

O PAPEL DO VOLUNTARIADO CONTRA O CÂNCER DE MAMA NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA BRASILEIRA

Processo de investigação: Avance de investigación en curso.

GT nº 19: Saúde e segurança social. Transformações sociais e impactos na população.

Lourdes Karoline Almeida Silva

Professora de Sociologia da Universidade Estadual do Piauí
Mestra em Políticas Públicas e aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

Francisco de Oliveira Barros Júnior

Professor de Sociologia do Departamento de Ciências Sociais e Professor do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

RESUMO:

Este artigo discute o papel do voluntariado contra o câncer de mama na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), quanto às parcerias público-privado. O campo deste estudo é a Fundação Maria Carvalho Santos, entidade filantrópica piauiense de cuidados médico-assistenciais a mulheres com câncer de mama. Em 2012, no Brasil, o câncer de mama foi responsável por 52.680 casos novos, dos quais 494 casos foram diagnosticados no Piauí. O voluntariado contra o câncer de mama, através de suas instituições, influencia a PNAO – Portaria GM/MS nº 2439/2005, que, por sua vez, em seu art. 2º inciso II, estabelece o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil na promoção de qualidade de vida e saúde dos indivíduos e coletividades.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de mama. Política Nacional de Atenção Oncológica. Voluntariado.

1. Introdução

Dimensão necessária para a existência e dignidade humana, a saúde, no Brasil, é debatida em um jogo político que primou por sua focalização nos segmentos sociais economicamente menos favorecidos, e que, portanto, gerou, no âmbito da sociedade brasileira, a falaciosa associação entre saúde pública e assistencialismo ou caridade. No Brasil, a saúde, consignada pela Constituição Federal de 1988, sob a rubrica da seguridade social, é um direito do cidadão e um dever do Estado e deve ser implementada como uma política de cunho universalista, democrática, distributiva e que não estigmatize seus usuários. Contudo, nos anos 1990, as três áreas da seguridade social – saúde, previdência e assistência social – foram institucionalizadas em ministérios e receitas diferentes, o que assinalou um desmonte do Estado associado tanto ao recuo quanto à minimização da noção de proteção social universal (Fuhrmann, 2004; Teixeira, 2007).

Do final do século XX aos dias atuais, o Estado, aliado ao capital nacional e internacional, viabiliza uma política social redutora da ação direta estatal “à prestação de serviços compensatórios e assume o papel de gerenciador de iniciativas privadas e de repolitização da política por meio de ações que visam o apassivamento dos movimentos sociais”, em um período de crise estrutural do capitalismo (Bravo & Menezes, 2012, p. 17-18). Opera-se no setor da saúde a diversificada combinação entre o

público estatal, organizações tradicionais de caridade religiosas e filantrópicas, empresas lucrativas e práticas liberais.

A participação pública brasileira nos gastos com o sistema de saúde, em 2010, foi de 44%, enquanto que os 66% restantes foram pagos pelas famílias ou cobertos por planos privados. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil, em 2011, teve gasto total de 8,9% do Produto Interno Bruto, em saúde. O grande capital promove a consolidação da área de serviços privados da saúde e sua maior vinculação a empresas de seguros de saúde, em prejuízo da saúde pública estatal e universal. Tanto que o Brasil é o segundo maior mercado mundial de seguros de saúde, atrás apenas dos Estados Unidos (Ugá, 2011; Andreatzi, 2012; Organização Mundial de Saúde, 2013).

Ao se discutir saúde como política, é importante entender que o seu oposto, a doença, além de fato clínico, é um fenômeno sociopolítico. Na múltipla relação saúde-doença, um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo é o câncer ou neoplasia maligna, patologia crônica e degenerativa, responsável por cerca de 17% dos óbitos por causa conhecida ocorridos no país, e que desde 2003, é a segunda causa de morte por doença na população nacional. Estimativas da OMS mostram que, no ano de 2030, o câncer será a primeira causa de mortalidade por doença no mundo, superará as doenças cardiovasculares, poderá haver 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer (Minayo, 1991; Brasil, 2005; Silva, 2010; Brasil, 2011; Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2011).

Este artigo discute os resultados parciais de pesquisa teórico-empírica de doutoramento sobre o papel do voluntariado contra o câncer de mama na Política Nacional de Atenção Oncológica, quanto às parcerias público-privado. O campo de pesquisa deste estudo é a Fundação Maria Carvalho Santos, entidade filantrópica piauiense de cuidados médico-assistenciais a mulheres com câncer mamário.

2. O câncer como questão de saúde pública e de políticas públicas e a Fundação Maria Carvalho Santos

A atuação da saúde pública em relação ao câncer, no Brasil, durante o século XX, pautou-se no auxílio financeiro a entidades filantrópicas. A partir dos anos 1980, o aumento gradual da incidência do câncer e as preocupações surgidas dessa problemática favoreceram o contexto de valorização da prevenção, detecção precoce, integração dos serviços e das ações básicas de saúde. Desse período até hoje, os avanços ocorridos não foram acompanhados nem por recursos e formas de financiamentos adequados à saúde e nem pela organização consistente e homogênea do Sistema Único de Saúde (SUS) nas diferentes regiões (Teixeira; Porto; Habib, 2012).

Sobre as dificuldades de financiamento das políticas públicas na área do câncer, no ano de 2012, o Ministério da Saúde (MS) inseriu o medicamento Trastuzumabe de alto custo financeiro, a partir da Lei nº 12.401/2011, na lista de medicamentos fornecidos pelo SUS. O Trastuzumabe é um dos medicamentos mais procurados por sua eficácia na redução de incidência de tumores durante e após o tratamento contra o câncer de mama e por diminuir em 22% o risco de morte. Em 2011, o MS gastou R\$ 4,9 milhões para atender a 61 pedidos judiciais do medicamento, que custa, em média, R\$ 7 mil o frasco. Porém, em agosto de 2012, o MS, apoiado pelo Comitê Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, lançou uma nova resolução e restringiu o uso da medicação a pacientes com cânceres no estágio inicial (Portaria nº 19, de 25 de julho de 2012) e localmente avançado (Portaria nº 18, de 25 de julho de 2012), com a justificativa de que em pacientes com câncer avançado, o medicamento teria caráter paliativo e modesto (Brasil, 2012; Bassete, 2013; Martins, 2013; Rondon, 2013).

A questão do financiamento do medicamento Trastuzumabe no tratamento do câncer mamário é apenas uma das inúmeras facetas delineadas nas últimas quatro décadas, em que a maior parte do ônus

global do câncer está em países em desenvolvimento, principalmente os que têm pouco e médio recurso. Aliás, o câncer tornou-se um problema de saúde pública mundial (INCA, 2011).

Os trabalhos na área de Saúde Pública e os relacionados ao câncer, pelo caráter multifatorial e multidisciplinar das doenças, não podem restringir-se apenas ao campo médico-científico, pois estão inseridos no âmbito das políticas públicas, as quais trabalham com a interdependência entre evidências científicas, questões culturais, contexto político e mobilização social. Mesmo com os avanços conceitual e normativo e das demonstrações de evidências científicas de que em países em desenvolvimento cerca de um terço dos cânceres podem ser prevenidos e outro terço evitado, mais de 70% dos casos de cânceres, no Brasil, são diagnosticados em estadiamento III e IV, quando não existe possibilidade de cura (Teixeira et al, 2012).

As estimativas de câncer para o ano de 2012, no Brasil, válidas também para o ano de 2013, apontaram a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluídos os casos de pele não melanoma. Em relação à saúde da mulher, o câncer de mama é responsável em nível mundial por 1,15 milhão de novos casos e por 411.093 mortes a cada ano. No ano de 2010, 12.812 pessoas morreram por causa do câncer de mama, das quais 147 foram homens. Em 2012, no Brasil, o câncer de mama foi responsável por 52.680 casos novos. A incidência de câncer de mama, no Brasil, varia de região para região: na região Sudeste, o câncer mamário é responsável por 69 casos por 100 mil, no Sul por 65/100 mil, no Centro-Oeste por 48/100 mil e no Nordeste por 32/100 mil. No estado do Piauí, um dos vinte e seis estados brasileiros e que faz parte da região Nordeste, no ano de 2012, foram diagnosticados 494 casos novos e 151 óbitos por câncer de mama (INCA, 2011).

Para Auzeni Moura Fé, coordenadora estadual de saúde da mulher, em palestra proferida no dia 21 de janeiro de 2013, no 1º Curso de Formação de Agente Rosa da Fundação Maria Carvalho Santos, a ocorrência de óbitos por câncer de mama, no Piauí, está relacionada ao estadiamento no diagnóstico, o que indica a necessidade de implementar ações para detecção mais precoce possível da doença, como no processo de realização de mamografias, com o objetivo de diminuir a subutilização de mamógrafos. Para isso, o Governo do Estado do Piauí propôs-se promover a pactuação entre os novos gestores para viabilizar um plano de ação para a melhoria das ações de controle do câncer de mama e remanejar recursos financeiros para o custeio das ações a serem implementadas. Alguns desafios foram previstos no trabalho de realização das metas do Governo do Estado para a saúde da mulher, como implantação efetiva da Rede de Atenção Oncológica do Piauí, redefinição e repactuação das responsabilidades dos gestores de saúde, ampla capacitação dos profissionais em todos os níveis da atenção e contínuo monitoramento e avaliação dos serviços de saúde.

No estado do Piauí, especificamente em sua capital Teresina, a Fundação Maria Carvalho Santos (FMCS), fundada em 1998, atende gratuitamente mulheres com câncer de mama e com preços de baixo custo a população em geral, com ajuda de sua diretoria, de seus oitenta e quatro voluntários e uma equipe de profissionais nas áreas de oncologia, ginecologia, fisioterapia, clínica da dor, mastologia, cardiologia e genética. A FMCS cujo *slogan* é “A fonte da solidariedade”, de acordo com o seu Estatuto datado de 1998 a 2013, é uma entidade sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, assistencial, educacional e cultural de defesa e promoção da saúde, com jurisdição em todo o território nacional. Foi reconhecida como de utilidade pública municipal, em 13 de março de 2000, pela Lei nº 2880, e de utilidade pública estadual, pela Lei nº 5171, de 16 de novembro de 2000, e está enquadrada dentro das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, com o número 08015011467/2003-89.

A entidade faz doações de perucas, sutiãs, próteses mamárias, material de fisioterapia, livros, publicações e outros materiais no processo de recuperação de pessoas portadoras de câncer de mama. Possui parcerias com instituições públicas e privadas promotoras de saúde. Desenvolve e executa trinta e cinco projetos na área de saúde, pois objetiva conscientizar as pessoas quanto à necessidade de melhoria da qualidade de vida. Dentre os projetos desenvolvidos, há o projeto Outubro Rosa, realizado

desde 2006, em Teresina, e que promove caminhada, mamografias e exames clínicos gratuitos, e as Oficinas de Direitos, nas quais a equipe jurídica da Fundação trabalha a prática de *advocacy* e informa e discute sobre leis e benefícios sociais das pessoas com câncer de mama.

A instituição produz, edita e distribui gratuitamente material educacional de estímulo à melhoria da qualidade de vida e elabora manuais de orientação e *folders* explicativos quanto à prevenção e controle do câncer de mama. A Fundação auxilia no processo de formação e de capacitação de profissionais promotores de saúde. Na sede da entidade funciona uma pequena farmácia, um bazar, uma biblioteca e um atelier de cabelo e maquiagem. Em determinados dias da semana, na entidade, ocorrem reuniões de orientação com portadoras de câncer de mama. As orientações também focam questões jurídicas como aposentadorias, quitações de compras financiadas, isenção de imposto de renda. A Fundação por ser uma entidade filantrópica tem como base de recursos a contribuição de seus membros e associados e o trabalho voluntário. Portanto, aceita doações de pessoas físicas e/ou jurídicas. A sede da entidade é aberta diariamente, para receber, cadastrar, atender e fazer doações a pessoas com câncer de mama.

Os membros da FMCS são classificados nas categorias de: instituidores – pessoas signatárias da Escritura de criação e instituição da Fundação; contribuintes – pessoas e/ou entidades que venham a associar-se à Fundação e que contribuam de uma só vez ou em parcelas, com doações em espécie, em bens ou através de prestação de serviços, de modo relevante para o desenvolvimento e realização dos fins da Fundação segundo critérios adotados pela Diretoria; beneméritos – pessoas, que a critério da Fundação, prestarem serviços de mais alta relevância à entidade consoantes com seus objetivos; honorários – pessoas, que a critério da Fundação, façam jus a essa honraria; e correspondentes – pessoas e/ou entidades que aceitem representar a Fundação em determinadas circunstâncias.

A FMCS trabalha com a ideia de *advocacy* e *lobby* no combate e controle do câncer de mama. Para a advogada-voluntária da FMCS, Ana Clara de Carvalho Craveiro, em palestra proferida no dia 22 de janeiro de 2013, no 1º Curso de Formação de Agente Rosa, *advocacy* é o empoderamento por uma causa. Envolve ação/ativismo. É a atuação de modo planejado e estratégico para alcançar os resultados ou situação defendidos. E *lobby* é a arte da persuasão amável. A entidade apresenta em sua base ideológica a participação social na saúde, através da advocacia em saúde, em um processo de reivindicação pelo direito à saúde, posto o mesmo não alcançar a totalidade da população. Dessa forma, “a advocacia em saúde surge da necessidade de fortalecer a população hipossuficiente por omissões institucionais no processo de reivindicação do direito à saúde” (Dallari; Barber-Madden; Fernandes; Shuqair; Watanabe, 1996, p. 596).

A concepção ideológica de *advocacy* visa constituir cidadãos-advogados na negociação e pressionamento dos poderes públicos na garantia da universalidade dos direitos à saúde. Nesse contexto, as Organizações Não Governamentais, as entidades filantrópicas como a Fundação Maria Carvalho Santos, são fundamentais na reivindicação coletiva e no processo de negociação com os poderes públicos. Há, assim, a defesa de *advocacy* como o exercício da cidadania. Alguns dos direitos garantidos em lei e defendidos pela FMCS na causa anticâncer são: mamografia para mulheres a partir de 40 anos de idade – Lei nº 11.664/2008; distribuição gratuita do medicamento Trastuzumabe (Herceptin), pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e obrigatoriedade do início do tratamento da pessoa com câncer, pelo SUS, no prazo máximo de 60 dias, contados a partir do diagnóstico – Lei nº 12.732/2012. Em linhas gerais, a advocacia pela saúde da mama, segundo a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (2010),

“é uma ação política, no sentido de buscar interferir sobre determinados procedimentos – políticas públicas – relacionados com a atenção à saúde da mulher na perspectiva do acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento adequado e oportuno e ao seguimento pós-tratamento do câncer de mama. Isto implica também interferir sobre legislação que garante direitos ao acesso

universal e equitativo a esta atenção e sobre a definição e monitoramento dos orçamentos públicos necessários e aplicados para assegurar tal assistência”. (p. 06)

Políticas Públicas na área de combate e controle do câncer de mama são desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 1980 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998. O controle do câncer de mama foi reafirmado como prioridade no plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, que prevê investimento técnico e financeiro para a intensificação das ações de controle nos estados e municípios, e que foi lançado pela presidenta da República, Dilma Rousseff, em 2011. No âmbito da detecção precoce, a atual perspectiva é a garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; implantação da gestão da qualidade da mamografia; ampliação da oferta de mamografia de rastreamento; comunicação e a mobilização social e fortalecimento da gestão do programa. Na atenção terciária, a meta é continuar as ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer com qualidade conforme os objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica (Brasil, 2006; Brasil, 2011; Brasil, 2012).

A Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO foi proposta pelo Ministério da Saúde, em 2005, com os objetivos de contemplar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em todo o território brasileiro. A PNAO é organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios. Em sua constituição contempla o plano de controle do câncer de mama e do colo do útero, além da promoção e vigilância em Saúde; atenção básica; média e alta complexidade; Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; plano de controle do tabagismo e outros fatores de risco; regulamentação suplementar e complementar; regulação, fiscalização, controle e avaliação; sistema de informação; Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica; avaliação tecnológica; educação permanente e capacitação; e pesquisa sobre o câncer (Brasil, 2005).

Através da PNAO, evidenciou-se uma retomada de aspectos apontados na Lei Orgânica do SUS nº 8.080/90, quanto à organização dos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade – atenção básica, média e alta complexidade. A PNAO acentua o câncer como questão de saúde pública. Contudo, apesar dos anos percorridos desde sua instituição, não se conseguiu refrear a incidência do câncer. A PNAO, para Parada et al. (2008, p. 201), “propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer”.

Para o Ministério da Saúde, dentre as suas propostas referentes à PNAO, um dos problemas atuais do Sistema Único de Saúde está diretamente relacionada à necessidade de melhorar o acesso ao diagnóstico precoce. A atenção primária é de suma importância devido ao seu caráter de diagnosticar precocemente alguns cânceres, como o câncer de mama, que é o segundo tipo mais frequente de câncer no mundo e o mais comum entre as mulheres, e que responde por 22% dos casos novos a cada ano (Brasil, 2005; Silva, 2010; Brasil, 2012).

No entanto, as iniciativas do governo federal em construir mecanismos legais, como a PNAO, vinculados à proposta inicial do SUS, não são acompanhadas de condições concretas para a sua efetivação. Quanto ao câncer, as bases legais através da iniciativa política pública estatal para seu controle e combate foram postas, mas essa política não recebe o devido financiamento para sua realização. Ou seja, Silva (2010) discute que,

“No Brasil, em oncologia a luta é ainda pela garantia das mínimas condições para o diagnóstico precoce de cânceres com potencial de tratamento e cura em estadiamentos iniciais e pela universalização efetiva – universalidade acompanhada de equidade e integralidade – desses tratamentos e incorporação de tecnologias acessíveis ao conjunto da população”. (p. 180)

Em relação ao financiamento de políticas públicas sociais como a PNAO, temos o retorno ao papel de pedinte do Ministério da Saúde, cujo “gasto público em alta e média complexidade é fortemente dependente da oferta de hospitais privados e filantrópicos, os quais tendem a concentrar-se em municípios com renda mais elevada” (Arretche, 2003, p. 341-342). Tanto no INCA, órgão diretivo do Ministério da Saúde, com sua significativa parcela de seiscentos voluntários, no IncaVoluntário, como na Fundação Maria Carvalho Santos, com seus oitentas e quatros voluntários, observa-se o processo de refilantropização ou publicização das ações sociais do Estado, no repasse dos serviços sociais e científicos estatais para a sociedade civil.

Em 2010, o Tribunal de Contas da União fez uma auditoria acerca da Política Nacional de Atenção Oncológica devido ao aumento da incidência de câncer no Brasil; ao aumento dos gastos federais com tratamentos oncológicos e às deficiências na estrutura da rede de atenção em oncologia. Os gastos federais com tratamentos ambulatoriais e hospitalares de câncer têm crescido ano a ano: atingiram, em 2008, o montante de R\$ 1,48 bilhões; em 2009, o valor de R\$ 1,69 bilhões, e, em 2010, superaram a quantia de R\$ 1,92 bilhões. A auditoria evidenciou que a estrutura da rede de atenção oncológica não tem possibilitado acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer. Por exemplo, a partir do confronto do número de atendimentos realizados com as necessidades estimadas, constatou-se que a produção do ano de 2010 cobriu apenas 65,9% da demanda por radioterapia (Brasil, 2011).

3. Relacionamento entre câncer, Estado, terceiro setor e voluntariado

A Declaração Universal dos Direitos Humanos preceitua, em seu artigo 25, que toda pessoa tem direito à saúde e a cuidados médicos em caso de doença. A Constituição Federal de 1988 materializa esses direitos na Seção II do Título VIII – Da Ordem Social –, que se dedica, especialmente, ao tema da Saúde. O art. 196 assevera que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve ser garantido por meio de políticas que visem ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. A Lei 8.080/1990 ou Lei Orgânica do SUS, em conformidade com a Constituição de 1988, em seu art. 7º, relaciona entre os princípios do SUS, o princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e o princípio da integralidade de assistência, inclusive a farmacêutica (Organização das Nações Unidas, 1948; Brasil, 2003).

No entanto, continua massivamente operante o incentivo e o investimento por parte do Estado para atuação da sociedade civil organizada, no processo de desmonte das políticas de saúde pública estatal e universal, no fortalecimento do terceiro setor, do capital financeiro e conseqüentemente, no fortalecimento da saúde privatista. Nesse sentido, o fortalecimento das organizações da sociedade civil, promovido pelo Estado, empodera a sua atuação junto às políticas públicas, no tênue jogo de mascaramento de redução da ação social estatal, através das parcerias público-privado.

Com a retomada da lógica do mercado e da filantropia para o atendimento das demandas geradas pela lógica neoliberal, o indivíduo detentor de capital financeiro compra seus direitos e transmuta-se de cidadão a consumidor. Já os indivíduos não detentores de capital financeiro, ficam a mercê da benevolência da sociedade e/ou das precárias políticas sociais executadas pelo Estado. A dominação do capital financeiro é impensável sem a intervenção política e apoio efetivo dos Estados nacionais, que canalizam o fundo público para alimentar o mercado financeiro. Há a regressão da luta dos trabalhadores organizados pelo reconhecimento de seus direitos, no “reino do capital fetiche na plenitude de seu desenvolvimento e alienação” (Iamamoto, 2008, p. 106; Couto, 2004).

O estudo da relação entre Estado, terceiro setor, voluntariado e câncer de mama é importante devido à necessidade da agenda de políticas públicas de reexaminar as relações do Estado, mercado e sociedade civil, no atual momento, no qual essas relações transformam-se profundamente, através do incentivo crescente do voluntariado ao lado da precarização de políticas públicas de cunho social, como

as políticas de saúde e o próprio SUS. Por isso, o “voluntarismo pode ser uma estratégia governamental, uma conjunção de ensinamentos julgados verdadeiros que ocultam intenções obscuras por parte do Estado ao apelar para a boa vontade de seus cidadãos, para a execução de ações assistenciais” (Araújo, 2008, p. 43).

Exemplo é o período entre 2000 e 2005, em que os gastos sociais totais não ultrapassaram 45,28%, enquanto que os gastos com os serviços da dívida pública chegaram a 46,82%. Nesse período, constatou-se também o grande incentivo às organizações voluntárias, que ainda continua. O aumento do incentivo às organizações voluntárias está associado tanto às estratégias da mídia, que relaciona o exercício da cidadania às práticas voluntárias, que ajuda a divulgar os valores necessários à construção do consenso de matriz ideológica, como o aparato político-jurídico expresso na promulgação da Lei nº 9790, em 1998, regulamentadora das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e da Lei nº 9608/1998, regulamentadora do voluntariado. O crescimento e grande incentivo do voluntariado possui uma intenção deliberada de privatização das políticas públicas e de demolição dos direitos sociais (Montaño, 2003; Bonfim, 2010).

Dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública estimam que 22,6% da população brasileira dedicam parte de seu tempo em ações de ajuda e que 16% prestam serviços voluntários por seis horas semanais, em média, em atividades que não exigem maior qualificação. O Instituto de Geografia Aplicada e Estatística (IBGE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada indicam o crescimento de 157%, entre 1996 e 2002, do número de instituições privadas sem fins lucrativos (Ferreira, 2005; Moniz; Araújo, 2008) .

No ano de 2005, de acordo com o IBGE, existiam oficialmente no Brasil, trezentas e trinta e oito mil Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos (FASFIL). Este grupo de instituições representa 56,2% do total de 601,6 mil entidades sem fins lucrativos e uma parcela significativa de 5,6% do total de seis milhões de entidades públicas e privadas, lucrativas ou não, que compunham o Cadastro Central de Empresas neste mesmo ano. As FASFIL distribuem-se no Território Nacional de acordo com a distribuição da população. A maior concentração das FASFIL encontra-se na região sudeste com 42,4%, seguida pela região nordeste com 23,7%, em terceiro lugar, a região sul com 22,7% e em quarto lugar, a região norte com 4,8%. Dentre os diversos fatores que contribuíram para o crescimento acelerado dessas entidades, destaca-se o fortalecimento da democracia e da participação da sociedade civil na vida nacional (Brasil, 2008).

O conceito de terceiro setor orientador da discussão teórica deste trabalho é o elaborado por Montaño (2003), para quem o terceiro setor

“deve ser interpretado como ações que expressam funções a partir de valores. Ou seja, as ações desenvolvidas por organizações da sociedade civil, que assumem as funções de resposta às demandas sociais (antes de responsabilidade fundamentalmente do Estado), a partir dos valores de solidariedade local, auto-ajuda e ajuda mútua (substituindo os valores de solidariedade social e universalidade e direito dos serviços)” . (p. 184)

O terceiro setor é um fenômeno complementar do projeto neoliberal de redução do papel do Estado na intervenção social, para criar uma demanda lucrativa para o mercado. Essa definição de terceiro setor considera a criação de uma cultura do “possibilismo”, que dentre suas várias ramificações, encontra-se a cultura do voluntariado. As culturas do “possibilismo” e do voluntariado permitem o fértil desenvolvimento da política-ideológica neoliberal, cujo objetivo é a reestruturação do capital, através de valores de solidariedade voluntária e local.

O trabalho/serviço voluntário, no Brasil, é regulamentado pela Lei nº 9608, de 18 de fevereiro de 1998 e revisada em outubro de 2003, no primeiro ano do governo de Luís Inácio Lula da Silva, que manteve e continuou politicamente a proposta de terceiro setor elaborada e incentivada pelos dois

governos de Fernando Henrique Cardoso. A referida Lei, em seu art. 1º, define o serviço voluntário como “a atividade não remunerada, prestada por pessoa física à entidade pública de qualquer natureza, ou à instituição privada para fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade”. (Brasil, 1998)

A regulamentação jurídica do voluntariado brasileiro é um dos resultados da gradual implantação da lógica empresarial da profissionalização do voluntariado com o objetivo de maximizar a eficiência, a eficácia, o gerenciamento e a aplicação de recursos na obtenção de resultados positivos dos trabalhos desenvolvidos pelas diversas entidades que compõem esta esfera. O processo de implantação da lógica empresarial no voluntariado brasileiro permite vislumbrar de forma diferenciada a responsabilidade social, no sentido de torna-la mais competitiva, o que embute a concepção do negócio na formatação do voluntariado renovado (Sklair, 2010).

O voluntariado, ferramenta de substituição no processo de co-responsabilização da sociedade civil nas demandas sociais, relaciona-se com a questão social, que é uma demanda política, permeada de tensões e conflitos sociais e que precisa ser percebida e assumida por todos os diversos setores da sociedade. É nesse sentido que o voluntariado e a expansão dos direitos de cidadania influenciam o processo de consolidação da cultura democrática. Contudo, essa percepção é fragmentada, pontualizada, dessocializada e despolitizada. Consequentemente, a questão social é discutida em um processo que a desmonta em questões sociais. O voluntariado e o terceiro setor não são incompatíveis com o processo de consolidação da cultura democrática. A problemática existente entre estas categorias e os direitos de cidadania, é a despolitização das lutas sociais, relegadas a um plano em que não são pensadas como necessárias no constante e indispensável fluir das transformações sociais.

A PNAO, no âmbito desta discussão, garante a existência colaboradora do terceiro setor na área de oncologia. O art. 2º inciso II da Portaria GM/MS nº 2439/2005 da PNAO estabelece o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil na promoção de qualidade de vida e saúde dos indivíduos e coletividades. Assim, a PNAO deve ser organizada articuladamente com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, no desenvolvimento de estratégias coerentes com a política nacional da saúde voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades (Brasil, 2005).

Isso não quer dizer que se deva demonizar o terceiro setor, o voluntariado e o Estado, mas que se adote, em relação a esses atores, uma postura crítica e analítica, pensada como necessária para a reflexão do voluntariado em uma cultura democrática, para que não haja supervalorização do voluntariado e do terceiro setor como capazes de resolver, como sociedade civil organizada, os diversos e graves problemas sociais existentes. Além disso, não apresentar o Estado como o vilão do seu próprio projeto de reforma. Mas, apresentar como a parceria público-privado é pensada pelas diversas alas teóricas que estudam essa problemática.

4. Considerações finais

A classe trabalhadora em tempos de neoliberalismo sofre os efeitos do retrocesso dos direitos sociais através dos limitados financiamentos públicos e da intensificação das desigualdades sociais. Como consequências desse processo, há o retorno à família e à sociedade civil sem fins lucrativos como agentes do bem-estar social, o esvaziamento do setor público e o desmantelamento dos serviços sociais públicos.

Ao falarmos da interpelação e do incentivo do Estado para a adesão e o investimento da sociedade civil no papel-sujeito do voluntariado, em um processo de co-responsabilização da sociedade

civil, não discutimos o Estado de forma geral, mas o Estado brasileiro, no período de 1990 a 2012, que foi governado pelas forças políticas hegemonicamente neoliberais, que reproduziram de forma acrítica a velha oposição liberal entre sociedade e Estado, oposição que aparentou justificar-se no período de luta contra os regimes autoritários, momento histórico em que pareceu haver uma unidade política da sociedade contra o Estado. Contudo, a permanência dessa oposição depois de superada a conjuntura política autoritária, empobreceu a compreensão de sociedade civil como abriu espaço para a sua ressignificação.

Quanto às pessoas portadoras de câncer, especialmente, às pessoas com câncer mamário, esses efeitos são agudizados pela dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento preconizado e pela limitada proteção social desempenhada pelo Estado, já que os investimentos governamentais e os mecanismos existentes para a estruturação da rede de atenção oncológica para atender a demanda por tratamento não têm sido suficientes, o que favorece significativamente a atuação e o papel das Instituições da Sociedade Civil de Interesse Público, como a Fundação Maria Carvalho Santos, em todo o processo de elaboração e execução das políticas públicas contra o câncer.

Referências

Andreazzi, M. F. S. (2012). O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. En Bravo, M. I. S. & Menezes, J. S. B. (Eds.). *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais* (pp. 29-54). São Paulo, SP, BR: Cortez.

Araújo, J. M. (2008). *Voluntariado: na contramão dos direitos sociais*. São Paulo, SP, BR: Cortez.

Arretche, M. (2003). Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 08(2), p. 331-345.

Bassete, F. *Droga de alto custo para tratar câncer de mama será fornecida pelo SUS*.

Recuperado em 1º de fevereiro de 2013, do sítio Web do *Estadão.com.br*:

<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,droga-de-alto-custo-para-tratar-cancer-de-mama-sera-fornecida-pelo-sus-,904055,0.htm>.

Bonfim, P. (2010). *A cultura do voluntariado no Brasil: determinações econômicas e ideológicas na atualidade*. São Paulo, SP, BR: Cortez.

Brasil. (1998). *Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998*. Dispõe sobre o serviço voluntário. Recuperado em 23 de abril de 2012, do sítio Web da *Presidência da República*: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9608.htm.

Brasil. (2003). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília, DF: CONASS.

Brasil. (2005). Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.439 de 08 de dezembro de 2005*. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília, DF, 60 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

Brasil. (2008). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil em 2005*. Rio de Janeiro.

Brasil. (2011). Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo Relatório de Auditoria – *Política Nacional de Atenção Oncológica*, Brasília: TCU.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama*. Recuperado em 12 de janeiro de 2012, do sítio Web do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f.

Brasil. Portaria nº 18, de 25 de julho de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 144, 26 de julho de 2012. Seção 1, p. 57.

Brasil. Portaria nº 19, de 25 de julho de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 144, 26 de julho de 2012. Seção 1, p. 57.

Bravo, M. I. S. & Menezes, J. S. B. (2012). Apresentação. En Bravo, M. I. S. & Menezes, J. S. B. (Eds.). *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais* (pp. 17-26). São Paulo, SP, BR: Cortez.

Carvalho, A. O. R. de. (2006). *O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Couto, B. R. (2004). *O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira*. São Paulo, SP, BR: Cortez.

Dallari, S. G. Barber-Madden, R. Fernandes, M. C. T. Shuqair, N. S. M. S. A. Q. Watanabe, H. A. (1996). Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. *Revista de Saúde Pública*, 30(6), p. 592-601.

Estatuto da Fundação Maria Carvalho Santos, 1998 a 2013.

Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama). *Capacitação para Advocacy e controle social em saúde da mama*. Salvador-BA, 2010. Material de apoio. Recuperado em 08 de abril de 2013, do sítio Web da Associação Brasileira dos Portadores de Câncer: <http://www.amucc.com.br/arquivos/file/Material%20de%20apoio%20Advocacy.pdf>.

Ferreira, V. C. P. (2005). *ONGs no Brasil: um estudo sobre suas características e fatores que têm induzido seu crescimento*. Tese de Doutorado em Administração Pública. Programa de Pós-graduação da Escola de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Fuhrmann, N. L. (2004). Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do Sistema Público de Saúde no Brasil. *Revista Civitas*, 4(1), p. 111-131.

- Iamamoto, M. (2008). Mundialização da economia, capital financeiro e questão social. *Serviço Social em tempo de capital fetiche*. São Paulo, SP, BR: Cortez, p. 108-128.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Inca. (2011). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ, BR.
- Martins, M. G. *Trastuzumabe – pelo direito à vida*. Recuperado em 1º de fevereiro de 2013, do sítio Web do *Jornal O Dia Online*: <http://odia.ig.com.br/portal/opiniaio/margareth-guimar%C3%A3es-martins-trastuzumabe-pelo-direito-%C3%A0-vida-1.529783>.
- Minayo, M. C. de S. (1991). Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de Saúde Pública*, 25(3), p. 233-238.
- Moniz, A. L. F. & Araújo, T. C. C. F. de. (2008). Voluntariado hospitalar: um estudo sobre a percepção dos profissionais de saúde. *Estudos de Psicologia*, 13(2), 149-156.
- Montaño, C. (2003). *Terceiro setor e questão social*. A crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo, SP, BR: Cortez.
- Organização das Nações Unidas – ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. *Países: Brasil*. Recuperado em 12 de julho de 2013, do sítio Web da *Organización Mundial de la Salud*: <http://www.who.int/countries/bra/es/>.
- Parada, R. Assis, M. Silva, R. C. F. Abreu, M. F. Silva, M. A. F. Dias, M. B. K. et al. (2008). A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev. APS*, 11(2), p. 199-206.
- Rondon, R. *Câncer de mama. Novo medicamento será incorporado no SUS*. Recuperado em 1º de fevereiro de 2013, do sítio Web do *Portal da Saúde* do Ministério da Saúde do Brasil: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/6242/162/novo-medicamento-para-cancer-de-mama-sera-incorporado-no-sus.html>.
- Silva, L. B. (2010). Condições de vida e adoecimento por câncer. *Revista Libertas*, 10(2), p. 172-187.
- Sklair, J. (2010). *A filantropia paulistana: ações sociais em uma sociedade segregada*. São Paulo, SP, BR: Humanitas.
- Teixeira, S. M. (2007). Reforma da Previdência Social no Brasil: modernização ou desmonte da seguridade social? *Serviço Social e Contemporaneidade*: Revista do Departamento de Serviço Social/Universidade Federal do Piauí. Ano V(5), Teresina: EDUFPI.
- Teixeira, L. A. Porto, M. & Habib, P. A. B. B. (2012). Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Card. Saúde Coletiva*, 03(20), p. 375-380.

Ugá, M. A. (2011). Brasil aplica pouco na saúde, aponta relatório da OMS. *Informe CNSP*. Recuperado em 09 de agosto de 2013, do sítio Web da *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca* da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz:
<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/24123>.

Vianna, M. L. T. W. (2001). O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. En Bravo, M. I. & Pereira, P. A. (Eds.). *Política Social e Democracia* (pp. 176-199). São Paulo, SP, BR: Cortez; Rio de Janeiro, RJ, BR: UERJ.