos voluntários, beleza, ele abre espaço, ele dá essa legitimidade pra eles, sabe. Mas se entra um outro diretor com uma outra visão, aí a gente percebe que eles têm que ficar brigando por espaço, sabe. Então, é uma questão difícil pra elas, tá. Eu acho que elas não têm legitimidade. Elas têm depende muito de quem é o gestor que tá na frente (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Uma voluntária explicitou de forma clara a importância do apoio da direção para a realização do seu trabalho ao declarar que “Sem o apoio da direção, da chefia, nós não podemos fazer nada” (Entrevistada 2 - Voluntária).

Segundo todos os voluntários entrevistados, a atual direção tem apoiado o trabalho voluntário no hospital. “Ele apoia muito esse trabalho, apoia a associação.” (Entrevistada 5 – Voluntária); “Ultimamente parece que a gente tá melhorando bem essa relação com a direção” (Entrevistada 7 – Voluntária); “A direção que está hoje, eu sei que vai dá total apoio. [...] Disse que o que a gente precisar, ele apoia” (Entrevistada 1 - Voluntária); “E o voluntariado tá tendo muito apoio do diretor e da administração geral porque ele dá apoio é uma coisa. O reitor tá dando apoio, o vice-reitor tá dando apoio, a direção em geral tá dando apoio a gente” (Entrevistada 2 - Voluntária); “Eu acho que há um apoio, sempre houve apoio, com raríssimas exceções, com raríssimas exceções. Mas inclusive agora mesmo, nesse momento, o hospital, a direção do hospital tem se mostrado sensível, tem se mostrado bem afável ao trabalho da associação” (Entrevistado 6 - Voluntário); “Com essa nova direção do HUB, nossa, o apoio, eu acho maravilhoso” (Entrevistada 8 - Voluntária).

Esse apoio da direção atual também é visto nos relatos de profissionais:

Eu acho que tem apoiado sim até porque eles sabem o potencial que eles têm aqui dentro porque é uma equipe muito grande que já tá aqui há muito tempo, ganhou espaços aqui dentro, espaços de respeito, e que tem o seu trabalho. O hospital sabe que eles precisam, os pacientes precisam desse apoio em algum momento. [...] Então, eu acho que a direção tem um interesse em manter a associação porque sabe do potencial deles, sabe que a nossa população é muito carente, então, necessita de uma certa forma disso (Entrevistada 15 – Assistente Social).

O representante da direção também declarou apoio ao afirmar: “Olha, o voluntariado sempre é muito bem vindo” (Entrevistado 19 - Diretor). Além disso, declarou: “eu creio que a gente deve se esforçar para manter práticas de voluntariado” (Entrevistado 19 - Diretor).

Houve, porém, uma voluntária que questionou esse reconhecimento pela direção do HUB e pelos profissionais no seguinte trecho:

Mas aí eu não sei se tem esse valor todo. Mas que já teve pior já, sem valor nenhum já. Não sei não. Eu acho que pra lá é indiferente. Se acabasse o voluntariado, os doentes iam sentir falta. Mas o hospital em si, não sei não. Eu sei que com esse diretor agora, valoriza muito. [...] Eu tenho a impressão de que tem gente lá que não sabe nem que tem voluntário (Entrevistada 4 – Voluntária).

Também houve depoimentos sobre gestões anteriores em que não houve apoio, o que interferiu o desenvolvimento das atividades pelos voluntários. As principais implicações foram a redução do espaço físico da associação e a restrição na realização de algumas atividades, como a distribuição de lanches. Observou-se que esses dois aspectos foram polemizados entre os participantes da pesquisa, sendo apresentados argumentos antagônicos sobre esses assuntos.

Uma demanda recorrente observada nas entrevistas com os voluntários tratou do espaço físico da associação, que atualmente conta com uma sala localizada no prédio da Administração do hospital e uma sala localizada entre os prédios da emergência e da internação na qual está instalado o bazar. Segundo os dados, houve momentos na história da AVHUB que essa contou com amplo espaço físico.

Nós tivemos um problema muito grande de espaço aqui dentro. Temos, né. Primeiro, quando eu cheguei aqui tinha uma sala, aí tiraram a sala. Tudo bem que o hospital tá passando por uma melhoria. Depois jogaram a gente em outro local. [...] Mas aos poucos, o pessoal foi vendo o que a gente fazia aqui dentro e valorizar (Entrevistada 7 – Voluntária).

Então, eu não sei muito bem sobre isso não, mas eu ouvi dizer que a diretoria da época não apoiava muito porque se sentia de certa forma incomodada com a atuação da associação [...] Então, aí começaram a restringir. Embora o hospital tenha todo ano construído mais espaços, foi retirado o espaço que tínhamos. Eu acho que por questões políticas, eu acho (Entrevistada 1 – Voluntária).

Mas já tivemos diretores aqui que na época ligou e falou: "Tira suas coisas porque eu preciso de espaço", né. Os nãoos que a gente recebe (Entrevistada 8 – Voluntária).

Diz que um diretor anterior não queria nem dá sala pra gente lá, não queria dá uma sala. Pra você ver. [...] Eu acho que se fosse um negócio que desse valor, a gente deveria ter um lugar melhor (Entrevistada 4 – Voluntária).

Nós tivemos diretores que achavam que voluntário não tem que ter sala aqui no hospital, não tem que ter espaço aqui no hospital. Outros já acham que tem que ter. Então, há uma divergência aí. Na minha opinião, eles têm que ter espaço aqui pra poder trabalhar. Eu acho que o espaço mínimo, adequado, né. Eles inclusive tinham uma atividade de fazer enxovais aqui, costura, né. Não sei se essa atividade continua. Eles tinham uma sala de costura no ambulatório que foi tirada deles. [...] A administração chega e fala: "Preciso dessa sala aqui." Vai e tira eles (Entrevistado 18 – Médico).

A ampliação do espaço físico se apresenta como uma das principais demandas da associação para a direção do HUB, conforme apresenta o diretor entrevistado:

Eu acho razoável que a gente converse. Eles falam do que estão fazendo, do que lhes está preocupando, das expectativas que eles têm do hospital, por exemplo, nós temos uma agenda de melhor localização das atividades que eles desenvolvem. [...] Eles cobram espaço (Entrevistado 19 – Diretor).

Ressalta-se que a ampliação do espaço físico da associação não é vista de forma consensual entre os profissionais. De acordo com uma entrevistada, “Eles [voluntários] entendem que a conquista de espaço e a ocupação de espaço é o que solidifica a prática deles. E não é isso no meu entendimento. Pra mim, o bom uso daquele espaço e uma boa orientação das suas práticas é o que solidifica” (Entrevistada 10 – Psicóloga).

Em relação às atividades desenvolvidas pelos voluntários que foram restritas durante algumas gestões, ganhou destaque a distribuição de lanches realizada junto a pacientes com Hanseníase. Uma voluntária contou o surgimento dessa atividade e disse que essa demanda partiu de um médico gastrologista que percebeu que seus pacientes iam ao hospital fazer uso de medicações sem terem se alimentado antes. Isso causava gastrite, o que agravava a situação de saúde dos usuários. Tendo em vista essa situação, fez a solicitação para que os voluntários distribuíssem o lanche. Ressalta-se que essa atividade já é desenvolvida há vinte anos.

As críticas a essa atividade foram recorrentes entre os profissionais entrevistados:

Na quarta-feira eles distribuem o lanche pros pacientes de hanseníase, tá. [...] Eu não sei exatamente qual é, assim, o objetivo, né. Assim como o paciente de hanseníase vem pro hospital com fome, todas as clínicas com certeza também tem, mas sim, o que pode ser que, o que deve ter acontecido é que algum médico, alguém aqui do hospital fez essa solicitação, né. [...] É uma polêmica. Inclusive questões que interferem na própria nutrição, o que esses pacientes podem comer, né! (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Eu posso em uma semana, durante um dia durante a semana, distribuir lanche na hanseníase porque eu quero distribuir, porque eu quero pelo menos que naquele dia as pessoas tenham acesso a um bolo gostoso. Mas eu acho aquilo muito pouco eficiente (Entrevistada 10 – Psicóloga).

E tem aquela história de trazer lanchinho para os hansenianos. A gente dizia: “Minha gente, o hospital não dá lanchinho pra todo mundo porque a gente não pode dá o lanchinho.” E também quando a gente começou a trabalhar com a questão da qualidade, a gente dizia: “Se a gente dá o lanche, a gente tem que ter o controle da qualidade sobre o lanche porque se o paciente passa mal...” [...] Nós trabalhamos com qualidade. E se eu for dar o lanche, eu tenho que ter a qualidade do lanche e quem dá a qualidade do lanche é a Nutrição (Entrevistada 17 – Médica).

Por outro lado, há argumentos que apoiam a distribuição do lanche:

Eles distribuem um lanche no ambulatório. Não sei se é uma atividade que continua. Mas às vezes o paciente, coitado, ele pega o ônibus de manhã, vem pra uma consulta aqui, às vezes passa o dia inteiro aqui, a consulta é a tarde, não sei o que. E muitas vezes eles não têm nem dinheiro pra comprar um lanche, né. Então, o voluntariado tinha um programa de distribuição de lanche lá no ambulatório (Entrevistado 18 – Médico).

Por exemplo, a distribuição do lanche. Quantas pessoas vem aqui pra marcar uma consulta, vem sem tomar café, vem muito cedo, ou vem pra uma consulta. Nesse dia do lanche, eles já sabem que tem aquele lanche, né. Seria bom se fosse todo dia. Infelizmente não é (Entrevistada 7 - Voluntária).

Percebe-se que as relações entre voluntários, profissionais de saúde, usuários do serviço e a direção do HUB é complexa e envolve diferentes compreensões acerca dos papéis a serem desempenhados pelos voluntários na instituição. Isso implica em compreensões acerca da saúde pública e das instituições públicas de saúde, expressando projetos políticos existentes no hospital. Na maioria dos dados percebeu-se a legitimação do voluntariado e o reforço de suas práticas no cotidiano no hospital. Porém, não se trata de uma visão unívoca, mas com críticas por parte de profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

Uma temática recorrente encontrada nos dados trata da interferência do voluntariado nas práticas dos profissionais de saúde o que expressa uma desprofissionalização e aproximação do senso comum ao trabalho profissional. Apesar de os voluntários afirmarem que respeitam os limites impostos pelo conhecimento técnico, percebeu-se que em áreas como Serviço Social, Psicologia e Nutrição, tais definições não estão claras.

Articulado a isso, outro aspecto a ser problematizado trata da autonomia da AVHUB na definição de seu trabalho, uma vez que por se tratar de uma instituição de saúde, o hospital deve seguir normas de segurança tanto para os pacientes como para os profissionais e os visitantes, no caso os voluntários. A partir dos dados, foi observada a necessidade de um maior acompanhamento por parte do hospital das atividades realizadas pelos voluntários, a exemplo da distribuição de lanche, tópico polemizado entre os entrevistados. Percebe-se que em determinadas atividades, há uma disputa de poder e de responsabilidade por atividades entre profissionais e voluntários.

5.4 As compreensões sobre voluntariado e possibilidades de atuação na saúde

A partir dos dados, há o reconhecimento pelos profissionais e pela direção de que o voluntariado contribui para a construção de um sistema de saúde melhor e para a melhoria da qualidade do atendimento prestado no HUB.

Eu sou muito a favor do voluntariado em tudo, sabe. Eles tão cuidando lá nos adultos com câncer, eles tocam violão, sabe, dias de sábado você vem aqui e tem jovens contando piadas, jovens tocando violão. [...] Eu acho muito importante isso (Entrevistada 13 – Pedagoga).

Então, eu agradeço muito. Se a associação realmente sáísse daqui, eu não sei como é que a gente faria, pelo menos a gente do Serviço Social, né, e os pacientes, né, porque eles vão sentir muita falta. Acho que é só agradecer mesmo porque é um trabalho muito bonito. (Entrevistada 14 – Assistente Social)

Eu acho que a prática do voluntariado é, assim, essencial e necessária para o hospital (Entrevistada 9 – Enfermeira).

Os voluntários também expressaram essas contribuições:

É só o HUB que tem isso, uma associação de voluntários aqui dentro. É o HUB que tem brinquedoteca com voluntária. É o HUB que tem um voluntário contando história, mediando história na pediatria, por exemplo (Entrevistada 5 – Voluntária).

Eu acho que a situação dos hospitais públicos são péssimas. [...] E nós aqui do HUB, a gente melhora muito aqui. [...] Eu sei que a situação é muito difícil, mas aqui a gente tenta amenizar justamente isso (Entrevistada 7 – Voluntária).

Um voluntário fez ponderações sobre essas contribuições ao afirmar: “[O voluntariado] Não vai contribuir com recursos porque ele também não tem. Não vai contribuir com profissionais porque os profissionais são do próprio hospital e você não pode interferir, né, mas ele pode contribuir, pode e deve contribuir na sua atividade fim que é levar a satisfação ao paciente, né!” (Entrevistado 6 - Voluntário).

Apesar de se reconhecer as contribuições, os dados apontam para indagações sobre em que medida as práticas desenvolvidas pelos voluntários efetivamente contribuem com a melhoria das condições de vida dos usuários do hospital. Sendo consideradas assistencialistas, algumas profissionais relataram:

É muito mesmo na caridade de dar lanchinho, de bater nas tuas costas, sabe, é uma coisa que não te eleva, que não te dignifica (Entrevistada 11 – Assistente Social).

E a impressão que me ficou era de que eles [voluntários] tinham que mudar muito, entendeu. Mudar as suas práticas, mudar o seu foco, entender o trabalho voluntariado como algo que realmente muda, né, a convivência das pessoas dentro do hospital, muda a forma como que acolhe melhor as pessoas que estão aqui dentro do hospital, e não exercer uma prática assistencialista, que eu acho que era muito o que eles faziam. [...] Mas o que eu vi era isso, aquela coisa da assistência, e ainda assim, uma assistência precária (Entrevistada 10 – Psicóloga).

Desde a época que eu entrei eu sempre tive contato e um contato muito bom com as voluntárias, né. Eu conheço e faço sim algumas avaliações e algumas colocações. Eu acho que eles ainda estão, assim, desarticulados com as clínicas. [...] E assim, eu vejo, assim, que eles ficam a mercê daquela ajuda muito assistencial e eles poderiam, eles têm um potencial maior do que isso (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Na busca de superar o assistencialismo, algumas profissionais ressaltaram o papel do voluntariado na discussão da política e das orientações do hospital.

A associação de voluntários tem que discutir a política. Ela tem que tá dentro. Qual é a política que o hospital tem para o voluntariado? Ou qual é a política aqui? Não é que a gente vai impor nada, mas a coisa tem que ser discutida aí. Isso teve muito conflito dentro do hospital porque as pessoas não aceitavam, a associação não aceitava porque achava que era uma ingerência sobre o trabalho. [...] o voluntariado era bem vindo, ele tem que participar, mas ele tem os canais de comunicação e a gente tem que discutir as políticas, né! (Entrevistada 17 – Médica).

Eu acho que [o voluntariado] tinha que ser mais político. Político nesse sentido de você empoderar o sujeito para que ele tenha mais condições de reivindicar o que realmente lhe é devido (Entrevistada 11 – Assistente Social).

Eu acho que o trabalho voluntário tem que ser fortalecido sim, [...] mas é fortalecido a sua prática com uma orientação mais diretiva da administração e, sendo assim, eu acho que o hospital tem muito a ganhar (Entrevistada 10 – Psicóloga).

Complementar a isso, uma profissional ressaltou a necessidade do próprio hospital compreender o que deseja com o voluntariado: “Eu acho que eles [os diretores] dão valor, valorizam o trabalho, respeitam o trabalho, não tem intenção de expor, de expulsar, mas também não sabem muito bem o que querem deles. Não sabem explorar muito bem esse trabalho” (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Outro aspecto apresentado nas entrevistas trata da necessidade de uma maior articulação entre os voluntários e as profissionais, o que inclui definir os objetivos das atividades e planejá-las conjuntamente. Esse planejamento nas atividades contribuiria para o atendimento aos usuários.

Acho até que deveria ter um trabalho conjunto, sabe, dos profissionais de saúde com o voluntariado. Acho que deveria ser conjunto, dos profissionais de saúde chegar e se interar mais, interagir mais conosco até pra nos ajudar, o que que deveria ser feito, o que ajudaria mais. Muitas vezes nós somos chamados pelos profissionais de saúde e isso é muito bom, né! (Entrevistada 8 – Voluntária).

O que não tinha nada a ver era quando vinha o pessoal dos Palhaços da Alegria, os Doutores da Alegria, aqui, nossa, não tinha nada a ver. [...] Gente, eles não são crianças. São adultos. Eu acho que vir pra conversar, pra explicar, pra dar uma atenção é muito melhor do que vir pra fazer uma brincadeira. Não cola, pros pacientes daqui não cola muito não (Entrevistada 9 – Enfermeira).

Então, por exemplo, eles chegam, tem a parte da música, tem a parte do lanche, tem a parte da conversa, tem a parte da escuta, daquela acolhida. E uma escuta ali que não é repassada pra equipe, a gente também perde muito porque o paciente pode entender que aquela pessoa que tá ali é parte da equipe e ela pode falar: “Mas eu

disse pra alguém. Em algum momento eu disse pra alguém. Se vocês não sabem...”
(Entrevistada 15 – Assistente Social).

Essa questão se articula à capacitação dos voluntários para atuarem em determinadas áreas que exigem um preparo emocional e uma maior compreensão sobre o estado de saúde dos usuários.

Eu acho que primeiro as pessoas tinham que ser capacitadas, elas tinham que ser alinhadas, elas tinham que saber qual que é a missão da associação de voluntários no HUB pra que cada um no momento da sua prática tenha em mente a sua orientação de conduta, né. Se eu vou pra dentro de uma clínica, eu sei que o voluntariado, ele quer o quê? Que eu esclareça bem essas pessoas que eu tô tendo contato, que eu leve entretenimento, mas que eu leve entretenimento que oriente, que seja salutar, que eu não leve qualquer coisa, que eu não vá levar revista velha, jogar ali, e achar que a pessoa tá tendo, tá ocupando o seu tempo (Entrevistada 10 – Psicóloga).

O que eles precisam saber minimamente pra que não entrem na sua área, não sejam, mas o que eles precisam saber da sua intervenção como profissional pra que eles observem de uma maneira diferente aquela situação e saibam agir? (Entrevistada 15 – Assistente Social).

Isso eu acho muito interessante, sabe. Eles têm essa disponibilidade de vim aqui, sentar e ficar conversando com o paciente. Eu acho isso fantástico. Eu acho que isso podia ter sempre, entendeu, porque alguns pacientes até ignoram, mas outros adoram, conversam, e saem daqui muito melhor. Mas eu acho que essa orientação sempre tem que ser casada com o pessoal da psicologia. Eles têm que ter essa conversa, né, porque eles vão escutar muita coisa (Entrevistada 9 – Enfermeira).

Na mesma direção, essa capacitação é uma demanda dos próprios voluntários. Segundo uma entrevistada,

Como que fosse um treinamento. Eu digo uma orientação. Eu vejo assim. Chega lá: "Ah, eu quero ser voluntário." Não sabe nem que é a pessoa. Aí vai logo vender um jaleco e a pessoa fica sem saber o que vai fazer. Devia ter sim um treinamento. [...] Não sabe se comportar, não sabe como lidar com um doente. Quando ela chegar lá, o que vai dizer? Devia ter um treinamento (Entrevistada 4 – Voluntária).

Outro aspecto trata do compromisso com as atividades do voluntariado e continuidade do trabalho.

Eu acho, assim, as meninas [voluntárias] têm uma grande vontade. É o que eu sempre falei... O voluntariado às vezes funciona mais como bem pessoal do que pra própria instituição. É a minha percepção. Porque chega no período de férias, sai todo mundo de férias. Chega no final do ano, vai todo mundo embora. Então, fica aquele espaço de tempo que você fica sem voluntário. [...] Então, eu acho que falta organização nesse sentido. É o voluntariado ter esse compromisso de assumir uma atividade e permanecer. Eu acho que é isso que falta ainda dentro do hospital (Entrevistada 9 – Enfermeira).

Para algumas profissionais, é necessário o voluntariado aperfeiçoar as suas práticas considerando as necessidades e o contexto do HUB.

Eu acredito no trabalho voluntário. Eu acredito desde que alinhado com a gestão, desde que bem estruturado, e desde que tenha uma definição bem clara. Então, eu acho que é o que falta aqui pra gente. Então, aqui no hospital, se fortalece e ajuda, se contribui com esse propósito, ainda é muito incipiente. É muito incipiente. [...] Se investir mais em uma coisa mais profissional, mais direcionada e aí eu acho que o nosso voluntariado vai dar muito certo porque ele já tá muito enraizado no HUB (Entrevistada 10 – Psicóloga).

Então, se eles [voluntários] forem realmente bem preparados, tiverem uma estrutura, dá uma ajuda boa (Entrevistada 16 – Assistente Social).

Uma voluntária relatou a preocupação com a qualidade dos serviços prestados pelos voluntários no seguinte trecho:

Inclusive tem uma frase assim que fala que não é porque eu trabalho com pobre que eu vou ter um, prestar um serviço pobre. Não é porque eu trabalho com pobre que eu vou prestar um serviço pobre. Então, se eu trabalho com pobre, eu tenho que prestar um serviço de qualidade (Entrevistada 5 – Voluntária).

A partir dos dados apresentados, é possível perceber que as contribuições do voluntariado para a saúde partem da fragilidade dessa política e da orientação da saúde para um projeto mercantil de política pública que estimula o atendimento das necessidades dos usuários a partir da filantropia privada. Assim, um dos elementos que fortalece a prática do voluntariado é a não consolidação do direito à saúde na sua integralidade e a precarização dos serviços públicos.

Os referidos dados ainda destacam que a legitimidade e o reconhecimento do voluntariado são resultado de um processo de consentimento entre diretores, profissionais e usuários presente no cotidiano do hospital e que implica transformações na realidade do HUB através da escolha entre projetos políticos sobre a saúde pública. Mesmo os profissionais que explicitaram críticas a essa atividade reconheceram a possibilidade de atuação do voluntariado e as suas contribuições para o HUB.

De fato, um elemento para futuras análises sobre o tema aqui discutido trata do papel do voluntariado no novo modelo de gestão a ser adotado pelo HUB através da EBSEH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo geral compreender as repercussões da prática do voluntariado para a política pública de saúde e para sua compreensão enquanto direito social. Para tanto, foi orientada pelos conceitos de sociedade civil, participação social, voluntariado e política social. Entende-se, portanto, que o objeto do estudo aqui desenvolvido – a atuação do voluntariado na saúde – deve ser problematizado tanto na discussão sobre sociedade civil como sobre a política social e o direito à saúde.

Partindo do referencial teórico adotado nessa pesquisa, identificou-se que sociedade civil é um conceito complexo, que envolve uma ampla gama de significados. Enquanto nos anos 1980, período de transição democrática e ampliação dos direitos sociais e políticos, sociedade civil estava vinculada aos movimentos sociais que buscavam maior democratização e reivindicavam direitos, nos anos 1990, a sociedade civil se expressa através do terceiro setor e das Organizações Não Governamentais (ONGs), a partir da influência neoliberal nas políticas sociais. Dessa forma, é possível perceber que a sociedade civil tem seu significado relacionado inicialmente aos movimentos sociais e, posteriormente, com a expansão das ONGs e do Projeto de Reforma do Estado, sociedade civil e terceiro setor tornam-se sinônimos.

Destaca-se, portanto, a disputa de significados do termo “sociedade civil” em torno de uma participação solidária, que busca atender as demandas das populações mais pobres a partir da chamada refilantropização da questão social, ou seja, o retorno da própria sociedade no atendimento às referidas necessidades. Em tal contexto é que se dá o voluntariado. Embora já esteja presente na realidade brasileira desde o século XVI por meio da articulação com a Igreja Católica e em perspectivas relacionadas à caridade, nos anos 1990, o voluntariado torna-se uma prática de cidadania, que ganha destaque juntamente com o terceiro setor e as ONGs.

Para subsidiar a análise do voluntariado na política de saúde, foi necessário reconstruir o processo histórico dessa política, evidenciando-se as contradições entre o público e o privado. Com a Constituição Federal (CF) de 1988, a saúde ganhou o *status* de direito social universal, reconhecido como dever do Estado. Entretanto, tem-se uma disputa entre projetos políticos para a sua consolidação. Se por um lado, há um projeto em defesa da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), por outro, se reforça o modelo privado de saúde. Essas concepções políticas influenciam a compreensão do voluntariado, uma vez que no caso em estudo trata-se de uma instituição privada vinculada a um hospital público.

A pesquisa de campo foi realizada junto à Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília (AVHUB), criada em 1993 e estruturada a partir de treze núcleos de trabalho, com o objetivo de dar apoio aos pacientes do Hospital Universitário de Brasília (HUB). A pesquisa, de cunho qualitativo, foi orientada pelo método dialético e baseada em um estudo de caso. Foram utilizadas as técnicas de análise documental, observação participante e entrevista. A análise dos dados foi orientada pela análise de conteúdo.

A hipótese da pesquisa afirma que o voluntariado não fortalece a concretização do direito à saúde, tendo em vista a existência de disputa entre projetos políticos na política pública de saúde. Assim, o foco da pesquisa era analisar o voluntariado tendo como pano de fundo os elementos que influenciam tal prática como o papel do Estado a partir da relação entre poder, cultura e política analisadas no cotidiano hospitalar entre diferentes atores.

O desafio posto na presente pesquisa foi o olhar para além da aparência do fenômeno e do cotidiano, e problematizá-lo em sua essência. Ao se reconhecer que as práticas presentes no cotidiano do HUB possuem aspectos políticos e são orientados por projetos políticos, buscou-se problematizar o papel do Estado e sua responsabilidade com a política e os direitos sociais, questionando as razões e o papel de uma associação de voluntários em um hospital público. Embora a Carta Magna de 1988 reconheça a saúde como direito, na realidade, vivencia-se a precarização das relações de trabalho dos profissionais da saúde, a falta de materiais e equipamentos, além de longas filas de espera para marcação de consultas e exames.

Os dados da pesquisa sinalizam tal complexidade, conforme os argumentos para a criação da associação no hospital, que incluem a necessidade de humanização das relações com os usuários e também fragilidades financeiras e de gestão do hospital e das políticas públicas. As perspectivas em foco são complementares e tratam da complexidade de se pensar a atuação do voluntariado em uma instituição de saúde.

Tal debate em torno do direito à saúde e sua materialização por meio de políticas públicas e serviços também esteve presente na análise sobre as atividades realizadas pelos voluntários, agrupadas em atendimento a necessidades materiais dos usuários do hospital e atividades de humanização. Na primeira, explicitou-se a precariedade da rede pública de proteção social, que ora não oferece determinados serviços, ora os oferece de forma ineficiente e que não atende a situações emergenciais. Tem-se, então, o entendimento apresentado pelos profissionais para a articulação com a associação de voluntários, que se legitima enquanto serviço de assistência para atender as necessidades dos usuários de forma

imediate. A prestação dos serviços é realizada, portanto, a partir da complementaridade entre público e privado.

Os dados coletados na pesquisa constataam que as doações realizadas pela associação de voluntários incluem desde materiais básicos – como, por exemplo, cestas básicas, materiais de higiene, roupas e calçados – até cadeiras de rodas, medicação e recursos para realização de exames e transporte de pacientes. Percebe-se, então, que não apenas a rede pública de saúde está fragilizada, mas uma gama de outras políticas, com destaque para a assistência social. Verifica-se, portanto, que a política pública de saúde não se baseia em uma concepção ampliada de saúde como direito, mas é restrita a assistência médica, o que vai na contramão do postulado constitucional.

A ausência de políticas públicas é entendida como um reforço para a atuação do voluntariado na área da saúde. Embora a associação tenha como objetivo atender os pacientes e suas demandas, tal fato ocorre reforçando práticas de benesse e de favor, não tendo como perspectiva a consolidação dos direitos sociais nem o fortalecimento do sistema público de saúde. Trata-se, então, de uma ação assistencialista e paternalista que não promove a autonomia dos usuários. Segundo os depoimentos dos entrevistados partícipes da pesquisa, os usuários desejam ter suas demandas atendidas de forma concreta, independentemente de tal fato ser realizado por serviços públicos ou por meio da filantropia ou de redes de apoio pessoais. A condição de cidadão fica diluída na necessidade de atendimento às necessidades de saúde. O cidadão assume a condição de assistido e beneficiário.

Os dados da pesquisa mostraram que as lacunas deixadas pelo Estado no oferecimento de serviços resultantes da priorização de um projeto privatista de saúde fragilizou tal política como um direito de todos e, portanto, favoreceu a prática do voluntariado no atendimento às necessidades dos usuários. Tal fato manifesta-se evidente pela opção dos profissionais que, na ausência de serviços, programas e projetos que atendam universalmente os usuários, realizam articulações junto aos voluntários.

As ações de humanização também foram problematizadas pelos participantes na pesquisa. Foi verificado que o HUB não possui práticas sistematizadas de humanização sendo essas ações repassadas aos voluntários. Uma das razões apresentadas para a inexistência dessas ações é a sobrecarga de trabalho dos profissionais e as reduzidas equipes de saúde, que não dispõem de tempo para maior atenção e acolhimento aos pacientes.

Entendeu-se, nessa pesquisa, que a humanização não pode ser compreendida como uma responsabilidade exclusiva dos profissionais nem como um atributo pessoal de simpatia ou de cuidado, mas como um objetivo a ser alcançado por todo o modo de assistência na

instituição. Dessa forma, o fato do HUB não possuir práticas sistematizadas de humanização e contar com a atuação dos voluntários nesse âmbito mostra as fragilidades em toda a estrutura do serviço de saúde no DF.

Os dados apontam ainda que os voluntários possuem uma intervenção diferente dos profissionais, estando mais disponíveis para os usuários em ações de escuta, atividades de entretenimento e recreação e troca de experiências. Entretanto, a principal questão levantada é a transferência da questão da humanização para os voluntários – questão esta reconhecida enquanto direito dos usuários pela Carta dos Usuários da Saúde, e responsabilidade dos profissionais e dos gestores da instituição.

As relações entre os profissionais, os voluntários, os usuários e a direção do hospital foram tratadas no presente estudo a partir do cotidiano da instituição. Percebeu-se que não existem perspectivas consensuais sobre tais relações. Ao contrário, as compreensões sobre o voluntariado na instituição e as relações entre os atores explicitam tensões e conflitualidades.

Todos os profissionais entrevistados reconheceram que existe um importante espaço de atuação para o voluntariado na saúde, mas foram percebidas divergências sobre a avaliação das atividades oferecidas pela AVHUB e as possibilidades para sua atuação. Logo, foram encontrados tanto discursos que elogiam e reforçam o trabalho voluntário como relatos que explicitam críticas e limitações destas atividades no atendimento às necessidades dos usuários e do hospital. O cotidiano é, portanto, permeado de contradições acerca dessa temática.

O voluntariado no HUB, ao longo de sua existência, tem se legitimado e institucionalizado a partir de relações do cotidiano de trabalho, contando com forte apoio político tanto da direção como de profissionais e usuários. Segundo a pesquisa, a atuação dos voluntários decorre da prática e do costume e não de normas formalmente estabelecidos. Percebeu-se a ausência de documentação que trate dos voluntários no hospital e que regulamente sua atuação, a exemplo dos limites de sua ação frente às atribuições profissionais. Houve ainda o questionamento por parte dos profissionais sobre a efetividade de determinadas atividades realizadas pelos voluntários, como a distribuição de lanche, e sua relação com os objetivos da associação.

A hipótese da presente pesquisa foi confirmada à medida que se identificou o fortalecimento do voluntariado dentro da estrutura do hospital, a partir de uma prática filantrópica privada. A saúde e o contexto do HUB são entendidos como espaços de disputa entre projetos políticos. Se por um lado, tem-se a defesa do SUS, por outro, observa-se a precarização dos serviços e sua privatização, conforme descrito no decorrer da Dissertação.

No caso dos hospitais universitários, ganha destaque a criação da EBSEH, enquanto um novo modelo de gestão e financiamento dos hospitais. Este será, sem dúvida, um elemento importante de futuros estudos, principalmente na análise da disputa entre projetos políticos e tensões do cotidiano hospitalar universitário, questionando-se, em especial, como ficará o papel do voluntariado no novo contexto vigente.

REFERÊNCIAS

ACANDA, Jorge Luis. **Sociedade civil e hegemonia**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

_____. Movimientos sociales y ciudadanía democrática. In: PEREIRA, Potyara Amazoneida P. *et al* (Org). **Política social, trabalho e democracia em questão**. Programa de Pós-graduação em Política Social Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

ALMEIDA, Carla Cecília Rodrigues. **O marco discursivo da participação solidária e a redefinição da questão social**: construção democrática e lutas políticas no Brasil pós 90. 206 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2006.

ALMEIDA, Érica T. de. Crítica da metamorfose do conceito de sociedade civil em “terceiro setor”. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 80, 2004.

ALONSO, Jorge. La sociedad civil em óptica gramsciana. In: **Sociedad civil: análisis y debate**, Mexico, v. 1, n. 1, 1996.

ALVAREZ, Sonia; DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo (Org.). **Cultura política nos movimentos sociais latino-americanos**: novas leituras. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2000.

ANDRADE, Gabriela R. B. de; VAITSMAN, Jeni. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2011.

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

ARRUDA, Erick. HUB amplia atendimento em 12% no primeiro semestre. 12 de julho de 2012. In: **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/120712+hub+amplia+atendimento+em+12+no+primeiro+semestre.html>. Acesso em: 04 set. 2012.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil: além da dicotomia Estado-mercado. In: AVRITZER, Leonardo (Coord). **Sociedade civil e democratização**. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.

AYALÓN, Norberto. **Assistência e assistencialismo**: controle dos pobres ou erradicação da pobreza. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

AYRES, José Ricardo de C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, Elaine Rosseti. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Contra-reforma do Estado, seguridade social e o lugar da filantropia. **Serviço Social e Sociedade**, v. 73, a. XXIV, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social*: fundamentos e história. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1998.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade**: para uma teoria geral da política. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

BOBBIO, Noberto *et al.* **Dicionário de política**. 5. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2000.

BONFIM, Paula. **A “cultura do voluntariado” no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010a.

_____. Entre o público e o privado: as estratégias atuais no enfrentamento à questão social. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 2, 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2011.

BORÓN, Atilio. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. In: **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. Os direitos da seguridade social no Brasil. In: CARVALHO, Denise *et al* (Org.). **Política social, justiça e direitos de cidadania na América Latina**. Programa de Pós-graduação em Política Social. Universidade de Brasília. Brasília, 2007.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; AFFONSO, Kátia de Carvalho. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Abr. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2012.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 05 fev. 2012.

_____. **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>. Acesso em: 04 abr. 2012.

_____. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro 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>. Acesso em: 04 abr. 2012.

_____. **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>. Acesso em: 12 jul. 2011.

_____. **Decreto nº. 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários entre as áreas de educação e saúde e disciplina o regime de pactuação global com esses hospitais.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 20 mai. 2012.

_____. **Lei nº. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 20 mai. 2012.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2012.

BRASILEIRO, Francisco. Adesão dos HUs à EBSEH é inevitável, afirma Rebelatto. 11 de maio de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6570>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Sousa de; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

CANABRAVA, Cláudia Marques et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, Jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2011.

CARDOSO, Mirian Limoeiro. **O mito do método**. Trabalho apresentado no Seminário de Metodologia Estatística. Pontifícia Universidade Católica. Rio de Janeiro, 1971.

CARDOSO, Ruth. Fortalecimento da sociedade civil. In: IOSCHPE, Evelyn *et al.* **3º Setor: desenvolvimento social sustentado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

CARNOY, Martin. **Estado e teoria política**. 3 ed. Campinas, SP: Papirus, 1990.

CARVALHEIRO, José de Rocha; MARQUES, Maria Cristina Costa; MOTA, André. A construção da saúde pública no Brasil no século XX. IN: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão (Eds.) **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

CARVALHO, Maria do Carmo A. A. Participação Social no Brasil hoje. **Pólis Papers**, São Paulo, 1998.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 out. 2012.

CASTRO, Tamires. Grupo de amigas leva alegria a pacientes internados no HUB. 17 de agosto de 2012. In: **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/170812_grupo+amigas+leva+alegria+pacientes+internados+hub.html>. Acesso em: 17 set. 2012.

CICOUREL, Aaron. Teoria e método em pesquisa de campo. In: ZALUAR, Alba. **Desvendando máscaras sociais**. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde, estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CONSUNI discute adesão do HUB à empresa dos hospitais universitários. 17 de maio de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6592>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

CORRÊA, Maria Laetitia; PIMENTA, Solange Maria. Terceiro Setor, Estado e cidadania: (re)construção de um espaço político? In: PIMENTA, Solange Maria; SARAIVA, Luiz Alex Silva; CORRÊA, Maria Laetitia. **Terceiro setor**: dilemas e polêmicas. São Paulo: Saraiva, 2006.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

_____. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde, estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COSTA, Mônica Rodrigues. A trajetória das lutas pela reforma sanitária. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 23(2): 75-107, Jul./Dez. 2007.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Notas sobre cidadania e modernidade. **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1997.

_____. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

COUTINHO, Joana. ONGs: caminhos e (des)caminhos. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 13/14, p. 57-65, 2005.

CRESWELL, John. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRONEMBERGER, Débora. Contrato do HUB com a empresa de hospitais deve sair em outubro. 19 de setembro de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=7067#>>. Acesso em: 19 set. 2012.

CUNHA, Márcia Pereira. **Os andaimes do novo voluntariado**. São Paulo: Cortez, 2010.

DAGNINO, Evelina. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, Daniel (Coord). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004.

DELFIN, Cristiane. AVHUB necessita de doações de roupas, calçados e alimentos. 15 de dezembro de 2011. In: **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/avhub+estao+recebendo+doacoes+roupas+calcados+alimentos_151211.html>. Acesso em: 15 fev. 2012.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1985.

DOMENEGHETTI, Ana Maria. **Voluntariado: gestão do trabalho voluntário em organizações sem fins lucrativos**. São Paulo: Editora Esfera, 2001.

DUPAS, Gilberto. **Tensões contemporâneas entre o público e o privado**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade *et al* (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. IN: LIMA, Nísia Trindade *et al* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FAGUNDES, Helenara Silveira. O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais. **Textos & Contextos**, a. V, n. 6, Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.pucrs.com.br>>. Acesso em: 05 set. 2011.

FERNANDES, Rubem César. **Privado porém público: o terceiro setor na América Latina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

_____. O que é o terceiro setor? In: IOSCHPE, Evelyn *et al*. **3º Setor: desenvolvimento social sustentado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FERREIRA, Marisa; PROENCA, Teresa; PROENCA, João F. As motivações no trabalho voluntário. **Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão** [online], v. 7, n. 3, p. 43-53, 2008.

FERREIRA, Pedro Rafael. Empresa planeja gerir ao menos cinco hospitais universitários em 2012. 15 de fevereiro de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6250>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

FERREIRA, Rafael. CONSUNI aprova adesão do HUB à empresa pública dos hospitais. 18 de maio de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6599>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

FIGUEIREDO, Nara Cristina Macedo de. **Interfaces do trabalho voluntário na aposentadoria**. 2005. 170f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2012.

Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. **EBSERH não!! – manifestação contrária a transferência dos Hospitais Universitários (HUs) à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. 23 de março de 2012. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/contra-ebserh-assine-o-abaixo-assinado.html>>. Acesso em: 28 mai. 2012.

GARRISON, John W. **Do confronto à colaboração: relações entre a sociedade civil, o governo e o Banco Mundial no Brasil**. Brasília: Banco Mundial, 2000.

Grupo de Estudos sobre Construção Democrática – GECD. Sociedade civil e democracia: reflexões sobre a realidade brasileira. **Caderno Ideias**, a. 5(2)/6(1), 1998/1999a.

_____. Desafios e possibilidades da participação da sociedade na construção de uma gestão pública democrática. **Caderno Ideias**, a. 5(2)/6(1), 1998/1999b.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Artmed: Porto Alegre, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.

GOHN, Maria da Glória. O novo associativismo e o Terceiro Setor. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 58, 1998.

_____. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GOMES, Ana Lúcia. A nova regulamentação da filantropia e o marco legal do terceiro setor. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 61, 1999.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GRUPPI, Luciano. **Tudo começou com Maquiavel (as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci)**. Porto Alegre: L&PM, 1983.

GUSMÃO, Rute. A ideologia as solidariedade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 62, 2000.

HAGETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

Hospital Universitário de Brasília – HUB. **Assistência**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/assistencia.html>>. Acesso em: 04 set. 2012.

_____. **DRH**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/servidores/drh.html>>. Acesso em: 24 set. 2012.

_____. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/institucional.html>>. Acesso em: 05 set. 2012.

_____. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/usuarios/Institucional/estatisticas.html>>. Acesso em: 27 ago. 2012.

_____. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/usuarios/Institucional/missao.html>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

_____. **Regimento Interno**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/usuarios/Institucional/regimentointerno.html>>. Acesso em: 03 set. 2012.

HUB adere à nova estatal que vai gerir hospitais universitários. 19 de maio de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/cpmod.php?id=91118>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempos de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

_____. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1995.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; SATO, Leny. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LANDIM, Leilah. As ONGs são terceiro setor? In: **ONGs no Brasil: perfil de um mundo em mudança**. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2003.

_____; SCALON, Maria Celi. **Doações e trabalho voluntário no Brasil: uma pesquisa**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2000.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa Cristina. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltdas; Belo Horizonte, Editora UFMG, 1999.

LEFEBVRE, Henri. **O materialismo dialético**. Amadora: Acrópole, 1938.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade *et al* (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1991.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. O SUS *versus* as diretrizes da política econômica. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 55-81, Jul./Dez. 2009.

MARTIN, Leonard M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTHACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; São Paulo: Edições Loyola, 2004.

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

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

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1994.

MENDES, Jussara Maria Rosa *et al.* Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 331-344, Ago./Dez. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Prefácio. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.), **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MIOTO, Regina Célia. Estudos socioeconômicos. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MONIZ, André Luiz Ferreira. **Atuação voluntária nas áreas de oncologia e HIV/AIDS e a percepção dos profissionais da equipe de saúde**. 2002. 144 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia). Universidade de Brasília. Brasília, 2002.

_____; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Voluntariado hospitalar: um estudo sobre a percepção dos profissionais de saúde. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 13, n. 2, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set 2011.

MONTAÑO, Carlos. Das “lógicas do Estado” às “lógicas da sociedade civil”: Estado e “terceiro setor” em questão. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 59, 1999.

_____. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOURA, Ana Lúcia. Reitor pede celeridade na assinatura do contrato com a EBSEH. 23 de maio de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6613>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

NETTO, José Paulo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NEVES, Angela Vieira. **Cultura política e democracia participativa: um estudo sobre o orçamento participativo**. Rio de Janeiro: Gramma, 2008.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil:** temas éticos e políticos da gestão democrática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; SIQUEIRA, Siomara Roberta. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, Out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2011.

_____. *et al.* Traduzindo a política de humanização nos serviços. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 36, Ago. 2005.

OKABAYSASHI, Rosa Yoko; COSTA, Selma Frossard. O serviço voluntário em hospitais do terceiro setor em Londrina: da sua configuração à construção de novos referenciais de gestão. **Serviço Social em Revista**, v. 10, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v10n2.htm>>. Acesso em: 07 out. 2011.

OLIVEIRA, Diogo Lopes de. UnB indica comissão que definirá contrato com a EBSEH. 14 de junho de 2012. In: Universidade de Brasília. **UnB Agência**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6703>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

OLIVEIRA, Carlindo Rodrigues de; OLIVEIRA, Regina Coeli de. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2012.

OLIVEIRA, Jaime A. Reformas e Reformismo: para uma teoria política da Reforma Sanitária (ou, reflexões sobre a Reforma Sanitária de uma perspectiva popular). In: COSTA, Nilson do Rosário *et al* (Org.). **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. V. I. Petrópolis, RJ: Vozes, 1989.

ORTIZ, Marta Cristina Meirelles. **Voluntariado em hospitais:** uma análise institucional da subjetividade. 2007. 223f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAZ, Rosângela Dias Oliveira da. As organizações não-governamentais e o trabalho do assistente social. Curso de Capacitação. 2000.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, sociedade e esfera pública. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o Neoliberalismo. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al* (Org.). **Política social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília: UnB, 2004.

_____. A nova divisão social do bem-estar e o retorno do voluntariado. **Serviço Social e Sociedade**, v. 73, a. XXIV, 2003.

_____. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **SER Social**, Brasília, v. 10, 2002.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, 47(1), Jan./Abr. 1996.

_____; GRAU, Nuria Cunill. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; GRAU, Nuria Cunill. **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

PIAUÍ, Conceição Aparecida Guedes. Paciente elogia trabalho de voluntário do HUB. 20 de abril de 2012. In: **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/200412_artigo+paciente+elogia+trabalho+v+oluntario+hub.html>. Acesso em: 15 mai. 2012.

PINTO, João Batista Moreira; GUEDES, Marcela Ataíde; BARROS, Vanessa Andrade de. Trabalho voluntário, solidariedade e política: um estudo com os agentes da Pastoral Carcerária de Belo Horizonte. In: PIMENTA, Solange Maria; SARAIVA, Luiz Alex Silva; CORRÊA, Maria Laetitia. **Terceiro setor: dilemas e polêmicas**. São Paulo: Saraiva, 2006.

PORTELA, Margareth C. *et al*. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, Dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2011.

PRÁ, Keli Regina Dal. Reforma do Estado: a saúde subordinada as contratualidades do mercado. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 14(1): 139-153, Jan./Jul. 2008.

PUSTAI, Odalci José. O sistema de saúde no Brasil. IN: DUNCAN, Bruce Barthlow; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RIBEIRO, Paulo. Rafael Barbosa confirma assinatura do contrato para os próximos dias. 24 de abril de 2012. In: **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/270412_rafael+barbosa+confirma+assinatura+contrato+proximos+dias.html>. Acesso em: 04 set. 2012.

SAMPIERI, Roberto; COLLADO, Carlos; LUCIO, Pilar. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão social: particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Trajetória da efetivação do SUS: impasses e tendências da gestão pública. In: HEIMANN, Luiza Stermann; ICANHES, Lauro Cesar; BARBOZA, Renato (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: HUCITEC, OPAS/IDRC, 2005.

SARAIVA, Luiz Alex Silva. Além do senso comum sobre o Terceiro Setor: uma provocação. In: PIMENTA, Solange Maria; SARAIVA, Luiz Alex Silva; CORRÊA, Maria Laetitia. **Terceiro setor: dilemas e polêmicas**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei da Câmara nº. 79, de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=96837&tp=1>>. Acesso em: 25 de julho de 2012.

SILVA, Ilse Gomes. **Democracia e participação na ‘reforma’ do Estado**. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, Albany Mendonça; GOMES, Carla Rezende. Neoliberalismo, terceiro setor e educação: os dilemas do voluntariado na educação. V **Colóquio Internacional “Educação e Contemporaneidade”**, São Cristóvão, 21 a 23 de setembro de 2011.

SILVEIRA, Jairton Dimas. Trabalho voluntário: da filantropia à cidadania. In: PEREZ, Clotilde; JUNQUEIRA, Luciano Prates (Org.). **Voluntariado e a gestão de políticas sociais**. São Paulo: Futura, 2002.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. 3. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Razões para continuar utilizando a categoria sociedade civil. In: LUIZ, Danuta Cantoia (Org.). **Sociedade Civil e Democracia**: expressões contemporâneas. São Paulo: Veras Editora, 2010.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2011.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira *et al.* **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 11. ed. São Paulo: 2010.

TELLES, Vera da Silva. A “nova questão social” brasileira: ou como as figuras de nosso atraso viraram símbolo de nossa modernidade. **Caderno CRH**, v. 30/31, p. 85-110, 1999.

TEIXEIRA, Mary Jane de O. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

THIOLLENT, Michel. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 3. ed. São Paulo: Ed. Polis, 1982.

TORRES, Júlio Cesar. Sociedade civil como recurso gerencial? Indagações acerca da política de Assistência Social no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 73, ano XXIV, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRZCINSKI, Clarete *et al.* A política de saúde e o espaço de participação da sociedade civil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 13(2): 109-119, Jul./Dez. 2007.

VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Ver. SOCERJ**, 20(5), 2007.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

YASBEK, Maria Carmelita. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

YIN, Robert. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WEFFORT, Francisco (Org.). **Os clássicos da política**. 2. ed. São Paulo: Ática, 2001.

ZIONI, Fabíola; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Políticas públicas e sistemas de saúde: a Reforma Sanitária e o SUS. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão (Eds.) **Saúde pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

ANEXOS

ANEXO “A”
AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE VOLUNTÁRIOS
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

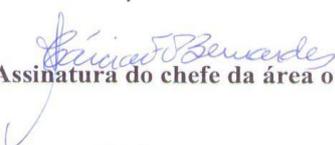
AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Hospital Universitário de Brasília/UnB

Eu, **Márcia de Fátima Pereira Bernardes**, Presidente da Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília, informo que estou ciente do projeto de pesquisa intitulado “Sociedade civil, voluntariado e direito à saúde: uma análise sobre a Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília”, a ser coordenado por **Thaís Kristosch Imperatori**, sob orientação de Profa. Dra. **Angela Vieira Neves**.

Neste sentido autorizo a realização dos trabalhos relacionados a este projeto, neste setor, considerando que estará de acordo com as normas desta instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Brasília, 09/02/2012


Assinatura do chefe da área ou divisão

Márcia Bernardes
Presidente AVHUB

ANEXO “B”
AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DE PESQUISA
DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Ciências Humanas
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Campus Universitário Darcy Ribeiro

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: SOCIEDADE CIVIL, VOLUNTARIADO E DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A ASSOCIAÇÃO DE VOLUNTÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
Número do projeto: 01-03/2012

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado “SOCIEDADE CIVIL, VOLUNTARIADO E DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A ASSOCIAÇÃO DE VOLUNTÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA”.

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (itens VII.13 letra “d” e IX.2 letra “c” da Resolução CNS 196/96).

Brasília, 09 de abril de 2012.

Debora Diniz
Coordenadora Geral – CEP/IH

APÊNDICES

APÊNDICE “A”
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA VOLUNTÁRIOS

1. Dados Pessoais

1. Nome: _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Profissão: _____
4. Idade: _____
5. Você já participou de alguma outra associação?
() Não () Sim: Qual? _____

2. Experiência pessoal como voluntário

1. Há quanto tempo o(a) senhor(a) é voluntário(a)?
2. Como o(a) senhor(a) conheceu o trabalho da AVHUB?
3. Quais as suas motivações para trabalhar como voluntário(a)?
4. O(a) senhor(a) atua em qual núcleo da AVHUB?
5. Quais são as atividades que o(a) senhor(a) desenvolve como voluntário(a)?
6. Como é o planejamento das atividades realizadas?
7. Para o(a) senhor(a), o que significa ser voluntário(a)?
8. Na sua opinião, quais são os objetivos do trabalho voluntário no HUB?
9. Na sua opinião, há diferenças entre o trabalho voluntário realizado na área da saúde?
10. Quais as principais dificuldades para a realização do trabalho voluntário?
11. Na sua opinião, o voluntariado é um ato de cidadania?

3. Atuação no HUB

1. Os pacientes do HUB conhecem o trabalho realizado pelos voluntários?
2. Quais são as principais necessidades apresentadas pelos pacientes aos voluntários?
3. Como é a relação dos voluntários com os pacientes?
4. Como é a relação dos voluntários com os profissionais de saúde?
5. Na sua opinião, o trabalho dos voluntários é complementar ao trabalho realizado pelos profissionais?
6. Como é a relação dos voluntários com a direção do hospital?
7. Na sua opinião, há apoio da direção do hospital para a realização das atividades pelos voluntários?
8. O(a) senhor(a) acredita que o voluntariado pode contribuir com a saúde pública? Como?
9. Como o(a) senhor(a) avalia a sua experiência enquanto voluntário(a) em um hospital público?
10. Há alguma experiência marcante?

APÊNDICE “B”
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

1. Dados Pessoais

1. Nome: _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Profissão:
() Assistente Social () Enfermeiro () Médico
() Pedagogo () Psicólogo () Outro: _____
4. Há quanto tempo concluiu seu ensino superior? _____ anos.
5. Há quanto tempo trabalha no HUB? _____ anos.
6. Já assumiu algum cargo de chefia e/ou direção no HUB? () Não
() Sim: Qual? _____
7. Já participou de algum movimento social, associação, partido político?
() Não () Sim: Qual? _____

2. Voluntariado na saúde

1. O que o(a) senhor(a) pensa sobre a prática do voluntariado na saúde?
2. Na sua concepção, o que é voluntariado?
3. Como o(a) senhor(a) conheceu o trabalho realizado pela AVHUB?
4. Quais as principais atividades desenvolvidas pelos voluntários que o(a) senhor(a) conhece?
5. Como o(a) senhor(a) avalia essas atividades?
6. Como é a relação dos profissionais de saúde com os voluntários?
7. No seu cotidiano profissional, o(a) senhor(a) busca apoio e/ou realiza parcerias com a AVHUB?
8. Há algum limite para as ações dos voluntários em relação aos profissionais de saúde?
9. Na sua opinião, o trabalho dos voluntários é complementar ao da equipe?
10. Na sua opinião, os pacientes percebem diferenças entre o trabalho dos profissionais e o dos voluntários?
11. O(a) senhor(a) conhece a institucionalização do trabalho voluntário no HUB?
12. O(a) senhor(a) acredita que o voluntariado pode contribuir com a política de saúde?
13. Na sua opinião, quais são as possibilidades de atuação do trabalho voluntário no HUB, suas contribuições e limitações?
14. Na sua opinião, o trabalho voluntário fortalece o direito à saúde?

APÊNDICE “C”
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA DIRETOR
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

1. Dados Pessoais

1. Nome: _____
2. Área de formação: _____
3. Há quanto tempo ocupa o cargo de direção? _____

2. Voluntariado na saúde

1. Como o senhor avalia a situação do HUB (recursos financeiros, gestão, recursos humanos, equipamentos e infraestrutura)?
2. Como o senhor conheceu o trabalho da AVHUB?
3. Como o senhor avalia as atividades desenvolvidas pelos voluntários?
4. Na sua opinião, quais os objetivos do trabalho voluntário no HUB?
5. O senhor considera os objetivos do trabalho voluntário no HUB coerentes com os objetivos do hospital?
6. Como é a institucionalização da AVHUB junto ao HUB?
7. A AVHUB possui autonomia frente ao HUB no planejamento de suas atividades e gestão de seus recursos financeiros?
8. Quais as principais necessidades da AVHUB apresentadas para a direção do HUB?
9. Na sua opinião, quais as principais contribuições do voluntariado para o HUB?
10. O senhor considera que o trabalho da AVHUB é legitimado pelos profissionais de saúde e usuários do hospital?
11. Na sua opinião, o voluntariado deveria ser mais estimulado no HUB?

APÊNDICE “D”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Sociedade civil, voluntariado e direito à saúde: uma análise sobre a Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília”, de responsabilidade de Thaís Kristosch Imperatori, aluna de mestrado em Política Social da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar a prática do voluntariado na política de saúde. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Espera-se com esta pesquisa compreender qual o papel do voluntariado nos serviços de saúde.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone [REDACTED] ou pelo e-mail [REDACTED]

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão disponibilizados para a comunidade com cópias do relatório final para a Biblioteca do Hospital Universitário de Brasília e da Universidade de Brasília.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____