

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Mundos Vividos: os Caminhos do Voluntariado Hospitalar

Mestrado em Sociologia

Políticas Locais e Descentralização: as Novas Áreas do Social

Dora Raquel Fernandes Gomes

Coimbra, Outubro de 2009

Aos Meus Pais,

Pelas pessoas que são e pela sua presença na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer a todos/as aqueles/as que sei que não vou mencionar especificamente, nestas curtas palavras de agradecimento, mas que contribuíram de alguma forma para que esta dissertação fosse uma realidade na minha vida.

Ao “Mundo da Sociologia” da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, a todos os meus professores e colegas, na licenciatura (ano lectivo de 1997-2001) e deste mestrado do ano de 2002; não posso deixar de referir os nomes que fazem parte hoje da minha *família afectiva por via da Sociologia*, muito obrigada à Ana Duarte, à Catarina Oliveira, à Madalena Duarte, à Marianna Ferraro e à Fátima Almeida.

À Professora Doutora Virgínia Ferreira pelo grau de exigência que imprimiu na orientação da minha tese de licenciatura e me fez desde esse momento a ser exigente comigo própria no meu caminho profissional.

Ao Professor Doutor Pedro Hespanha, ao orientador, ao ex-colega de trabalho, ao Professor, ao Investigador e ao amigo, devo o apoio incondicional e o impulso desde sempre para que finalizasse a minha dissertação de mestrado. Obrigada também pelo seu brilhantismo intelectual e rigor académico.

Ao Centro de Estudos Sociais, instituição importantíssima no meu percurso profissional, que me dotou de uma série de competências que me ajudam no meu mundo profissional e pessoal todos os dias.

À Câmara Municipal de Anadia, a “*minha segunda casa*” nos últimos seis anos, ao Presidente e ao Executivo pela possibilidade de enquanto socióloga criar e coordenar o Banco Local de Voluntariado de Anadia. Aos meus colegas e amigos pela amizade e recepção nesta instituição: à Ana Castanheira, à Isabel Maia, à Marisa Ferreira, à Marta Seabra e ao Pedro Dias. E muito em especial: à Susana Santos por toda a amizade, companheirismo diário e pela minha magnífica capa da tese; e à Cláudia Martins, amiga nesta jornada quase comum e incentivadora de sempre para que chegasse ao fim.

Ao Hospital José Luciano de Castro, pelo apoio incondicional (sem este apoio não teria sido possível) desde o primeiro momento, na pessoa do seu director Dr. José Afonso e da Técnica Superior de Serviço Social, a amiga Ana Paula Ferreira. E a todos os funcionários/as desta instituição que me receberam como pertencendo “à casa”.

A todas as Voluntárias do Hospital José Luciano de Castro, minhas entrevistadas um muito obrigada e uma sentida homenagem pela vossa dádiva para comigo e para com todos os doentes que beneficiam do Vosso Voluntariado hospitalar. A Vós pertence o papel principal desta tese!

Às cidadãs do mundo, Fátima Almeida e Marlene Almeida, respectivamente em Timor-Leste e Moçambique, com toda a minha admiração, pelo caminho de justiça e entrega que fazem no mundo todos os dias...

À Cristina Nunes, minha amiga que me fez chegar às minhas mãos preciosidades bibliográficas vindas de Lisboa.

À Clarisse, pela amizade de infância e de hoje, e também pela paciência em me rever capítulos desta tese.

À Sylvie Costa pela amizade sincera e pelo apoio imprescindível na formatação e apresentação desta tese.

À Patrícia Grilo pela sua amizade, profissionalismo, partilha e pelas suas maravilhosas sugestões ao longo deste percurso.

Ao João e Tomás Fonseca pela luz e força que me dão todos os dias...

À Lucília Ferreira, a Cila, a “irmã afectiva” pela nossa grande viagem de crescimento em conjunto, pela presença, pelo apoio incondicional, pelo sentimento partilhado de todos os dias de que *o caminho se faz caminhando...*

Ao meu irmão Sílvio Gomes, pelo enorme significado que tem na minha vida desde o dia em que nasceu...

À minha avó Glória pelo seu acompanhamento (deliciosamente belo) nesta tese para com a minha pessoa, através dos seus 83 anos.

A Todos/as os que já *partiram*, mas que continuam a fazer parte da minha vida...

Por último, mas em primeiro, aos meus pais, Sílvio da Conceição Gomes e Maria Dulcília Gomes – a quem dedico esta tese – por estarem sempre comigo, pelo encorajamento, pelo apoio, pela compreensão, pelo seu amor incondicional e por potenciarem todos os dias que eu seja uma pessoa melhor... *Obrigada de todo o coração!*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO I – À VOLTA DO CONCEITO DE VOLUNTARIADO	10
Breve Historial do Voluntariado.....	10
O Estado e o voluntariado em Portugal: um caminho recente.....	15
Conceito (s) e princípios contemporâneos do Voluntariado.....	18
O (s) conceito(s) de Voluntariado.....	18
A definição institucional de Voluntariado em Portugal.....	20
Os princípios do Voluntariado em Portugal.....	23
Perspectivas Sociológicas do Voluntariado.....	25
Perspectivas Sociológicas sobre a solidariedade social e cidadania	27
Solidariedade social e voluntariado.....	27
Cidadania e voluntariado.....	32
CAPÍTULO II – O VOLUNTARIADO EM CONTEXTO HOSPITALAR: RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS E VOLUNTÁRIOS E MOTIVAÇÕES	36
Considerações sobre os Profissionais e Voluntários em Contexto Hospitalar.....	37
O Hospital: a relação de profissionais e voluntários e a qualidade	40
Voluntariado Hospitalar: as motivações “para ser voluntário”	43
CAPÍTULO III	51
O MODELO ANALÍTICO DE INVESTIGAÇÃO: OS CAMINHOS DA PESQUISA.....	51
O objecto da pesquisa.....	52
As Técnicas Utilizadas.....	53
As entrevistas.....	53
Local das Entrevistas.....	55
Análise das Entrevistas.....	55
A Análise Documental	56
O estudo de caso: voluntariado hospitalar no Hospital José Luciano de Castro.....	56
Localização.....	56
Breve Historial Cronológico.....	57

Missão e Visão.....	58
Breves Informações Adicionais.....	58
Acreditação.....	58
Hospital de Referência Nacional.....	59
CAPÍTULO IV – OS “MUNDOS VIVIDOS” NO VOLUNTARIADO HOSPITALAR	60
Breve Historial do Voluntariado Hospitalar em Anadia	60
Adesão do Hospital José Luciano de Castro ao Banco Local de Voluntariado de Anadia..	61
O Voluntariado no âmbito da acção médica do Hospital: a Unidade de Convalescença	62
Caracterização Sumária do Universo Estudado.....	64
Os “Mundos Vividos” das Pessoas Voluntárias	67
Os fundamentos do “querer ser voluntária”.....	67
Os significados e as gratificações do exercício do voluntariado.....	71
Os Contornos do Voluntariado Hospitalar: regras, actividades e o papel das voluntárias	76
As Regras.....	76
As Actividades.....	78
O papel das Voluntárias.....	80
Relações das Voluntárias no Meio Hospitalar: “as duas faces da moeda”	84
Relações entre voluntárias e os profissionais de saúde	84
Relações entre Voluntárias e Doentes	89
Afectos e proximidades entre voluntárias e doentes.....	92
Voluntária versus doente: as frustrações	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
BIBLIOGRAFIA:	101
ANEXOS.....	106

INTRODUÇÃO

O Voluntariado é definido na lei portuguesa como “o conjunto de acções de interesse social e comunitário realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas ou outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e das comunidades desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas¹”. Este enquadramento jurídico surge pela primeira vez no nosso país em 1998/99.

O auge da divulgação e veiculação do voluntariado ocorreu no ano de 2001, por ocasião do Ano Internacional do Voluntariado proclamado pela Organização das Nações Unidas². A partir desta data a um nível global, nacional e local o voluntariado conquistou uma importância social de forma indiscutível.

A escolha do Voluntariado como tema para a presente tese de mestrado prende-se com vários factores: a) o meu próprio percurso pessoal, e o facto de ter iniciado em 1999 (por coincidência, em simultâneo com o primeiro enquadramento legislativo em Portugal) dois anos de voluntariado numa instituição da cidade de Coimbra; b) o respeito e fascínio que sinto por tantas pessoas voluntárias (que conheço e outras que não conheço) a nível local, nacional e internacional); c) o facto de a nível profissional actualmente coordenar um Banco Local de Voluntariado; e, por último, d) a noção de que tinha deixado há alguns anos algo por terminar (a dissertação de mestrado), e este tema eclodiu em mim com total sentido (pessoal e profissional).

A temática do voluntariado encerra em si mesma, uma série de questionamentos que me aliciaram desde sempre sob o ponto de vista reflexivo ao nível teórico-prático. A ausência de estudos em Portugal na área do Voluntariado é também uma realidade a ter em conta. Esta tese pretende contribuir para a discussão e reflexão sobre o voluntariado hospitalar no nosso país, sendo que a mesma se assume desde já como “exploratória”.

A presente tese tem por objectivo geral compreender a prática do voluntariado hospitalar, partindo dos significados e percepções que as próprias voluntárias atribuem ao trabalho voluntário nesse contexto.

¹ Artigo 2º da Lei n.º 71/98 de 3 de Novembro (DR 254/98 Série I-A de 1998-11-03) que define as bases do enquadramento jurídico do voluntariado.

² Por sua vez, o dia 05 de Dezembro passou a ser o Dia Internacional do Voluntário.

A compreensão da prática do voluntariado hospitalar, partindo das próprias voluntárias, pretende dar a conhecer quais os lugares atribuídos pelas voluntárias a si próprias no âmbito da sua actividade hospitalar; quais as relações entre as voluntárias e os outros actores sociais do voluntariado hospitalar (profissionais e doentes); e que histórias e afectos estão identificadas pelas voluntárias no âmbito do trabalho que realizam.

O termo “voluntariado hospitalar” refere-se a um conjunto de práticas que ocorrem dentro dos estabelecimentos hospitalares, mas sempre à margem das práticas específicas das equipas dos profissionais de saúde.

Para explicitar melhor, as opções tomadas e clarificar o caminho que esta tese encetou, indicamos de seguida a forma como a dissertação está estruturada, através da sua divisão em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, propõe-se uma abordagem das principais linhas teóricas que conduziram a investigação, em torno de discussões sobre o percurso histórico do voluntariado, o seu enquadramento legal na sociedade portuguesa, a solidariedade social e a cidadania.

No segundo capítulo, procurámos fazer uma análise sobre os profissionais de saúde e as pessoas voluntárias no contexto hospitalar e as motivações que levam as pessoas a exercer voluntariado.

No terceiro capítulo, é apresentado o modelo analítico da investigação, ou seja, toda a estratégia de pesquisa seguida ao longo da dissertação.

O quarto capítulo, é dedicado a uma breve caracterização do voluntariado no Hospital José Luciano de Castro e também à análise dos “mundos vividos” pelas pessoas voluntárias no âmbito do contexto hospitalar, evidenciando os significados, as gratificações, as actividades, as regras, as relações entre pessoas voluntárias, profissionais de saúde e doentes, os afectos e as frustrações vividas neste tipo de voluntariado.

As considerações finais sintetizam algumas reflexões e apresentam as principais conclusões, colocando em primeiro plano as informações mais valorizadas pelas entrevistadas desta tese. É pretensão que os resultados apresentados contribuam para um aprofundamento desta temática, em trabalhos futuros.

Por último, saliento que a centralidade do tema do voluntariado ocorre nos nossos dias e no futuro. A Comissão Europeia pretende que o ano de 2011 seja designado de “Ano Europeu do Voluntariado”, dez anos depois do Ano Internacional do Voluntariado. Esta pretensão será aprovada (em princípio) no início de 2010, pelo Conselho e pelo Parlamento Europeu, segundo informações presentes no *site* da Comissão Europeia.

A discussão do Voluntariado está hoje na agenda política e social da Europa, de Portugal e do Mundo de uma forma geral. O que irá resultar, obviamente, em mais estudos e mais discussões sobre esta temática...

Esperamos ter contribuído (à nossa escala) para o estudo das práticas do voluntariado hospitalar, por meio da percepção dos seus próprios actores sociais, nos seus “mundos vividos”, enquanto voluntários.

CAPÍTULO I – À VOLTA DO CONCEITO DE VOLUNTARIADO

Breve Historial do Voluntariado

A História é sempre uma fonte explicativa do lugar onde nos encontramos: hoje. Um fenómeno complexo e diversificado como o Voluntariado é melhor compreendido se olharmos para a sua evolução ao longo dos tempos.

Partindo desta perspectiva, assumimos, desde já, que não é nossa intenção contextualizar historicamente de uma forma exaustiva o fenómeno do Voluntariado, por não ser esse o objectivo deste trabalho.

Desta forma, as perspectivas históricas que de seguida apresentamos de uma forma sucinta pretendem contextualizar e evidenciar as principais características da história do voluntariado, aquelas que de alguma forma foram marcantes para a concepção e práticas deste fenómeno nos nossos dias.

A literatura existente sobre a evolução deste fenómeno consubstancia-se praticamente na realidade das sociedades europeias e sociedades ocidentais de uma forma geral, sendo este um aspecto a ter em linha de conta (Amaro: 2002).

Por outro lado, a literatura existente em Portugal é muito reduzida face a outros países da Europa. Esta realidade é facilmente apurada perante várias pesquisas efectuadas e da análise da publicação do Centro Europeu de Voluntariado, que reúne todas as publicações de todos os países europeus na área do Voluntariado, no livro “Bibliography on Volunteering Research in Europe”, datado de 2007.

Nesta publicação, a literatura referenciada como pertencente ao nosso país é muito parca, quando comparada com as referências bibliográficas de outros países da Europa, como França, Suécia, entre outros.

Seguindo de perto, a aceção teórica, proposta por Rogério Roque Amaro, no estudo “O Voluntariado – nos projectos da luta contra a pobreza”, podemos analisar historicamente o voluntariado em quatro períodos principais: no pré-industrial, na “era industrial”, no Estado Providência e o no pós-industrial.

Nos contextos pré-industriais, Amaro defende que a principal característica do voluntariado nesta fase da história é o facto de o voluntariado não ter de

conviver/concorrer com o trabalho remunerado. Elemento importante, a nosso ver, na medida em que o conceito moderno de voluntariado só adquire relevo num contexto de mercantilização das relações de trabalho, ou seja, a partir do momento em que o trabalho assalariado (a compra e a venda da força do trabalho) se transformou na relação de produção dominante.

Deste modo, o autor defende que este período histórico é caracterizado pela inexistência de voluntariado, enquanto conceito e categoria com reconhecimento social. “Não quer dizer que o tipo de acções, tarefas e serviços actualmente atribuíveis ao voluntariado, não se encontrem, factual e objectivamente, em vários momentos e sociedades que estão incluídas neste período, mas tão somente que não há, por enquanto, uma evidência do seu reconhecimento e valorização social generalizada.” (Amaro, 2002: 15)

Em contrapartida, na chamada “era industrial” o voluntariado ganha um reconhecimento e estatuto social que marca a evolução histórica do mesmo. Perante todas as transformações sociais e mudanças suscitadas pela Revolução Industrial, sobretudo, perante os novos modos de vida, tais como a organização do trabalho dela decorrente, entre outros aspectos, surge a necessidade das lógicas de ajuda e de solidariedade organizada com recurso ao voluntariado.

Dá-se a hegemonização do modelo mercantil das relações de trabalho, o trabalho passa a ser entendido enquanto mercadoria disponibilizada num mercado, mercado (de trabalho) esse que recebe em troca determinada retribuição económica. Neste contexto, toda a infra-estrutura social organizou-se em torno das relações de trabalho assentes numa lógica de mercado.

Esta realidade traz várias implicações para o voluntariado, a maior e sem precedentes históricos, e que ainda hoje se mantém, é o carácter gratuito do voluntariado, bem explícito nos enquadramentos legais da actualidade. No entanto, neste período da história, de forma até paradoxal, o voluntariado conquista e simultaneamente perde visibilidade e reconhecimento social.

Face à prevalência do modelo mercantil das relações de trabalho, no qual a compra e venda de força de trabalho é um factor primordial, o carácter gratuito da acção voluntária colocou o voluntariado, nesta época da história, numa relação de desvalorização face ao modelo mercantil e aos modelos de organização social da época.

Por outro lado, o processo de transformação no mercado social, que originou a profissionalização das relações sociais, através “...da crescente especialização das competências utilizadas na produção de bens e serviços, especialização essa que assenta não só na divisão técnica do trabalho, como no aprofundamento dessas competências.” (Amaro, 2002: 17), também contribuiu para ampliar a desvalorização do voluntariado face ao crescente sistema de profissionalização da época.

Este processo de transformação das relações sociais profissionais tem grandes implicações na autonomia do voluntariado. A profissionalização implica que apenas mediante determinada preparação ou diploma é que um indivíduo exerce determinada profissão, colocando o voluntariado, pela primeira vez, na condição subalterna perante o profissional, em termos de redistribuição de tarefas, dado que estas são definidas por parâmetros estabelecidos pelos profissionais, em virtude da grande valorização por parte da sociedade da especialização de profissionais. Esta é uma das características que ainda prevalece nos nossos dias.

Outro período histórico a salientar, é o que corresponde ao aparecimento do Estado Providência nos países capitalistas, após a Segunda Guerra Mundial. Com o surgir de novas realidades face aos consumos individuais e colectivos de natureza social, há uma nova reconfiguração no que diz respeito à oferta e procura de necessidades sociais. Nesta época, “...cabe destacar o processo de constituição da segunda geração de direitos, concretamente os direitos sociais, que passaram a reconhecer a importância de um conjunto de bens e serviços fundamentais, como seja, a saúde, a educação e o emprego, etc.” (Amaro, 2002; Espada, 1997)

A constituição social destes direitos e necessidades exige novas respostas universais, de ampla cobertura no que respeita à dimensão das infra-estruturas, de forma a cobrir todos os grupos sociais de um determinado território nacional. Este papel de difícil alcance foi atribuído ao Estado, através da constituição do Estado Providência, o Estado que tenta providenciar bem-estar aos seus cidadãos. O nascimento desde “novo actor” no mercado social trouxe profundas transformações para o Voluntariado, que se repercutem até aos nossos dias.

Destas transformações, destacamos o facto de, historicamente, o voluntariado ser remetido para a sociedade civil, e face a essa realidade ser identificado como oposição ou complemento ao Estado, o que ainda perdura até à presente data.

Podemos afirmar que o voluntariado, não caminhou lado a lado, na constituição e desenvolvimento do Estado de Providência. “Perante a acção do Estado-Providência, o voluntariado começou por ser redefinido como desajustado, profundamente insuficiente para dar conta da escala das novas necessidades sociais. A um certo descrédito face à eficácia da sua intervenção juntou-se a animosidade ou pelo menos a desconfiança de uma ordem e um Estado Social secularizados, sendo visto como um vestígio de uma nova ordem paternalista, assistencialista, cuja actuação caritativa era quase sempre motivada pela religião.” (Amaro, 2002: 19)

Apesar desta realidade, o voluntariado quando equacionado com o papel do Estado Providência, perante esta nova divisão do trabalho de ajuda social, é reconhecido como uma forma de actuação complementar à intervenção estatal.

Nesta acepção, o voluntariado é novamente remetido para uma condição subalterna face à regulação e produção do mercado social de ajuda por parte do Estado, sendo colocado na mesma esfera do que as relações familiares, de vizinhança e comunitárias da sociedade civil.

Actualmente, segundo a definição de voluntariado perante a legislação portuguesa (Lei nº 71/98 de 3 de Novembro que estabelece as Bases do enquadramento jurídico do voluntariado e que iremos analisar de seguida, a acção voluntária não é reconhecida perante o Estado Português, na esfera das relações mencionadas anteriormente.

No período recente, o chamado período pós-industrial, que engloba, os últimos 30 anos, o voluntariado cresce de forma vertiginosa. Garcia Roca considera que o voluntariado passa a ser encarado como um fenómeno socialmente necessário, isto é, tendo a sua razão de ser não apenas nas motivações, sacrifícios e disponibilidades exclusivamente individuais, como sucedia nos restantes períodos, mas também uma necessidade social que faz dele um fenómeno estrutural, uma das forças sociais das sociedades actuais. (Amaro, 2002)

Outro aspecto interessante, ao nosso ver, é o facto de, apesar da valorização da dimensão económica, perante o modelo capitalista, o voluntariado surgir como um fenómeno que não obedece necessariamente à lógica económica, na medida em que não é remunerado (incorpora o princípio da gratuidade) e é realizado no tempo livre dos

indivíduos, o que não quer dizer que, enquanto fenómeno, não possa ser instrumentalizado pela lógica económica, mesmo não a incorporando.

Este argumento tem por base, a constatação de vários voluntários actuarem gratuitamente, através de Organizações Não Governamentais, substituindo por vezes as acções (e gastos económicos e políticos), por parte dos Estados, por exemplo, nos conflitos de guerra ocorridos no Iraque e Afeganistão. Os Governos teriam custos muito mais elevados se não existisse um movimento voluntário a agir nestes locais.

Neste período histórico mais recente, há ainda uma outra perspectiva muito importante para a análise da realidade do voluntariado, nas sociedades contemporâneas, no que respeita ao aumento das necessidades de apoio social à escala mundial, em resultado da expansão das desigualdades sociais, através dos processos de globalização.

Esta realidade conduz ao aumento do fosso entre os que se encontram “socialmente bem”, com boas (para não dizer magníficas) condições socioeconómicas e os que estão na margem deste processo e vivendo em condições de pobreza extrema (são novos actores sociais excluídos socialmente, originados pelo novo ciclo vital das sociedades pós-industriais: jovens e desempregados de longa duração, doentes crónicos, deficientes etnias excluídas, vítimas de guerra, refugiados, populações inteiras subnutrição). A escala de intervenção ao nível do voluntariado neste período comporta em si um traço fundamental deixa de ser uma acção voluntária local e nacional e passa a ser uma acção à escala global. (Amaro, 2002)

Esta breve incursão na evolução histórica do voluntariado, salientando os principais contextos, coloca à luz dos nossos dias, vários aspectos do voluntariado, que ainda hoje se mantém e provém de todo o desenvolvimento histórico das sociedades e do próprio voluntariado.

No que respeita à evolução histórica do voluntariado, os elementos teóricos aqui expostos, foram seleccionados, tendo em linha de conta a articulação dos presentes eixos teóricos e a investigação empírica presentes nesta tese.

O Estado e o voluntariado em Portugal: um caminho recente....

O Estado é um actor fundamental para a divulgação e promoção do voluntariado, em qualquer país do mundo. Em Portugal, o voluntariado recebeu a primeira atenção por parte do Estado a partir de 1995, uma fase tardia a outros países da Europa.

Em termos cronológicos, 1995 é o ano em que o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social inicia uma série de reflexões que mais tarde deram origem à aprovação de legislação específica sobre voluntariado.

No ano de 1997, a Assembleia Geral das Nações Unidas (com a participação de 123 países) designou o ano de 2001 como o ano Internacional do Voluntariado, como forma de reconhecimento do mesmo e com o objectivo de conseguir um maior reconhecimento por parte dos Governos e entidades internacionais, nacionais, locais, e incentivar o voluntariado em várias vertentes.

Portugal aderiu à iniciativa nesse mesmo ano, tendo sido aprovada a Lei nº 71/98 de 3 de Novembro,³ que estabelece as bases do enquadramento jurídico, colocando limites e definições em esferas como o voluntariado, voluntário, organizações promotoras, princípios, direitos e deveres, relação entre o voluntário e a organização promotora, a suspensão e cessação do trabalho voluntário, etc.

Em 1999, é criado o Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado (CNPV)⁴, com competências para desenvolver as acções indispensáveis à promoção, coordenação e qualificação do voluntariado em Portugal. Sendo este o órgão nacional com ampla responsabilidade sobre a promoção e desenvolvimento do voluntariado, passamos de seguida a analisá-lo mais pormenorizadamente.

O C.N.P.V. iniciou a sua actividade em 2000 e ainda hoje se encontra em funções. É composto por representantes dos diversos Ministérios cujas actividades compreendem os domínios do voluntariado previstos na lei⁵ e do terceiro sector⁶.

³ DR 254/98 Série I-A de 1998-11-03.

⁴ Pelo Decreto-Lei nº 389/99, de 30 Setembro.

⁵ Ao nível dos Ministérios integram-no um representante do Ministro dos Negócios Estrangeiros; um do Ministro da Defesa Nacional; um do Ministro da Administração Interna; um do Ministro da Justiça; um da Ministra da Educação; um da Ministra da Saúde; um do Ministro do Ambiente, do Ordenamento do

Ao nível das competências deste organismo, Ana Delicado, afirma que as mesmas “...compreendem a emissão do cartão de voluntário, a promoção de estudos de caracterização do voluntariado, a negociação colectiva de itens como o seguro dos voluntários e a bonificação dos transportes públicos, o acompanhamento da implementação das leis em vigor, a divulgação e sensibilização do público para o voluntariado. (Delicado, 2002: 38)

Expressando o reconhecimento alargado da importância e papel do Voluntariado por parte do Estado português e da sociedade em geral, o C.N.P.V. estabeleceu como meta para o Ano Internacional do Voluntariado concretização de cinco objectivos⁷:

1. Contribuir para a elaboração de um plano nacional de promoção e divulgação do trabalho voluntário.
2. Propor medidas que permitam o aprofundamento do conhecimento sobre os voluntários portugueses.
3. Identificar os meios e as formas adequadas para que um número cada vez maior de pessoas se interesse pela realização do trabalho voluntário.
4. Contribuir para a implementação de um sistema de informação com vista a ser criada

Território e Desenvolvimento Regional; um do Ministro da Cultura; dois do Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social; um do Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros; um do Secretário de Estado da Juventude e Desportos; um do Governo Regional dos Açores; um do Governo Regional da Madeira; um da Associação Nacional dos Municípios Portugueses e um da Associação Nacional de Freguesias.(in site www.voluntariado.pt)

⁶ No que diz respeito ao terceiro sector, o Conselho integra um representante da Confederação Nacional das Instituições Particulares de Solidariedade Social, um da União das Misericórdias Portuguesas, um da União das Mutualidades Portuguesas, um da Cruz Vermelha, um da Liga dos Bombeiros Portuguesas, um da Plataforma Portuguesa das Organizações Não Governamentais para o Desenvolvimento, um da Comissão para o Voluntariado no domínio da Saúde, um da Comissão para o Voluntariado no domínio da Justiça.

⁷ Cfr.www.voluntariado.pt.

uma rede de comunicação e intercâmbio de exemplos e “boas práticas” dos voluntários e criar um site que disponibilize ampla informação.

5. Promover a colaboração com as escolas e com as universidades, tendo em vista o estudo e desenvolvimento de projectos e programas incentivadores do voluntariado jovem.

A concretização destes objectivos e muitos eventos, (como por exemplo o Encontro Voluntariado: uma escolha, um desafio, realizado a 29 de Março de 2001), ocorreram durante o ano de 2001, em Portugal, e colocaram o Voluntariado como nunca havia acontecido antes na agenda política e dos meios de comunicação social.

No entanto, e segundo vários autores, após este período de apogeu, desde 2002 até à actualidade, não foram accionadas praticamente nenhuma medidas de promoção do Voluntariado. Tal como refere, Inácio Martin no seu livro “Medidas Nacionais para a Promoção do Voluntariado em Portugal”, em Portugal “ a partir de 2002 nenhuma medida concreta para o desenvolvimento do movimento voluntário foi tomada. (...) O período de 2002 até à actualidade marca um evidente retrocesso no desenvolvimento de medidas activas de promoção do movimento voluntário.” (Martin, 2005:13)

Este período mais “apagado” do voluntariado em Portugal poderá, eventualmente, mudar a curto prazo, se a Comissão Europeia proclamar o ano de 2011 como Ano Europeu do Voluntariado. Prevê-se, assim, que no início de 2010 o Conselho e Parlamento aprovem esta proposta. Esta proclamação poderá servir como uma nova “alavanca” para a promoção do Voluntariado no nosso país, embora o risco de, após as celebrações terminadas, se repetir uma mesma apatia seja previsível.

Conceito (s) e princípios contemporâneos do Voluntariado

O (s) conceito(s) de Voluntariado

Na sociedade actual, os governos e as sociedades civis atribuem mais importância às dinâmicas do voluntariado, encarando-o como uma forma complementar do trabalho profissional e da actuação das instituições, um recurso valioso para a vida social e um espaço próprio de exercício de cidadania.

O voluntariado é, sem dúvida, um fenómeno social que existe sob múltiplas formas devido à história, tradição e cultura de cada país, o que nos leva desde já a considerá-lo como um fenómeno amplo, com definições muito diferenciadas tendo em conta contexto onde nos posicionamos.

Importa, portanto, encontrar um conceito amplo de voluntariado que permita acolher essa diversidade de formas e de elementos conjunturais.

Etimologicamente, a palavra Voluntário deriva da palavra *voluntas*, que significa “capacidade de escolha, de decisão”, “fazer algo por sua livre vontade”. (*in* Dicionário Latim - Português, Porto Editora)

Apresentamos, em primeiro lugar uma definição de voluntariado, do Centro Europeu de Voluntariado, presente no manifesto sobre o Voluntariado na Europa datado de 2006. Esta definição reflecte (ou tenta reflectir) a diversidade de perspectivas e tradições dos Estados-Membros da União Europeia, como é expectável por parte deste organismo.

Assim, o voluntariado é definido como uma actividade realizada pelo indivíduo: a) “*de livre vontade, por opção e motivação*”; b) “*Sem preocupação de obter ganhos financeiros (não remunerado)*”; c) “*de uma forma organizada*”; e d) “*com o objectivo de beneficiar alguém, para além do voluntariado, e contribuir para os valores de interesse geral da sociedade.*” (Centro Europeu de Voluntariado, 2006: 3)

À semelhança do Centro de Voluntariado Europeu, a Organização das Nações Unidas define Voluntariado num sentido lato, onde procura enquadrar os diversos contextos da acção voluntária no mundo, valorizando desde as áreas mais tradicionais em que ocorre, como o desporto, a educação, a acção social, a assistência à terceira idade, as actividades de lazer, até ao voluntariado na esfera de catástrofes de grande dimensão (catalisadoras da acção voluntária a nível global).

As Nações Unidas estabelecem apenas três critérios gerais para caracterizar uma acção como voluntária: ser empreendida de livre vontade, sem remuneração e em benefício de terceiros.

O Comité Económico e Social Europeu adopta igualmente estes três critérios para definir voluntariado, considerando-os comuns nos seus Estados-Membros e indispensáveis, explicitando-os da seguinte forma:

- O voluntariado tem origem na livre vontade e na iniciativa de cada um, não podendo em caso algum revestir carácter obrigatório. É justamente o seu carácter voluntário que assegura a afinidade e identificação dos voluntários com a sua actividade;
- As actividades de voluntariado não são remuneradas e não são realizadas por motivos financeiros, mas certas despesas efectuadas pelos voluntários poderão ter de ser reembolsadas;
- O objectivo dos voluntários é assistir outras pessoas fora do seu círculo familiar ou a outros grupos sociais e serem deste modo, úteis à sociedade (embora seja indiscutível que o voluntariado contribui consideravelmente para a formação da personalidade dos que o realizam).” (JOUE, 2006: 48)

Este último critério, de a acção voluntária dever ser desenvolvida em benefício de terceiros, apela à perspectiva de mudança e transformação por via do voluntariado.

A própria Declaração Universal sobre o Voluntariado, de 14 de Setembro de 1990, proclamada por iniciativa da *International Association for Volunteer Effort* (IAVE) coloca ênfase na perspectiva global de mudança do mundo através do voluntariado, “ Os Voluntários, inspirados na Declaração Universal dos Direitos dos Homens de 1948 e na Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989, consideram o seu compromisso como um instrumento de desenvolvimento social, cultural, económico e do ambiente, num mundo em constante transformação.” (*in* Declaração Universal sobre o Voluntariado, Paris: 1990)

A definição institucional de Voluntariado em Portugal

O facto das definições anteriormente discutidas se revelarem mais abrangentes em termos conceptuais, e incluírem uma grande diversidade de práticas de voluntariado no mundo, tornando-se difíceis de operacionalizar para o estudo de caso à escala local que pretendemos realizar, leva-nos a definir voluntariado e voluntário de acordo com o enquadramento legal do nosso país ou seja a Lei nº 71/98 de 3 de Novembro.

Esta lei representa um marco, uma linha divisória na história do voluntariado em Portugal, porque vem definir e regulamentar as relações de voluntariado entre os cidadãos que o prestam e as instituições que o recebem.

Podemos afirmar que esta lei confere um reconhecimento legal de existência ao voluntariado, adquirindo este um *status* de formalidade, legalidade e maior visibilidade que não tinha anteriormente.

Tal como foi referido acima, o Voluntariado é definido no artigo 2º, ponto 1 como “...o conjunto de acções de interesse social e comunitário realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas ou outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e das comunidades desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas”.

No ponto 2, do mesmo artigo é estabelecido, que “Não são abrangidas pela presente lei as actuações que embora desinteressadas, tenham um carácter isolado e esporádico ou sejam determinadas por razões familiares, de amizade e de boa vizinhança.”

Esta definição é claramente uma visão que opta pela vertente formal, de carácter regular e institucional do voluntariado. A lei portuguesa exclui várias acções, de cariz comunitário e de interesse social, pelo facto de decorrerem na esfera familiar ou comunitária, o que, a nosso ver, restringe muito a esfera do voluntariado na sociedade portuguesa.

Este enquadramento legal coloca claramente em oposição as iniciativas individuais de carácter informal – onde o impulso para a acção voluntária nasce da vontade individual, da solidariedade e outros valores; e as iniciativas enquadradas em acções institucionais, enquadradas numa instituição – na qual a acção em prol do outro está enquadrada dentro

de uma obrigação contratual, através de um programa de voluntariado em que todas as obrigações e deveres ficam explícitas para o voluntário e a instituição que o acolhe.

Na nossa perspectiva, esta dicotomia, não potencia todas as capacidades do voluntariado, porque exclui a possibilidade de existência de uma relação directa entre a acção voluntária formal e informal. Na sociedade civil portuguesa onde o espaço informal, sobretudo o espaço doméstico é muito forte, autónomo e com uma vasta tradição, preenchendo muitas vezes as lacunas do Estado (Santos, 1994: 114), parece-nos que seria de incorporar na definição do voluntariado esta esfera doméstica tão activa e com fortes raízes em Portugal.

Esta é uma situação não totalmente definida no âmbito da própria União Europeia. O Comité Económico e Social Europeu refere, perante a definição de voluntariado para os Estados-Membros, que “O que ainda não está certo é se esta definição (que abarca os critérios expostos anteriormente) deverá abarcar apenas actividades regulares, se a ajuda de vizinhança faz parte das actividades de voluntariado ou se estas terão de ser realizadas dentro de estruturas formais e estruturadas para serem consideradas como tal.” (*in* Jornal Oficial da União Europeia, 325/46, de 30 de Dezembro de 2006)

Noutros países da Europa esta delimitação da definição de voluntariado não é tão rígida. É o caso de França, onde é considerado voluntário qualquer indivíduo que colabore com uma organização não governamental sem receber nenhuma forma de apoio financeiro. Na Grécia, por exemplo, não há legislação regulando os voluntários ou o trabalho voluntário, e nos países nórdicos existe uma política no seio do voluntariado, não intervencionista, apesar da cooperação entre o Estado e as organizações voluntárias ser intensa. (Delicado, 2002; Halba, 2000)

Em Portugal, a definição de voluntariado é muito mais restrita, dado que compreende apenas as acções de interesse social e comunitário, realizadas de forma desinteressada ao serviço dos indivíduos, das famílias e das comunidades, apenas no âmbito de projectos, programas e outras formas de intervenção desenvolvidas sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas, como já vimos.

Nesta acepção, são excluídas muitas acções de solidariedade social ou de vizinhança ou actos esporádicos e informais, como por exemplo, acções desenvolvidas no seio de

paróquias, visitas esporádicas a populações-alvo específicas como os reclusos, entre outras.

O mesmo enquadramento legal define voluntário, no artigo 3º, ponto 1, como “o indivíduo que de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar acções de voluntariado no âmbito de uma organização promotora.”

Desta definição, podemos, desde já, aferir que a palavra “voluntário” implica uma escolha baseada numa vontade ou interesse pessoal, e uma escolha livre, no sentido de ser por opção própria, de um sujeito livre. Esta vertente também se encontra inscrita nas definições anteriormente apresentadas pelo Centro Europeu para o Voluntariado e da Organização das Nações Unidas.

Considerando que a lei não abarca todas as realidades e possibilidades, existem algumas questões que se nos impõe e para as quais esperamos ter algumas respostas ao longo desta tese.

Se a actividade voluntária não visa a remuneração/a sobrevivência financeira, que outras vantagens detém? Se está ao “serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade”, providenciando, desta forma o bem-estar de outros, o que mobiliza o voluntário?

O que constitui a tal vontade/ liberdade do indivíduo? Como é caracterizada?

Por outro lado, colocamos algumas reflexões que nos levam a questionar o enquadramento legal. Por exemplo, partindo do pressuposto que ser voluntário tem por base valores solidários, é possível que a lei regule esses mesmos valores?

A definição “...o conjunto de acções de interesse social e comunitário...”, traduz por um lado, uma certa importância social do voluntariado decorrente do “interesse social e comunitário” e, por outro lado, a existência de alguém capaz de implementar “um conjunto de acções” e provocar, assim, a mudança na sociedade. Pretendemos abordar estas questões e procurar algumas respostas ao longo deste capítulo.

Os princípios do Voluntariado em Portugal

Seguindo de perto o enquadramento legal que vigora em Portugal, a Lei nº 71/98 de 3 de Novembro (DR 254/98 Série I-A de 1998-11-03), analisamos de seguida os princípios que enquadram o voluntariado no nosso país.

No capítulo II, artigo 5º, o princípio geral expressa, que “ O Estado reconhece o valor social do voluntariado como expressão do exercício livre de uma cidadania activa e solidária e promove e garante a sua autonomia e pluralismo.” O presente reconhecimento da importância do voluntariado é um reconhecimento conquistado, merecido pela actividade voluntária? Ou será uma directiva política comum à união europeia e de outros países do mundo, que Portugal simplesmente seguiu?

O Estado reconhece que é um recurso valioso que não pode ser desperdiçado? Porque atenua problemas que o Estado já não consegue atenuar?

Neste sentido, a autora Eugénia Rocha sublinha a importância da participação social: “ o nível de participação dos cidadãos em causa cívicas, e designadamente, o nível de mobilização local para as actividades como o voluntariado. Através desta prática, em áreas muito diversas como a saúde, a cultura, o desporto, a solidariedade social ou a defesa do património, muitos cidadãos envolvem-se empenhadamente em actividades de grande relevância para a comunidade desempenhando, não raras vezes, um papel muito activo na atenuação de problemas dos grupos sociais mais desfavorecidos.” (Rocha, 2006: 3)

No artigo 6º, são expostos os princípios enquadradores do voluntariado, que passamos a enunciar:

“1- O Voluntariado obedece aos princípios da solidariedade, da participação, da cooperação, da complementaridade, da gratuidade, da responsabilidade e da convergência.

2- O princípio da solidariedade traduz-se na responsabilidade de todos os cidadãos pela realização dos fins do voluntariado.

3- O princípio da participação implica a intervenção das organizações representativas do voluntariado em matérias respeitantes aos domínios em que os voluntários desenvolvem o seu trabalho.

4- O princípio da cooperação envolve a possibilidade de as organizações promotoras e as organizações representativas do voluntariado estabelecerem relações e programas de acção concertada.

5- O princípio da complementaridade pressupõe que o voluntário não deve substituir os recursos humanos considerados necessários à prossecução das actividades das organizações promotoras, estatutariamente definidas.

6- O princípio da gratuidade pressupõe que o voluntário não é remunerado, nem pode receber subvenções ou donativos, pelo exercício do seu trabalho voluntário.

7- O princípio da responsabilidade reconhece que o voluntário é responsável pelo exercício da actividade que se comprometeu a realizar, dadas as expectativas criadas aos destinatários do trabalho voluntário.

8- O princípio da convergência determina a harmonização da acção do Voluntário com a cultura e objectivos institucionais da entidade promotora.”

(in Lei nº 71/98 de 3 de Novembro DR 254/98 Série I-A de 1998-11-03)

A Lei do Voluntariado e seus princípios, independentemente da sua aplicabilidade total no nosso território, encerra em si vários elementos fundamentais. Constitui, sem dúvida, um marco geral jurídico, um fio condutor para regular a actividade e conduta dos voluntários.

Dos princípios anteriormente apresentados, salientamos três que na nossa perspectiva são os mais significativos: *a gratuidade, o enquadramento numa entidade promotora e a não obrigatoriedade.*

A não obrigatoriedade, na medida em que cada indivíduo é livre. A sua intervenção individual enquanto voluntário e o acto livre de cada um de nós querer ser voluntário.

O facto de o voluntariado ser enquadrado num determinado projecto de uma entidade promotora, estabelece uma série de premissas, como os direitos e deveres de um voluntário numa organização, o programa de voluntariado, a questão do compromisso, que, desta maneira, atribuem ao voluntariado uma importância social de relevo.

A gratuidade – o facto de a acção solidária implicar que o voluntário a realize de livre vontade, sem esperar qualquer recompensa ou retribuição; nas palavras de Inácio

Martín, “O princípio da gratuidade pressupõe que o voluntário não é remunerado, nem pode receber subvenções ou donativos, pelo exercício do seu trabalho de voluntariado. Deste modo, os programas de voluntariado têm um custo económico baixo, facto significativo para o gestor de voluntariado. Evidentemente, este princípio é um elemento muito importante.” (Martín, 2005 : 17)

Perspectivas Sociológicas do Voluntariado

O Voluntariado assume diferentes conceitos, como analisámos anteriormente, de acordo com o contexto e dimensão em que nos posicionamos, no entanto, no seio dessa diversidade existe um traço comum: a acção voluntária, tende na maioria das vezes, a minimizar injustiças e desigualdades nas sociedades contemporâneas.

Os últimos anos têm sido caracterizados, pelo crescimento da solidariedade mundial, expresso no aumento de uma “consciência universal” que se manifesta seja em relação às questões ambientais, aos direitos humanos, e à ideia de que cada vez mais é necessário a promoção do bem estar comum ou público, através das acções voluntárias.

Em muitos destes casos, o voluntariado, na maioria das vezes, traduz-se por uma acção solidária dirigida aos indivíduos que são privados de algo (privação material, de saúde, cultural, entre outros).

Nesta perspectiva podemos afirmar que a presença do “outro” (destinatário da acção voluntária) é condição essencial para a realização do próprio voluntariado. O voluntariado ao suprir necessidades, e ser capaz de transformar realidades sociais surge como um fenómeno social complexo, preenchido por uma esfera ampla de relações sociais, onde a pessoa voluntária e os destinatários do voluntariado têm o papel principal e dinâmico nas sociedades contemporâneas.

No contexto português, de acordo com o que observámos, o voluntariado é uma acção ou o conjunto de acções de interesse social e comunitário concretizadas no âmbito da intervenção social (programas ou projectos) com o objectivo de servir indivíduos, famílias e comunidades.

Será a dinâmica do voluntariado a expressão solidária dos indivíduos, no seio das sociedades mais individualistas como as contemporâneas? Simultaneamente, será que a

definição do âmbito legal do voluntariado no nosso país não propicia, que o voluntariado se torne também num “bem de mercado” de troca simbólica de relações humanas e até de substituição de profissionais por voluntários em determinadas situações?

Parece-nos, que as restrições do enquadramento legal português podem potenciar ainda mais a instrumentalização do voluntariado no seio da sociedade portuguesa, uma vez que a acção voluntária tem como requisito principal a sua inserção em projectos e programas, e estes são desenvolvidos na maior parte das vezes por instituições da área social e cultural, que na maioria das vezes vivem inundadas de dificuldades ao nível dos recursos (humanos e financeiros).

O Voluntariado é também expressão de uma pluralidade de realidades sociais. Numa análise mais macro basta olhar com profundidade para as diferentes definições de voluntariado existentes na Europa; numa perspectiva mais micro - podemos observar as diferenças sócio-económicas entre quem exerce a acção voluntária e os destinatários da sua acção, por exemplo.

Esta vertente mais micro, é interessante na perspectiva de que o voluntariado, no seio das diferenças sociais e políticas, que existem nas sociedades actuais (diferenças de classe social, como referimos) tem a capacidade de humanizar e levar as pessoas a colocarem-se no lugar do outro, expressando a diferença de condições de vida entre ambos, mas simultaneamente uma união de mundos sociais distintos perante/durante a acção voluntária.

Num estudo realizado no Brasil por Camila de Souza, a autora identificou que as pessoas que exerciam voluntariado pertenciam a um estrato social de classe média alta e que o exercício do voluntariado era uma forma de não se sentirem culpabilizadas perante as condições de vida superiores face aos destinatários do voluntariado. (Souza, 2003)

Por último, consideramos interessante a perspectiva do voluntariado como “motor de transformação” das sociedades contemporâneas (o voluntário como agente primordial de transformação social), como já expressámos no início desta dissertação. O voluntariado constitui uma forma de agir em várias dimensões do mundo em que

vivemos, acarreta um grande potencial no seio da acção voluntária: a centralidade do próprio ser humano.

Através do voluntariado os homens e mulheres têm a possibilidade de se relacionarem no mundo moderno, numa lógica em que o ser humano nutre preocupação pelo outro, esta perspectiva tem um papel central, não em exclusivo (e obviamente, com a possibilidade de instrumentalização), mas com grande relevo para os valores altruístas associados à acção voluntária. Contrariando a imagem do ser humano associado a valores individualistas, e abrindo caminho à integração de valores éticos e humanos nas relações sociais presentes nas sociedades dos nossos dias.

Há todo um espaço e uma esfera pública, entre o global e o local, entre os espaços urbanos e os rurais, em que o voluntariado é cada vez mais veiculado e onde a solidariedade entre os indivíduos é um factor muito importante.

De seguida abordaremos mais profundamente, algumas questões em torno do conceito de solidariedade, cidadania e voluntariado.

Perspectivas Sociológicas sobre a solidariedade social e cidadania

Solidariedade social e voluntariado

O tema da solidariedade tem várias interpretações no mundo de hoje. É indiscutível a presença deste conceito no Voluntariado e nas dinâmicas associadas à actividade voluntária.

É praticamente impossível encontrar uma data que marque o início da solidariedade, até porque a solidariedade acompanha o Homem desde sempre. Informalmente o homem sempre se movimentou para ajudar o outro em situações difíceis, quer por questões sociais, económicas, políticas quer por catástrofes em qualquer parte do mundo.

No entanto, nos nossos dias, existe uma crença generalizada de que a actividade voluntária enraizada na solidariedade de cada indivíduo é um elemento importante para todos os que buscam a justiça social, num mundo cada vez mais global. Mas que conceitos de solidariedade existem? E estes conceitos encontram-se vigentes na lei?

A Lei nº 71/98 de 3 de Novembro (DR 254/98 Série I-A de 1998-11-03), no artigo 6º, reporta-se ao princípio da solidariedade, que se traduz na responsabilidade de todos os cidadãos pela realização dos fins do voluntariado.

A solidariedade à luz deste princípio, é sinónimo da responsabilidade de cada cidadão pela realização dos fins do voluntariado e, em última análise, a mudança de condições mais desfavoráveis em que vivem outros cidadãos.

Vera Sampaio, no *Encontro Voluntariado uma Escolha, um Desafio*, realizado no âmbito do Ano Internacional do Voluntariado, a 29 de Março de 2001, defendeu precisamente esta ideia: “...gostaria de marcar apenas uma questão, que me parece fundamental, e diz respeito à intervenção individual (...). Penso que o voluntariado está aí mesmo, na essência de cada um de nós em conjunto ou individualmente, processar uma mudança na sociedade onde estamos inseridos” (Actas do Encontro, 2001: 22)

A ideia da mudança presente no princípio da solidariedade, da capacidade de alteração/transformação do mundo em que nos encontramos inseridos, é positiva. O voluntariado transporta este elemento altamente positivo para a sociedade, por via da solidariedade enquanto valor. A solidariedade transporta a ideia de altruísmo, ligado a uma causa social, o valor é o outro, a satisfação em ajudar o próximo, em contribuir para o bem colectivo.

A solidariedade como valor presente no trabalho voluntário, que é o tipo de solidariedade que nos importa aferir, tem motivações provenientes da realidade social onde os indivíduos se encontram inseridos e outras provenientes das suas próprias vivências pessoais.

Citando, Émile Durkheim “ *Há em nós duas consciências: uma não comporta senão estados que são pessoais a cada um de nós e que nos caracterizam, enquanto que os estados que a outra compreende são comuns a toda a sociedade. A primeira não representa senão a nossa personalidade individual e constitui-a; a segunda representa o tipo colectivo e, por consequência, a sociedade sem a qual não existiria.*” (Cruz, 1995: 326)

Sendo por vezes difícil aos próprios actores sociais distinguirem as várias dimensões sociais, políticas e individuais no seio das suas acções solidárias, partimos do pressuposto, de que estes elementos mais pessoais, onde englobamos percursos de vida

e histórias de vida dos indivíduos e outros valores colectivos, como a ajuda mútua, estão presentes no conceito de solidariedade e voluntariado.

Assumindo a solidariedade como um valor ético, analisamos de seguida este conceito, através de uma breve análise de conceitos.

Na filosofia política do Iluminismo, Jean-Jacques Rousseau atribuía à solidariedade a capacidade de manter unida uma colectividade composta de indivíduos isolados. Na Revolução Francesa, o ideal da fraternidade, contraposto ao individualismo e ao egoísmo, possuía características da solidariedade como se conhecem hoje, da sua característica mais usual: as relações de apoio e ajuda mútua.

Na Sociologia do século XIX, o conceito de solidariedade também marcou presença, através da análise teórica do sociólogo francês Émile Durkheim. O sociólogo que considerava que a sociologia deveria estudar “factos sociais”, com a mesma objectividade que os cientistas estudam a natureza, analisou a solidariedade enquanto conceito importante para designar as forças que mantêm unidos os membros de uma determinada colectividade.

Na sua obra *Da Divisão do Trabalho Social*, Durkheim questiona fortemente a relação entre os indivíduos e a colectividade. Questionando-se como é que uma colectividade de indivíduos pode constituir uma sociedade? Como é que os indivíduos podem realizar essa condição da existência social que é um consenso? (Aron, 1994: 314)

Às questões anteriores, este autor responde pela distinção entre duas formas de solidariedade: a mecânica e a orgânica. Estas duas formas de solidariedade, no pensamento de Durkheim correspondem a duas formas de organização social.

A solidariedade mecânica, diz respeito a sociedades mais arcaicas (primitivas), onde existia uma solidariedade por semelhança, ou seja, os indivíduos assemelham-se uns aos outros, pouco diferem entre si. Durkheim defendia que esta solidariedade mecânica ocorria porque os membros de uma determinada colectividade assemelhavam-se porque aderiam aos mesmos valores e experimentavam os mesmos sentimentos. Nesta perspectiva a sociedade era coerente porque os indivíduos ainda não se diferenciam.

Segundo o autor, esta forma de solidariedade mecânica manifesta-se em sociedades onde ainda não existe a especialização ao nível da divisão do trabalho, onde os indivíduos, partilham costumes, hábitos, crenças e ideias comuns.

Nas sociedades onde a divisão do trabalho e a especialização dos trabalhadores é uma realidade, surge o conceito de solidariedade orgânica. A solidariedade orgânica baseia-se na consciência da interdependência das pessoas em sociedades em que existe uma grande diferenciação entre os indivíduos, e é essa consciência que imprime uma determinada unidade coerente à colectividade.

Esta interpretação de solidariedade advém do facto deste pensador, pretender analisar a sociedade, como a ciência analisa a natureza. A sua interpretação de solidariedade orgânica advém de uma analogia com os órgãos do ser vivo, na medida em que cada órgão preenche uma função própria, e todos são indispensáveis, embora sejam todos diferentes (os indivíduos são interdependentes, comportam-se como um organismo).

Estes dois tipos sociológicos de solidariedade, propostos por Durkheim, valorizam a coesão interna e os vínculos sociais existentes entre grupos sociais definidos. Estes dois aspectos constituem-se como duas importantes “ferramentas teóricas”, permanecerem actuais (com as devidas “pontes reflexivas” para os nossos dias), e presentes na solidariedade e voluntariado dos nossos dias.

Outros dois autores, Gafarra e Selli, no artigo *“Critical solidarity and organic volunteering: another form of social intervention”*, apresentam o conceito de solidariedade crítica baseados em pressupostos teóricos de Berlinger. A solidariedade crítica é aquela que não aceita que as diferenças naturais de cor, raça, sexo, idade, entre outras; ou as diferenças sociais baseadas nos rendimentos, na cultura, etc.; resultem em tratamentos desiguais para os indivíduos, na sua esfera privada e pública, assumindo os indivíduos como cidadãos de direitos próprios. (Selli, 2006: 243)

Este tipo de solidariedade, para além de inserir a questão da igualdade entre todos os seres humanos, coloca como solidariedade autêntica a que é feita entre desiguais e que postula transformações estruturais, que possam corrigir as assimetrias existentes.

No fundo, esta concepção apresentada por Selli e Gafarra coloca os actores sociais como defensores da justiça social, através do exercício de uma solidariedade crítica.

Através da prática deste tipo de solidariedade é possível viver numa sociedade mais inclusiva, igualitária e sólida.

Após as observações teóricas anteriormente referidas, adoptamos neste estudo a concepção de solidariedade, proposta por Gafarra e Selli: “...*solidariedade (...) é um valor próprio da pessoa humana, que tem origem na sua dignidade; independentemente de determinadas, prescrições e crenças religiosas (...). É tal como os direitos civis (vida, liberdade, direito de expressão, etc.), um valor universal; é exercida pela pessoa, na sociedade civil (...); é praticada entre pessoas que comungam tanto idênticas quanto diferentes moralidades; sua prática deve estabelecer uma relação horizontal (unívoca); situa-se entre a ideia de imparcialidade – ser movido pelo bem geral do outro – e a ideia de benefício mútuo – reciprocidade.*” (Selli, 2006: 244)

Esta definição remete-nos, para uma visão de solidariedade como potenciadora, “catalisadora de acções” capazes de operar mudanças nas sociedades em que vivemos. Inácio Martín, dá ênfase à solidariedade enquanto valor: “Os autores deste livro consideram que o movimento voluntário representa a materialização dum dos valores mais importantes da sociedade. A solidariedade não é, por si só, o agente que vai solucionar os problemas sociais da sociedade portuguesa mas é um elemento importante para isso.” (Martín, 2005: 13)

Uma última nota de discussão que gostaríamos de salientar, diz respeito a um dos princípios do voluntariado, já analisado anteriormente: “ *O princípio da solidariedade traduz-se na responsabilidade de todos os cidadãos pela realização dos fins do voluntariado.*”⁸

Esta questão da responsabilidade de todos os cidadãos mantém vivo nas sociedades os próprios ideais de solidariedade, e no fundo encontra uma forma de se materializar no âmbito do próprio voluntariado, em suma, “O voluntariado é, pois, a solidariedade activa e não apenas “de boca”. (Nobre, 2007: 110)

A nosso ver, o princípio da solidariedade é um valor positivo, no entanto, não podemos descurar outro tipo de análises, como as de Camila B. de Souza, quando nos chama à

⁸ Artº 6º da Lei nº 71/98 de 3 de Novembro (DR 254/98 Série I-A de 1998-11-03).

atenção de que o trabalho voluntário hoje, embora movido pela solidariedade, busca outros objectivos, pretendendo ir além do assistencialismo ou da caridade, e está organizado de acordo com determinados princípios específicos (...) que conferem ao voluntariado, aspectos profissionais e exigem aos indivíduos habilidades que visam a eficiência. (Souza, 2003: 268)

No capítulo II desta tese iremos analisar mais profundamente este aspecto, na discussão a efectuar sobre as motivações e ideais dos voluntários.

Cidadania e voluntariado

Nos nossos dias, o conceito de cidadania surge associado às mais diversas esferas, assim, importa clarificar o conceito de cidadania e em que medida o voluntariado se assume como um exercício de cidadania e participação social.

Nas sociedades modernas, a relação que une o Estado aos cidadãos configura-se com determinados direitos e deveres. Os direitos sociais foram introduzidos como parte do direito do homem, que se tornaram conhecidos após a Declaração Universal dos Direitos do Homem ter sido adoptada pela Organização das Nações Unidas em 1948. (Espada, 1997: 27)

Nesta discussão daremos relevo ao papel da cidadania, enquanto elemento diferenciador do voluntariado nos nossos dias e como recurso para intervir no âmbito da exclusão social e pobreza.

Thomas Marshall, na sua obra “Citizenship and Social Class and Other Essay”, de 1950, distingue três tipos de direitos de cidadania: os cívicos, os políticos e os sociais.

De uma forma geral, podemos dizer, segundo a acepção teórica deste autor, que os direitos cívicos prevêm a igualdade e liberdade perante a lei, e o direito a não ser discriminado em função da raça, da religião ou das convicções políticas.

Os direitos políticos, baseiam-se no direito a participar na vida política da comunidade, a eleger e a ser eleito para cargos políticos; e os direitos sociais coadunam-se com o direito de ter acesso a padrões módicos de bem-estar e segurança, que os Estados

deverão assegurar através da promoção de políticas sociais adequadas, no âmbito do desemprego, da habitação, da saúde, etc..

Importa referir, que a construção da cidadania nestas três vertentes cidadania - cívica, política e social – corresponde a um processo histórico indissociável das transformações económicas, religiosas, culturais e políticas pelas quais as sociedades vão passando ao longo dos tempos.

A definição de cidadania, adoptada nesta discussão, e seguindo a perspectiva de Thomas Marshall, questiona como o voluntariado pode ser a via para o exercício da cidadania por parte de cada indivíduo (para concretização destes direitos) e de como cada indivíduo através do voluntariado pode contribuir para a realização destes direitos na vida de cidadãos mais desfavorecidos.

Apesar de Thomas Marshall, considerar que a cidadania civil estabelece a igualdade formal de todos os cidadãos perante o Estado e a lei; que a cidadania política concede a capacidade universal de participar, indirectamente ou directamente, nos processos de tomada de decisão acerca da vida da comunidade política; e que a cidadania social estabelece o direito de acesso aos recursos disponíveis na sociedade, ou seja, o acesso a um determinado padrão de bem-estar económico e social, sabemos que a cidadania plena, com a concretização total destes direitos não é uma realidade nas sociedades actuais e provavelmente nunca atingiu a sua plenitude.

Fernando Nobre, num colóquio intitulado “Participação e Cidadania” em 2001, afirmava “É este, hoje, o novo paradigma de sociedade pelo qual lutamos democraticamente pois estamos bem conscientes e convictos de que, sem uma sociedade civil atenta e participativa, não há cidadania plena, não há democracia duradoura, não há desenvolvimento harmonioso”. (Nobre, 2007: 77)

O carácter “não pleno” dos direitos de cidadania, evidencia o contributo indiscutível que o exercício do voluntariado pode dar para a concretização dos direitos sociais, civis e políticos, numa esfera nacional e global.

A cidadania encerra em si direitos e deveres, apesar de o facto dos direitos de cidadania historicamente se terem constituído na dependência do Estado, o que faz com que os cidadãos se mostrem relutantes quando se trata de lhes exigir o cumprimento de determinadas obrigações. (Hespanha, 2000)

Um ponto a salientar, é o reconhecimento de que as obrigações que os cidadãos têm a cumprir não se restringem à relação vertical cidadão-Estado, elas reportam-se igualmente e, sobretudo, numa relação horizontal com os outros concidadãos, no quadro de uma solidariedade participativa e socialmente contextualizada, oposta à solidariedade institucional e distante que se consubstancia na delegação do Estado de determinadas obrigações a determinados grupos sociais. (Hespanha, 2000)

É segundo esta linha de pensamento, de relação horizontal entre cidadãos e de proximidade, que o voluntariado é um elemento que actua nas sociedades como forma de exercício de cidadania de forma activa.

Ao longo do tempo, a transformação do conceito de voluntariado e da sua natureza, implicou uma redefinição do mesmo, nomeadamente no que concerne à tensão entre o voluntariado assistencialista e o voluntariado de desenvolvimento.

A nosso ver, ambas as perspectivas são formas de exercer a cidadania, inseridas obviamente em paradigmas conceptuais diferentes.

O voluntariado assistencialista é desenvolvido através da relação próxima do voluntariado com a religião, nomeadamente com a Igreja Católica, e de uma acção conjunta ao longo da história no âmbito da saúde, da educação da acção social, etc., a sua acção passa por solucionar o imediato, não incorporando uma perspectiva preventiva e estruturada.

O voluntariado de desenvolvimento toma como paradigma uma perspectiva preventiva de desenvolvimento das problemáticas sociais, da intervenção social articulada e estruturada e na dinamização do desenvolvimento das sociedades a nível local e global.⁹

No fundo, estas duas perspectivas de voluntariado coexistem nos nossos dias e são formas de exercer a cidadania, nas sociedades contemporâneas, e independentemente de serem reconhecidas ou não pela lei portuguesa.

⁹ Actas do Fórum Voluntariado Promotor de Desenvolvimento; Centro Ismaili, 21 e 22 de Novembro de 2008.

Por último, gostaria de salientar, que o voluntariado dá, sem dúvida alguma, um grande contributo em várias áreas de intervenção social em Portugal.

Inácio Martin, referindo-se ao contexto português, afirma: “Não temos dúvida que algumas áreas de intervenção social serão desenvolvidas através ou graças a programas de voluntariado; sem este elemento de voluntariedade, intervenções extremamente importantes para a sociedade não se realizariam, ou implicariam um custo económico insuportável.” (Martin, 2005: 17)

De uma forma muito geral, podemos dizer, que a pobreza é designada como uma insuficiência de recursos, numa perspectiva multidimensional, englobando as componentes como a ambiental, cultural, económica, política e social, inibindo uma efectiva participação no padrão de vida dominante na sociedade. (Amaro, 2002: 39)

A impossibilidade de participação, origina a falta de acesso à cidadania aos direitos sociais, políticos e civis enunciados anteriormente.

O voluntariado actua no seio da “não cidadania”, o seu exercício por meio de projectos sociais de intervenção social enquadrados na perspectiva do voluntariado de desenvolvimento, permite atenuar a pobreza e exclusão social, e também permite reduzir significativamente os custos da intervenção social, em parte devido à entrega pessoal gratuita e desinteressada, e ao exercício da cidadania activa por parte de cidadãos anónimos, voluntários a nível nacional e global. (Martin, 2005)

CAPÍTULO II – O VOLUNTARIADO EM CONTEXTO HOSPITALAR: RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS E VOLUNTÁRIOS E MOTIVAÇÕES

Actualmente, podemos dizer que existem investigadores empenhados em colocar nova reorientação no debate sobre a saúde, a doença e as ciências sociais. Segundo a investigadora Katya Alexandre, “De um modo sintético, podemos dizer que essas orientações de ‘olhares’ apontam para um diálogo de um novo tipo entre a sociologia e as ciências da saúde, que é fundamental para o nascimento de um novo debate interdisciplinar sobre a perspectiva social da saúde”, abrindo diferentes perspectivas sociológicas ao nível da formação de novos paradigmas nas ciências sociais da saúde. (Alexandre, 2004: 1)

Podemos afirmar de uma forma muito genérica que a saúde é influenciada por características da estrutura social de determinada sociedade. Os factores sociais afectam a área da saúde sob vários aspectos desde a esperança de vida, ao tipo de assistência médica que recebem, entre outros.

No entendimento de Anthony Giddens, todas as culturas têm conceitos de saúde e doença, mas a maior parte do que hoje conhecemos como medicina provém do desenvolvimento da sociedade ocidental nos últimos séculos. A medicina moderna introduziu uma definição de doença que vê as suas origens como físicas e explicáveis em termos científicos. (Giddens, 1997: 710)

Nesta acepção podemos afirmar que a principal característica dos sistemas de saúde modernos é a aplicação da ciência ao diagnóstico médico e à cura de determinada doença. Os hospitais podem ser definidos, como “...lugares onde as doenças mais graves são tratadas ou curadas...”(...) “...estes fornecem um ambiente propício, onde os médicos conseguem tratar e estudar um grande número de doentes em circunstâncias que permitem a concentração da tecnologia médica.” (Giddens, 1997: 710)

Perante este conceito de medicina moderna, consideramos assim como Katya Alexandre, que a discussão teórica no âmbito da saúde e das ciências sociais tem que abrir espaço para “... um outro contexto de observação, que ultrapassa o simplesmente

biológico e incorpora os aspectos sociais, económicos, políticos e ambientais.”
(Alexandre, 2004: 1)

Neste capítulo, haverá uma focalização em alguns aspectos sociais da esfera da saúde, intimamente, relacionados com os profissionais de saúde e os voluntários.

Considerações sobre os Profissionais e Voluntários em Contexto Hospitalar

A sociologia das profissões tem como pano de fundo a divisão social do trabalho, nomeadamente, qual a origem das profissões e quais os critérios que as distinguem de outras ocupações. (Areosa, 2008)

Friedson defende que a descrição mais elementar de uma profissão é ser definida como um grupo de indivíduos que realiza um determinado conjunto de actividades, desenvolvendo métodos comuns, previamente convencionados, que são transmitidos aos novos membros, considerando que das suas tarefas resulta uma fonte de rendimento/ e ou de subsistência.

Segundo este autor, a definição de uma determinada actividade enquanto profissão, comparativamente com outras ocupações, é a sua autonomia, isto é, os profissionais tem a capacidade e o poder para definir a forma como o seu trabalho deve ser realizado. (Friedson, 1978: 83)

O “poder” é uma característica está presente nas profissões relacionadas em contexto hospitalar. As fontes privilegiadas de poder nas profissões, além da autonomia, são o credencialismo, o monopólio de conhecimentos e o saber especializado. Este conjunto de recursos de poder, designados, como autonomia técnica, permite ao profissional controlar de forma quase soberana as suas actividades, independentemente da existência ou não de uma hierarquia organizada de competências. (Areosa, 2008)

Por parte dos grupos profissionais existem estratégias de fechamento que lhes permitem perpetuar o monopólio legítimo de saberes sobre determinada actividade, sabendo que aos excluídos (os não profissionais) será vedado o acesso aos benefícios da profissão. As profissões nas sociedades contemporâneas, segundo as teses defendidas por Friedson, são formas de poder efectivo que vendem os seus serviços no mercado profissional.

Graça Carapinheiro afirma: “O poder das profissões depende da sua aptidão em desenvolver uma estratégia de mercado, apoiada na posse de credencial obtidas com base na formação universitária. A profissionalização é um processo de constituição de um monopólio de saberes e competências e de um mercado de clientela para a sua aplicação, requerendo o apoio e a protecção do estado. A este processo interliga-se o exercício da dominação sobre as categorias profissionais concorrentes, que lhe estão funcionalmente articuladas.” (Carapinheiro, 1993: 72)

A autoridade profissional de uma determinada profissão efectiva-se, através de processos políticos e sociais, baseados na autonomia decorrente de um saber singular. Este saber singular, especializado, específico é adquirido normalmente em instituições formais (universidades) e constitui-se como uma das principais fontes de poder das profissões. (Areosa, 2008)

As profissões do universo hospitalar, tal como as profissões noutros mundos profissionais, constituem-se como microcosmos da vida social, impregnados com todas as principais características do meio social onde se encontram inseridas. No entanto, estas profissões possuem uma grande especialização e um grande monopólio de conhecimentos, que devido ao objectivo último de contribuírem para a “cura” de determinado doente, ampliam o poder inerente ao desempenho profissional desses indivíduos.

Sobre as profissões no contexto hospitalar, João Areosa e Graça Carapinheiro afirmam: “As principais especificidades das categorias profissionais observadas decorrem das suas actividades singulares, social e simbolicamente valorizadas, sendo algumas destas valências detentoras de níveis de especialização muito diferenciados. As formas de divisão de trabalho em meio hospitalar organizam-se em torno de regras formais, mas principalmente através de práticas e condutas informais.” (Areosa, 2008: 88)

No universo hospitalar as profissões estão sujeitas a diversas normas e regras internas, legitimado pelo simbolismo do saber singular dos profissionais que nele trabalham: “A distinção entre os vários tipos de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (técnicas), quem os executa, a diferenciação profissional necessária para os executar, em que moldes e condições são executados, as relações de poder (formal e informal), existentes nos serviços são alguns exemplos ilustrativos da enorme panóplia de interacções sociais em meio hospitalar, constituindo-se como factor determinante para a

interpretação e compreensão da realidade socioprofissional deste espaço, carregado de simbolismo sobre saúde e enfermidade.” (Areosa, 2008: 86)

O espaço hospitalar dos nossos dias é preenchido por vários saberes e poderes profissionais, onde muitas vezes não existe uma definição clara sobre as fronteiras ou delimitações objectivas das múltiplas fontes de saberes e de poderes. (Areosa, 2008)

Analisamos de seguida mais profundamente alguns aspectos decorrentes de duas profissões de contexto hospitalar: médicos e enfermeiros.

O poder formal e informal dos médicos, particularmente das hierarquias de topo da profissão, torna-se cada vez mais visível quando observamos que por exemplo, a escolha das técnicas diferenciadas foge ao controlo burocrático, visto não estarem baseadas em rotinas, ou então na forma coerciva como influenciam a escolha de equipamentos por vezes muito dispendiosos. Esta situação torna alguns agentes da profissão médica tão poderosa, que chegam a rivalizar com o poder da própria administração hospitalar, mesmo sabendo que esta teoricamente detém o poder formal.

João Areosa, afirma que os dois pilares da profissão médica na modernidade assentam na elaboração de diagnósticos e na respectiva prescrição e execução de actos terapêuticos. Estes pilares são a base que estrutura a autoridade profissional dos médicos. Para a afirmação desta autoridade do médico (...) contribui o tipo de relação que o profissional consegue estabelecer com o doente. O bom relacionamento e empatia mútua entre profissional e utente é decisivo para a manifestação e reconhecimento da autoridade profissional.

A enfermagem é outro grupo profissional de contexto hospitalar. Actualmente os enfermeiros possuem um nível de conhecimentos que lhes permitem enriquecer e valorizar os cuidados de enfermagem que prestam ao indivíduo, família e comunidade. No futuro aspira-se a que os cuidados de enfermagem sejam cada vez mais orientados para o que é realizado com a pessoa e menos para o que é feito à pessoa, isto é, que os cuidados que os enfermeiros prestam sejam cada vez mais específicos, individuais e contextuais. (Faria, 2005)

Neste grupo profissional, o bom relacionamento e empatia na relação entre o enfermeiro e utente é um aspecto também muito importante, assim como na categoria profissional de médico. Esta relação pode ser classificada como de ajuda se tiver como objectivo dar

à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, saber, decidir e escolher se deve mudar ou aceitar determinados cuidados de saúde propostos pelos profissionais. A relação de ajuda implica que o enfermeiro dê do seu saber, do seu interesse, do seu tempo, da sua compreensão e da sua capacidade de escuta. (Faria, 2005)

António Faria, defende que para que os enfermeiros exerçam a relação de ajuda mencionada anteriormente: “ Devem preocupar-se com os clientes utilizadores dos seus cuidados numa perspectiva holística, ajudando-os a viver as emoções, a encarar os problemas ou as situações de crise, com todos os recursos que estão ao seu alcance.” (Faria, 2005: 31)

Este autor defende que a prática dos cuidados de enfermagem se situam entre a pessoa que é cuidada e a pessoa que cuida. Este profissional no exercício das suas funções precisa de encontrar uma pessoa no seu caminho particular de vida, de fazer caminho com ela, e muitas das vezes, acompanhando-a até ao fim do caminho (ao momento da sua morte).

O Hospital: a relação de profissionais e voluntários e a qualidade

No mundo actual as preocupações com a qualidade dos serviços oferecidos pelas organizações prestadoras de cuidados de saúde têm sido objecto de análise e discussão entre vários parceiros. Esta nova realidade ocorreu devido a razões de ordem política, económica, social, ética e profissional.

A evolução do conceito e metodologias para garantir a qualidade nos serviços de saúde, deve-se às transformações paralelas ocorridas na área industrial e empresarial, e às modificações verificadas na área da saúde. Para esta mudança contribuíram vários factores, nomeadamente a evolução tecnológica, o aumento das expectativas da população referentes ao seu nível de saúde e bem-estar, o interesse dos vários grupos profissionais prestadores de cuidados de saúde em melhorar o seu desempenho e o desenvolvimento de uma cultura empresarial nas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Na vertente da qualidade um dos aspectos a melhorar, identificado o estudo de António Faria como “oportunidades de melhoria por parte dos enfermeiros são essencialmente as

áreas relacionadas com o atendimento e relação interpessoal enfermeiro/doente e a área relacionada com as informações ou explicações que os enfermeiros devem prestar aos doentes.” (Faria, 2005: 99)

O tratamento de um doente e o próprio meio hospitalar é constituído por uma equipa multidisciplinar, onde estão envolvidos de forma directa e indirecta Auxiliares de Acção Médica, Enfermeiros, Médicos, Técnicos, Administrativos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, entre outros, que se encontram familiarizados com o contexto hospitalar. É no seio desta equipa que as pessoas que exercem voluntariado se inserem nas dinâmicas hospitalares.

O potencial do voluntariado nos esforços de promoção e qualidade na saúde é baseada na premissa de que as pessoas que compõem determinada organização (ou subgrupo cultural) se encontram familiarizadas com o ambiente cultural no qual as mudanças de comportamento de saúde ocorrerão. Deste modo, os voluntários são percebidos por alguns autores, como indivíduos que poderiam assegurar a compatibilidade entre um determinado programa de saúde e os elementos desta organização, na aceção que seriam capazes de transformar os conceitos técnicos de saúde em termos compreensíveis para seus pares e evitar falhas culturais que o staff profissional pode não ter consciência. Os voluntários podem ter um acesso mais facilitado a seus pares e a membros da sua rede social e assim abordar pontos de mudança. (Moniz, 2008)

A valorização do voluntário passar por várias vertentes. Um estudo realizado a unidades de atendimento a portadores de câncer indicou que a valorização por parte dos enfermeiros e doentes no que respeita ao trabalho voluntário reporta-se ao suporte psicossocial para a família e o doente e o suporte na resolução de problemas práticos em contexto hospitalar.

Paradis e Usui defendem a reciprocidade entre voluntários e profissionais, uma vez que os primeiros reivindicam mais acesso a informações técnicas sobre a evolução das doenças e modos de relacionamento, os segundos, o grupo dos profissionais almejam partilhar as informações que os voluntários detêm sobre as emoções dos doentes e a sua dinâmica familiar. (Moniz, 2008)

Considerando, uma investigação desenvolvida por Moniz e Araújo, e o seu objectivo central de descrever e compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre os

serviços prestados por voluntários em contexto hospitalar, analisaremos de seguida essa mesma relação.

No que respeita, à importância da acção voluntária para os profissionais de saúde, foi evidenciado neste estudo os seguintes aspectos: apoio emocional, actividades sociais, apoio especializado, facilitação da adesão ao tratamento, prestação de informações, contacto e suporte aos familiares dos doentes.

A percepção global dos profissionais quanto à adequação das relações estabelecidas entre voluntários e os profissionais, apurou-se que os assistentes sociais foram destacados como os profissionais com os quais os voluntários têm mais adequação e interacção.

Por outro lado, predominou uma percepção das características positivas dos voluntários entre as diferentes categorias profissionais, apesar das avaliações críticas. Os profissionais sugeriram como melhoramento do próprio voluntariado: a necessidade de maior integração do voluntário na equipa de saúde, ampliação dos serviços de voluntariado, aumento da competência nas esferas psicológicas, jurídica e de assistência social.

Os profissionais consideram que os voluntários deveriam ter uma atitude mais crítica em relação ao contexto hospitalar, nomeadamente na denúncia e de reivindicação, constituindo-se esta uma prática como as outras, de orientação do doente no espaço físico do hospital ou sobre esclarecimentos quanto às características do seu tratamento.

Um outro aspecto a considerar sobre a percepção dos profissionais sobre os voluntários é que os primeiros consideram que têm dificuldades em depender deles com a mesma expectativa de compromisso e qualidade que exigem dos outros membros da equipa profissional. Para esta aceção contribui na visão dos profissionais uma certa descontinuidade das actividades propostas e uma necessidade de acções melhor direccionadas entre profissionais e voluntários.

Na percepção dos profissionais, torna-se imprescindível que por um lado o voluntário deve compreender o funcionamento e necessidades do hospital, e por outro lado, o hospital deve compreender também a importância e potencialidades do voluntariado dentro desta organização.

Voluntariado Hospitalar: as motivações “para ser voluntário”

Nos estudos sobre o voluntariado um dos temas mais abordados é o das motivações que levam as pessoas a serem voluntárias. As fontes de informação destes estudos, na maioria das vezes passam por representações sociais difíceis de medir com exactidão, extraídas dos relatos dos próprios voluntários associados quase sempre a um esforço do entrevistado em mostrar uma imagem de si próprio mais ideal que real e de acordo com um discurso socialmente desejável.

O conceito de motivação é geralmente designado pelo sentido que determinado actor social dá às suas acções.

Partindo da premissa, mais ou menos consensual no seio da sociologia, de que vivemos actualmente em sociedades em que prevalecem valores cada vez mais individualistas, em que a materialidade está presente nas relações sociais, torna-se interessante compreender o que motiva as pessoas para o voluntariado. Que motivos levam os indivíduos a serem voluntários?

A autora Camila de Souza e outros autores num estudo colaborativo entre o Brasil e Portugal, que envolveu um total de 63 voluntárias do sexo feminino (40 portuguesas da Liga Portuguesa contra o Cancro e 23 brasileiras da Liga Paranaense de Combate ao Cancêr), analisam os aspectos da motivação para o trabalho voluntário com doentes oncológicos.

Neste estudo numa fase inicial da pesquisa os autores colocaram questões relacionadas com a motivação, como estas que apresentamos de seguida: “E o que faz com que essas pessoas, saudáveis, com status social definido e família construída, possam dar parte do seu tempo de modo espontâneo para cuidar de pessoas estranhas? O que as motiva sem a obrigação familiar que justifique o ato de cuidar, sem receber nada material como pagamento?” (Souza, 2003: 268)

O objectivo principal desta investigação é dar resposta a estas questões e identificar a estrutura motivacional dos voluntários que exercem a sua actividade junto de doentes com problemas oncológicos e comparar as diferenças e situações similares nos dois países.

Salientamos, que estas questões têm total pertinência nesta dissertação, as mesmas poderiam ser colocadas perante as pessoas voluntárias do estudo de caso do Hospital José Luciano de Castro, como iremos analisar em profundidade posteriormente.

Camila de Souza e outros, tornou operacional no contexto português e brasileiro o “Volunteer Function Inventory”, que é um instrumento de trabalho para analisar a motivação na esfera do trabalho voluntário, desenvolvido por Judy Esmond e Patrick Dunlon.¹⁰

Tomando como ponto de partida este instrumento, Souza considera que existem seis funções motivacionais, que motivam os indivíduos para o exercício do voluntariado:

1. *Valores*: expressa sentimentos altruístas e características humanitárias no cuidado de outras pessoas;
2. *Experiência*: essa função que envolve o voluntariado expressa a oportunidade de aprender novas experiências e de exercitar conhecimentos, habilidades e ter experiências que não teriam outra forma de serem praticadas;
3. *Social*: é a oportunidade de conviver com outras pessoas, fazer amizades, ter um círculo de amigos e ao mesmo tempo estar ligado a actividades importantes para outras pessoas, obtendo assim um certo reconhecimento dentro de determinada comunidade;
4. *Carreira*: esta função está relacionada à oportunidade de obter benefícios para a carreira profissional;
5. *Protecção*: mais relacionada com as teorias da motivação essa função está associada à função defensiva do ego, como por exemplo, a redução da culpa por possuir mais sorte do que outras pessoas, ou por dirigir atenção aos seus próprios problemas pessoais;

¹⁰ Este inventário foi desenvolvido por estes autores partindo de estudos já efectuados por Clary, Snyder, e Ridge em 1992.

6. *Auto-estima*: esta função tem como ponto principal buscar o desenvolvimento pessoal ou a satisfação pessoal relacionada ao crescimento e auto-estima. Em contraste com a protecção, diz respeito à eliminação de aspectos negativos do ego. Esta função está basicamente centrada no crescimento e desenvolvimento do ego. (Souza, 2003: 270)

Este estudo revelou, que o primeiro factor motivacional verificado foi o altruísmo, confirmou que esta característica de personalidade é o ponto de partida necessário para exercer o voluntariado, ou seja, ter um comportamento de ajuda ao outro, que não seja motivado por factores adversos externos e esporádicos. “O altruísmo foi o aspecto motivacional mais importante encontrado nas nossas amostras.” (Souza, 2003: 274)

As seis funções motivacionais referidas anteriormente, remetem-nos para a ideia de que perante as motivações possíveis para o trabalho voluntário, há um elemento central no seio dessas mesmas motivações: “a troca”. Como se houvesse uma reciprocidade, entre a pessoa que exerce o voluntariado e o (s) destinatário (s) da sua acção, entre no fundo quem deseja fazer bem ao outro, e que simultaneamente por meio desse bem que faz, supre as suas próprias necessidades, sejam elas associadas a funções motivacionais de *auto-estima* ou de *carreira*, por exemplo.

Nesta acepção, alguns autores estabelecem uma distinção clara entre motivações de carácter altruísta e motivações de carácter egoísta. A motivação para o exercício do voluntariado não é linear, é um processo complexo com vários sentidos.

Ana Delicado (2002), na maior investigação realizada em Portugal sobre voluntariado, refere que a literatura sobre esta temática estabelece uma distinção entre “motivações altruístas” e “motivações egoístas”, as primeiras materializam-se no desejo de fazer bem ao outro, e as segundas reportam-se a benefícios que os voluntários obtêm da sua actividade para si próprios, que podem ser materiais ou simbólicos.

Embora esta divisão seja usada cientificamente para a compreensão das motivações nesta esfera, a realidade revela-se muitas das vezes muito mais complexa. Na medida em que, um voluntário pode revelar um conjunto de motivações “altruístas” e “egoístas”; a sua separação não é indubitável, visto que o desejo altruísta de fazer o bem pode trazer simultaneamente benefícios “egoístas” ao voluntário. (Delicado, 2002)

Delicado, aplicou um questionário no contexto português a várias instituições pertencentes ao Terceiro Sector (que engloba, por exemplo, Associações de Bombeiros, Organizações Não Governamentais de Desenvolvimento, Associações Juvenis, entre outras) onde se apresentam as seguintes motivações dos voluntários na percepção das próprias organizações: a) solidariedade para com os desfavorecidos; b) contribuição para a comunidade local; c) sentimento de dever/obrigação moral; d) defender uma causa; e) percepção que o Estado não resolve todos os problemas; f) crenças religiosas; g) identificação/empatia com os beneficiários; h) compaixão pelos necessitados; i) princípios sociais e políticos; j) tornar-se útil; k) dispor de tempo livre; l) aprender ou desenvolver capacidades; m) conhecer pessoas/inserir-se num grupo; n) participar em actividades culturais/recreativas; o) adquirir informação sobre um problema social; p) prestígio/ reconhecimento social; q) auto-ajuda ou ajuda a um familiar; r) dificuldade em recusar convite a participar; s) deter uma posição de poder/liderança.

A referida autora aquando da aplicação de outra metodologia (entrevistas) refere que chegou a um panorama mais complexo para a questão: “o que o motiva a fazer voluntariado”, sintetizado nas seguintes categorias: a) “gosto de ajudar” ou de “ser útil”; b) necessidades dos próprios beneficiários como estímulo à acção voluntária; c) necessidades da instituição ou da localidade onde vivem como factor de motivação; d) um imperativo moral; e) disponibilidade de tempo/ necessidade de ocupação; f) treino para uma determinada profissão; g) forma de enfrentar determinadas etapas da vida.

Ausentes deste estudo elaborado em Portugal e dos relatos na primeira pessoa encontram-se algumas motivações identificadas na literatura desta área, como o desejo de poder, a aquisição de prestígio social, o estabelecimento de redes sociais que lhes possam angariar vantagens na vida profissional, a obtenção de benefícios vários (participações em actividades recreativas e culturais, viagens). (Delicado, 2002)

Estes aspectos foram analisados, no estudo de Camila de Souza que também apurou que o comportamento altruísta convive de perto com a personalidade de cada indivíduo, que também manifesta aspectos egoístas, Souza, citando Cnaan e Goldberg-Glen (1991), concluindo também que os voluntários são ao mesmo tempo altruístas e egoístas. No entanto, ao contrário do estudo de Ana Delicado, esta autora identificou funções motivacionais relacionadas com a aquisição do prestígio social (função motivacional de carreira) e o desejo de poder (função motivacional social).

Perante as considerações teóricas e questionamentos anteriores, conscientes de que as motivações são várias e assumem “tonalidades” altruístas e egoístas, na troca simbólica entre as pessoas voluntárias e os destinatários dessa acção, há um aspecto que gostaríamos de salientar: a própria pessoa voluntária como parte activa no exercício do voluntariado.

Camila de Souza, no seu estudo salienta, o facto dos voluntários nem sempre se encontrarem conscientes de que os aspectos pessoais de crescimento e entendimento das suas próprias experiências são parte activa no exercício das suas funções enquanto voluntários.

Nesta perspectiva, a autora recomenda que os programas de formação para voluntários, incluam momentos de reflexão e a utilização de dinâmicas de grupo que possam abordar essas questões pessoais envolvidas, e que não são fáceis de reconhecer à primeira vista.

André Moniz e Tereza Araujo, partilham a perspectiva anteriormente mencionada, na medida em que defendem que o voluntariado também pode colocar os seus agentes em situações de dificuldade, um dos contributos para que tal possa suceder é a ausência de formação específica para os voluntários, “Assim, muitas vezes sem dispor de preparo ou treinamento adequados, o agente voluntário pode se ver exposto a condições inadequadas, comprometendo a si próprio e aqueles a quem deseja ajudar. Do abandono da actividade às interferências prejudiciais na rotina assistencial, várias são as expressões do mal-estar vivido pelo voluntário.” (Moniz, 2006: 236)

Partilhamos estas considerações teóricas, na medida em que se estes aspectos não estiverem devidamente acautelados, podem em última análise funcionar como factores de desmotivação, e de posterior abandono da actividade do voluntariado.

Por outro lado, urge uma outra questão: os factores motivacionais no seio do voluntariado hospitalar, serão os mesmos do voluntariado em geral? O que leva uma pessoa a exercer voluntariado no seio de uma instituição hospitalar, é o mesmo sentido do que exercer numa outra área?

Consideramos de seguida dois estudos elaborados nesta área.

Num estudo de André Moniz e Tereza Araujo sobre trabalho voluntário em saúde, que contou com a participação de 39 voluntários/as integrados/as em instituições

hospitalares para doentes oncológicos e portadores do vírus HIV do Brasil, foram encontrados quatro elementos para a inserção das pessoas voluntárias na esfera da saúde (Moniz, 2006: 236):

- 1- *A experiência anterior com a doença* (pessoal, familiar ou no círculo social);
- 2- *A busca da realização pessoal* no atendimento às necessidades especiais;
- 3- *O interesse em atender às necessidades de um grupo específico* (doentes, hospital ou a uma própria instituição voluntária);
- 4- *A influência social.*

André Moniz e Tereza Araujo concluíram na pesquisa que realizaram, que de uma forma geral predominou uma percepção positiva das características do voluntário como pessoas afectuosas, optimistas, com desprendimento material, estabilidade financeira, disponibilidade de tempo e que fazem um trabalho importante e positivo. Os autores salientam a motivação altruísta, destacada no tema em *interesse em ajudar*, na categoria características e perfil do voluntário, mostrou-se relacionada como *atender às necessidades externas*.

No entanto, existe uma série de “ganhos” pessoais no exercício da actividade de voluntário, que são identificados como “benefícios” pelos voluntários e se manifestam sob diferentes vertentes.

André Moniz e Tereza Araujo apuraram alguns destes “ganhos” na sua investigação: “...desenvolvimento, aprendizado e experiência; reconhecimento social (respeito e valorização); mudança de valores pessoais (desprendimento e revisão de preconceitos); senso de utilidade e importância pessoal (ocupação do tempo e contribuição para o grupo); satisfação (prazer pessoal); relação afectiva prazerosa com o atendido; alcance de ideais religiosos, minoração e superação dos próprios problemas e dificuldades, aprimoramento de experiências anteriores, realização do projecto de vida, conquista e ampliação do círculo social.” (Moniz, 2006: 241)

No que respeita, aos resultados da auto-percepção mais negativa por parte dos voluntários, os autores concluíram, que esta percepção se manifesta nas críticas que os

voluntários são alvo por parte da sociedade, alguns voluntários mencionaram “...que já foram chamados de “pessoas bobas, anormais e desequilibradas” ou ainda de cancerosos.” (Moniz, 2006: 241)

Os outros problemas decorrentes de uma auto-percepção negativa dos voluntários dizem respeito a questões como o confronto entre a vida privada do voluntário e a sua actividade, as relações difíceis com os pacientes, conflitos na própria instituição voluntária, dificuldades enfrentadas pelo hospital e dificuldades relacionais com os profissionais de saúde.

Outra investigação desenvolvida na esfera do voluntariado na esfera da saúde, por Garrafa e Selli sobre as motivações dos voluntários no Brasil em 2005 (as motivações para o voluntariado entre os voluntários do Instituto Nacional de Câncer do Rio de Janeiro), concluiu que existem três tipos de motivações que levam um indivíduo a exercer trabalho voluntário no contexto hospitalar:

1- As motivações pessoais relacionadas com a vida do voluntário, que incluem dar sentido à sua própria vida, superar o vazio da existência, para ocupar o próprio tempo e para sentir-se melhor como pessoa.

2- As motivações decorrentes da crença professada, baseadas no amor ao próximo e em convicções mais religiosas.

3 – As motivações despertadas pelo sentimento de solidariedade traduzida numa perspectiva de cidadania activa, de contribuir com o seu desempenho para melhorar a comunidade, para ajudar as pessoas.

Este estudo de Garrafa e Selli pretendia validar o conceito de voluntariado orgânico proposto por ambos (conceito que foi construído por analogia ao conceito de intelectual orgânico desenvolvido por Gramsci e é entendido como participação politizada, activa das pessoas que desenvolvem o trabalho voluntário na construção das condições necessárias à democratização efectiva do Estado), consideramos os três tipos de motivações anteriormente apresentadas um importante contributo teórico para esta dissertação.

Em ambos os estudos sobre motivação dos voluntários inseridos na esfera da saúde, verifica-se que estão presentes factores motivacionais altruístas (*interesse em atender às*

necessidades de um grupo específico, motivações despertadas pelo sentimento de solidariedade) e egoístas (motivações pessoais relacionadas com a vida do voluntário, busca da realização pessoal, influência social), à semelhança das outras áreas de voluntariado, fora da área da saúde, como vimos anteriormente.

Salientamos, um elemento sociologicamente interessante, que André Moniz e Tereza Araujo apuraram na sua pesquisa, o facto de a *experiência anterior com a doença* (pessoal, familiar ou no círculo social) contribuir como um factor de motivação para a inserção das pessoas na esfera do voluntariado hospitalar. Este factor, suscita-nos entendimentos “altruístas” e “egoístas” perante o mesmo: a experiência anterior com a doença é um factor de inserção na esfera do voluntariado, devido ao facto da experiência de tal situação contribuir para a atenuação do sofrimento do outro, ou será uma forma de resgatar na situação do outro algumas memórias ou descodificar interiormente alguns sentimentos dessa vivência anterior?

Na medida em que pretendemos compreender os motivos que as voluntárias reconhecem como sendo aqueles que as levaram a realizar voluntariado hospitalar. Na análise que nos propomos realizar, procuraremos não fugir à diversidade discursiva das voluntárias, as suas representações sociais estarão em primeiro plano juntamente com os quadros teóricos apresentados nesta dissertação.

CAPÍTULO III

O MODELO ANALÍTICO DE INVESTIGAÇÃO: OS CAMINHOS DA PESQUISA

A realização da presente dissertação não seguiu uma trajectória totalmente linear no que diz respeito à estratégia metodológica. Este processo sofreu algumas reconfigurações e mudanças, aquando da construção de todas as etapas (pesquisa/análise bibliográfica; análise teórica e desenvolvimento do estudo de caso) que envolvem a própria pesquisa, com o objectivo final de a tornar “rigorosa”, sob o ponto de vista científico. Ou seja, a busca do rigor metodológico dentro dos caminhos metodológicos desta investigação é sustentada pela tentativa de tomar as melhores decisões para dar sentido ao seu objecto de estudo e à própria investigação no seu todo.

É o caso da relação entre teoria e dados, entre a formulação das hipóteses e a sua sustentação empírica, uma relação que em lugar de ser unívoca, implica um duplo ajustamento de teoria e dados.

Seguindo a perspectiva de Christian Maroy, no seu livro “A Análise qualitativa de entrevistas”:

“As hipóteses de trabalho, as próprias questões-chave, apoiam-se na investigação de campo. Este trabalho indutivo, o vaivém constante entre as hipóteses de partida, a recolha e o tratamento dos dados são particularmente importantes quando se encara a análise qualitativa (...) como um meio de descoberta.” (Maroy, 1997: 117)

Tendo consciência que qualquer investigação social tem limitações, optou-se por uma abordagem múltipla no estudo do voluntariado. Nos procedimentos metodológicos desta pesquisa, tentou-se conciliar técnicas como a análise de conteúdo (partindo da definição de categorias temáticas), que permite dar destaque aos actores sociais e aos seus pontos de vista; com análise documental de diversas fontes. Os caminhos da pesquisa no que respeita à metodologia desta tese privilegiam uma abordagem predominantemente qualitativa. De salientar, que o enquadramento do trabalho empírico teve sempre uma ligação efectiva com os múltiplos questionamentos e reflexões teóricas que a experiência desta investigação foi suscitando.

A preferência por uma metodologia qualitativa, prende-se com o facto de esta permitir: “...identificar a lógica de actuação dos actores, individuais e colectivos, as suas imagens mútuas, os seus conflitos e meios de acção.” (Guerra, 2000: 48) Estes aspectos são considerados essenciais para o desenvolvimento adequado desta investigação.

O objecto da pesquisa

A presente tese tem por objectivo geral compreender a prática do voluntariado hospitalar, partindo dos significados e percepções que as próprias voluntárias atribuem ao trabalho voluntário que realizam neste contexto.

A ausência de estudos em Portugal na área do Voluntariado é uma realidade, face às inúmeras pesquisas efectuadas nos principais centros de recursos de conhecimento e bibliotecas nacionais, nomeadamente, no que diz respeito ao voluntariado hospitalar (não encontramos nenhum estudo nesta área). Esperamos que esta tese possa contribuir para a discussão e reflexão sobre o voluntariado hospitalar no nosso país, a mesma assume-se como “exploratória”.

Tomando como ponto de partida a percepção das pessoas voluntárias:

- 1- Qual o significado atribuído pelas pessoas voluntárias ao seu trabalho no âmbito da sua prática de voluntariado hospitalar?
- 2- Qual ou quais as percepções em termos de valores e princípios estão associados ao voluntariado hospitalar?
- 3- Que representações sociais têm as pessoas voluntárias do seu papel e dos destinatários da sua acção voluntária?

Considerando, o objectivo geral e as perguntas de partida, colocamos as seguintes hipóteses de trabalho:

- 1- O exercício do voluntariado hospitalar é para as pessoas voluntárias, uma forma de dar e receber, incorporando simultaneamente na sua actividade comportamentos altruístas e egoístas.

2- As relações entre pessoas voluntárias e profissionais da saúde são complementares, e baseiam-se em actividades definidas pela própria instituição hospitalar.

3- O voluntariado hospitalar é uma ferramenta de “humanização” de serviços, no sentido de confortar os utentes mediante o uso do afecto na acção voluntária.

4- O voluntariado no contexto hospitalar surge como uma prática altruísta, e em simultâneo como um processo “auto-terapêutico”, na medida em que permite a quem o pratica de relativizar os seus próprios problemas pessoais.

As Técnicas Utilizadas

De seguida apresentamos as técnicas utilizadas (entrevistas e análise documental) em termos metodológicos, na recolha e análise de dados, que nos permitiu consolidar o objecto de estudo da presente pesquisa e as respectivas hipóteses de trabalho, anteriormente mencionadas.

As entrevistas

A opção pela realização de entrevistas semi-directivas resultou do facto de as pessoas entrevistadas terem diferentes trajectos e experiências de participação no voluntariado. As entrevistas efectuadas seguiram um guião previamente estabelecido, que contém os principais temas que pretendemos abordar (ver guião em anexo I). Foram entrevistadas nove voluntárias do Hospital José Luciano de Castro (ver entrevistas em anexo II)¹¹.

O início de uma pesquisa de campo e a entrada no ambiente no qual estão os indivíduos ou a situação que se pretende estudar é um momento central e estratégico do processo de investigação, numa abordagem qualitativa. Neste sentido passamos a descrever a nossa entrada no ambiente do voluntariado hospitalar do Hospital José Luciano de Castro.

O primeiro contacto realizado com vista a efectuar as entrevistas, foi com a coordenadora do voluntariado, uma Técnica Superior de Serviço Social, através de uma reunião onde foi explicado todo o projecto de pesquisa. Após esta reunião foi oficializado o pedido de “entrada no Hospital” com um ofício dirigido à Administração

¹¹ Apresentamos em anexo apenas oito entrevistas totalmente transcritas, devido a um problema técnico a entrevista 1, não pode ser transcrita até ao fim.

do Hospital (ver em anexo I), acompanhado do projecto inicial desta tese (explicando a natureza e os objectivos da dissertação). Esta solicitação foi aceite pela Administração do Hospital (ver resposta em anexo I), a 25 de Junho de 2009.

Podemos afirmar, que a abordagem às voluntárias que poderiam participar nesta investigação realizou-se em colaboração com a própria instituição hospitalar.

Antes de se iniciar a realização das entrevistas, todas as entrevistadas foram devidamente esclarecidas sobre os objectivos da presente dissertação e sobre a forma como seriam realizadas as entrevistas.

Numa primeira fase, as entrevistadas foram abordadas directamente pela coordenadora do Voluntariado; numa segunda fase através de uma carta explicativa dirigida pela investigadora às voluntárias (ver em anexo I); e por último, numa terceira fase, no início de cada entrevista semi-directiva, foi efectuada uma contextualização do processo de entrevista que se iria iniciar. Nomeadamente, para além de esclarecermos os objectivos da investigação e o seu carácter científico, foi garantida a confidencialidade dos dados transmitidos pelas voluntárias.

Durante as entrevistas, tentou conciliar-se a obtenção de dados com a possibilidade de cada entrevistada ter “um espaço de fala” aberto, considerando que a atribuição de sentido é uma etapa posterior de análise da entrevista.

No decorrer das entrevistas, foram também valorizados temas que as entrevistadas introduziram e a ordem das questões pré-estabelecidas foi alterada de acordo com o “ritmo” de cada entrevista/entrevistada. Por outro lado, foram introduzidas algumas questões adicionais, para efectuar alguns esclarecimentos e para fazer com que a entrevistada aprofundasse um pouco mais alguns temas.

No desenvolvimento deste estudo, mais concretamente durante a pesquisa empírica com as voluntárias, sobretudo numa fase inicial da investigação, esta foi conduzida tendo em linha de conta o *feedback* com o campo, as entrevistadas e o protocolo metodológico, no sentido de não excluir aspectos relevantes que pudessem iluminar diferentes aspectos da prática do voluntariado.

Local das Entrevistas

O local onde se realizaram as entrevistas foi o Hospital José Luciano de Castro, durante o mês de Julho de 2009 (num gabinete próprio para entrevistadora e entrevistada). A escolha do local procurou rentabilizar as deslocações das entrevistadas (a entrevista foi realizada no dia do trabalho voluntário, antes ou após o mesmo).

Análise das Entrevistas

Em primeiro lugar, gostaríamos de referir, que existiu uma boa interacção entre a entrevistadora e as entrevistadas. Todas as nove entrevistadas demonstraram muita vontade em participar no presente estudo. De salientar dois aspectos positivos: o facto de a entrevista ser realizada num espaço próprio e o facto de as entrevistadas conhecerem e terem alguma empatia com a entrevistadora.

As entrevistas foram gravadas, com autorização prévia das entrevistadas, e posteriormente transcritas. Optou-se pelas entrevistas semi-directivas de forma a permitir que as opiniões e discursos das entrevistadas não fossem circunscritos de maneira rígida, valorizando antes a forma como a concepção do voluntariado era construído e visto pelos seus intervenientes. Deste modo, as transcrições foram feitas de forma a respeitar o ritmo de cada narrativa das entrevistadas.

Após a sua transcrição, foi realizada uma leitura contínua das transcrições, para numa análise mais aprofundada se encontrar padrões, categorias temáticas e relações entre categorias que correspondessem ao sentido do que foi visado nas entrevistas, sob a vertente da análise qualitativa (Maroy, 1997)

A análise das entrevistas foi realizada com base em quatro fases distintas: numa primeira fase após a leitura das entrevistas foi feita uma desconstrução das mesmas (analisando que palavras se repetem, expressões positivas e negativas, sinalizando certas perguntas do guião, como por exemplo a que solicita que se conte como é um dia de um voluntário em termos de actividades); numa segunda fase foram definidos os temas centrais de cada entrevista, numa terceira fase foram identificadas/construídas categorias temáticas, e por último, foi efectuado um trabalho de articulação entre as diversas entrevistas, tendo presente a singularidade de cada entrevistada e os temas comuns visados pelas mesmas. Esta quarta fase, será exposta nos capítulos que se seguem.

A Análise Documental

Quanto à técnica de análise documental, esta incidu sobre dois tipos fundamentais de materiais: a legislação (europeia e nacional) e os estudos produzidos.

No que diz respeito, à legislação produzida permitiu um enquadramento de todo o processo, situando os diferentes momentos na evolução do voluntariado, e na evolução do voluntariado ao nível nacional, face ao voluntariado ao nível europeu. No desenvolvimento de todo o processo de investigação, foi dado especial relevo à consulta de legislação nacional e sua comparação com as directivas da Comissão Europeia.

No que concerne aos estudos/materiais produzidos sobre o voluntariado é de mencionar que o nosso país não tem muitos estudos nesta área.

O estudo de caso: voluntariado hospitalar no Hospital José Luciano de Castro

Tendo a presente tese, como procedimento metodológico, um estudo de caso torna-se imprescindível dar a conhecer um pouco do Hospital, onde o Voluntariado Hospitalar inserido nesta tese é realizado: Hospital José Luciano de Castro. Apresentamos de seguida alguns elementos importantes sobre o referido hospital.

Localização

O Hospital José Luciano de Castro localiza-se no distrito de Aveiro (Região Centro e Sub Região do Baixo Vouga, no concelho de Anadia. A cidade de Anadia é sede de município, tem cerca de 31 500 habitantes, segundo os últimos Censos de 2001 e possui uma área de 217, 13 Km².

Breve Historial Cronológico

Ano	Breve Historial
1902	A iniciativa de construção deste Hospital coube a um representante da família Seabra de Castro.
1928	O Hospital foi objecto de doação e respectiva aceitação pela Mesa Administrativa da Irmandade da Misericórdia de Anadia cuja escritura teve lugar em 30 de Outubro do mesmo ano, ficando a designar-se por Hospital – Azylo José Luciano de Castro, em homenagem àquele estadista, por vontade das beneméritas doadoras, sua esposa e filhas, tendo aberto as portas em 18 de Março de 1928.
1991	Neste ano a situação geral das instalações e equipamentos do Hospital encontrava-se num avançado estado de degradação pelo que foi necessário realizar obras. As obras de remodelação e beneficiação foram iniciadas em 1992 com a instalação de um elevador/monta camas.
1994	Neste ano procedeu-se à reestruturação completa da zona norte do hospital, assente ainda na estrutura originária onde foram instalados a Entrada Principal, os Serviços Administrativos, o Ambulatório, compreendendo as Consultas Externas e o Hospital de Dia, Cirurgia do Ambulatório, Sala de Espera e Arquivo Clínico, Serviço de Imagiologia e Serviço de Medicina Física e Reabilitação.
1996	Através de um auto financiamento procedeu-se à beneficiação e remodelação da parte sul, que compreendeu o Serviço de Medicina, Serviço de Cirurgia, Urgência e Imagiologia.
1998	Ocorreu uma ampliação do edifício onde foi instalado um Bloco Operatório, que compreende duas salas operatórias, sala de indução anestésica, sala de recobro e zona de transfe.
2002	Teve lugar nova ampliação e remodelação da parte do edifício que já tinha sido objecto de remodelação em 1940 e 1996, onde foram instalados o Serviço de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Urgência, Pediatria, Esterilização e Capela.
2008	No âmbito da reestruturação dos serviços de Urgência a nível nacional, a Urgência do Hospital foi encerrada. No mesmo ano, o serviço de Medicina foi readaptado e convertido numa unidade de convalescença com 20 camas, integrada na RNCCI.

Fonte: Hospital José Luciano de Castro – Documento – Diagnóstico Social (2009)

Missão e Visão

Tendo por base informações inseridas no Diagnóstico Social da Rede Social de Anadia, a actual missão do Hospital José Luciano de Castro de Anadia, é prestar cuidados diferenciados em articulação com o Centro de Saúde de Anadia e limítrofes, integrando também a RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Integrados).

No que respeita, à visão, o referido hospital pretende ser reconhecido pelos níveis técnicos e humanizados dos cuidados de saúde que presta, pela excelência da organização aberta, ágil e eficiente, e pelo espírito de grupo manifestado nas equipas multidisciplinares, competentes e com elevada auto estima.

Breves Informações Adicionais

Acreditação

As sucessivas obras efectuadas no Hospital José Luciano de Castro vieram melhorar as instalações no sentido de garantir uma maior comodidade e privacidade do doente, bem como melhorar as condições de trabalho para os profissionais que aqui desenvolvem as suas actividades.

As beneficiações das estruturas arquitectónicas foram acompanhadas pelo melhoramento do nível técnico dos equipamento e apetrechamento técnico dos trabalhadores, permitindo também uma relação mais humanizada e de maior segurança e satisfação, tanto dos doentes como dos trabalhadores, reconhecida pelo IQS/HQS King's Fund em Junho de 2006, tendo o Hospital obtido a Acreditação.

Hospital de Referência Nacional

A Administração Central de Saúde em parceria com o Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação da Universidade Nova de Lisboa efectuou um estudo a nível nacional durante o ano de 2008 sobre a “Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes em Hospitais”. No referido estudo o Hospital José Luciano de Castro posicionou-se em 1º lugar a nível nacional, no que diz respeito ao serviço de Internamento e Consulta Externa. (*in* site www.acss.min-saude.pt)

CAPÍTULO IV – OS “MUNDOS VIVIDOS” NO VOLUNTARIADO HOSPITALAR

O Voluntariado no Hospital José Luciano de Castro não representa uma actividade isolada e esporádica. É um serviço integrado nesta instituição hospitalar, junto dos pacientes internados, que ocorre dentro de um espaço físico delimitado, sob o respaldo da lei do voluntariado, com normas e direitos sob a coordenação de uma profissional.

Consideramos importante dar a conhecer um pouco da história do voluntariado neste hospital (desde o seu nascimento à adesão recente do hospital ao Banco Local de Voluntariado) e do contexto da acção médica onde é exercido o próprio voluntariado. É esta a tarefa que nos propomos fazer de seguida, antes de expormos os “mundos vividos” pela voz das voluntárias.

Breve Historial do Voluntariado Hospitalar em Anadia

As informações que de seguida apresentamos foram retiradas de registos internos, cedidos pelo gabinete de Serviço Social do Hospital José Luciano de Castro.

O nascimento do voluntariado no Hospital José Luciano de Castro teve início em 3 de Outubro de 2001, com quatro voluntárias, inicialmente apenas com funções ao nível da Consulta Externa e Serviço de Medicina. O Voluntariado iniciou-se sob a coordenação do gabinete de serviço social deste hospital.

Inicialmente, pelo facto do número de voluntárias ser reduzido, o voluntariado hospitalar decorreu apenas em dois dias da semana, durante 2 horas em cada dia.

No que respeita a formação interna sobre Voluntariado, este grupo inicial de voluntárias usufruiu de uma preparação inicial, com formadores externos ao Hospital, e beneficiou de uma visita de vários profissionais ao Grupo de Voluntariado do Hospital de Espinho, por se tratar de um Hospital com uma realidade mais próxima do Hospital José Luciano de Castro.

Após esta fase inicial, foi efectuada uma divulgação no Hospital sobre a possibilidade de integrar mais voluntárias, tendo resultado dela a inscrição de mais voluntárias que iniciaram a sua actividade com uma formação de Voluntariado na Saúde, na instituição Cáritas em Coimbra.

Actualmente, o número de Voluntárias a exercer a actividade voluntária no hospital José Luciano de Castro é de dez, encontrando-se uma voluntária temporariamente indisponível.

As nove voluntárias efectuem o trabalho voluntário em permanência na Unidade de Convalescença e, pontualmente, no Serviço de Cirurgia, (pois neste último serviço os doentes permanecem pouco tempo e são mais independentes).

Adesão do Hospital José Luciano de Castro ao Banco Local de Voluntariado de Anadia

A criação dos Bancos Locais de Voluntariado constituiu uma meta do Plano Nacional de Acção para a Inclusão (2003-05), tendo sido incrementados estes bancos por todo o país, preferencialmente em parceria com as autarquias.

No concelho de Anadia o Banco Local de Voluntariado foi criado no mês de Janeiro de 2008 e o Hospital José Luciano de Castro integrou o Banco Local de Voluntariado como entidade receptora desde esta data.

O Banco Local de Voluntariado de Anadia tem algumas especificidades, designadamente o facto de a autarquia ser um dos actores sociais que coordena este Banco de Voluntariado. O mesmo é promovido pelo Núcleo de Trabalho para o Voluntariado em Anadia constituído pela Câmara Municipal de Anadia - Rede Social de Anadia, o Centro Social, Cultural e Recreativo da Freguesia de Avelãs de Cima, o Centro Social e Recreativo da Poutena, a Santa Casa da Misericórdia de Anadia e a Santa Casa da Misericórdia de Sangalhos.

O Banco Local de Voluntariado em Anadia nasce do levantamento de necessidades efectuado no âmbito do Programa Rede Social e pela vontade de cada parceiro social pertencente ao Núcleo de Trabalho para o Voluntariado em Anadia (NTVA) ter como objectivo promover o voluntariado nas suas próprias instituições. Neste sentido esta acção é desenvolvida no âmbito do Plano de Acção da Rede Social 2006-07 baseada numa parceria efectiva e numa proposta de rentabilização de recursos, humanos e materiais, efectuada pelas instituições que constituem o Núcleo de Trabalho para o Voluntariado em Anadia.

Este Banco é também acompanhado tecnicamente pelo Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado (CNPV), constituído por representantes dos vários Ministérios, e a quem compete contribuir para a qualificação e formação do voluntariado a nível nacional.

Os parceiros da Rede Social que dinamizaram a constituição deste Banco Local tiveram em linha de conta, a experiência concelhia já existente, nomeadamente, ao nível do voluntariado hospitalar. Durante o ano de 2007, a coordenadora do Voluntariado e as voluntárias do Hospital José Luciano de Castro, explicitaram a vários parceiros sociais a trajectória do voluntariado hospitalar no concelho de Anadia.

Face a esta estreita relação entre as instituições que criaram o Banco Local de Voluntariado de Anadia e o próprio Hospital de Anadia, esta instituição integrou o Banco Local de Voluntariado desde a sua criação em 2008, como já foi mencionado.

Segundo Eugénia Rocha, “ Os Bancos Locais de Voluntariado (...) instituem-se como local de encontro entre os indivíduos que expressam a sua disponibilidade e a vontade para a prática do voluntariado e as instituições que, necessitando de voluntários para apoiar o exercício das suas actividades, reúnem condições para acolher e coordenar a actividade voluntária.” (Rocha, 2006:17)

Importa referir que a partir da adesão do Hospital José Luciano de Castro ao Banco Local de Voluntariado, como entidade receptora de voluntários, as “novas entradas” de voluntários aconteceram sempre através do Banco Local de Voluntariado de Anadia. Em Maio de 2009, foram encaminhadas quatro das voluntárias que foram entrevistadas no âmbito do caso de estudo desta tese.

O Voluntariado no âmbito da acção médica do Hospital: a Unidade de Convalescença

As voluntárias exercem o voluntariado nesta unidade de convalescença em permanência, em que os destinatários são maioritariamente doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva; oriundos de serviços, de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/traumatologia, de Neurologia.

Estes doentes podem ser internados por um período de convalescença com uma previsibilidade igual ou superior a 30 dias.

Consideramos importante expor todas estas características, na medida em que todos estes contornos condicionam e influenciam o tipo de actividade voluntária que é exercida no Hospital José Luciano de Castro.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (R.N.C.C.I.) tem quatro tipos de unidades: unidade de Convalescência, unidade de Média Duração e Reabilitação, unidade de Longa Duração e Manutenção e unidade de cuidados Paliativos. Dentre estas modalidades, o Hospital José Luciano de Castro tem em funcionamento, desde Janeiro de 2009 uma Unidade de Convalescência com 20 camas.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, segundo as informações do Ministério da Saúde, é o conjunto estruturado de unidades (internamento e ambulatório) e equipas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência com falta ou perda de autonomia.

Os destinatários da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados são todos os cidadãos, que se encontrem na seguinte situação: pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final; pessoas de todas as idades com dependência funcional e pessoas com doença crónica.

Os objectivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de uma forma sucinta são os que de seguida expomos: prestar cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais e apoiar a criação de serviços comunitários de proximidade; e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade. (*in* www.rncci.min-saude.pt)

A Unidade de Convalescência da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (R.N.C.C.I.) tem por finalidade estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

Salientamos, que o Voluntariado integra a filosofia da própria Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (R.N.C.C.I.), como podemos observar nas palavras que constam do site anteriormente mencionado: “O Voluntariado é uma actividade inerente ao exercício de cidadania que se traduz numa relação solidária de forma livre e organizada, na solução dos problemas que afectam a sociedade em geral. (...) Por esse

motivo a actividade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados prevê a participação de voluntários (*in* www.rncci.min-saude.pt)

Por último, salientamos que gestão do voluntariado a nível profissional neste hospital, como já foi mencionado, é efectuado por uma Técnica Superior de Serviço Social, esta realidade é comum em muitos hospitais, portugueses, por exemplo nos Hospitais da Universidade de Coimbra ocorre a mesma situação.

Caracterização Sumária do Universo Estudado

Foram entrevistadas nove voluntárias do Hospital José Luciano de Castro, como já foi referido anteriormente. O contacto com as entrevistadas e todo o processo de realização das entrevistas semi-estruturadas, já foi explicitado no capítulo III.

De seguida apresentamos um quadro de caracterização das nove entrevistadas, que participaram neste estudo, para um melhor enquadramento do leitor no universo estudado.

Entrevistadas	Concelho de Residência	Idade	Situação na Profissão (Actual)	Profissão Desempenhada Ou Actual	Tempo de Voluntariado Hospitalar	Horas/Semana Voluntariado
Entrevistada.1	Anadia (Arcos)	80	Reformada	Enfermeira	1 Mês	2 Horas (manhã)
Entrevistada.2	Anadia (Arcos)	59	Reformada	Administrativa	1 Mês	2 Horas (manhã)
Entrevistada.3	Mealhada (Mealhada)	63	Reformada	Professora 1º Ciclo	7 anos	2 horas (tarde)
Entrevistada.4	Mealhada (Pampilhosa)	62	Reformada	Professora 1º Ciclo	7 anos	2 horas (tarde)
Entrevistada.5	Anadia (Arcos)	68	Reformada	Professora 1º Ciclo	7 anos	4 horas (manhã e tarde)
Entrevistada.6	Anadia (Arcos)	57	Reformada	Funcionária Pública (C.M.A.)	1 Mês	2 Horas (manhã)
Entrevistada.7	Anadia (Moita)	53	Comerciante	Comerciante	1 Mês	2 Horas (manhã)
Entrevistada.8	Anadia (Arcos)	65	Reformada	Professora 1º Ciclo	7 anos	2 horas (tarde)
Entrevistada.9	Anadia (Arcos)	57	Reformada	Professora 1º Ciclo	7 anos	2 horas (tarde)

Fonte: Entrevistas e dados do Hospital José Luciano de Castro (2009)

De referir, que três das entrevistadas efectuam trabalho voluntário noutras instituições para além do Hospital José Luciano de Castro, como se pode observar no quadro que a seguir apresentamos:

Entrevistadas:	Instituições:
Entrevistada.3	Hospitais da Universidade de Coimbra (Especialidade - Neurologia)
Entrevistada.4	Hospitais da Universidade de Coimbra (Especialidade Gastreenterologia)
Entrevistada.6	Santa Casa da Misericórdia de Sangalhos (Lar de Idosos)

Fonte: Entrevistas, Julho 2009.

Os “Mundos Vividos” das Pessoas Voluntárias

Apresentamos de seguida as representações sociais e os significados, apreendidos na análise do conteúdo do discurso das voluntárias, com o objectivo de dar voz aos seus “mundos vividos” na esfera do voluntariado hospitalar.

Parte-se da premissa de que as representações e valores não se constroem no isolamento, mas nas relações humanas, ou seja, que resultam da relação entre os membros de uma sociedade e são passíveis obviamente de mudanças; e tem-se também, em linha de conta que o próprio espaço físico e as características anteriormente apresentadas da Unidade de Convalescença da Rede de Cuidados Continuados condicionam o desempenho das voluntárias.

Salientamos, que as percepções das voluntárias no meio hospitalar articuladas com as perguntas de partida e hipóteses de trabalho, foram o mote principal para a estrutura e exposição do presente capítulo.

Os fundamentos do “querer ser voluntária”

O voluntariado surge de forma explícita ou implícita, como “um desejo” ou “um querer” na fala de todas as entrevistadas. Na sua grande maioria trata-se de uma vertente das suas vidas, que faz parte do projecto de vida de cada uma, após o fim da actividade laboral perante a situação de reforma. No universo das nove entrevistas, apenas uma não vive esta situação, a entrevistada 7, que ainda se encontra em situação activa perante o trabalho, como se pode observar no quadro de caracterização das voluntárias anteriormente apresentado.

Como referem as entrevistadas 2 e 8, salientando a existência do voluntariado aquando a sua situação de reformada:

“ Ora bem, é capaz de ser um bocadinho difícil de exprimir o que é que se sente, mas eu acho no fundo, no fundo é a realização de um, talvez de um desejo antigo. Durante o período de trabalho acho que foi sempre uma meta que eu quis atingir, aquelas coisas que nós preconizamos quando estamos a trabalhar, quando eu me reformar, faço isto...e o voluntariado esteve sempre nos meus horizontes e acho que é capaz de ser isso, a realização de um sonho antigo.” (Entrevista 2: pp. 14)

“ Não, não foi aqui que eu comecei. Comecei em Coimbra, foi por intermédio de uma colega que já, também era professora, que já estava lá a fazer voluntariado, mas ela ainda começou o voluntariado na altura em que estava a dar aulas. Eu não. Eu só mesmo depois de me aposentar. Porque eu fiz sempre muitas coisas paralelas e era mais uma e eu não era capaz de dar, de dar conta desse recado.” (Entrevista 8: pp. 2)

Observamos, que são atribuídos, na análise de cada discurso vários motivos para o exercício do voluntariado hospitalar.

Tomando como ponto de partida, o quando teórico de André Moniz e Tereza Araujo analisado no capítulo II, que compreende quatro elementos significativos para a inserção do voluntário na esfera da saúde, podemos afirmar que dois deles estão presentes nos discursos das voluntárias deste estudo. Nomeadamente, a *experiência anterior com a doença* (pessoal, familiar ou no círculo social) e a *busca da realização pessoal* no atendimento às necessidades especiais.

Sobre o primeiro motivo apontado, as entrevistadas 3, 4 e 5, relatam-nos esses motivos, a entrevistada 3 com a doença a nível pessoal (depressão) e a entrevistada 4 e 5, numa situação de doença com um familiar, respectivamente, filho e mãe:

“Apanhei uma depressão muito grande. Passei um mau bocado quando me reformei. (...) Sim porque toda a vida trabalhei, não é? Toda a vida tive os meus horários. Portanto sem ter um horário, sem ter um projecto, para mim não funciona muito bem. (Entrevista 3; pp. 3)

“Olhe (...) não só essa parte a ser voluntária...Portanto, eu tive um problema com o meu filho pequeno e tive muita razão de queixa no Hospital Pediátrico, da parte de que estava, na cirurgia, mais de duma enfermeira que lá estava. E, então, o apoio foi pouco, embora da parte médica, não tive razão de queixa pelo contrário! (...) e estava-se a aproximar o ano de eu me aposentar (...) e assim fiz, eu aproveitei e fui (ser voluntária).” (Entrevista 4; pp2)

“Olhe talvez por ter a minha mãe muitos anos acamada, lá em casa, e eu achava que, realmente, portanto, precisava de assistência, e de companhia, e nem sempre, nessa altura eu ainda estava a trabalhar e nem sempre lhe podia dar aquilo que ela precisava. E foi também uma das razões, que eu disse: se eu puder vou fazer aos outros aquilo que eu não pude fazer à minha mãe!” (Entrevista 5; pp.2)

Outro elemento significativo, nos motivos para integrar o voluntariado é a *busca da realização pessoal* no atendimento às necessidades especiais de cada voluntária, este é também um dos fundamentos veiculado no discurso das voluntárias para o exercício do voluntariado, como podemos aferir na entrevista 2 e 7:

“ Eu, embora queira dar, mas vejo sempre todo o voluntariado, qualquer ele que seja, quem ganha mais é quem dá, porque nós no fundo a satisfação que sentimos compensa muito mais do que aquilo que nós...o tempo que nós despendemos no que fazemos, eu acho que nós saímos muito mais valorizados. É esta a minha perspectiva.” (Entrevista 2; pp. 14)

“ O que lhe disse, é uma necessidade interior, é, é...eu acho que faz parte de mim! Acho que já vem de mim! (...) E eu, aí, acho que já estou a ser útil, já estou a, a exercer um bocadinho aquilo que eu gosto de fazer, que é de ouvir os outros e ajudar e uma palavra amiga e uma força e...só se eu não puder é que eu não ajudo!” (Entrevista 7; pp. 18)

Para além, destes fundamentos que contribuem de forma decisiva para o desejo de ser voluntária no âmbito hospitalar, existem alguns elementos, expressos nos discursos de uma forma mais indirecta, mas que contribuem, a nosso ver, fortemente para o mesmo objectivo.

Referimo-nos, ao voluntariado percebido como *processo de transformação pessoal* e como uma *forma de enriquecimento pessoal/ forma de aprendizagem*.

Em relação ao primeiro aspecto, referimo-nos à transformação/ modificação pessoal das próprias voluntárias ao nível da própria personalidade, ganhando uma predisposição para vestir outra “pele”, mais aberta mais expansiva, do que fora do exercício da actividade de voluntárias, devido à sua vontade de “querer” ser voluntária, como nos referem as entrevistadas 8 e 9, respectivamente:

“Olhe, eu sou uma pessoa um bocado reservada e eu acho que nesta parte até sou mais aberta do que lá fora! Ou porque os doentes estão muito carentes e, umas vezes, falam pouco, outras vezes falam, há doentes que falam pouco, outros que falam mais, mas os que falam pouco, gostam de ouvir, vá, umas palavras de conforto ou assim.” (Entrevista 8; pp. 3)

“ (...) Ainda agora vinha lá de cima e uma senhora disse: «Olha esta senhora está sempre a brincar!» Eu não sou muito alegre, mas aqui parece-me que sou mais!” (Entrevista 9; pp.3)

No que respeita à aprendizagem/enriquecimento pessoal, surge nas falas discursivas das voluntárias, como o reconhecimento de uma capacidade das próprias de aprenderem com as lições de vida dos doentes e na aprendizagem que fazem junto dos mesmos durante a actividade voluntária. O voluntariado hospitalar surge, por exemplo, no discurso da entrevistada 7, como uma forma de aprendizagem, por meio da qual a mesma sai transformada:

“Consigo, consigo projectar-me na outra pessoa. Isso, em parte é mau, por sofrer, mas ao mesmo tempo, acho que é uma experiencia de vida. Eu consigo-me projectada, mas tenho de ter a noção de que estou a aprender, que se um dia me tocar a mim, às tantas não estarei lúcida para conseguir, mas pensar que não sou só eu, que há quem sofra mais que nós ?” (Entrevista 7; pp. 4)

“Positivo, foram as lições de vida! Oiço histórias que, Deus queira que eu não venha a passar! Que, que é ...nós aprendemos muito, porque estamos a ouvir e estamos a projectar-nos um bocadinho naquele filme! E, e pensamos, como é que seria...como é que eu fazia se estivesse nessa situação?” (Entrevista 7; pp. 16)

No estudo de Ana Delicado, já mencionado, o crescimento pessoal é um dos benefícios decorrentes do exercício do voluntariado: “Este crescimento pessoal é muitas vezes caracterizado como uma aprendizagem, quer no sentido de aquisição de conhecimento quer no sentido de acumulação de experiência de vida a partir das vivências de outrem (...) Alguns voluntários afirmam que este conhecimento adquirido com as experiências dos beneficiários os ajudam a perspectivar a sua própria vida, ensinando-os a valorizar o que têm.” (Delicado, 2002: 197)

Nesta acepção, a aprendizagem aqui expressa, surge do que a voluntária pode absorver e incorporar do ambiente hospitalar para o seu próprio enriquecimento pessoal.

De referir, por último, que o facto de este grupo de voluntariado hospitalar nascer no seio de voluntárias, que tinham relações pessoais de amizade e profissionais, ao longo de vários anos, devido à sua actividade profissional (professoras do 1º ciclo), contribuiu de forma decisiva para potenciar o projecto de voluntariado hospitalar. Na medida, em

que, se tornou um projecto comum, identificado como uma mais-valia por todas e, sedimentados pelas relações de amizade já existentes. Como refere a entrevistada 4:

“Entretanto, como eu trabalhava em conjunto com a Entrevistada 3 (...) e estava-se a aproximar o ano de eu me aposentar, ela convidou-me, no ano anterior a eu ir-me aposentar, se eu queria ir voluntariar...se queria ir para o voluntariado (...) e assim fiz, eu aproveitei e fui!”; “Essa já conheço há muitos anos, a entrevistada 8 também já, porque era professora em Aguim¹² e fazíamos reuniões com ela, a entrevistada 9 (...) também já conhecia, as outras senhoras é que entraram agora de novo...” (Entrevista 4; pp. 2/9)

Este factor foi decisivo para desenvolver um espírito comum, a sensação de pertença à organização hospitalar, e também para dar continuidade ao trabalho voluntário e contribuir para o próprio bem-estar das voluntárias. Podemos afirmar, perante a análise de conteúdo efectuada, que a adesão a uma causa comum, o “dar” bem-estar aos doentes, o assumir um compromisso de voluntária, são aspectos que contribuem para o “ser voluntárias” e para a união entre as mesmas.

Os significados e as gratificações do exercício do voluntariado

O significado de “ser voluntária” é associado na fala das nossas entrevistadas, à gratificação/recompensa que as mesmas sentem por realizarem trabalho voluntário.

No capítulo I, analisámos o conceito de trabalho voluntário à luz da Lei¹³, salientamos agora três dos princípios do voluntariado segundo a lei portuguesa, que também surgem no discurso das entrevistadas: *a gratuitidade, o enquadramento numa entidade promotora e a não obrigatoriedade.*

Na esfera da gratuitidade a entrevistada 9, refere de forma jocosa, ao relatar uma situação de interacção com um agente hospitalar (enfermeiro), que sublinha que a voluntária não é remunerada:

“Então vamos dar o lanche a esse (...) diz o enfermeiro «Não é para isso que vocês cá estão, para ganhar o dinheiro, não é para ganhar o dinheiro sentadas!»”; “Fazer

¹² Freguesia do concelho de Anadia.

¹³ Lei Nº71/98 de 3 de Novembro – Diário da República 254/ 98 Série I-A.

alguma coisa pelos outros, sem remuneração, sem recompensa.” (Entrevista 9; pp.11/18)

Sobre o princípio da não obrigatoriedade, ou seja, a intervenção individual enquanto voluntária é um acto livre de cada um de nós querer ser voluntário, a mesma entrevistada acrescenta:

“ ...Peço ajuda antes mesmo de começar, portanto, eu quis isto, fui convidada, não fui obrigada a vir, fui convidada e aceitei, se aceitei, agora não, agora desenvolvo essa actividade com cara alegre!” (Entrevistada 9; pp.16)

O enquadramento numa entidade promotora, surge na realidade do voluntariado presente nesta pesquisa ocorrer na própria instituição hospitalar.

A análise empírica realizada no presente estudo, no que respeita aos significados atribuídos ao acto de “ser voluntária”, abre espaço para um confronto de vários significados, de acordo com as representações sociais de cada voluntária. De uma forma geral podemos enunciar os seguintes significados, num grupo de valores considerados mais altruístas (interesse em ajudar o outro):

1. Ser útil – *“Darmos um bocadinho de nós, procurar ser um bocadinho útil aos outros, darmos o nosso tempo...não é, não é...quer dizer passar um bocadinho de tempo, darmos um bocadinho de nós aos outros para que o doente, neste caso, no nosso caso, não é, o doente não se sinta tão só...” (Entrevista 4; pp. 13)*
2. “Dar e Receber” – *“É o poder ajudar os outros, poder dar alguma coisa aos outros, sensibilizar-me com os outros, portanto, quando os outros estão mal nós sentimos e estamos a..., a..., a dar alguma coisa, que achamos que nos faz feliz também a nós, não é?” (Entrevista 5; pp. 16)*
3. Voluntariado como “dom natural” (exercido durante toda a vida) – *“Para mim filha? Eu já sinto isso (o voluntariado), assim, tão naturalmente...porque toda a vida tive no voluntariado, sabe?! Portanto, o ser voluntária, para mim, já faz parte da minha vida!” (Entrevista 3; pp.18)*

Por outro lado, nos discursos das voluntárias vislumbra-se também aspectos menos altruístas, que nos remetem para características que satisfazem as necessidades das próprias voluntárias:

1. Voluntariado como auto-terapêutico – *“Apanhei uma depressão muito grande. Passei um mau bocado quando me reformei.”* (Entrevista 3; pp. 3) A entrevistada 3 explica na sua entrevista que face ao seu estado de saúde, foi aconselhada pelo seu médico a iniciar a actividade de voluntária, porque iria contribuir para o seu bem-estar em termos emocionais e psicológicos. A saúde é um dos benefícios “colaterais” do exercício do voluntariado ao nível físico e psicológico: *“Esta função terapêutica é mencionada igualmente por voluntários jovens e mais idosos, mulheres e homens, reformados, activos e estudantes.”* (Delicado, 2002)

Ou como refere a entrevistada 9, quando fala da situação pessoal do seu pai (encontra-se acamado e sobre da doença de Alzheimer), aborda o exercício do voluntariado como um “escape”: *“Isto faz-me bem, porque levo daqui coisas que os doentes, às vezes contam, e que em casa não têm ninguém.”* (Entrevista 9; pp. 4)

2. Fonte de realização pessoal – *“O eu querer ter sido assistente social, já acho que, que, diz tudo! Frustrada...não me sinto frustrada porque (...) Sinto que estou um bocado realizada, não na parte, porque o título não me faz falta, na parte pessoal, aquele desejo de me levar a ser assistente social, acho que está concretizado, porque eu exerço isso!”* (Entrevista 7; pp. 18)

“...porque nós nos sentimos valorizadas e realizadas quando saímos daqui, porque alguma coisa útil a gente fez!” (Entrevista 4; pp. 9)

3. Voluntariado como experiência de vida – *“Ah, eu acho que, é um bocadito de nós darmos de nós próprios e, sei lá, e pensar que, pormo-nos na cama, no lugar de quem lá está na cama, um dia podemos também lá estar nós e precisarmos...”* (Entrevista 8; pp.16)

“E depois, ao final do dia até tiramos a conclusão, a fim de exercermos a actividade « Coitada vê lá isso!» (...) «Se vamos, se chegamos a isto? Ou se precisamos disto?», são pronto, aprendizagens que nós vamos tendo, não é? (Entrevista 7; pp. 17)

Perante a análise dos significados atribuídos pelas voluntárias ao acto de “ser voluntária”, verificamos que o comportamento altruísta convive de perto com a personalidade de cada indivíduo, que também manifesta aspectos egoístas, como vimos no capítulo II, no quadro teórico desenvolvido por Camila de Souza e Ana Delicado.

Nesta questão da gratificação do indivíduo enquanto voluntário, gostaríamos de referir que o sentir-se útil, é perspectivado pelas voluntárias como um ganho, uma recompensa para as mesmas. O ganho pode vir, na forma de reafirmação de si por parte do outro a quem supostamente se faz bem, como refere a entrevistada 9:

“Sinto-me feliz por ver...Sinto-me feliz por ser, pró ver algumas pessoas mais felizes, um bocadinho, naquele bocadinho que estamos cá!” (Entrevista 9; pp. 19)

E também, nas palavras da entrevistada 6, o sentir-se útil, o trabalho utilitário no seio das demais actividades exercidas no hospital, torna-se numa fonte de bem-estar pessoal para quem o faz:

“Eu acho que significa que eu, afinal de contas, sou útil, não é? Tenho alguma utilidade, não é? Nós às vezes, pensamos: «Vou-me reformar, estou a ficar velha, não sirvo para nada!» Não, não acho. Acho que nós servimos sempre para muito, temos sempre muita coisa para dar, é preciso é querer!” (Entrevista 6; pp.18)

Por outro lado, o confronto com o ambiente hospitalar, o conviver e trocar experiências com os outros, sejam eles agentes hospitalares, doentes, ou colegas voluntárias, faz com que as voluntárias se esqueçam das suas próprias vidas/existências. O voluntariado tem como recompensa, ser uma forma de “fuga” à própria vida de cada voluntária, o que sob determinada perspectiva se torna gratificante:

“É. Sinto-me muito bem, consigo esquecer-me da minha vida completamente. É, é aquela manhã que eu me esqueço, que eu não penso especificamente em nada! Nada, não passa, nem estou preocupada se há clientes, se estou a vender, não penso em

absolutamente em nada! Desligo completamente! Por isso, acho que sou muito feliz por poder fazer isto!” (Entrevista 7; pp.10)

Outra fonte de gratificação na acção voluntária é baseada na relação com os doentes, nos discursos por vezes, parece não haver distância entre beneficiar e ser beneficiado, no que se refere ao ganho de bem-estar, para doente e voluntária. Como nos diz a entrevistada 5:

“Mas também se recebe muito, aprende-se muito, aprende-se muito e damos...eu costumo dizer: «Recebemos mais do que o que damos!» e é uma experiência óptima, eu gosto muito! As pessoas, às vezes ficam tão satisfeitas, tão aliviadas, que uma pessoa sente-se bem!” (Entrevista 5; pp. 3)

A relação entre voluntárias e doentes, será analisada de forma mais profunda mais à frente neste capítulo.

Para concluir, afirmamos que perante as representações sociais das voluntárias, o exercício do voluntariado alimenta-se do “bem-estar”, na relação com o outro e na relação consigo própria, acolhendo nos significados atribuídos ao seu exercício comportamentos altruístas e também aspectos egoístas.

No estudo de Ana Delicado sobre o voluntariado, a categoria “ser útil” “...pode ser entendida como um desejo tanto altruísta de “utilidade” para com os outros e com a sociedade, como de ocupação e rentabilização do tempo e capacidades desperdiçadas do voluntário.” (Delicado, 2002: 194), também nesta dissertação se verifica a convivência entre significados altruístas e egoístas no seio do voluntariado hospitalar. Em ambas as pesquisas é evidente, que as motivações das pessoas voluntárias centradas nos outros (valores altruístas), remetem em simultâneo para interesses mais individualistas, como a realização pessoal, a solução terapêutica para os seus problemas pessoais e a satisfação pessoal derivada do exercício do voluntariado.

Após a análise de conteúdo, das entrevistas, concluímos que o bem-estar é o que contagia, é o ímpeto mais importante que faz querer ser voluntária; e a produção de bem-estar apoia-se em relações diversas e mutáveis, que envolvem os profissionais de saúde, os doentes e as próprias voluntárias entre si.

Os Contornos do Voluntariado Hospitalar: regras, actividades e o papel das voluntárias

Em primeiro lugar, gostaríamos de salientar mais uma vez que o voluntariado hospitalar é prestado num espaço físico concreto – o hospital. Neste sentido a acção das voluntárias, é limitada por uma série de procedimentos que caracterizam outro tipo de acções de âmbito hospitalar, por parte dos médicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos e outros profissionais.

É nesta realidade, que as agentes do voluntariado hospitalar reconhecem as regras que limitam a sua acção dentro da instituição hospitalar.

As Regras

Nas entrevistas realizadas às agentes do voluntariado hospitalar, quando questionadas sobre a existência de regras específicas por parte do hospital para no âmbito do exercício do voluntariado, todas as voluntárias as mencionaram e as reconheceram na esfera da sua acção. Reportamos, no quadro seguinte, essas mesmas regras pela “voz” das próprias voluntárias.

REGRAS NO VOLUNTARIADO HOSPITALAR	DEFINIÇÃO DAS REGRAS PELAS VOLUNTÁRIAS
Respeitar os agentes profissionais hospitalares	<i>“Há. A indicação é que nós não devemos interferir no serviço. Nós somos voluntários, não temos que substituir funcionário nenhum e temos que respeitar a hierarquia e as regras do hospital.” (Entrevistada 6; pp. 7)</i>
Manter Sigilo	<i>“Há, mas isso nós aprendemos no curso! Por exemplo o sigilo, não podemos ouvir aqui e estar a contar lá fora, nem podemos, por exemplo, pessoas lá fora a quererem tirar, entre aspas, nabos da púcara, também não, o que se diz aqui, fica aqui! (Entrevistada 8; pp. 6)</i>
Respeitar o doente	<i>“Respeitar a vontade do doente, porque há muitos que gostam de falar, falar, falar, mas há muitos que não. E, portanto, nós, vemos logo pelo primeiro impacto, e se o doente não quiser, respeita-se, não é? Como é que se diz...respeitar o doente, pois.” (Entrevistada 5; pp. 5)</i>
Deixar o doente falar	<i>“...mas a doente estava com uma conversa tão continuada, ela ia buscar...e o filho, era sobre o filho, ela só tinha aquele, e falava e falava e falava, e nós não podemos virar as costas! Isso é uma das regras que a gente...nunca! Ouvir o doente, o tempo que for necessário!” (Entrevistada 4; pp. 7)</i>
Evitar conflitos perante familiares do doente	<i>“Muitas vezes quando encontramos uma pessoa temos o cuidado de perguntar se é mãe, se é filho, se é tio, se é marido (...) Esses conseguimos saber que é verdade o que ele está a dizer, quando é a família a gente não aprofunda tanto (...) nem puxando pelo doente, pode entrar em litígio com ele, pode haver litígio entre o doente e a família, nós seremos as causadoras de uma guerra aqui, então! (Entrevistada 9; pp. 12)</i>
Não falar de problemas pessoais	<i>“ A gente dá o melhor que pode, não é? Portanto tenta esquecer os nossos problemas, que isso tem que ficar à porta, tentar ouvir o doente o tempo que for necessário, dar a nossa opinião, portanto, não ir, com as ...com os nossos problemas...”(Entrevistada 4; pp. 3)</i>
Ter flexibilidade na acção voluntária	<i>“Se, se eu hoje estiver doente e não puder vir também não, pronto a Dr.^a Paula (coordenadora) também sabe que é assim mesmo” (...) Aqui há uns tempos faltei para ir a uma consulta a Coimbra e era logo às três horas da tarde. Nesse dia marcaram-me do hospital e eu tive que ir!” (Entrevistada 8; pp. 9)</i>
Ter cuidados de higiene	<i>“...houve até um enfermeiro que chamou e ensinou-nos, «Olhem vocês desculpem, vou ensinar-vos a lavar...!», ah, mas nós até agradecemos, e ensinou-nos a lavar as mãos, portanto, lá está, e eu acho que sim, que nós aqui ao passar de uma cama para a outra devemos lavar sempre as mãos, porque nós próprias devemos levar bactérias de um lado para o outro.” (Entrevistada 8; pp. 6)</i>

Fonte: Entrevistas, Julho 2009

As Actividades

Entre as voluntárias, nas entrevistas nota-se alguma dificuldade em falar de uma forma muito rígida sobre as rotinas do trabalho voluntário. As actividades decorrentes da acção voluntária parecem não seguir uma programação prévia, mas vão se configurando a partir da interacção das voluntárias com os doentes e com o próprio espaço físico, da Unidade de Convalescença da Rede de Cuidados Continuados do hospital.

A descrição das actividades e rotinas do voluntariado surge no discurso das entrevistadas de forma estruturada, mas pode tomar diferentes contornos consoante os horários em que é realizado (se é de manhã ou de tarde), os doentes, os agentes hospitalares e o espaço físico (o espaço físico divide-se numa enfermaria, um ginásio e uma sala de espera).

De uma forma geral, todas as voluntárias mencionaram as seguintes rotinas, nas duas horas de voluntariado no hospital, nos seguintes horários, de manhã das 10h ao 12horas e à tarde das 15h às 17 horas:

A ENTRADA NO HOSPITAL

“Entramos e cumprimentamos a Palmirinha ou a menina que lá está (administrativas do hospital)...” (Entrevistada 3; pp. 8)

O GABINETE DAS VOLUNTÁRIAS

“Guardamos as nossas coisinhas e a bata (no gabinete das voluntárias)... temos tido lá a bata, mas agora até já há batas suficientes, já podemos levar para casa. Por conseguinte vamos, só lá guardar as nossas coisinhas e depois buscar ao fim do dia e dirigimo-nos à unidade de convalescença...” (Entrevistada 2; pp. 7)

A INTERACÇÃO COM OS DOENTES – HORÁRIO DA MANHÃ

“...dirigimo-nos à unidade de convalescença e vamos procurando, normalmente as pessoas estão na sala de espera para a fisioterapia, porque àquela hora é a hora de fazerem fisioterapia e nós vamos estando por ali e conversando com as pessoas (...) Os que podem caminhar também os ajudamos, outros que precisam de ajuda damos-lhe o bracinho e aí vamos nós caminhar um bocadinho com as pessoas...” (Entrevistada 2; pp.7)

A INTERACÇÃO COM OS DOENTES – HORÁRIO DA TARDE

“...depois seguimos para cima, vamos para cima (...) Se estão doentes, por exemplo na salinha de entrada, às vezes ficamos ali um bocadinho e conversamos com eles; se não estão, seguimos e vamos visitar os doentes. Fazemos a nossa visita no tempo...até à hora do lanche, ou na salinha ou na cama. Normalmente, há sempre um ou outro que precisa de ajuda e depois continuamos na nossa visita, naqueles que realmente não têm ninguém (...) Então, procuramos ir aos outros doentes que não têm ninguém!” (Entrevistada 4; pp.8)

O TERMINUS DO VOLUNTARIADO

“E...e damos as boas-tardes e vimos embora às cinco e qualquer coisa, seja não há ninguém já assim....se estamos com alguém, se essa pessoa está a conversar, nós temos que deixar que ela acabe a conversa.” (Entrevistada 3; pp. 8)

Fonte: Entrevistas, Julho 2009.

No que concerne ao horário do voluntariado hospitalar, apesar de o hospital estabelecer a duração de duas horas para o mesmo, este horário não é rígido, é flexível. Esta flexibilidade advém dos doentes e das situações específicas que as voluntárias encontram, no hospital, como nos elucida a entrevistada 8:

“ Às vezes vai até mais além, outras vezes fica antes. Depende! Então se nós...também não é rígido! Estarmos aqui as duas horas se já não, os doentes, pronto, já lancharam, já demos a volta a todos, já voltámos, às vezes ainda é mais importante dar apoio à família que está por lá, também não é obrigatório a estarmos aqui até às 17 horas em ponto!” (Entrevista 8: pp. 8)

No discurso das entrevistadas, o exercício do voluntariado surge como uma actividade prioritária, um compromisso assumido, como refere a entrevistada 6, voluntária no hospital e num lar de idosos na freguesia de Sangalhos: *“Claro que há sempre qualquer coisinha que fica para trás, não é? Mas por exemplo, costume dizer, p’ra, p’ra fazer outras coisas, à segunda-feira de tarde não porque tenho que ir p’ra Sangalhos, ou a ida para aqui ou para a catequese, são as três prioridades que tenho.” (Entrevista 6; pp. 8)*

O papel das Voluntárias

O papel das voluntárias no voluntariado hospitalar é definido por um conjunto de práticas desenvolvidas em função do objectivo principal da instituição hospitalar. De uma forma geral, podemos afirmar que o objectivo principal de uma instituição hospitalar é a cura de um determinado doente, com a participação de vários agentes hospitalares e uma infinidade de procedimentos no âmbito da saúde.

O papel das voluntárias assume-se como um contributo para o bem-estar do doente, um efeito “colateral” com vista à “cura” mas não se constitui nunca como objecto das práticas hospitalares. A percepção das voluntárias sobre o seu papel dentro do hospital é muito claro para todas, visionam o seu contributo como “um alento” e uma força para o “bem-estar” dos doentes.

Perante a análise das entrevistas, um papel assumido claramente por todas é o de conversar, de estar presente, com os doentes: *“Pois, o papel nem é, nem é, nem trabalhar, nem levantar, nem deitar, nem nada. É mais a nossa presença, a nossa palavra, o nosso carinho, eu acho que é, eu penso que é, que, que...o meu, papel*

principal que é esse, é apoiar o doente naquilo que ele...se pudermos, realmente, fazer alguma coisa, devemos fazer; mas o resto é conversar com ele, apoiá-lo, dar-lhe um bocadinho de apoio, de carinho, é mais isso, de conversar com ele, se ele gostar de conversar, é isso e incentivá-lo um bocado para, p'ra vida, não é?! (Entrevista 5; pp. 6)

O papel de conversar/estar presente pode ser realizado não só junto dos doentes como dos seus familiares. A conversação com os familiares dos doentes pode ser efectuada por três motivos principais, a enunciar:

- a) o doente está numa situação clínica muito complicada e não consegue conversar;
- b) o doente está a receber visitas e as voluntárias dialogam com ambos (dedicando sempre menos tempo de voluntariado aos doentes com visitas);
- c) existência de uma situação em que o familiar do doente precisa de atenção, normalmente perante a dificuldade em lidar com o estado clínico do seu familiar hospitalizado.

O papel de “fazer companhia aos doentes”, assume na maioria das vezes outras funções específicas, como a de combate à solidão dos doentes, a de preparação para o exercício da fisioterapia na Unidade de Convalescença e também como uma “terapia” a nível psicológico com os doentes.

O combate à solidão dos doentes, referenciado pelas voluntárias, surge a dois níveis: a) a situação de internamento hospitalar e as limitações em termos de espaço físico (o doente estar confinado apenas àquele espaço); b) a ausência de visitas por parte da família e amigos (devido às dinâmicas das sociedades contemporâneas - mercado de trabalho e características mais individualistas das sociedades em que vivemos).

A preparação para o exercício da fisioterapia mencionado pelas voluntárias diz respeito, ao facto estas os tentarem despertar, nomeadamente, estimulando-os, direccionando a conversa para o lado do corpo (por exemplo, um ouvido) que o doente está a tentar recuperar na Unidade de Convalescença. Esta é uma função solicitada pelo próprio hospital, às voluntárias. Como refere a entrevistada 2: “ *...mas é uma das funções do voluntário aqui na unidade, que é precisamente para os despertar um bocadinho. (...) Pois porque o facto de eles estarem despertos também os ajuda até na fisioterapia, porque alguns vão para a fisioterapia e depois não colaboram...* ” , “ *...uma coisa que*

nos foi dito, foi que nós tentássemos sempre estar do lado que a pessoa tem doente, para os estimular – o ouvido, o movimento...” (Entrevista 2; pp. 6)

A “terapia” a nível psicológico, desenvolvida pelas voluntárias durante a conversação com os doentes é percebida pelas mesmas, sob a forma de “deixar o doente falar”, ter a possibilidade de se exprimir referindo o que o preocupa e angustia. “*É mesmo o de comunicar com o doente! É fazê-lo falar, pôr cá para fora as suas coisas e darmos alguns conselhos, que saibamos dá-los! Ter uma palavra amiga, ter uma palavra de consolo é isso que nós devemos fazer! É mais a parte psicológica que nós aqui fazemos, o nosso papel é psicológico...” (Entrevista 9; pp. 6)*

Esta vertente psicológica, segundo as entrevistadas torna-se muito importante, antes de um acto médico relevante, como por exemplo a ida para uma operação: “*...descemos à parte dos operados. Aproveitamos para dar uma palavrinha, perguntar se correu bem, aqueles que vão ter alguma operação se estão assustados, que vai dar força, que vai correr tudo bem, que tenham fé, que...essas coisas que eu acho que é muito bom nós ouvirmos.” (Entrevista 7; pp. 9)*

As voluntárias assumem outras actividades, mais baseadas no “fazer”, no âmbito do voluntariado hospitalar, como por exemplo, dar o lanche, passear no hospital, dar água, auxiliar a ida à casa de banho e posicionar a cama. No entanto essas actividades, são totalmente condicionadas, só podem ser executadas após a consulta dos profissionais de saúde do hospital. Esta é uma questão evidente no discurso de todas as voluntárias:

“Ah eu...tomar iniciativas que não são da nossa competência! Sei lá! Dar um medicamento, Deus nos livre! Ou pensar isso, por exemplo, há um doente que tem uma seringa em cima da mesa, nós nunca, na mesa da cabeceira (...) Agora dar-lhe numa seringa, nem sequer, eu nem pensar numa coisa dessas! Primeiro, nem temos formação para isso (...) Não, não temos. Isso é diferente. Perguntamos sempre se podemos levantar a cama ao doente, que o doente pode ter qualquer problema de saúde, que não possa ser levantada a cama ao doente, e nós em vez de ajudar, estamos a prejudicar! Essas coisitas que nós... e perguntamos «Olhe, não podemos dar uma voltinha?», quando ele está em cadeira de rodas, não somos nós, nem pensar, a ir pô-lo numa cadeira de rodas! (...) Mas coisas graves não é da nossa competência!” (Entrevistada 8; pp. 7)

As entrevistadas têm noção de que não é sua função posicionar um doente na cama, e que uma simples acção de dar um copo de água, pode interferir no controle e registo de funções fisiológicas do profissional de enfermagem.

É de entendimento comum a todas as voluntárias, que as suas acções podem prejudicar os doentes, e, por isso, todas as acções de “fazer algo” a um doente, têm que ser analisadas previamente por um profissional de saúde.

“ É, pois, é muito mais complicado, porque é assim, a saúde não sabemos bem se podemos fazer, se podemos dar um copo de água, se podemos fazer isto...” (Entrevista 6; pp. 11)

Por último, gostaríamos de evidenciar um outro papel, o de “ponte de encaminhamento” com alguns serviços do hospital. Perante a disponibilidade das voluntárias para conversarem e estarem com os doentes, são elas que em primeira linha, que por vezes, conhecem os seus problemas e as suas angústias, fazendo posteriormente a ponte com os serviços competentes. *“Por exemplo, já nos têm pedido, às vezes, «Ai, não me arranjam uma pessoa que tome conta de nós? Não nos arranjam, não sabe, não conhece um lar?», nós encaminhamos, estes, estas pessoas para a Dr.ª Paula... (...) Nós não conhecemos, a questão do lar, mas nunca, nunca lhe dizemos que não podemos ou que não sabemos, não é esse o nosso papel aqui! Mas também não é guardamos aquilo que eles nos dizem, esses pedidos que nos fazem! Depois transmitimos a quem? À, à Dr.ª Paula.” (Entrevista 9; pp. 7)*

Em suma, podemos afirmar que o papel das voluntárias no contexto hospitalar, que surge ao longo das entrevistas: *“É estar ao lado, é tentar apoiá-lo, é tentar ajudá-lo, dar-lhe força, é estar com eles! É de estar...partilhar com ele a doença, gostar dele, acho que é isso.” (Entrevista 6; pp. 7)*

Relações das Voluntárias no Meio Hospitalar: “as duas faces da moeda”

Neste ponto do presente capítulo propomo-nos a estabelecer uma distinção e uma caracterização das relações entre as voluntárias: agentes hospitalares e doentes. É importante ressaltar, que nem sempre nos discursos das nossas entrevistadas é fácil fazer esta distinção de uma forma rígida.

Relações entre voluntárias e os profissionais de saúde

Definimos, profissionais de saúde como os indivíduos cujas práticas profissionais se estruturam na instituição hospitalar. Incluímos nesta definição, médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde e também todos os funcionários que desempenham actividades de suporte às práticas desses profissionais, como sejam o pessoal administrativo, os auxiliares de limpeza, os agentes de segurança, entre outros.

Dos profissionais mencionados, as voluntárias destacam em termos de maior interacção e contacto no decorrer do trabalho voluntário, as categorias profissionais de médicos, enfermeiros e auxiliares.

Destes três grupos, os médicos são a categoria profissional menos próxima das voluntárias, na medida em que raramente estabelecem contactos entre si. A relação entre médicos e voluntárias é pautada pelos cumprimentos cordiais e sociais, de “Bom dia!” ou “Boa Tarde!”, *“Há médicos que já me cumprimentam, eu...eu cumprimento e eles dizem boa tarde...”* (Entrevista 3, pp.11).

As relações entre voluntárias, enfermeiros e auxiliares é de maior dimensão face à classe médica, iremos analisá-las mais à frente em profundidade.

As relações entre voluntárias e profissionais de saúde, após a análise de conteúdo, apresentam-se pela voz das próprias voluntárias, como relações de divisão entre si, uma divisão clara e pacífica entre o trabalho das voluntárias e dos profissionais de saúde. Esta divisão pacífica tem origem na complementaridade de acções dentro da esfera hospitalar. *“São papéis diferentes, portanto não tem que haver choque nenhum. Eu penso que não tinha que haver, não tem que haver choque nenhum. Cada um tem a sua missão. Nós andamos aqui não para trabalhar, não para ganhar dinheiro, para dar um bocadinho do nosso tempo livre, do nosso...do nosso interior e receber, também.”* (Entrevista 5, pp. 18)

As voluntárias apresentam de uma forma geral os seguintes princípios, que norteiam a sua relação com os profissionais de saúde, anteriormente mencionados:

a) ter um bom relacionamento com os profissionais de saúde. A entrevistada 7, quando questionada sobre a relação anteriormente mencionada, refere: *“Ai, eu acho que é muito boa! Acho, acho. É muito boa! (...) Eu todas as vezes que intervimos diante de um enfermeiro ou de uma auxiliar (...) acho-os espectaculares!”* (Entrevista 7; pp.14)

b) adoptar uma postura de não saber nada e de não interferir nos procedimentos técnicos: *“...devemos estar caladas, mesmo que haja, que estejamos a ver qualquer coisa com a qual não concordemos muito, mas não temos que dar opinião nenhuma! Não somos técnicos. (...) até porque o enfermeiro dizia-nos assim «Tem alguma coisa a ver com isso? A senhora não é técnica» E é verdade!”* (Entrevista 8; pp. 17);

c) respeitar todas as demandas dos profissionais de saúde: *“Não é esse o caso. De querermos mandar ou, mas eu, nem nenhuma das minhas colegas, não queremos mandar nada, Deus me livre! Nós queremos é fazer tudo de acordo com os doentes e com o pessoal, os enfermeiros e os auxiliares.”* (Entrevista 5; pp. 10)

“Sim, não, não, nunca levamos, nunca fazemos. Conversar, conversamos, nunca mudamos de sítio, nunca deitamos ou levantamos ou levamos à casa de banho, sem ordem da enfermeira.” (Entrevista 9; pp. 6)

No enunciado das suas falas durante as entrevistas, todas as voluntárias afirmam que tem uma boa relação com os profissionais de saúde que trabalham no hospital. Esta relação não é uma relação de amizade, mas sim uma relação de respeito, *“Eu acho a mais importante – o respeito! Que cada um ocupe o seu espaço! Não vamos ocupar o espaço do enfermeiro, do doutor ...nada disso!”* (Entrevista 3; pp. 7)

Este sentido de “boa relação” e de harmonia atribuído pelas voluntárias, permite a existência de um espírito de cooperação e abertura entre as mesmas e os profissionais que lidam directamente com os utentes.

“ Eu acho que temos boa relação com todos, porque todos têm colaborado e se nós dissermos: «Olhe que fulano tem xixi» (...) e o enfermeiro vem e lá lhe dá uma banhoca, nós não sabemos se a pessoa precisa, se não precisa, não é? (...) A cooperação tem sido boa...” (Entrevista 2; pp.10)

“Eu acho que não há razão de queixa, que quando há algum problema ou falta alguma coisa ou que é necessário, sei lá, ir buscar um copo, ir buscar uma palhinha ou ir buscar uma coisa, claro, nós nunca vamos sempre perguntar se podemos ir! Eles nunca nos disseram assim «Não vá lá» ou «não pode lá ir!», portanto, «está lá na copa, irmã, vá lá!», «Acho que faz bem, vá lá, vá lá!». Portanto, nunca houve, assim, nenhuma parede...” (Entrevista 4; pp.10)

Nos espaços de interacção entre voluntárias, e por exemplo, o grupo profissional dos enfermeiros, há também lugar para a boa disposição e piadas jocosas, que criam um bom ambiente para enfermeiro, voluntária e doente, e que fazem inclusive rir e distrair o próprio doente:

“Então, encontramos-nos no, no quarto muita vez! Estamos lá e entram eles, ou estamos nós e entram eles, e nós também brincamos com eles a dizer: «Ai, ó senhor enfermeiro hoje doí-me aqui!», na brincadeira com ele, «Ai, tá aí a ver a temperatura, olhe que eu também tenho febre hoje!»” (Entrevista 8; pp. 11)

Não obstante, dos significados atribuídos anteriormente pelas voluntárias às suas relações com os profissionais de saúde, também existem momentos de tensão no relacionamento entre estes, nos seus discursos.

Os momentos de tensão, não se referem a nenhum conflito ou disputa directa entre voluntárias e agentes hospitalares, mas sim a uma maior ou menos receptividade da voluntária no contexto hospitalar, que segundo as representações sociais das voluntárias, varia em função:

a) do conhecimento/desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o voluntariado hospitalar: *“Houve uma enfermeira que me disse...que já está reformada e que me disse que alguns pensam que nós vamos ter as mesmas regalias do que eles e andamos lá sem fazer nada! Penso que em Anadia nunca tivemos esse problema! Houve uma vez uma enfermeira que me perguntou (...) «Eu nem sei bem qual é a função das senhoras! (...) Está a seguir o regulamento?” (Entrevista 3; pp. 11)*

No seu entendimento, as voluntárias consideram que o grupo profissional dos enfermeiros compreende melhor o seu papel dentro do hospital, do que o grupo profissional de auxiliares.

“Não sei, se talvez os enfermeiros entendam melhor qual é o nosso papel aqui, do que propriamente os auxiliares. Não sei se os auxiliares entendem o nosso papel aqui, não sei se pensam que lhes vamos tirar o trabalho, o emprego, ou não sei. Sei que há pessoas aí com pouca formação ainda mais velhas dá alguma ideia de «Assim será? O que é que estas andam aqui a fazer? Não têm que fazer em casa?», lá dentro da cabeça delas não sei o que é que se passa, não sei qual é o filme, e ponho-me no lugar delas. Se é, se eu estivesse no lugar delas era capaz de pensar assim!” (Entrevista 9; pp. 15)

b) da existência/ou não da ideia de que as “voluntárias podem roubar o lugar aos profissionais”: *“A ideia aqui, penso eu, que isso já passou, que a formação das pessoas também já não é assim tão baixa que não entendam essas coisas, não é? Praticamente, pensavam que as voluntárias iam tirar o lugar a alguém, lá no serviço. Nós não sabemos porquê, pronto! Porque a palavra em si, já diz tudo, não é? Voluntário, já diz tudo!” (Entrevista 4, pp. 5)*

As relações das voluntárias e os agentes hospitalares são relações de poder, nas quais a acção das mesmas é condicionada pelas normas e especificidades de determinada profissão, a tensão decorre deste aspecto.

Como vimos no capítulo I, segundo Roque Amaro prevalece até aos nossos dias uma grande valorização por parte da sociedade da especialização dos profissionais. A profissionalização implica que apenas mediante determinada preparação ou diploma é que um indivíduo exerce determinada profissão, colocando o voluntariado, na condição subalterna perante o profissional, em termos de redistribuição de tarefas.

Esta situação, constitui uma forma de poder na relação entre voluntárias e agentes hospitalares, nomeadamente, no que respeita ao grupo profissional dos enfermeiros, o respeito pelas hierarquias profissionais está bem presente nos seus discursos:

“Há. A indicação é que nós não devemos interferir no serviço. Nós somos voluntários, não temos que substituir funcionário nenhum e temos que respeitar a hierarquia e as regras do hospital.” (Entrevista 6; pp. 7)

“...como é que devemos proceder com os doentes, um bocadinho disso, pois; porque ao tirar uma almofada, às vezes, estamos a prejudicar, ao levantar-lhe a cama ou descer-lhe estamos a prejudicar e, portanto (...) Pouco, o que podia fazer e tinha sempre sempre que se perguntar ao enfermeiro.” (Entrevista 5; pp 4)

Esta posição mais submissa em relação ao profissional de saúde, também se revela nos discursos das voluntárias, perante a sua predisposição para nunca dar razão ao doente e não tornar públicas as práticas hospitalares:

“Temos de ver, ouvir e calar; nunca dar razão ao doente, por exemplo, vamos conseguindo dar-lhes a volta, não é? E mesmo que se veja que o doente tem razão não lha podemos dar, se não seria um caos, não é? (...) Às vezes eles fazem as suas queixas, as suas lamúrias e nós temos que lhes dar a voltinha para eles verem que o senhor enfermeiro é que sabe, o senhor doutor é que sabe. Se nos pedem alguma coisa nós não podemos fazer sem pedir autorização.” (Entrevista 3, pp.6)

Nesta relação, em que os agentes hospitalares detêm claramente mais poder do que as voluntárias, as mesmas mostram-se predispostas a aceitar as demandas destes profissionais, principalmente quando contribuem para proteger os doentes:

“...houve até um enfermeiro que chamou e ensinou-nos, «Olhem, vocês desculpem, vou ensinar-vos a lavar as mãos!», «Ah, mas nós até agradecemos!» e ensinou-nos a lavar as mãos, portanto, lá está, e eu acho que sim, que nós aqui ao passar de uma cama para a outra devemos sempre lavar as mãos, porque nós próprias devemos levar bactérias de um lado para o outro.” (Entrevista 8, pp. 6)

As relações entre voluntárias e profissionais de saúde passam necessariamente por uma constante negociação por avanços e recuos, por espaços capazes de manter o nível de tensão necessário à protecção da acção das voluntárias, dos profissionais e dos doentes. Esta negociação tem sempre por base a definição clara dos papéis de cada um dentro do hospital:

“...nós sabemos que a auxiliar faz aquilo, a enfermeira tem que fazer o outro, e o meu papel também está definido, por isso, ninguém interfere no papel de ninguém!” (Entrevista 7; pp.14)

No capítulo II, verificámos que o “poder” está presente as relações entre profissionais e voluntários, em que os primeiros são detentores de um conjunto de recursos de poder (ao nível técnico), que lhes permite controlar de forma soberana as actividades dentro do contexto hospitalar (Areosa, 2008), esta situação também se verifica no presente estudo de caso.

Podemos afirmar, que o universo hospitalar acentua a legitimidade profissional das suas equipas multidisciplinares, devido à importância da contribuição de cada um dos profissionais para a “cura” de determinado doente.

Relações entre Voluntárias e Doentes

As relações entre as voluntárias e os doentes não se dão de uma única forma, ou seja, configuram-se nos discursos com proximidades diversas entre voluntária e doente.

O contexto hospitalar e a própria especificidade do serviço no qual se exerce o voluntariado (Unidade de Convalescença) impõem algumas limitações à relação entre voluntária e doente.

A Unidade de Convalescença da Rede de Cuidados Continuados, como vimos anteriormente, visa estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Os doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva podem ser oriundos de serviços: de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/traumatologia, e de Neurologia.

Este novo serviço do Hospital modificou a realidade dos doentes, em termos da sua proveniência geográfica. A Unidade de Convalescença recebe pessoas doentes de todo o país: *“É uma Unidade de Convalescença, agora é diferente, por aqui, por a experiência que eu tenho vindo a ter aqui, assim, são pessoas, que de longe, a maior parte são de longe, Águeda, às vezes vêm de Ovar, desde que eu aqui estou, Ovar, para o lado de Leiria, também.”* (Entrevista 6; pp. 3)

No passado recente, antes da implementação da Unidade de Convalescença da Rede de Cuidados Continuados os doentes eram na sua esmagadora maioria do concelho de Anadia ou limítrofes.

Este facto surge na linha discursiva das entrevistadas, como um motivo para aumentar a necessidade do voluntariado hospital face à ausência das visitas regulares por parte dos familiares destes utentes *“E quando, quando não tem mais ninguém, há uns que são de perto, têm visitas, mas há uns que não e manifestam o desejo de falar e ver pessoas...”* (...) *“Teve cá uma senhora que era de Lamego, teve cá na Páscoa, acho que foi na 2.ª”*

feira de Páscoa, deu entrada e ela passou cá a Páscoa sozinha e pronto..., eu achei que ela...que ela ficava contente, pois se eu viesse cá.” (Entrevista 5; pp. 11)

Esta nova realidade, da proveniência geográfica, pode constituir-se como um factor de desmotivação para as voluntárias, as que ambicionam a existência de uma certa continuidade de contacto com o doente, após a alta hospitalar, como é o caso da entrevistada 6: *“Não sei se dará para fazer isso, que eu estou, que eu tinha pensado (refere-se a dar continuidade em casa dos doentes ao voluntariado efectuado a nível hospitalar). (...) Algumas darão, pois, claro, sim. Do concelho, pois sim. Mas não todos. Porque são situações completamente diferentes.” (Entrevista 6; pp. 3)*

De uma forma geral, todas as voluntárias revelam nos seus discursos, gosto por acompanhar os doentes após a alta hospitalar ou pelo menos de ter informação sobre a evolução do seu estado clínico e do seu regresso: às suas casas, às casas de familiares ou a uma instituição social (lares de idosos), ou eventualmente, saber se o doente faleceu. *“Só se a pessoa for nossa conhecida lá fora, mais de resto não. Mas agora, por este sistema, vêm doentes não só daqui, do nosso concelho, pelo contrário! É de um concelho vizinho qualquer e, às vezes, é de um concelho, mas que nem é concelho bem vizinho, não sabemos mais nada. Ficamos sem ter, sem ter esse retorno, esse feedback, que nós até gostávamos de saber mais.” (Entrevista 8; pp.12)*

As voluntárias têm conhecimento destas informações apenas de uma forma informal, por trocas de informações entre si, nunca formalmente, através dos serviços do hospital: *“O que lhes aconteceu! Às vezes, alguns, que já conhecemos, acabamos por dizer que faleceu e transmitimos umas às outras, «olha o doente da cama tal, o doente que estava ali, que era fulano e fulano faleceu...», era o único contacto mas entre nós!” (Entrevista 9; pp.12)*

Um outro aspecto que interfere no tipo de relação que a voluntária pode estabelecer com o doente, é o da situação clínica de cada doente e da própria personalidade de cada um. Em relação ao primeiro aspecto, o estado clínico mais agudo (físico e psicológico) de determinados doentes, não lhes permite ter disponibilidade ou o desejo de iniciar uma conversação, ou seja, de permitir realizar o papel de voluntária:

“Porque nós vemos que há um grande sacrifício da parte deles e que os faz...ou por exemplo, começam...vêm-nos e começam logo a chorar! Depois aí também nós, pois

damos-lhes umas palavrinhas, um bocadinho de carinho e assim, mas: «Pronto, pronto! Então, não diga mais nada!», porque nós estamos a ver que isso as faz sofrer, não é?» (Entrevista 5, pp. 15)

“...mas às vezes encontramos também (pessoas), assim, revoltadas assim...há um caso, há um senhor cortou a perna, nem quis receber ninguém uns poucos de dias, que me contaram, tem sessenta, sessenta anos. Cortaram-lhe um dedo, isto a entrevistada 8 veio cá numa quarta-feira e depois saiu comigo na sexta-feira, depois de eu ir daqui: «Olha estava lá aquele senhor, estava tão esquisito!» e eu disse-lhe: «Olha, já lhe cortaram a perna!»; «Não me digas! Ainda estive lá na quarta-feira!». Portanto, na quarta-feira ele ainda nem sequer sabia que ia cortar a perna, na sexta-feira já a tinham cortado e não aceitou, estava muito revoltado, não queria ver ninguém, nem, nem nada! Estava completamente isolado, estava com a porta fechada e há de tudo!» (Entrevista 5; pp. 18)

“...percorremos os quartinhos com as camas, daquelas pessoas que estão acamadas, mas regra geral os que estão acamados não estão em condições de falar.” (Entrevista 2; pp. 8)

Por outro lado, aferimos da análise de conteúdo das entrevistas, que cada doente é um doente e que a própria personalidade de cada um, é um factor que potencia ou não o trabalho voluntário e a relação voluntária/ doente:

“...eu acho que varia muito de pessoa para pessoa. Enquanto que há algumas pessoas que gostam de conversar e ficam muito contentes por terem com quem conversar e essa senhora até me disse « ai fez tão bem em me acordar!» (...) Há outros que nós puxamos por eles, puxamos, puxamos e eles dormem, não estão interessados em conversar, porque cansa-os.... Por isso eu acho que varia muito de pessoa para pessoa, penso eu.” (Entrevista 2; pp.5)

“...porque nós entramos às três, não quer dizer que a gente saia às cinco, até podemos sair às seis ou até podemos sair às quatro e meia, tudo depende do número de doentes e, e do estado em que eles estão e do que eles queiram conversar.” (Entrevista 8;pp.8)

Afectos e proximidades entre voluntárias e doentes

No decorrer das entrevistas, as palavras das voluntárias foram muitas vezes ladeadas pelo afecto e a emoção decorrentes da actividade do voluntariado hospitalar.

Este afecto e emoção é sentido em relação aos doentes e seus familiares, num ciclo de proximidades, que surgem naturalmente, no seio de uma *escolha* e uma *necessidade*: uma escolha, uma opção das voluntárias em efectuar voluntariado hospitalar; e uma “necessidade dupla” dos doentes em ter companhia e ouvir uma palavra amiga, e das próprias voluntárias em se realizarem através do voluntariado.

A troca de afectos entre doente e voluntária nasce de momentos de partilha e de interacção profunda entre ambos:

“Eles choram, por exemplo, eu nunca digo a uma pessoa quando chora, que não chore, porque se ele chora, aquilo é um sinal de que, que aquilo faz-lhe bem sair. Ainda agora estive com uma pessoa, que, que eu, quando ele me estava a contar a trajectória de vida dele, ele chorava e eu dizia-lhe: «Se lhe faz mal estar a falar, antes não fale!», e ele «Faz muito bem, que eu não tenho ninguém, a quem dizer o que sinto.» E eu deixei-o e as lágrimas corriam-lhe pela cara e o mais que eu queria fazer era limpar-lhe a lágrima, mas deixei-o falar, porque senti que ele tinha necessidade de dizer isto a alguém.” (Entrevista 7; pp. 10)

O voluntariado hospitalar proporciona a partilha de esferas privadas de sentimentos e afectos com o doente, num espaço muito humano e frágil. Como refere, Vilma Lima, “...a acção voluntária permite a criação de uma esfera pública que prioriza o vínculo, as relações interpessoais, ultrapassando, portanto, uma relação técnica...” (Fontes, 2006: 219)

Nesta esfera, onde por vezes existe um “vazio de esperanças”, a acção voluntária é vista muitas vezes, pelas voluntárias como um reforço terapêutico para os doentes e para si próprias. Esta proximidade produz por si só bem-estar tanto para os doentes como para as voluntárias:

“Enquanto nós entramos e saímos e conversamos um bocadinho, pelo menos nesse bocado e, e se fizermos assim, às vezes já temos dito eu para a minha colega e ela para mim «Já ganhámos o dia!», ganhámos entre aspas, quando nós nos apercebemos que

fizemos alguma coisa, já não digo pelos doentes todos, mas alguma coisa mais visível para um doente, nós costumamos dizer «Já ganhámos o dia hoje!»» (Entrevista 8; pp.16)

“Agora uma coisa positiva, é quando me chamam de anjinho! (referindo-se ao doente a chamá-la) (...) Lá vem os nossos anjinhos!” (Entrevista 9; pp. 14)

Na linha discursiva desta voluntária, podemos aferir que uma certa proximidade com os doentes também é gratificante, quando, se tem a perspectiva de lhes aliviar alguns dos aspectos mais negativos de se encontrar na instituição hospitalar, através dos afectos e das memórias.

Os efeitos do papel principal das voluntárias, o de conversação, são o grande “trunfo” das mesmas, na medida em que nesse papel podem evocar vários assuntos do passado ou do futuro, e não da situação presente, que tem o suposto poder de alterar a disposição subjectiva dos doentes. “ *O idoso, geralmente, fala muito do passado. Já por experiência própria, eles esquecem-se, passa o hoje, o ontem, nunca esquecem o passado. Geralmente, aquele acamado, aquele idoso, o doente, o idoso vai sempre buscar o passado.*” (Entrevista 7; pp. 10)

Nos discursos das voluntárias, a relação de proximidade com os doentes e com os seus familiares, é evidente:

“Às vezes, ficamos assim um bocado, não são nossos familiares, porque na semana seguinte nós ainda pensávamos que encontrávamos, ou sabemos, normalmente, quando é gente daqui, a gente sabe lá fora, se aconteceu isto ou aquilo, mas...também um bocado... porque parecendo que não, também apanhamos ligação com os doentes!” (Entrevista 8; pp.14)

No que respeita à relação de amizade e afectuosa entre as voluntárias e os familiares dos doentes, esta nasce da vivência conjunta de situações dolorosas, que estes vivem ao acompanhar um doente em situação hospitalar grave:

“Pronto, sabe que há doentes que, às vezes, estão numa situação muito crítica. Os familiares não estão bem, não é? O doente já nem se apercebe bem da, já nem se apercebe da situação em que está ...” (Entrevista 8; pp.8)

E muitas vezes a relação de proximidade entre voluntária e familiares de um doente, mantém-se aquando a situação de morte desse mesmo doente e pós-morte:

“É, uma ponte, é, é. Até com familiares e depois alguns até morrem, pois, e depois até com a família, com familiares... cá de Anadia temos alguns casos desses. Eles morreram e eu continuo com uma certa relação de amizade com os familiares. (...) Ajuda humana, vá lá, que eu acho que a pessoa precisa! É, propriamente, algumas nem têm necessidades monetárias, mas é, é assim, essa, essa relação que se continua por amizade, por uma palavrinha que elas gostam sempre, muito até!” (Entrevista 5: pp.13)

Um aspecto ainda a salientar, na questão dos afectos, é que apesar da distância e diferenças entre a vida das voluntárias e a vida dos doentes, o contexto do voluntariado hospitalar proporciona uma aprendizagem emocional e afectiva para as mesmas.

A entrevistada 7, no contexto da sua entrevista revela essa aprendizagem de si produzida directamente no contacto com o doente: *“De libertar alguma coisa e, ele sentiu-se melhor e ficou... e eu também! São exemplos de vida que depois eu vou tentar, ou se se repetirem na minha vida eu já tenho o exemplo... uma maneira de ver como é que as coisas se podem passar.” (Entrevista 7; pp.10)*

Os afectos, surgem na linha discursiva das voluntárias de forma natural, as mesmas atribuem a si próprias o papel de ser familiar de determinado doente. *“...E nós também temos de fazer um bocadinho como que sermos a família directa que eles ali têm, tentar ajudá-los sempre, uma palavra amiga, qualquer coisa...o que for necessário!” (Entrevista 4, pp.3)*

O estudo desenvolvido por Camila de Souza apresenta semelhanças com o presente caso de estudo, em ambos os estudos o trabalho voluntário proporciona um contacto directo com o doente e, por vezes, a própria família, muitas vezes mais próximo e mais estreito do que os profissionais envolvidos no tratamento, oferecendo por via dos “afectos” convívio, conforto e esperança aos doentes.

Voluntária versus doente: as frustrações

A frustração é um sentimento, que também pode ser vivenciado no âmbito do voluntariado hospitalar, decorrente de várias situações específicas. Expomos de seguida algumas delas.

A recusa da presença de uma voluntária, por parte da família ou de um profissional de saúde, junto de determinado doente, é uma delas. A recusa ou o não por parte da família ou do doente é encarado de forma diferente do “não” dito pelos profissionais. O “não” dos profissionais (equipa médica ou de enfermagem) tem um sentido científico, melhor aceite pelas voluntárias; porque cada vez que cada voluntária aceita esse mesmo não, as mesmas estão a legitimar o seu próprio trabalho voluntário, respeitando as regras da instituição onde exercem o voluntariado.

Por outro lado, o “não” proveniente da família é um não frustrante, porque é percebido pelas voluntárias como uma porta fechada e a neutralização do seu trabalho, constitui-se como uma barreira entre a voluntária e o destinatário do seu trabalho (doente). Esta situação é visível numa situação descrita nas palavras da entrevistada 9:

“Houve aqui um senhor que não era daqui que nós, que não era daqui mas tinha terras...e eu vinha cá – ele esteve cá já foi na unidade – e a senhora (a esposa) começou a abrir-se, a esposa começou a abrir-se e nós víamos o senhor a desaparecer. Quando ele estava mesmo em fase terminal – eu penso que se ele não morreu aqui, não deve ter morrido – a senhora que se abriu fechou-nos a porta. E eu fiquei assim, mas o que se teria passado? Eu conversava tanto com ela. E gostava que conversasse muito com ele e pediu-nos para entrar e agora fechou-nos a porta e não disse nada! (...) Ela não deixou. Essa, esse episódio não, marcou assim, um bocadito.” (Entrevista 9; pp. 14)

O sentimento de frustração por parte das voluntárias, acontece também quando, as mesmas vivem em demasiado as situações de saúde e de vida dos doentes que acompanham e percebem que não têm capacidade para os resolver:

“ Eu, ao princípio, ainda herdei a ficar com aquele problema, que ainda ia durante a semana lá, a viver demasiados problemas. Depois houve uma enfermeira, uma vez, que me chamou e que me deu, assim, uma série de conselhos para eu não fazer... (...) Disse

que eu não podia viver o problema dos outros, não era eu que os conseguia resolver!”
(Entrevista 3; pp. 14)

Esta situação ocorre perante estados clínicos agudos e perante a conclusão frustrante, por parte da voluntária, de que “não há nada a fazer”.

“Nós vamos, vamos embora quando é esses casos assim, quando não falam, nem reagem, nem nada eu vou...vou embora e vou triste. Então a gente passa-lhe assim a mãozinha e tal e se for possível o Senhor faz alguma coisa por eles, porque nós não, não podemos fazer nada! E vamos tristes porque não ouvimos, não, não conversámos com ele, mas sabemos que ele está a sofrer e vamos, assim, angustiado, é!” (Entrevista 5; pp. 17)

Um outro aspecto, considerado mais negativo é o facto da conversação com o doente nem sempre ser fácil de encetar, seja porque o doente não pretende dialogar, ou até por ausência de temas de conversa, o que provoca alguma frustração no trabalho voluntário:

“É, é... Mas normalmente o tema de conversa também não é assim tão vago, que seja necessário...às vezes até gostava de ter outro tema qualquer que desse para...mas as pessoas depois, nem todas dão continuidade à conversa e ...também se torna um bocadinho limitada, a conversação... (...) Pois, e temos sempre de começar por perguntar o nome e de onde são e o que faziam e aquelas coisinhas assim...Não é coscuvilhar a vida das pessoas, mas temos que começar por algum lado.” (Entrevista 2; pp.11)

Por vezes, podem suceder situações limite, em que não é possível, iniciar nenhum tipo de conversação, e que deixam as voluntárias sem margem para realizar o seu trabalho voluntário, sendo esta a única situação descrita nas entrevistas:

“...um senhor que não queria nada connosco: «Caiam p’ra fora! Não quero nada com elas!». Eu queria dar o lanche, nós queríamos dar o lanche: «Não quero nada com elas! Não quero nada com elas!». E a enfermeira até nos veio perguntar se nós o conhecíamos, quer dizer se teríamos, se haveria alguma coisa por trás, que o senhor nos conhecesse e não nos quisesse! Não, o senhor não era de cá, nem o conhecia de lado nenhum! (...) Rejeitou completamente, completamente!» (Entrevista 5; pp. 14)

“Nunca tínhamos tido, assim, esta reacção, porque as pessoas quando não, não, não é, penso que não é com intenção nenhuma, quando não lhes apetece...” (...) Nós temos que entender isso. Mas este não, este estava assim, mesmo muito revoltado a falar!”
(Entrevista 5; pp. 15)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos capítulos anteriores, tentámos concretizar o objectivo principal desta tese: compreender a prática do voluntariado hospitalar no contexto português, partindo dos significados e percepções que as próprias voluntárias atribuem ao trabalho voluntário.

Conscientes, como já afirmámos anteriormente, de que as representações e valores sociais não se constroem no isolamento, mas nas relações humanas, e que resultam obviamente da relação entre os membros de uma sociedade e são naturalmente passíveis de mudanças, apresentamos de seguida as principais linhas mestras conclusivas.

Como aferimos, no capítulo anterior existem vários significados e fundamentos atribuídos pelas pessoas voluntárias para o exercício do voluntariado no contexto hospitalar, salientamos, as seguintes categorias: “fazer parte do seu projecto de vida”, “existir uma experiência anterior com a doença (pessoal, familiar ou no círculo social)”, “a busca da realização pessoal”, “uma forma de enriquecimento pessoal/forma de aprendizagem”.

No que respeita aos significados atribuídos ao acto de “ser voluntária”, estes são divididos num grupo de valores mais altruístas (“ser útil”, “dar e receber” e “voluntariado como dom natural”), e num grupo que evidencia valores mais egoístas (“voluntariado como auto-terapêutico”, “como fonte de realização pessoal” e “como experiência de vida”).

Na análise dos significados atribuídos pelas próprias voluntárias ao “acto de ser voluntária” concluímos que o comportamento altruísta convive de perto com a personalidade e interesses de cada indivíduo, englobando também comportamentos egoístas.

Nesta investigação, a relação entre pessoas voluntárias e profissionais de saúde é uma relação que apresenta uma clara divisão *pacífica* entre ambos os perfis sociais, baseada na complementaridade de acções dentro da esfera hospitalar.

Os momentos de tensão mencionados pelas pessoas voluntárias não dizem respeito a nenhum tipo de disputa directa entre os que exercem o trabalho voluntário e os que exercem determinada profissão; mas sim ao conhecimento/desconhecimento dos

profissionais de saúde sobre o papel das pessoas voluntárias e da existência ou não da ideia pré-concebida de que as pessoas voluntárias podem “roubar o lugar aos profissionais”.

As relações existentes entre as pessoas voluntárias e os agentes hospitalares são pautadas por relações de poder, caracterizadas pela posição subalterna da pessoa voluntária face ao profissional e pelo respeito das hierarquias profissionais do hospital (que inclui por exemplo, a predisposição da pessoa voluntária para nunca dar razão ao doente, nem tornar públicas as práticas hospitalares).

A relação de poder no âmbito do voluntariado manifesta-se também noutra dimensão implica uma relação em que alguém se coloca no lugar de quem quer e pode ajudar um outro (o doente) que supostamente precisa e não pode, ou seja, nesta acepção esta realidade também é uma relação de poder. O voluntariado, como qualquer outra relação de poder, é um jogo estratégico. Neste jogo estratégico, os doentes - como verificámos - têm poder de decisão em relação à escolha de usufruir ou não do voluntariado hospitalar.

Este jogo estratégico é extremamente rico. Nele existem, para além de relações de poder, relações de afectividade e proximidade entre as pessoas voluntárias e os destinatários do trabalho voluntário (doentes). A troca de afectos entre ambos nasce de momentos de partilha e de interacção profunda, num espaço muito humano e até frágil no âmbito do voluntariado hospitalar.

O contexto hospitalar, onde muitas vezes os doentes vivem num “vazio de esperanças”, é fortemente humanizado pela acção voluntária, principalmente através dos afectos que produzem bem-estar para os doentes e para as pessoas voluntárias, simultaneamente.

O tipo de proximidade estabelecida entre as pessoas voluntárias e os doentes é baseada numa ligação forte entre ambos, em que muitas vezes a pessoa voluntária considera o doente quase como se fosse seu familiar: “ *...E nós também temos de fazer um bocadinho como que sermos a família directa que eles ali têm, tentar ajudá-los sempre, uma palavra amiga, qualquer coisa...o que for necessário!*” (Entrevista 4, pp. 3)

Sendo esta dissertação apenas um ponto de partida exploratório para o estudo do voluntariado na esfera da saúde, parece-nos pertinente/urgente num futuro próximo, o

aprofundamento de estudos nesta área praticamente desconhecida ao nível das ciências sociais no nosso país.

Terminamos com duas citações uma de Bernardo Kliksberg e outra de uma voluntária entrevistada.

Kliksberg num artigo intitulado “O impacto do voluntariado” publicado no Jornal Globo a 23 de Julho de 2003 afirmou:

“... em um artigo recente, Luis Rojas Marcos, diretor do sistema sanitário e hospitalar público de nova york, mostra que os voluntários têm menos ansiedade, dormem melhor, têm menos estresse e melhor saúde em geral. Conclusão: “o voluntariado é bom para a saúde.”

A voluntária entrevistada referindo-se às potencialidades deste tipo de voluntariado numa instituição hospitalar para qualquer ser humano, conclui: *“É estar ao lado, é tentar apoiá-lo, é tentar ajudá-lo, dar-lhe força, é estar com eles! É de estar...partilhar com ele a doença, gostar dele, acho que é isso.” (Entrevista 6; pp. 7)*

BIBLIOGRAFIA:

Actas (2001), Encontro - Voluntariado uma escolha, um desafio. Lisboa: Edição Instituto para o Desenvolvimento Social.

Alexandre, Katya (2004), “Redes e Saúde”, in Paulo Martins e Breno Fontes (orgs.) “Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas”. Recife: Editora Universitária UFPE, 1-7.

Almeida, Maria dos Anjos (2008), Estudo Sobre Voluntariado. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.

Amaro, Rogério Roque (2002), O voluntariado nos projectos de luta contra a pobreza em Portugal. Lisboa: Fundação Aga Khan Portugal.

Antunes, Manuel (2002), Caracterização de voluntários: voluntários idosos. Lisboa: Comissão Nacional para o Ano Internacional dos Voluntários.

Areosa, João; Carapinheiro, Graça (2008), “Quando a Imagem é Profissão – Profissões de Imagiologia em Contexto Hospitalar”. Revista Sociologia, Problemas e Práticas, Nº 57, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, Celta Editora, Lisboa.

Aron, Raymond (1994), As Etapas do Pensamento Sociológico. Lisboa: Publicações Dom Quilte, Lda.

Au-Duong, Hélène; Nogueira, Ana Rita, Nogueira (S/ data), Voluntor – Testemunhos e Experiências do Voluntariado. Edição Esdime.

Boletim Voluntariado, Hoje, Nº6 (Abril de 2004), Lisboa: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado.

Boletim Voluntariado, Hoje, Nº7 (Julho de 2004), Lisboa: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado.

Boletim Voluntariado, Hoje, Nº8 (Outubro de 2004), Lisboa: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado.

Boletim Voluntariado, Hoje, Nº9 (Dezembro de 2004), Lisboa: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado.

Boletim Voluntariado, Hoje, Nº10 (Março de 2005), Lisboa: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado.

Boletim Voluntariado, Hoje, Nº 11 (Junho de 2005), Lisboa: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado.

Boletim Voluntariado, Hoje, Nº12 (Setembro de 2005), Lisboa: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado.

Boletim Voluntariado, Hoje, Nº13 (Dezembro de 2005), Lisboa: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado.

Boletim Voluntariado, Hoje, Nº15 (Junho de 2006), Lisboa: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado.

Cabral, Manuel Villaverde (org.) (2002), Saúde e Doença em Portugal. Lisboa: Edição Imprensa de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Carapinheiro, Graça (1993), Saberes e Poderes no Hospital. Porto: Edições Afrontamento.

Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado (2002), Guia do Voluntário. Lisboa: Edição Instituto para a Desenvolvimento Social.

Cruz, Manuel Braga (1995), Teorias Sociológicas – Os Fundadores e os Clássicos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Delicado, Ana; Almeida, Ana Nunes; Ferrão, João (2002), Caracterização do voluntariado em Portugal. Lisboa: Edição Comissão para o ano Internacional do Voluntariado.

Durkheim, Émile (1977), A Divisão Social do Trabalho. Lisboa: Editorial Presença.

Espada, João Carlos (1997), *Direitos Sociais de Cidadania*. Lisboa: Imprensa Nacional da Casa da Moeda.

Esping-Andersen (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press, 13.

European Volunteer Center (2007), *Bibliography on Volunteering Research in Europe*. Acedido em Junho de 2009 em http://www.cev.be/22-research_and_publications_EN.html

Faria, António (2005), *As Opiniões dos Doentes*. Coimbra: Dissertação de Mestrado Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Fernandes, Paula (2005), *Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE): Percepção e Conhecimento dos Enfermeiros do Centro Hospitalar da Cova da Beira S.A.*. Covilhã: Dissertação de Mestrado da Universidade da Beira Interior.

Ferreira, F. A. Gonçalves (1989), *Sistemas de Saúde e Seu Funcionamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fontes, Breno; Martins, Paulo Henrique (orgs.) (2006), *Redes, Práticas Associativas e Gestão Pública*. Recife: Edição Universitária da UFPE.

Franco, Raquel (2005), *Defining the nonprofit Sector: Portugal*, The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project. Working Paper Number 43.

Friedson, Elliot (1978), *La Profesión Médica*. Barcelona: Ediciones Peninsula.

Fukuyama, Francis (2000), *A Grande Ruptura – A natureza humana e a reconstituição da ordem social*. Lisboa: Ed. Livros Quetzal, S.A..

Guerra, Isabel, (2000), *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia, 48.

Halba, Bénédite; Le Net Michel (1997), *Bénévolat et volontariat dans la vie économique, social et politique*. Paris: La documentation Française.

Hespanha, Pedro (org.) (2000), *Entre o Estado e o Mercado. As Fragilidades das Instituições de Protecção Social*. Coimbra: Ed. Quarteto.

Jornal Oficial da União Europeia, 325/46, de 30 de Dezembro de 2006: 48.

Kaldor, M. (1999), “Transnational civil society”, in Booth, K. e Dunne T. (orgs.): *Human Rights in global politics*. Cambridge: University Press.

Marshall, T.H. (1950), *Citizenship and Social Class and Other Essays*. Cambridge: Cambridge Press.

Nobre, Fernando (2007), *Gritos contra a Indiferença*. Lisboa: Temas e Debates.

Nunes, João Arriscado (2006), *A Pesquisa em Saúde nas Ciências Sociais e Humanas: Tendências Contemporâneas*. Oficina do Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia de Coimbra, Nº 253.

Okobayashi, Rosa Yoko (2007), *O Serviço Voluntário nas instituições hospitalares do terceiro sector em Londrina: da sua configuração à construção de novos referenciais para a gestão de voluntariado*. Brasil: Universidade Estadual de Londrina.

Paul, C.; Revees, J. (2000), *Teorias de Enfermagem dos Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Edição Artes Médias.

Piló, Maria de Lurdes (2001), *Ser Voluntário: abordagem a pontos críticos do voluntariado*. Lisboa: Comissão Nacional para o Ano Internacional dos Voluntários.

Rocha, Eugénia (2006), *Voluntariado na cidade do Porto*. Porto: Câmara Municipal do Porto – Gabinete de Estudos e Planeamento.

Soares, Marisa (org.) (2007), *Por Diferentes Causas*. Revista Rua Larga da Reitoria da Universidade de Coimbra, Nº 18.

Santos, Boaventura de Sousa (1994), *Pela Mão de Alice. O Social e o Político na Pós-Modernidade*. Porto: Edições Afrontamento.

Santos, Boaventura de Sousa (1997), *Por uma concepção multicultural dos direitos humanos*. Revista Crítica de Ciências Sociais, Nº 48, 11-32.

Santos, Boaventura de Sousa (1998), *Reinventar a Democracia*. Lisboa: Grávida Publicações, Lda..

Laville, Jean-Louis (1994), *L'économie solidaire – Une perspective Internationale*. Paris: Desclée de Brouwer.

Quelhas, Ana Paula (2001), *A Refundação do Papel do Estado nas Políticas Sociais*. Coimbra: Livraria Almedina.

Maroy, Christian (1997), “A análise qualitativa de entrevistas”. In: Alborello (org.) *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Robichaud, Suzie (1998), *Le Bénévolat entre le Couer e la Raison*. Canadá: Les Éditions JCL inc..

Rocha, Eugénia (2006), *Voluntariado na Cidade do Porto – Resultados do Inquérito às Instituições do Sector*. Porto: Câmara Municipal do Porto – Gabinete de Estudos e Planeamento.

Viegas, José Manuel Leite (2004), “Implicações Democráticas das associações voluntárias – o caso português numa perspectiva comparativa europeia”. *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*, Nº 57, Nº 46, 33- 50.

ANEXOS