MARTA CRISTINA MEIRELLES ORTIZ

**VOLUNTARIADO EM HOSPITAIS:
UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL DA SUBJETIVIDADE**

*Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título
de Doutor em Psicologia.*

*Área de Concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano*

Orientadora: Profa. Dra. Marlene Guirado

São Paulo

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Ortiz, Marta Cristina Meirelles.

Voluntariado em hospitais: uma análise institucional da subjetividade / Marta Cristina Meirelles Ortiz; orientadora Marlene Guirado. -- São Paulo, 2007.

222 p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise-Instituições 2. Programas para hospitais 3. Subjetividade 4. Voluntários I. Título.

RC504

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marta Cristina Meirelles Ortiz

Voluntariado em Hospitais: Uma
Análise Institucional da
Subjetividade

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Àqueles com quem eu gostaria de poder compartilhar
esse momento:

Régis e meu pai,

Em memória.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Marlene Guirado que muito me ensinou e contribuiu para que eu crescesse nesses últimos anos.

À Dra. Maria Júlia Kovács por seu constante apoio e inspiração.

Ao Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes por seus preciosos comentários e sugestões no exame de qualificação.

Aos hospitais, grupos e voluntários que colaboraram com essa pesquisa.

A Luciana Valore, Rogério Lerner, Eduardo Serrano, Sérgio Bacchi, Juliana Davini, Nanci Buhner, Ricardo Barreto, Marco Lima, Gustavo e Marcelo Veiga, Gustavo Vecchi e todos os colegas com quem dividi minhas angústias durante o processo de elaboração.

A Lígia Ferreira Galvão em especial, por sua amizade e estímulo.

Aos colegas do Hospital Brigadeiro e aos da Seção Técnica de Psicologia do Fórum de Santo Amaro, por seu apoio e compreensão.

A Edinael Sanches Rocha pela cuidadosa revisão do texto.

À amiga Maria da Penha Manna pela tradução do resumo.

À Dra. Clara Rappaport que me acompanhou em minha trajetória de vida nos últimos cinco anos.

A Luiz, Celina, Beto e Dulce Szikora por seu carinho e hospitalidade.

“Tens de amar o teu próximo como a ti
mesmo”

Evangelho segundo Mateus 22:39

RESUMO

ORTIZ, M.C.M. **Voluntariado em hospitais: uma análise institucional da subjetividade.** 2007. 222 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Esse trabalho tem por objetivo investigar a prática do voluntariado hospitalar por meio da realização de entrevistas com voluntários a fim de compreender a produção da subjetividade no discurso desses agentes institucionais. Empreende-se inicialmente um levantamento histórico sobre o voluntariado, assim como do nascimento do hospital e das práticas caritativas a ele relacionadas. A discussão teórica começa com a problematização do mandamento cristão do amor ao próximo à luz da psicanálise de Sigmund Freud e de sua releitura por Françoise Dolto. Discute-se também a desconstrução do sujeito em Michel Foucault e suas relações com o conceito de “sujeito-dobradinha” em Marlene Guirado. Para a pesquisa são realizadas entrevistas semidirigidas com oito voluntários em hospitais, provenientes de quatro grupos distintos. As entrevistas são analisadas com o método de análise de discursos elaborado por Marlene Guirado. A partir dessas análises, constata-se que o voluntariado tem como objeto institucional não a cura, mas o bem-estar. Apesar de as recorrências serem marcantes nas falas dos entrevistados, os procedimentos e relações constituídas por, e constituintes do, voluntariado são dispostos de maneira diversa nos diferentes grupos. Suas práticas são desenvolvidas intersticialmente na contramão da instituição hospitalar. A produção de subjetividades no voluntariado se dá pelas diversas formas como são construídas as relações de proximidade possíveis entre voluntários e pacientes.

Palavras-chave: Psicanálise-instituições. Programas para hospitais. Subjetividade. Voluntários.

ABSTRACT

ORTIZ, M.C.M. **Voluntary work in hospitals: an institutional analysis of the subjectivity.** 222. f. Thesis (doctoral) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

This work aims to investigate the practices of hospital volunteering by means of interviews with volunteers, in order to understand the production of the subjectivity in the speech of these institutional agents. It undertakes initially a historical survey on voluntary work, as well as on the birth of the hospital and related charitable practices. The theoretical discussion begins with the problematization of the christian commandment of love for the neighbor to the light of Sigmund Freud psychoanalysis and its new reading by Françoise Dolto. It also discusses the deconstruction of the subject in Michel Foucault and its relations with the concept of “hinge-subject” in Marlene Guirado. For the research semidirected interviews with eight volunteers in hospitals, proceeding from four distinct groups, are carried out. The interviews are analyzed with the discourse analysis method elaborated by Marlene Guirado. From these analyses, it is evidenced that the voluntary work has as institutional object not the cure, but well-being. Although the recurrences in the interviewed person’s speeches are remarkable, the procedures and relations constituted by, and constituent of, voluntary work are showed in diverse ways in different groups. Its practice is developed interstitially in the contraflow of the hospital institution. The production of subjectivity in voluntary work is accomplished by the various ways the possible nearness relations between volunteers and patients are constructed.

Key words: Psychoanalysis-institutions. Hospital programs. Subjectivity. Volunteers.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. VOLUNTARIADO.....	17
2.1. A história do trabalho voluntário.....	18
2.1.1. A Caridade.....	18
2.1.2. A filantropia no mundo.....	21
2.1.3. A filantropia e o voluntariado no Brasil.....	22
2.2. Definições contemporâneas relativas ao voluntariado.....	28
2.3. Subjetividade e voluntariado.....	34
2.4. Uma pesquisa com voluntários hospitalares.....	37
3. AS ORIGENS DO HOSPITAL E DO VOLUNTARIADO HOSPITALAR.....	40
3.1. De instituição religiosa a instituição médica.....	46
3.2. O voluntariado e o hospital contemporâneo.....	51
4. A PSICANÁLISE, O AMOR E O VOLUNTARIADO.....	55
4.1. A escolha narcísica do objeto.....	57
4.2. O amor ao próximo no crivo da pulsão de morte.....	61
4.3. Françoise Dolto e o mandamento.....	64
4.4. As surpresas de Foucault.....	69
5. MICHEL FOUCAULT: DA PROBLEMATIZAÇÃO DO SUJEITO AO SUJEITO- DOBRADIÇA (Recorte de uma experiência de desconstrução do sujeito).....	71
5.1. O Estado Pastoral.....	75
5.2. Do Poder ao Sujeito.....	80
5.3. As técnicas de si.....	84
5.4. “O momento cartesiano”.....	93
5.5. O Sujeito-dobradiça.....	95
6. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	100
6.1. Os voluntários da pesquisa.....	102
6.2. Os grupos de voluntários.....	103

6.2.1. Grupo Alfa.....	103
6.2.2. Grupo Beta.....	105
6.2.3. Grupo Gama.....	106
6.2.4. Grupo Delta.....	107
6.3. Local das entrevistas.....	109
6.4. As entrevistas.....	109
6.5. A análise das entrevistas.....	110
 7. “SE EXERCER, SE CONHECER, SE RECONHECER E APRENDER”: A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO VOLUNTÁRIO.....	 112
7.1. Os Sentidos do “querer ser voluntário”.....	113
7.2. O tornar-se voluntário hospitalar: captação, seleção e treinamento.....	122
7.3. A disciplina no Voluntariado Hospitalar.....	131
7.3.1. O fazer do voluntário: rotinas.....	131
7.3.2. Controles disciplinares.....	140
7.3.2.1. Grupo Alfa.....	140
7.3.2.2. Grupo Beta.....	143
7.3.2.3. Grupos Gama e Delta.....	145
7.4. A gratificação do voluntário.....	152
 8. O BEM-ESTAR E O MAL-ESTAR NAS RELAÇÕES DO VOLUNTÁRIO HOSPITALAR.....	 158
8.1. Relações entre voluntários e agentes hospitalares.....	159
8.2. Relações entre voluntários e pacientes.....	173
8.2.1. O “próximo” e as proximidades.....	173
8.2.2. As famílias.....	183
8.2.3. A dor.....	187
8.2.4. A morte.....	189
8.3. Relações entre voluntários.....	192
 9. VOLUNTARIADO HOSPITALAR E SUBJETIVIDADE.....	 201
9.1. O voluntariado e a instituição hospitalar.....	203
9.2. Subjetividade e Voluntariado Hospitalar.....	206
9.3. A função dos Grupos.....	209
9.4. Para concluir.....	212

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	214
ANEXOS.....	219

I. INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

O termo “voluntariado hospitalar” refere-se a um conjunto de práticas que ocorrem dentro dos estabelecimentos hospitalares, ou vinculadas a eles, mas sempre à margem das práticas específicas das equipes profissionais da saúde. Tal inserção supostamente marginal tem constituído o voluntariado hospitalar em mote para polêmicas entre opiniões diversas, que vão desde sua exaltação incondicional até sua execração.

Além desse questionamento, que diz respeito ao voluntariado hospitalar em si, tem havido, de alguns anos para cá, uma crítica acirrada contra as formas mais tradicionais de adesão ao trabalho voluntário, que seriam mais pautadas pelo assistencialismo e pela religiosidade do que por uma consciência social ou política. Encontramos, desde 2000, uma relativamente extensa produção de textos jornalísticos e acadêmicos que enfatizam esse aspecto, principalmente nas áreas de administração pública e de empresas.

Preferimos, porém, passar ao largo de tais discussões e construir uma via alternativa. Nosso objetivo advém, por um lado, da grande lacuna que constatamos ao empreender uma pesquisa de textos de psicologia que falem especificamente do voluntariado, seja em geral, seja em hospitais. Por outro lado, cremos que o nosso trabalho pode contribuir para a compreensão de ângulos ainda não suficientemente discutidos do voluntariado e, especialmente, do voluntariado hospitalar que tem se constituído, historicamente, como uma das formas de voluntariado mais tradicionais em nosso país.

O objetivo a que nos propomos é, portanto, o de realizar um estudo analítico buscando, por meio de entrevistas com voluntários, compreender a prática do voluntariado nos hospitais em suas articulações subjetivas-institucionais, tais como estes mesmos as apresentam em suas falas.

Ao proporcionarmos aos voluntários o espaço para um certo “falar de si”, pretendemos reunir material discursivo capaz de mostrar como se constitui a cena hospitalar na fala do voluntário, ou seja: (1) quais são os lugares atribuídos pelo voluntário a si mesmo nesta cena; (2) quais e como se dão as relações entre o voluntário e os demais atores; (3) quais os enredos, sentidos e afetos delineados na fala dos voluntários hospitalares sobre o trabalho por eles realizado.

Acreditamos que um trabalho analítico dessa natureza poderá contribuir para a clarificação dos meandros da prática do voluntariado em hospitais, ou seja, de suas características e atribuições, tanto no que diz respeito a seus aspectos institucionais – como modos de fazer configurados num processo histórico – quanto subjetivos – a prática como ela é vivida por aqueles que nela se empenham. Além disso, esperamos que o tema acima delineado venha a contribuir estrategicamente para a compreensão de aspectos relativos à subjetividade contemporânea, na medida em que ele faz parte de um conjunto de práticas que, historicamente, têm marcado a nossa experiência da modernidade. Nessa perspectiva, a prática do voluntariado faria parte daquilo que Michel Foucault denominou “técnicas de si”, ou práticas fundadas num saber que diz respeito tanto ao sujeito quanto ao bem-estar social.

Impossível melhor explicitar o problema em questão sem fazer referência ao método que usaremos. Muito embora esse aspecto deva ser melhor discutido mais adiante, faz-se mister antecipar, para melhor compreensão do tema, que quando utilizamos o termo análise, mesmo fazendo reverência ao método psicanalítico desenvolvido por Sigmund Freud, nós o deslocamos a um sentido diverso de qualquer hermenêutica interpretativa, ou seja, não vamos buscar o sujeito-causa para além do discurso. Juntamente com Marlene Guirado, afirmamos que o sujeito produto de nossas análises, ou seja, aquele com o qual trabalhamos, é o sujeito que se configura no e pelo discurso. De acordo com esse pressuposto teórico, emprestamos as palavras do lingüista Dominique Maingueneau, quando ele diz:

[...] falar não é a “expressão” do pensamento de um sujeito que utiliza a linguagem como instrumento, mas entrar numa instituição que domina o sujeito. Falar é entrar nessa “ordem do discurso”, para retomar uma fórmula de Foucault. (2000, in Guirado, 2000, P. 22)

Eis aqui explicitadas, nessas poucas palavras, as referências teóricas e metodológicas de nosso trabalho: a psicanálise, o pensamento de Michel Foucault, a Análise do Discurso de Dominique Maingueneau, ou seja, tudo aquilo que foi reunido e articulado no trabalho ímpar de Guirado [(1986)2004, (1995)2006, 2000), ou no método por ela mesma denominado “análise de discursos” [GUIRADO, (1994)2006, *passim*]. Isso nos remete a uma certa concepção de *sujeito* e de *discurso*, resultando numa analítica própria, que Guirado sintetizou por meio do termo “sujeito-dobradiça”, ou um certo modo de conceber o sujeito, não mais em relações de externalidade com a instituição, mas como efeito, até certo ponto singular, de sua posição institucional. Nas palavras de Guirado [(1987)2004, p. 111]:

Esta concepção privilegia a *posição* na estrutura institucional e não as características ou capacidades individuais e pessoais. Assim os conflitos, os distúrbios, os desvios, as inadequações são considerados, sobretudo, como *expressão da articulação de posições* e não como sintoma de um indivíduo que *está* na instituição. (grifos da autora)

O sujeito assim concebido só pode enunciar-se como tal num quadro institucional, ou seja, não há mais relação de externalidade, nem mesmo uma internalização dos efeitos da instituição sobre um sujeito anterior a ela. Há, sim, efeitos de subjetividade, na articulação subjetiva-institucional que se constitui, no falar de si, como dobradiça. A análise possível é aquela que mostra tal articulação reconstruindo-a, “facilitando seu movimento”, ao mesmo tempo em que “acusa o regime discursivo” da instituição. “A questão, diz Guirado [(1995)2006, p. 86], está na perspectiva que se tem de análise, os recortes que ela permite e as ‘amarrações’ ou as reconstruções a que se chega, que acabam falando ao mesmo tempo dos autores das cenas enunciativas e das condições de enunciação”.

São essas cenas enunciativas o objeto sobre o qual nos debruçaremos, ao nos referirmos, como o fizemos anteriormente, à cena hospitalar *na* fala do voluntário. Estamos bem longe, portanto, de uma tentativa de desvendar um suposto universo subjetivo do

voluntariado hospitalar *através* das falas dos voluntários. Por princípio e método, nós tomamos essas falas em sua opacidade essencial, privilegiando seu aspecto de enunciação – não como referência a um sujeito-causa situado sempre além do discurso, mas como um certo falar de si articulado por um sujeito “dividido enquanto fala, fundado nas posições que exerce e, no discurso, sempre.” [GUIRADO, (1995)2006, p. 85].

Antes, porém, de apresentarmos as análises das próprias falas dos voluntários, sentimos necessidade de nos situarmos historicamente, tanto em relação ao problema, quanto em relação às questões que ele suscita à contemporaneidade. No segundo capítulo configuraremos nosso campo de pesquisa, o voluntariado, a partir de sua história e do que tem sido dito sobre ele nos meios acadêmicos. No terceiro capítulo falaremos sobre a história do hospital relacionada às práticas caritativas cristãs, o que também nos remete ao voluntariado.

No quarto capítulo buscaremos na psicanálise – mais especificamente, em Freud e Dolto – contribuições específicas dessa teoria para a compreensão do “amor ao próximo”, princípio da caridade cristã que, ainda hoje, encontra-se presente nos discursos sobre o voluntariado.

No quinto capítulo buscaremos em Foucault as bases para a problematização do sujeito e para uma rearticulação política de nosso pensar psicanalítico, fundamentando assim a escolha do método de Marlene Guirado como forma de atingirmos nossos objetivos. No sexto capítulo abordaremos os procedimentos da pesquisa, sob o crivo da metáfora do “sujeito-dobradiça”.

No sétimo e no oitavo capítulos apresentaremos as análises das entrevistas sob os diversos recortes que pudemos fazer em suas recorrências. Isso ajudará a conhecer as práticas do voluntariado, tais como são percebidas pelos próprios voluntários. Finalmente, no último capítulo faremos uma discussão das análises, de modo a avançar na compreensão do

voluntariado hospitalar, ou seja, do objeto, das práticas e das relações que o constituem como instituição na instituição hospitalar.

Esperamos assim poder dar conta do objetivo de estudar as práticas do voluntariado hospitalar em suas articulações subjetivas-institucionais, por meio da fala de seus próprios agentes, os voluntários.

II. VOLUNTARIADO

II. VOLUNTARIADO

“Pois fiquei com fome, e vós me destes algo para comer; fiquei com sede, e vós me destes algo para beber. Eu era estranho, e vós me recebestes hospitaleiramente; [estava] nu, e vós me vestistes. Fiquei doente, e vós cuidastes de mim. Eu estava na prisão, e vós me visitastes.” (...) ‘Deveras, eu vos digo: Ao ponto que o fizestes a um dos mínimos destes meus irmãos, a mim o fizestes.”

(Evangelho segundo Mateus 25:35-40)

“Ser voluntário é possuir o dom do amor, o dom da caridade e da solidariedade.”

(Congresso das Casas de Apoio à Criança com Câncer, 2002. Autor desconhecido.)

2.1. História do trabalho voluntário

2.1.1. A Caridade

A história do trabalho voluntário é relativamente recente na cultura ocidental. Podemos situar sua origem nas práticas de *caridade* medievais. Segundo o Dicionário Cultural da Bíblia a Caridade é a maior das três virtudes teologais, alistadas na primeira carta de Paulo aos Coríntios (1 Cor. 13:13) (FOUILLOUX et alii, 1998, p. 31). A palavra latina *caritas* significa “amor” ou “afeto” e foi usada para traduzir a palavra grega *agape*, que parece ter sido desconhecida antes do cristianismo. O termo *agape* aparece no Novo Testamento com o significado de *amor divino*, ou “amor-entrega”, por oposição a *eros*, ou “amor-desejo”:

Amor de Deus por sua criatura, que vai até a entrega de seu filho: “Deus é amor”, escreve João (1 Jo. 4,15); amor dos homens por Deus e de uns para com os outros, pregado por Jesus que resume o essencial da mensagem da Lei e dos profetas em dois mandamentos: “ ‘Amarás o Senhor teu Deus de todo teu coração, de toda a tua alma e de todo o teu entendimento.’ Esse é o maior e primeiro mandamento. O segundo é semelhante a este: ‘Amarás o teu próximo como a ti mesmo’” (Mt 22,37-38). Paulo escreverá aos coríntios: “Se não tenho amor, não sou nada.” (LEMAITRE; QUINSON; SOT, 1999, p. 75)

O amor, assim como a fé cristã, deve se expressar em atos ou obras. O Dicionário Cultural do Cristianismo de Lemaître, Quinson e Sot (Ibid., p. 75) define a caridade como “ato que produz o bem aos outros: alimentar os que têm fome, dessedentar os que têm sede, vestir os desprovidos, cuidar dos doentes, visitar os prisioneiros e enterrar os mortos.”.

De acordo com Dominique Méda (1995, p. 48-49), o conceito cristão de “obra” deveria reverter, a longo prazo, a própria conceituação do trabalho servil. Na Idade Média, bem antes de ter adquirido o caráter, hoje reconhecido, de base da sociedade e fator essencial à mobilidade social, o trabalho foi considerado inicialmente, assim como na Antigüidade, um atributo de relações sociais que seriam estabelecidas por outras vias, como o sangue e a estirpe. Em Roma, assim como na Grécia, o ócio (*otium*) era considerado a atividade primária que caracterizava as classes dominantes, em oposição ao não-ócio (*negotium*) que seria atribuído aos escravos e ao povo em geral.

Todavia, o pensamento cristão promoveu uma mudança na compreensão da natureza do trabalho a partir da idéia, baseada no Velho e no Novo Testamento, de que Deus trabalha. O livro de Gênesis afirma que Deus criou o mundo e o homem em seis dias e, no sétimo dia, descansou. Agostinho, dirigindo-se aos monges de Cartago, manifestou-se radicalmente contra o *otium* do monacato, relacionando-o à preguiça, um dos sete pecados capitais. Desde a Idade Média a palavra para designar o trabalho humano e a atividade de Deus foi a mesma, ou seja, *opus*. A *opus Dei* – obra de Deus – seria a obra em que, por excelência, os homens deveriam se inspirar (MÉDA, 1995, p. 51)

Os homens deveriam dar prosseguimento à obra de Deus por meio de suas próprias obras¹, entre as quais, em posição de destaque, estavam as *obras de caridade*, ou seja, de ajuda aos necessitados, fossem eles os órfãos, as viúvas, os forasteiros, os doentes, os pecadores, ou os enlutados. A caridade era, amiúde, associada à penitência e à purificação da alma, tanto para os que assumiam os votos monacais como para os religiosos leigos.

Data ainda da Idade Média a distinção entre *opus* e *labor*, este último referindo-se ao trabalho dos camponeses, dos artesãos, dos escravos e dos servos domésticos (MÉDA, 1995,

¹ Acrescenta Méda: “cette interprétation constitue le premier pas vers la compréhension du monde non seulement comme oeuvre-résultat de l’acte divin, mais surtout comme processus en train de s’accomplir, comme travail-histoire de l’Esprit, qui s’épanouira au XIX^e siècle avec l’idéalisme allemand et qui sera la mise en philosophie de cette unique idée : Dieu travaille ». Ibid., p. 52.

p. 51). Os que “laboravam” dessa maneira pertenciam aos estamentos mais baixos da escala social, por oposição aos clérigos, guerreiros e nobreza. A “obra de Deus”, porém, poderia ser realizada por todos, sem distinção, especialmente pelos monges que se dedicavam, além da caridade, à oração e à contemplação.

O trabalho como fonte de lucro não existia nessa lógica. As atividades lucrativas, como o comércio, eram condenadas não apenas por constituírem pecado de usura, ou por levarem o cristão a se afastar de seu interesse principal, Deus, mas também por roubar o tempo que o cristão deveria dedicar à obra divina (Ibid., p. 55). O cristianismo, afirma Méda (1995, p. 55) introduziu uma concepção do tempo, que vai da Criação à Parousia², que determinaria o valor que as pessoas atribuiriam ao trabalho ou às obras piedosas.

Segundo Martins Filho (2002, p. 37), foi na Idade Média que surgiu a primeira distinção entre o trabalho profissional, que tem retribuição terrena, e aquele que caracterizaria o estado religioso, cuja recompensa seria extra-terrena:

- a) **trabalho profissional:** o trabalho no meio do mundo, no exercício de uma profissão ou ofício, correspondia a um serviço que mereceria uma retribuição terrena, na base de honorários e salário; e
- b) **estado religioso:** o serviço prestado pelo religioso a Deus e à comunidade correspondia à resposta a uma vocação divina, segundo a qual o homem esperaria uma retribuição extra-terrena.

Os serviços de assistência com base na caridade foram, desde o início, realizados com a participação de leigos ou pessoas que, mesmo não pertencendo ao clero ou ao monacato, devotavam-se a cuidar dos necessitados. As obras de caridade adquiriram, com a ascensão da burguesia, um caráter cada vez mais leigo que, ainda baseado em princípios religiosos, resultou no que hoje conhecemos como “filantropia”.

2.1.2. A Filantropia no Mundo

A palavra filantropia tem origem grega e significa “amor à humanidade”, ou “sentimento que leva os homens a auxiliar outros”³. Muitas vezes ela também é usada no sentido de “caridade”, mas a raiz grega não deixa dúvidas de que o imperativo divino não é o principal atributo ligado a esse conceito, em geral mais ligado ao humanitarismo do que à religiosidade.

Nos primórdios da Idade Moderna, movimentos religiosos, muitos deles apoiados por ricos comerciantes desejosos de lavar o pecado da usura, difundiram uma concepção secularizada da caridade, mais próxima aos padrões e ideais da emergente classe burguesa. Segundo Silveira (2002, p. 37), a filantropia e a caridade se desenvolveram, na Europa, como “valores privados, regulados por um código de ações rígidas, perpétuo e imutável”. O doador deveria ser considerado como “pessoa virtuosa, independente dos efeitos e da importância de sua ação”⁴. Entretanto, a maior parte das obras de caridade – ou organizações que se dedicavam a essas obras – continuou sob controle, ainda que parcial, da Igreja.

Essa, porém, era uma característica predominante nos países católicos. Nos países nos quais a Reforma foi vitoriosa, as obras filantrópicas passaram mais cedo a um controle estatal, sendo articuladas a uma política voltada para o combate à pobreza e, principalmente, à sua causa que seria o pior de todos os vícios, o ócio.

Nas 13 Colônias Americanas, os primeiros europeus que chegaram pertenciam a grupos, em geral religiosos, perseguidos na Inglaterra, que vinham para o novo mundo em busca de sua sobrevivência. Segundo Corrullón e Medeiros Filho (2002, p. 23): “foi necessário que essas pessoas se apoiassem mutuamente, desenvolvendo assim um sentido de

² Presença de Cristo no Dia do Juízo Final.

³ Segundo **Dicionário da Língua Portuguesa Larousse Cultural** (p. 196) a palavra “filantropo” vem do grego *philantropos*, que significa “amigo do homem”. Vide nota 2.

⁴ SILVEIRA, J.D.N. **Satisfação no Trabalho e a Realização de Trabalho Voluntário**: estudo de casos. São Paulo, 2002. 92 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Pós-graduados em Administração da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. P. 37.

comunidade que até hoje se reflete em iniciativas de interesse público, como é o caso do trabalho voluntário.”. A descentralização e a privatização passaram, desde então, a caracterizar as práticas da filantropia e da ajuda mútua nos Estados Unidos da América.

2.1.3. A Filantropia e o Voluntariado no Brasil

Assim como nos Estados Unidos, a história da prática da filantropia e do voluntariado no Brasil foi marcada pelos propósitos e pelo estilo de nossos colonizadores. Diferente deles, a colonização aqui foi feita, a exemplo de outros países da América Latina, como empreendimento de Estado. Assim que chegaram, os portugueses trataram de instalar os aparatos burocráticos da Coroa e, com eles, as estruturas hierárquicas da Igreja Católica.

As Misericórdias Portuguesas, instituição que resultava da união entre o Estado e a Igreja, foram aqui estabelecidas no século XVI, com a fundação das Santas Casas de Misericórdia de Olinda (1539) e Santos (1543). Todos os autores, ao historiar o voluntariado brasileiro, remetem a esse fato a origem primeira do voluntariado brasileiro. As Misericórdias constituíram-se, assim, em todo o império ultramarino português e, de forma destacada, no Brasil, como fator unificador de toda a política assistencial. O voluntariado daí resultante foi marcado, desde o princípio, por fortes vínculos religiosos e por uma inserção política centralizada no Estado.

Os primeiros filantropos brasileiros foram, portanto, os Irmãos de Mesa das Santas Casas de Misericórdia, inicialmente constituídos por membros da “elite” local e de emergentes cristãos novos, interessados em benefícios espirituais, ou nos privilégios concedidos pela pertença a uma instituição de prestígio junto à Coroa Portuguesa (MESGRAVIS, 1972, p. 55-61). Inicialmente as Santas Casas ofereciam diversos tipos de assistência, como as escolas, a assistência aos presos pobres e suas famílias, os dotes a jovens

órfãs e pobres, a concessão de “tumbas”⁵, as rodas de expostos, etc. Além disso as Misericórdias desenvolveram, desde o início, aquela atividade que hoje reconhecemos como sendo a sua principal, ou seja, assistência hospitalar aos enfermos.

Em 1836 foi mencionada pela primeira vez a admissão de mulheres como membros da irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Embora haja poucos dados documentais sobre a participação feminina nas obras da irmandade, consta que no ano de 1872 Dona Veridiana Valéria da Silva Prado, filha do Barão de Iguape, organizou uma campanha de fundos e doações em espécie para a construção de um novo hospital. A participação de mulheres como voluntárias também foi importante nas Sociedades Filantrópicas, constituídas pela “geração da Independência”. Entre elas, destacam-se a Sociedade Filantrópica de São Paulo, fundada por Diogo Antonio Feijó em 1830, cujo objetivo era o amparo aos presos pobres, e a de Santos, criada pelos Andradas em 1832, para dar apoio às obras da Santa Casa (MESGRAVIS, 1972, p. 137-138).

Entre as diversas organizações filantrópicas fundadas nessa época, constavam as religiosas, as de saúde e os educandários, assim como as instituições de assistência aos imigrantes e associações profissionais. Nelas, a participação feminina aumentou consideravelmente, sendo que no início do século XX as “damas caridosas” eram as principais agentes do voluntariado no país (SILVEIRA, 2002, p. 38).

No ano de 1908 chegou ao Brasil o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, cuja finalidade era a de prestar assistência médica em áreas de conflito armado. Em 1910 surgiu o primeiro grupo de escotismo, com o objetivo de ajudar o próximo em toda e qualquer ocasião.

A partir de 1930, com Getúlio Vargas, o Estado passou a ter um papel cada vez mais centralizador em relação à política assistencial em todo o país. Em 1935 foi promulgada a Lei de Declaração de Utilidade Pública, que passou a regular a colaboração do Estado com as

⁵ Esquifes abertos usados no transporte de defuntos para o local de sepultamento nas Igrejas.

instituições filantrópicas. Em 1942, em plena ditadura varguista, foi fundada a Legião Brasileira de Assistência (LBA) a ser presidida pela primeira dama do país, com o objetivo de coordenar a política de assistência social (SBERGA, 2002, p. 40).

Data de 1961 a fundação da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), cuja missão, ainda hoje, é a de prestar assistência e desmistificar a deficiência mental na comunidade. Mais recentemente essa associação tem sido considerada como precursora do que hoje conhecemos como Organizações Não Governamentais (ONGs). Ao mesmo tempo alguns setores mais politizados ligados à Igreja Católica, com ampla participação de voluntários leigos, passaram a se organizar para dar conta de questões sociais que escapavam à política conservadora do Estado (SBERGA, 2002, loc.cit.).

Os governos militares que sucederam ao golpe de 1964 diminuíram consideravelmente as verbas destinadas às obras sociais não lucrativas. Ao mesmo tempo, para amortecer o impacto dos conflitos sociais e canalizar a força do movimento estudantil – um importante foco de resistência ao novo regime militar –, foi implantado, em 1967, o Projeto Rondon, cuja finalidade era a de levar universitários voluntários a prestar assistência a comunidades carentes em todo o interior do país (SBERGA, 2002, p. 41).

Em 1977 a Pastoral do Menor instituiu uma nova modalidade de voluntariado, com o apoio de casais que se dispunham a acompanhar adolescentes em regime de liberdade assistida. Nessa mesma época as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) promoviam redes populares de solidariedade, para dar conta dos mais diversos problemas vividos pela população mais carente (SBERGA, 2002, loc.cit.).

A Pastoral da Criança foi fundada em 1983, vinculada à Conferência Nacional dos Bispos no Brasil (CNBB), com o objetivo de treinar lideranças comunitárias e mobilizar as famílias carentes para o combate à mortalidade infantil, assim como em atividades para melhoria de sua qualidade de vida em geral. Atualmente coordenada pela médica pediatra e

sanitarista Zilda Arns Neumann, a Pastoral da Criança está presente em 3277 municípios e conta com mais de 145.000 voluntários. É a organização que conta com o maior número de voluntários em nosso país (SBERGA, 2002, loc.cit.).

Na década de 1990 observamos alterações bastante significativas no que tange às políticas sociais no Brasil. A retração do Estado do Bem-Estar Social, que já vinha ocorrendo desde os anos 1960, acentuou-se e ganhou novas formas seguindo a tendência mundial ao neoliberalismo, uma corrente do liberalismo americano com uma proposta de “Estado mínimo”, livre de parte de sua atuação sobre o mercado e a sociedade. Ao mesmo tempo a globalização da economia promoveu um aumento nas disparidades sociais, o que acarretou uma série de conseqüências nefastas como, por exemplo, o agravamento dos problemas da violência e da fome, levando à indignação de setores mais politizados da população civil brasileira (SBERGA, 2002, p. 42).

Não podemos deixar de lembrar aqui as palavras de Foucault, no Resumo do Curso do Collège de France intitulado “Nascimento da Biopolítica”. No momento em que ele se referia à Escola de Chicago, pólo de difusão das idéias do neoliberalismo, ele diz:

Como nos ordo-liberais alemães, a crítica feita em nome do liberalismo econômico se legitima no perigo que representaria a inevitável seqüência do intervencionismo econômico, inflação dos aparelhos governamentais, administração excessiva, burocracia, rigidificação de todos os mecanismos de poder, ao mesmo tempo que se produziriam novas distorções, introdutoras de novas intervenções. Mas o que chamou a atenção nesse neoliberalismo americano foi o movimento completamente oposto ao que se encontra na economia social de mercado na Alemanha: enquanto esta considera que a regulação dos preços no mercado – único fundamento de uma economia racional – é em si tão frágil que ela deve ser sustentada, organizada, “ordenada” por uma política interna e vigilante de intervenções sociais (implicando ajudas aos desempregados, coberturas de necessidades de saúde, uma política de habitação etc.), esse neoliberalismo americano busca estender a racionalidade do mercado, os esquemas de análise que ela propõe e os critérios de decisão que sugere a domínios não exclusivamente ou não prioritariamente econômicos. No caso, a família e a natalidade ou a delinquência e a política penal. (FOUCAULT, 1997, p. 96)

Em 1993 o sociólogo Herbert de Souza (Betinho) empenhou-se em organizar a sociedade brasileira no combate à fome, com a Ação da Cidadania Contra a Miséria e Pela Vida. Sua campanha, amplamente divulgada na mídia, foi também um marco na expansão das

ONGs (Organizações Não Governamentais), que já existiam desde os anos 80 como instituições independentes do Estado e financiadas por parcerias com o setor privado. O que estava em pauta, então, era o fortalecimento do chamado “Terceiro Setor”, como contraponto ao Estado e à empresa (SBERGA, 2002, P. 42).

Esclarece-nos o economista Ladislau Dowbor [In PEREZ; JUNQUEIRA (org), 2002, p. 85-103] da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, que o que caracteriza o Terceiro Setor não são simplesmente as ações de ajuda ao próximo, mas o objetivo de canalizar a mão-de-obra voluntária para a geração de um “capital social”, ou seja, um processo cumulativo por meio do qual pequenas ações, bem coordenadas e articuladas, têm efeito multiplicador e contribuem para a construção de redes de relações sociais voltadas para a solução de diversos problemas. Não se trata, porém, de uma mera captação de recursos voluntários em ações coordenadas por organismos tradicionais como sindicato, partidos ou Estado:

As novas formas de organização não se apóiam em ordens, sobre quem deve fazer o quê, mas na geração de condições para que se amplie o espaço de iniciativa na base, facilitando as decisões descentralizadas. (DOWBOR, in PEREZ; JUNQUEIRA, 2002, p. 101.)

Um fato importante neste processo foi a extinção da tradicional Legião Brasileira de Assistência e a criação, em 1995, do Conselho da Comunidade Solidária, presidido pela então primeira dama Ruth Cardoso. Através dele foi instituído, em 1997, o Programa Voluntários, com a missão de “promover e fortalecer o voluntariado no Brasil”. Um de seus objetivos principais é disseminar uma “moderna cultura do voluntariado, preocupada com a eficiência dos serviços e a qualificação de indivíduos e instituições”⁶. Com essa perspectiva foram criados 34 Centros de Voluntariado, em 15 estados e no Distrito Federal.

⁶ Vide site do Programa Voluntários : <http://www.programavoluntarios.org.br>

Em paralelo surgiram diversas leis que, em seu conjunto, passaram a estabelecer o chamado Marco Legal do Terceiro Setor, do qual faz parte a Lei do Voluntariado⁷ que regulamentou, pela primeira vez, o exercício do serviço voluntário em nosso país.

O fato de o ano de 2001 ter sido declarado, pela Organização das Nações Unidas, Ano Internacional do Voluntariado, veio a incrementar os esforços no sentido de ampliar a divulgação e o estabelecimento de programas de voluntariado em todo o país. Nesse mesmo ano foi realizado o I Congresso Brasileiro do Voluntariado na PUC de São Paulo, com participação, entre outros expoentes, das primeiras damas do país e de São Paulo, Ruth Cardoso e Maria Lúcia Alckmin (também Presidente do Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo), do representante da ONU, Douglas Evangelista, de Milú Vilela (empresária e presidente do comitê para o Ano Internacional do Voluntário), assim como de “professores, empresários, representantes de fundações, institutos, associações e pessoas ligadas ao voluntariado de diversos credos religiosos.” (SBERGA, 2002, p. 44).

Nesse Congresso, além de diversas experiências, foram discutidas as condições para que o voluntariado passasse a fazer parte de uma estratégia maior de participação e de exercício de cidadania que teria a finalidade de responder a questões sociais cada vez mais prementes em nosso país. Discutiu-se, também, qual seria a participação do Estado e do empresariado junto às ações do Terceiro Setor.

Um tema importante desde a década de 90 tem sido o da criação de uma cultura de voluntariado em nosso país. Nesse ponto as opiniões são divergentes. De um lado, há uma corrente mais ligada à administração de empresas que, ao se espelhar no modelo norte-americano, considera o voluntariado brasileiro ainda incipiente e marcado pela tradição do “assistencialismo”, e que tal assistencialismo seria a grande causa de nosso atraso em relação às formas de voluntariado consideradas mais “modernas”.

⁷ Ou Lei 9608, de 18 de fevereiro de 1998.

De outro lado existem aqueles que, mesmo admitindo a prevalência do assistencialismo, acreditam que existem, sim, formas mais conseqüentes de voluntariado tipicamente brasileiras. Ligadas historicamente às atividades em Comunidades de Base e nas Pastorais da Igreja Católica, elas produziram um voluntariado mais consciente de seu papel social, um voluntariado cidadão, pronto para encarar os desafios da construção de um Terceiro Setor com características próprias à nossa cultura.⁸

Tentamos mostrar, porém, por meio do estudo da história do voluntariado em diversos autores que, desde o tradicional assistencialismo religioso e individualizante, passando pela militância político-religiosa, até o engajamento no Terceiro Setor, o trabalho voluntário tem se apresentado como resposta a demandas – religiosas, políticas, sociais, econômicas, subjetivas etc. – que são, antes de tudo, históricas. O fato é que uma discussão que nos leve a sair em defesa de uma forma de voluntariado que consideremos, por um critério particular, como mais “moderna” ou mais “politizada”, contra as outras, atende apenas aos interesses dos defensores de uma ou outra ideologia, de esquerda ou de direita, e não aos objetivos da presente pesquisa.

O que dizer, porém, da coexistência entre todas essas e muitas outras formas de voluntariado no nosso país, nos nossos dias? No momento não temos uma resposta, mas esperamos, na análise das entrevistas dos voluntários hospitalares, encontrar elementos que possam contribuir para essa discussão, longe dos entraves teóricos impostos por certos discursos correntes na mídia e até mesmo nos meios acadêmicos.

2.2. Definições contemporâneas relativas ao voluntariado

A palavra “voluntário” vem do adjetivo latino *voluntarius* que, por sua vez, deriva da palavra *voluntas* ou *voluntatis*, que significa “capacidade de escolha, de decisão”, assim como

⁸ Entre os defensores dessa idéia está a ex-primeira dama e antropóloga Ruth Cardoso. Vide **Folha de São Paulo**, São Paulo, 1º. de abril. 2001. Caderno Especial “Voluntariado”, p. 4.

“anseio” e “desejo”. Como adjetivo, foi encontrada sua primeira ocorrência na língua portuguesa no século XV, com o significado de “espontâneo” (CUNHA, 2001, p. 828). Atualmente ela é usada, por extensão, também como substantivo, para se referir a “aquele que se oferece para uma tarefa a que não estava obrigado” e, ainda, ao “indivíduo que se alista espontaneamente num exército” (LAROUSSE CULTURAL, 1992, p. 453).

No contexto estrito da presente pesquisa, recorreremos a outras definições ligadas ao conceito de voluntariado. Em primeiro lugar, a definição da Organização das Nações Unidas sobre o que é um voluntário:

Voluntário é o jovem ou o adulto que, devido ao seu interesse pessoal, dedica parte de seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de atividades, organizadas ou não, de bem-estar social ou em outros campos. (Apud DOHME, p. 8)

O primeiro termo dessa definição diz que o voluntário é “*jovem ou adulto*”, ou seja, alguém que se supõe ter a capacidade de fazer uma escolha, diferente da criança. O segundo termo fala de um “*interesse pessoal*”, ou seja, há algo de privativo ou de singular nessa escolha, algo que só diz respeito a uma pessoa. “*Interesse*” é uma palavra que remete tanto a uma causa motivadora subjetiva como também a algo que se pretende ganhar, ou “interesse por...”. Em terceiro lugar aparece a questão do “*tempo*”, que não é especificado em quantidade mas que se supõe ser parcial. Subentende-se que deve haver uma outra porção de tempo que o voluntário dedica a alguma outra atividade que não é voluntária, mas que também não é especificada na definição, nem como quantidade, nem como tipo de atividade. O certo é que, seja qual for o tempo dedicado, ele é um tempo “*sem remuneração alguma*”. A palavra “remuneração” aqui é bem cercada pelas palavras “sem” e “alguma”, enfatizando a condição principal do trabalho voluntário. Finalmente a definição fala de “*diversas formas de atividade, organizadas ou não*”, ou seja, há uma abertura formal quanto ao trabalho voluntário, que pode se dar de diversas maneiras, organizadas ou não. A única área especificada é a do “*bem-estar social*”, o que deixa claro que é uma área prioritária para a

organização que assume a autoria da definição (ONU), mas isso não impede que o voluntário atue em outras áreas.

Trata-se, portanto, de uma definição bastante ampla para comportar todos os tipos de pessoas e seus respectivos interesses, todas as cargas de tempo possíveis, todos os tipos de atividades, todas as formas de organização. Ou seja, todos nós podemos preencher as lacunas deixadas a partir de nossa realidade pessoal. O único termo que não admite variações é a não remuneração.

Comparemos agora tal definição com a que consta no artigo primeiro da Lei no. 9.608 – a chamada Lei do Serviço Voluntário – assinada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso no Brasil, em 18 de fevereiro de 1998 (apud, CORRULLÓN, p. 141):

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

Na definição brasileira de serviço voluntário, “*para fins de lei*”, observamos certos deslocamentos em relação à definição do voluntário dada pela ONU. Em primeiro lugar, o deslocamento do foco do voluntário em si para o serviço por ele prestado. Em segundo lugar, tal serviço voluntário aparece como sendo exercido apenas em entidades organizadas públicas ou privadas, restringindo o âmbito de tais atividades em relação à primeira definição que previa “*formas de atividades, organizadas ou não*”.

É digno de nota o parágrafo único desse mesmo artigo, que deixa bem claro que “*o serviço voluntário não gera vínculo empregatício nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim*”. A ênfase da Lei do Voluntariado recai, portanto, sobre o vínculo contratual, não trabalhista entre o trabalhador voluntário e as entidades na qual ele presta seus serviços⁹.

⁹ Sobre os aspectos fiscais, previdenciários e trabalhistas do trabalho voluntário, vide: MARTINS FILHO, I.G.S. **Trabalho Voluntário e Religioso**. São Paulo: LTr, 2002. Op. Cit. Nota 12.

Em harmonia com o que acabamos de dizer, seguem-se a esse primeiro os quatro e últimos artigos da Lei do Voluntariado brasileiro, os quais deixam claro que, a partir de sua publicação, o serviço voluntário deveria ser exercido mediante um “*termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições do exercício*”. Além disso, a Lei prevê o ressarcimento de despesas que o voluntário possa ter no exercício de suas atividades, desde que elas sejam comprovadas e “*expressamente autorizadas*” pela instituição.

Além da Lei do Voluntariado vamos encontrar outras definições institucionais de “voluntário”, que contemplam de forma mais acentuada o “*interesse pessoal*” mencionado na definição da ONU. Vejamos, primeiro, a definição proposta pela Fundação Abrinq pela Defesa dos Direitos da Criança, em 1995:

Voluntário é o ator social e agente de transformação, que presta serviços não remunerados em benefício da comunidade. Doando seu tempo e conhecimentos, realiza um trabalho gerado pela energia de seu impulso solidário, e atende não só às necessidades do próximo, como também aos imperativos de uma causa. O voluntário atende também suas próprias motivações pessoais, sejam elas de caráter religioso, cultural, filosófico ou emocional. (Apud DOMENEGHETTI, 2001, p. 80)

Vamos analisar cada termo dessa definição, por ser ela uma das mais mencionadas nos diversos autores que estudamos:

A primeira parte da frase - “*Voluntário é o ator social e agente de transformação, que presta serviços não remunerados em benefício da comunidade*” - diz respeito à importância social do voluntariado. As palavras “*ator*” e “*agente*” nos dizem que o voluntário é alguém ativo na sociedade e que é capaz de transformá-la. A não-remuneração mais uma vez aparece como uma qualidade do serviço, juntamente com o fato de ele ser prestado “*em benefício da comunidade*”. Ou seja, os serviços que o voluntário realiza não visam, primariamente, uma remuneração ou um benefício próprio.

“*Doando seu tempo e conhecimentos, realiza um trabalho gerado pela energia de seu impulso solidário, e atende não só às necessidades do próximo, como também aos*

imperativos de uma causa”: o voluntário é alguém que doa. E o que ele doa? Tempo e conhecimentos, que são valores abstratos, a serem definidos por cada um, mas que são também valores passíveis de serem estimados socialmente, estatisticamente, em quantidade e qualidade.

O trabalho resultante de tal doação é gerado pela “*energia de seu impulso solidário*”. Os termos “*energia*” e “*impulso*” remetem a uma espécie de física (ou psicofísica) do voluntariado. Parece que há algo maior, uma energia que, vinda de um “*impulso solidário*”, impele alguém a agir em favor do próximo ou de uma causa. Tanto as “*necessidades do próximo*” como os “*imperativos de uma causa*” estão relacionados ao conceito de “*solidário*”; ou seja, o auxílio mútuo, pessoa a pessoa, assim como as obrigações assumidas na adesão a uma causa coletiva não especificada são conseqüências da solidariedade.¹⁰

“*O voluntário atende também suas próprias motivações pessoais, sejam elas de caráter religioso, cultural, filosófico ou emocional*”. Aqui estamos no campo do que é mais “*pessoal*” no voluntariado: as “*motivações*” do voluntário. Por conseguinte, a abertura no texto nos coloca diante da questão sobre o que levaria alguém – que pode ser cada um de nós – a ser voluntário. As motivações, diz o texto, podem ser de natureza religiosa, cultural, filosófica ou emocional. Cada termo abre um leque para opções variadas, de acordo com a realidade pessoal de quem procura se definir como voluntário. Todos os termos podem ser interligados, mas o que mais diz respeito a aspectos psicológicos são as “*motivações pessoais (...) de caráter emocional*”.

Em resumo, podemos dizer que, segundo a definição da ABRINQ, o voluntário é: (1) um prestador de serviços sociais sem remuneração; (2) alguém que é impelido por um

¹⁰ **SOLIDÁRIO**: Adj. (lat. *solidarius*). 1. Que está numa relação de auxílio mútuo. 2. Recíproco, interdependente. 3. Aderido aos interesses, opiniões, sentimentos de outrem, 4. Que partilha o sofrimento do outro, ou que se propõe a atenuá-lo. • **Dir**: Diz-se de cada uma das pessoas que, isoladamente, respondem pela totalidade de uma obrigação conjunta ou que sejam, também isoladamente, credoras de um direito comum. LAROUSSE CULTURAL. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Vide nota 2. p. 406.

impulso solidário a doar valores pessoais em prol do outro, ou de uma causa; (3) alguém que procura atender a motivações pessoais.

Agora passemos à definição que consta na cartilha produzida pelo Centro de Voluntariado de São Paulo em 1998:

Quem é o voluntário?

É a pessoa que doa o seu trabalho, suas potencialidades e talentos em uma função que o desafia e gratifica em prol de uma realização pessoal. (DOHME, 1998, p. 8)

Mais uma vez, o voluntário é aquele que doa. Assim como na definição da ABRINQ, o que o voluntário doa são valores abstratos e pessoais: “*seu trabalho*”, assim como “*suas potencialidades e talentos*”. Não obstante, trabalho, potencialidades e talentos são categorias pouco quantificáveis e bem mais vagas do que “*tempo*” e “*conhecimentos*”.

Um ponto importante implícito nessa definição é que o voluntário deve buscar uma função que o desafie, gratifique e leve a uma realização pessoal. Todavia o texto continua, falando de quatro elementos importantes que compõe o trabalho voluntário:

Qualificação: o conceito moderno de voluntariado está muito ligado à execução de um trabalho qualificado, que leva em conta o talento e as habilidades de quem o executa.

Satisfação: é um trabalho exercido com prazer, garra, que fascina e dá um sentimento de plenitude para quem o executa.

Doação: a entrega de horas de sua vida em prol do próximo, da comunidade, é resultado de um amor transbordante, que precisa se materializar por meio da ação.

Realização: é um trabalho que tem um compromisso com o êxito, com o sucesso, que está determinado a cumprir com os objetivos propostos.

Em resumo, o trabalho voluntário é uma ação de qualidade, feito com prazer em direção a uma solução que não precisa ser necessariamente grande, mas precisa ser eficiente. (DOHME, 1998, p. 9)

Podemos aqui observar o entrelaçamento que é feito entre aspectos mais pessoais – satisfação e doação – e aspectos relevantes para a organização – qualificação e realização. De um lado o trabalho realizado, embora levando em conta talento e habilidades individuais, deve ser de qualidade e comprometido com o êxito no cumprimento dos objetivos sociais e organizacionais. De outro lado, é preciso que o trabalho seja fascinante, a ponto de dar prazer e satisfação àquele que o executa e, ainda, que satisfaça o desejo de entrega de horas de vida a

favor do próximo e da comunidade, que é fruto de um *“amor transbordante, que precisa se materializar por meio da ação”*.

Por fim, o trabalho voluntário deve buscar sempre *“uma solução, que não precisa necessariamente ser grande, mas precisa ser eficiente”*. O resultado do trabalho de cada voluntário não é, portanto, medido por suas dimensões sociais, mas por sua eficiência.

Mesmo variando em seus termos, todas as definições em torno das palavras “voluntário”, “trabalho voluntário” e “voluntariado” são suficientemente amplas para comportar os interesses, necessidades e características de toda e qualquer pessoa que disponha de tempo para uma atividade não remunerada, em benefício do próximo ou de uma causa social. Todos os que se reconhecem, ou que desejam ser reconhecidos nelas parecem ser bem-vindos. Entretanto, termos como *“interesse pessoal”, “impulso solidário”, “motivações pessoais”, “gratificação pessoal”, “realização pessoal”, “prazer”, “amor transbordante”* costumam nos levar diretamente ao nosso campo de pesquisa, que é o da psicologia. O que nós, psicólogos, temos a dizer sobre o voluntariado? O que dizer do voluntariado como objeto de pesquisa da Psicologia?

2.3. Subjetividade e Voluntariado

A primeira coisa que salta aos olhos quando investigamos a produção de pesquisas brasileiras sobre voluntariado na área de psicologia é que, surpreendentemente, elas não existem. A surpresa, no caso, deve-se ao apelo que o conceito de “voluntário” faz, como vimos, a uma busca da compreensão dos aspectos subjetivos da prática do voluntariado. Embora haja um consenso entre a maioria dos psicólogos quanto aos benefícios pessoais do trabalho voluntário, há poucos estudos produzidos no Brasil, quando se trata de discutir mais a fundo essa questão.

A grande maioria dos trabalhos brasileiros que encontramos pertencem ao campo da Administração. Entre eles estão os de Ana Maria Domeneghetti, “Voluntariado: Gestão do trabalho voluntário em organizações sem fins lucrativos” (DOMENEGHETTI, 2001), e a dissertação de mestrado defendida por Jairton Dimas Silveira na PUCSP intitulada “Satisfação no Trabalho e Realização de Trabalho Voluntário – Estudo de Casos” (SILVEIRA, 2002). Neles, os aspectos subjetivos do voluntariado são discutidos sob o prisma da gestão dos recursos humanos voluntários. Além desses contamos, como já vimos, com a cartilha “Trabalho Voluntário: primeiros passos na direção de um trabalho voluntário construtivo, desafiante e agradável”, escrita por Vânia D’Angelo Dohme para o Centro de Voluntariado de São Paulo (DOHME, 1998).

Na Saúde Pública encontramos a dissertação de mestrado de Heather Antoinette Barker Dutra da Silva, “O Voluntariado entre Idosos no Município de São Paulo”, defendida na FSP-USP (SILVA, 2003). Além desse trabalho, há um artigo escrito por Lucilda Selli e Volnei Garrafa, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), com o título “Bioética, Solidariedade Crítica e Voluntariado Orgânico”, que foi publicado na “Revista de Saúde Pública” (SELLI; GARRAFA, 2005). Esse artigo, que comentaremos mais adiante, tem o mérito de apresentar resultados de uma pesquisa realizada com voluntários atuantes no Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro.

Ainda sobre o tema do trabalho voluntário entre idosos encontramos duas publicações. A primeira, “Voluntariado e Terceira Idade”, foi realizada pelo SESC em parceria com o Programa Voluntários (SESC SÃO PAULO, 2002). A segunda, de autoria de Maria Cristina Dal Rio, assistente social e coordenadora do curso de aperfeiçoamento em gerontologia social do Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo, intitula-se “O Trabalho Voluntário: Uma questão contemporânea e um espaço para o aposentado” (DAL RIO, 2004).

Em Serviço Social podemos mencionar a dissertação de mestrado defendida por Alessandra Medeiros na PUCSP, que tem como título: “Voluntariado – revisitando antigas práticas: a concepção do voluntário sobre sua ação” (MEDEIROS, 2002).

Na área da Educação temos o livro “Voluntariado Jovem: Construção da Identidade e Educação Sociopolítica”, cuja autora, Adair Aparecida Sberga, é religiosa da Congregação das Filhas de Maria, mestre em Ciências da Educação pela Universidade Pontifícia Salesiana de Roma e tem uma vasta experiência na coordenação de pastorais e grupos de jovens (SBERGA, 2001).

Não poderíamos deixar de mencionar, finalmente, uma obra que podemos considerar um marco nas discussões sobre o voluntariado, que é o livro “Voluntariado e a gestão de políticas sociais”, organizado por Clotilde Perez e Luciano Prates Junqueira, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PEREZ; JUNQUEIRA, 2002). Essa obra coletiva é constituída, como mencionamos anteriormente em nota, pelas principais contribuições advindas do I Congresso Brasileiro de Voluntariado.

Entre os 28 trabalhos ali compilados, as áreas de maior concentração são economia e administração (12) e serviço social (5). Os trabalhos restantes estão distribuídos entre diversas áreas, como sociologia e antropologia, jornalismo e marketing, educação, direito e, além deles, textos produzidos por pessoas diretamente envolvidas com o trabalho voluntário, como religiosos, empresários e representantes de entidades, inclusive a ONU. Há apenas um trabalho escrito por uma psicóloga, Corina Schabbel¹¹, mas não se trata de uma pesquisa sobre voluntariado e, sim, uma proposta teórica para a resolução de controvérsias no âmbito social, a partir de uma abordagem cognitiva-comportamental (PEREZ; JUNQUEIRA, 2002, p. 305-315) .

¹¹ Psicóloga, PhD pelo Programa Human and Organizational Development from the Fielding Institute, California, USA. Professora do Centro de Pós-Graduação Renascença e ESAN. Apresentou a oficina “Resolução de Conflitos” no I Congresso Brasileiro de Voluntariado.

Embora cada uma das obras consultadas aborde aspectos subjetivos do voluntariado, a grande maioria delas não pertence à área de psicologia e, por isso, são aqui apenas mencionadas. Entre elas, com exceção do artigo de Selli e Garrafa, nenhuma fala especificamente do voluntariado hospitalar.

2.3.1. Uma pesquisa com voluntários hospitalares

Conforme já mencionamos anteriormente, Garrafa e Selli (2005), publicaram na “Revista de Saúde Pública” uma pesquisa com voluntários de associações que atuam no Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro, intitulada “Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico”. Embora o método utilizado pelos autores, assim como seus objetivos, sejam diferentes dos que adotamos, essa pesquisa nos interessa por ter sido realizada com voluntários hospitalares brasileiros e por ser ilustrativa das preocupações de uma parte significativa das pesquisas sobre voluntariado em nosso país.

O objetivo do trabalho foi definido pelos autores como: “Propor a ‘solidariedade crítica’ como valor a ser incorporado na agenda bioética do século XXI e como instrumento que guia as pessoas e associações na prática voluntária”. Para isso, foi feito um estudo das motivações para o voluntariado entre os voluntários do INCA, por meio de questionários aplicados a 110 colaboradores. Os dados quantitativos assim obtidos foram complementados por meio de entrevistas semi-estruturadas.

Constatou-se que, em relação ao perfil sócio-econômico, a mostra era composta predominantemente por mulheres (85,9%), acima de 40 anos (79%), aposentados (28%), profissionais liberais (23,8%) ou do lar (30,4%). Quanto ao grau de escolaridade, 41,9% têm nível superior e 37,2% têm segundo grau. Com relação ao estado civil, 40,5% das mulheres não têm companheiro¹² e 34,5% são casadas. A renda de 32,4% das voluntárias é entre cinco e

¹² O texto dos autores não especifica se essa porcentagem é constituída por solteiras, viúvas, divorciadas, etc.

10 salários mínimos e de 21,9%, acima de 10 salários mínimos. No cômputo geral, os autores concluem também que o estado civil é um fator que influencia a adesão à atividade voluntária, já que 50,5% dos voluntários são solteiros, viúvos ou divorciados.

Quanto às principais motivações que levam ao voluntariado, os autores as dividem em três tipos:

- a) *motivações pessoais relacionadas à vida do voluntário*, que incluem “dar sentido à própria vida”, “para ocupar o próprio tempo”, “para ter a possibilidade de comunicar-se”, “para superar o vazio da existência”, “para sentir-se melhor como pessoa”. Esse foi o terceiro grupo de motivações mais mencionado pelos voluntários (10,4%).
- b) *motivações decorrentes da crença professada*, entre as quais o “amor ao próximo” foi apontada por 56,2% dos voluntários, tanto kardecistas quanto católicos, fato que os autores atribuem à distribuição etária dos voluntários (82,9% com mais de 40 anos e 27,6% com mais de 60 anos).
- c) *motivações despertadas pelo sentimento de solidariedade* compõe o segundo grupo mais mencionado pelos voluntários. Entre elas destacam-se: “para ajudar pessoas”, “tornar as pessoas mais autônomas”, “contribuir com a sua parte como membro da sociedade”.

Os autores concluíram supondo, a partir de um posicionamento claramente político, ser necessária a “ruptura do modelo de voluntariado assistencial detectado. Isso implica em viabilizar os interesses, que egóicos, em geral, permeiam as práticas voluntárias”. Em lugar do assistencialismo, os autores propõem a incorporação, pelos voluntários, de uma “solidariedade crítica”, característica de um voluntariado “orgânico”¹³, politizado e comprometido em atender demandas específicas dos tempos atuais”.

¹³ Segundo os autores “O conceito de voluntariado orgânico... foi construído por analogia ao conceito de intelectual orgânico desenvolvido por Gramsci e é entendido como participação politizada, comprometida, ativa

Nessa pesquisa encontramos, portanto, uma ênfase em dois aspectos: (1) as motivações dos voluntários, consideradas predominantemente “assistenciais” e “egóicas” pelos autores; (2) a necessidade de ruptura com as formas mais tradicionais do voluntariado por meio de um trabalho que incida diretamente sobre tais motivações no sentido do desenvolvimento de uma solidariedade crítica e de um voluntariado orgânico.

Embora nossa pesquisa inevitavelmente contemple, de certa forma, os motivos que os entrevistados reconhecem como sendo aqueles que os levaram ao voluntariado hospitalar, não pretendemos trabalhar com o conceito de “motivação” como qualidade ou estado do sujeito. Do mesmo modo – já o dissemos anteriormente – não pretendemos propor uma forma “melhor”, mais “moderna” ou mais politizada de voluntariado, que substitua ou uniformize as já existentes. Ao contrário, procuraremos não fugir à diversidade discursiva dos voluntários. Deixaremos que eles “falem de si” antes de falarmos deles. Buscaremos, entretanto, nas falas analisadas, as articulações comuns que nos permitam compreender suas práticas no quadro institucional da contemporaneidade.

Se até aqui procuramos discorrer sobre o voluntariado hospitalar em suas relações com o tema do voluntariado em geral, isso não nos exime da necessidade de articular a questão do voluntariado à própria instituição hospitalar. Por isso, no próximo capítulo, nos preocuparemos em mostrar de que maneira o voluntariado e o hospital encontram-se historicamente ligados e, ainda, quais as consequências da compreensão desse fato para o modo como realizaremos nossa pesquisa.

III. AS ORIGENS DO HOSPITAL E DO VOLUNTARIADO HOSPITALAR

III. AS ORIGENS DO HOSPITAL E DO VOLUNTARIADO HOSPITALAR

Segundo Laima Mesgravis (1972, p.1) a origem do hospital remonta à da própria assistência social, como “produto característico da civilização ocidental, da ética cristã que procura influir na sociedade, tentando conciliar o princípio da igualdade essencial dos homens com as realidades econômicas e sociais que os dividem em classes”. Desde o início o hospital contou com formas do que hoje conhecemos como trabalho voluntário.

A história do hospital está tradicionalmente ligada a Fabíola, uma distinta e riquíssima matrona romana que viveu no século IV, e cuja penitência, relatada por Jerônimo, seu contemporâneo, foi mencionada num outro contexto por Michel Foucault, em “Técnicas de Si”¹⁴. A jovem Fabíola, depois de ter repudiado seu primeiro marido, um “homem vicioso”, divorciando-se pelas leis romanas, contrariou as ordens da Igreja ao se casar pela segunda vez. Após a morte de seu segundo marido, ela compareceu às portas da Basílica Laterana, em túnica penitencial, fazendo demonstração pública do arrependimento de seus pecados.

Depois disso Fabíola renunciou à vida mundana e dedicou a fortuna levantada pela venda de seus bens a atender às necessidades dos pobres e dos enfermos (NACHIMOWICZ, 2005)¹⁵. Fabíola fundou o primeiro hospital – ou *nosocomium* – em Roma e ali trabalhou, exercendo as mais humildes tarefas, assim descritas por Jerônimo:

“Voy ahora a pintar yo aquí las varias calamidades humanas: narices truncados, ojos arrancados, pies medio quemados, manos entumecidas, vientres hinchados,

¹⁴ FOUCAULT, M., 1982/1995, p. 83. No contexto: “La *exomologesis* no es una conducta verbal, sino un reconocimiento dramático del estatuto propio de penitente. (...) en las Epístolas de Jerónimo, hay una descripción de la penitencia de Fabiola, una aristócrata romana. Durante esos días, Fabiola se encuentra entre las filas de los penitentes. La gente lloraba con ella, confirmando una dimensión dramática a su castigo publico.” Vide explicação sobre *exomologesis* no capítulo V, subtítulo 5.3. **As técnicas de si.**

¹⁵ Texto acessado por meio do site http://emerides2.webcindario.com/diciembre_IV.htm, em 23/12/2005.

caderas atrofiadas, piernas turgentes y hervideros de gusanos que salieron de carnes carcomidas y pútridas? Cuantas veces [Fabiola] no cargó sobre sus hombros a miserables consumidos por la ictericia y la gangrena? Cuántos no lavó con sus manos la materia purulenta de las llagas que otro no se hubiera atrevido a mirar? Por su propia mano servía las comidas y a pequeños sorbos hacía beber a aquellos cadáveres vivientes.” (Apud MARTINEZ, 2005)¹⁶

Com a decadência econômica e política de Roma, o poder da antiga capital do Império se prolongou por meio da religião. A Igreja Católica tornou-se, a partir do terceiro século, uma poderosa instituição unificadora em toda a Europa que englobava, entre outras, instâncias administrativas como o papado e os bispados, juntamente com locais de práticas contemplativas e caritativas – que Foucault nos autoriza a chamar de práticas de si, ou de subjetivação, como as que eram exercidas nos monastérios.

Mesgravis (1972, p. 12-13) menciona o fato de as práticas caritativas terem se constituído como um importante fator de impulso ao prestígio da nova religião, causando um aumento estrondoso do número de conversões. Juntamente com a tarefa de assujeitamento à nova ordem, ou de constituição de novas formas de subjetividade, o princípio da caridade impulsionou ações cuja dimensão social, inédita até então, levou o Imperador Juliano, o Apóstata (361-363), a dizer para seus correligionários pagãos:

C'est une honte pour nous... , que parmi les juifs personne ne mendie et que les impies galiléens nourrissent non seulement leurs pauvres, mais encore les nôtres, qui paraissent ainsi privés des secours que nous devons leur fournir. (MESGRAVIS, 1972, p. 12)¹⁷

Numa tentativa frustrada de restabelecer o politeísmo como religião oficial Juliano, além de perseguir cristãos, construiu diversos hospitais. O de Constantinopla tornou-se um centro de preservação dos conhecimentos médicos da Antigüidade greco-romana (ANTUNES, 1991, P.45).

Afirma José Leopoldo Ferreira Antunes que a prática de “dormir em terreno consagrado”, herdada dos cultos a Asclépio desde a antigüidade grega, manteve-se por algum

¹⁶ Texto acessado por meio da página mantida pelo Taller Digital de la Universidad de Alicante. Disponível em: <<http://www.cervantesvirtual.com/portal/antigua>. Acesso em 23/12/2005.

tempo, na medida em que cristãos enfermos ainda procuravam as igrejas e sepulcros dos mártires para invocar o sonho pelo qual, segundo a crença pagã, eles se curariam.

O “sono sagrado” cristão, entretanto, não foi a forma institucional de atenção às enfermidades mais representativa do período. A partir do século IV dC, vários estabelecimentos destinados ao cuidado e abrigo dos doentes e necessitados foram fundados pelo clero em nome dos fundamentos da nova fê, e passaram a prestar modalidades diversas de assistência social. A rápida multiplicação desses estabelecimentos no mundo antigo foi estimulada pelos concílios de Nicéia, realizado no ano de 325, e de Cartago, em 398. O primeiro instruiu os bispos no sentido de receber e atender todas as classes de desprovidos que errassem pelas imediações de suas dioceses, criando um hospital em cada cidade, ao menos naquelas onde houvesse uma catedral. O segundo conclamou os bispos a manter, próximos às igrejas, estabelecimentos para o abrigo de peregrinos e outros viajantes. (ANTUNES, 1991, p. 45)

Foi, portanto, nesse contexto de embate político-ideológico, que os primeiros estabelecimentos hospitalares foram criados como lugares privilegiados para o exercício das práticas cristãs da caridade. Inicialmente, elas se desenvolviam em frentes muito mais diversificadas do que as atuais, abrangendo, além dos *Nosocomia* (enfermarias), os *Xenodochia* (hospedarias para viajantes), os *Gerontodochia* (asilos para idosos) e os *Brephotrophia* (para crianças abandonadas), *Orphanotrophia* (para orfãos), *Ptocotrophia* (para os pobres e desamparados) e *Lobotrophia* (para os inválidos e leprosos) (ANTUNES, 1991, p. 40).

Os primeiros *nosocomia*, ou enfermarias, estavam bem longe do que hoje conhecemos como hospitais. Ali as práticas piedosas suplantavam as médicas no cuidado com os doentes, pois a origem das doenças era atribuída ao castigo pelos pecados ou a provas de fé: “mais do que os medicamentos, seriam necessários o arrependimento dos pecados e a oração” (ANTUNES, 1991, p. 45). Os *Xenodochia* – mais tarde conhecidos como *hospitium* – assemelhavam-se a *Nosocomia*, pelo número de forasteiros doentes e moribundos que neles se abrigava. Podemos concordar com Antunes (Ibid., p. 47) quando ele diz que o traço descritivo

¹⁷ Tradução: “É uma vergonha para nós..., que entre os judeus ninguém mendiga e que os ímpios galileus [ou cristãos] nutrem não somente seus pobres, mas ainda os nossos, que parecem assim privados dos recursos que nós devemos lhes fornecer.”

de tais instituições, que seria derivado de seu caráter piedoso, era a *hospitalidade*, bem mais do que a *medicina*.

Durante a Alta Idade Média os mosteiros tornaram-se, além de postos avançados da Igreja no seio da Europa feudal, lugar de exercício e de desenvolvimento das práticas hospitalares. Dois fatos marcaram esse momento. Em primeiro lugar as idéias de Agostinho (354-430) que, ao propor uma reconciliação entre o cristianismo e a filosofia clássica, favoreceu também a reapropriação, por parte da Igreja, de conhecimentos médicos da Antigüidade greco-romana, tais como os deixados por Dioscórides, Hipócrates e Galeno de Pérgamo. Em segundo lugar a fundação, por Bento de Núrsia (480-547), de uma Ordem monástica – posteriormente conhecida como Ordem de São Bento – que tinha na assistência aos doentes uma de suas atividades principais: “Antes de tudo e acima de todas as coisas, há que se cuidar dos doentes, servi-los como ao Cristo, pois Ele dissera: ‘Eu estava doente e tu me visitaste!’” (ANTUNES, 1991, p. 54).

Apenas os monges foram inicialmente beneficiados por esse preceito da Regra Beneditina até que Cassiodoro (490-583), um patrício romano que aderiu ao monacato, promoveu a sua adoção em mosteiros de toda a Europa, assim como sua extensão a todos os pobres e necessitados. Cassiodoro foi também o responsável por uma ampla divulgação, tanto da medicina clássica, como de conhecimentos sobre ervas medicinais que ele mesmo compilara. Tudo isso favoreceu a formação de diversas outras ordens religiosas que se dedicaram, significativamente, aos cuidados com os enfermos.

Data de 816 a origem do termo “hospital”, para designar o estabelecimento nos quais se cuida de doentes. Isso decorreu de uma determinação do Concílio de Aachen (Aix-la-Chapelle) que, pela primeira vez, utilizou a tradução latina do termo grego *Nosokhomeion*, ou seja, *Hospitalis pauperum*. Os *Xenodochia* passaram, também nessa época, a ser nomeados como *Hospitium*.

Na Baixa Idade Média as Cruzadas tiveram importante papel renovador da fé e das práticas da caridade cristã, o que levou a uma ampliação da instalação dos hospitais, desde a Europa ocidental até a Terra Santa. Os beneditinos e ordens monásticas posteriores, como os franciscanos, espalharam por todas as vias de peregrinação e rotas comerciais seus conventos, com suas práticas de cuidados aos doentes, pobres e viajantes.

Do ponto de vista arquitetônico os planos de construção dos hospitais de então pouco diferiam das igrejas e basílicas, o que levou Thompson e Goldin (1975, apud ANTUNES, 1991, p. 60) a afirmarem “que seria difícil classificar cada prédio, através de seus vestígios atuais, em uma ou outra dessas categorias”. Toda a organização arquitetônica visava promover as práticas litúrgicas e a administração de sacramentos, não uma medicina voltada para a cura. Tal mudança só ocorreria, como veremos adiante, no século XVIII, quando a instituição hospitalar foi capturada pela racionalidade médica. Segundo Foucault, em “O Nascimento do Hospital”:

O hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar. Houve, de fato, na história dos cuidados no Ocidente, duas séries não superpostas; encontravam-se às vezes, mas eram fundamentalmente distintas: as séries médica e hospitalar. O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, uma prática não-hospitalar. (FOUCAULT, 1979, P. 101)

Dois fatos são particularmente importantes nesse período de mudança. O primeiro foi a criação, no século XI, em Salerno, Itália, da primeira escola especificamente voltada para a formação de médicos leigos. Posteriormente, outros centros de formação médica foram sendo fundados, inicialmente em Bolonha, Paris, Montpellier e, depois, em Pádua, Salamanca, Cambridge, Toulouse, Avignon, Praga e Florença (ANTUNES, 1991, P. 69-70).

Entrementes as práticas hospitalares medievais começavam a entrar em declínio, na medida em que avançava o processo de decadência econômica e da Igreja, juntamente com a corrupção das ordens monásticas. Isso nos leva ao segundo fato que gostaríamos de destacar, que foi a paulatina laicização dos hospitais. Isso se deu durante o reflorescimento das cidades

européias, a partir do século XII, ocasião em que reis, príncipes e municipalidades criaram os primeiros hospitais estatais. Surgiam, nesse momento, também as chamadas *confrarias*, originadas nas corporações. Essas *irmandades* que eram, inicialmente, destinadas a suprir necessidades assistenciais apenas dos membros das corporações foram, aos poucos, assumindo maiores responsabilidades no campo da assistência social em geral, construindo hospitais destinados a todos, sem distinção social.

Se a sustentação econômica, assim como a finalidade social dos hospitais, sofreu uma mudança nesse período, a administração de uma boa parte deles continuou a cargo de ordens religiosas. Já não se tratava, porém, de lugares unicamente voltados para o exercício da caridade cristã, mas de estabelecimentos que procuravam dar conta das questões sociais que emergiram com o êxodo rural, que povoou as cidades com uma massa de miseráveis indigentes, famintos e portadores das mais diversas moléstias. A emergente racionalidade da burguesia, a nova classe abastada, começava a associar a pobreza à ociosidade e ao vício, e isso contribuiu ainda mais para o desprestígio dos antigos hospitais medievais.

3.1. De Instituição Religiosa a Instituição Médica

Nos países afetados pela Reforma, a oferta voluntária de recursos materiais às obras de caridade foi substituída pelo pagamento de impostos destinados a financiar todo um sistema de assistência social unificado sob a jurisdição das autoridades estatais. Em 1439 o Kaiser Sigismundo da Alemanha decretou que fossem contratados médicos municipais, para atender gratuitamente aos pobres. A partir do século XVI começa-se a atribuir a diminuição de permanência dos doentes no hospital ao médico, cuja presença representaria, portanto, uma economia para o erário público. No século XVII, na cidade holandesa de Leyden, os hospitais começaram a ser vistos como centros para estudo e ensino da medicina.

Na Europa católica, porém, a Contra-Reforma uniu Igreja e autoridades civis para ampliar a rede hospitalar. Novas ordens religiosas hospitalarias foram criadas mas, desta vez – a exemplo do que ocorrera nos países baixos, ainda no século XIII, com as ordens das Beguinhas e dos Begardos – elas eram formadas por leigos, que não assumiam votos monásticos.

Data de 1498 a fundação da Irmandade de Invocação a Nossa Senhora de Misericórdia de Lisboa, as Misericórdias Portuguesas, pela Rainha D. Leonor de Lencastre, instituição que unia “a influência moral da Igreja”, “o patrocínio real” e “a consciência social e cívica da burguesia” (MESGRAVIS, 1972, p. 29). O credo espiritual desta irmandade baseava-se nas 14 “Obras de Misericórdia” definidas por São Tomás de Aquino, sendo sete delas “espirituais” e as outras sete, “corporais”. A segunda destas Obras Corporais era “*curar os enfermos*”, o que, no caso, significava a unificação de todo o antigo sistema hospitalar português sob as ordens do Rei, assim como a construção e manutenção de novos hospitais. Como vimos no capítulo anterior, tal instituição teve uma importância centralizadora fundamental, como braço assistencial da Coroa Portuguesa em todo o Império Ultramarino e, especialmente, no Brasil.

Na França, o Hôtel-Dieu de Paris figurou como exemplo de uma instituição que, administrada por religiosos e apegada a seu propósito caritativo medieval, tornou-se inviável. A simples hospitalidade já não bastava para atender à avassaladora quantidade de necessitados que se amontoava em seus pavilhões, precariamente instalados numa construção que se expandira desordenadamente, desde a antiga Catedral de Notre-Dame na Île de France, até a outra margem do Sena, ocupando inclusive uma ponte, a Pont au Double. Ao fim do século XVIII ele havia se tornado, mesmo para a população pobre, não mais que um “morredouro e local infecto” e, para os novos administradores públicos, “o protótipo de tudo que os hospitais deveriam evitar” a partir de então (ANTUNES, 1991, p. 142).

Durante a Revolução Francesa, em nome da prevalência dos ideais humanitários de liberdade, igualdade e fraternidade sobre o preceito da caridade, os hospitais foram quase extintos na França. Sobre esse fato, Foucault (1963/1980, P. 47-48) observa que “até Termidor, a Convenção pensará no problema da assistência e do hospital sobretudo em termos de supressão”, sendo tal instituição considerada como “uma solução anacrônica que não responde às necessidades reais da pobreza e que estigmatiza o doente em sua miséria”. Isso porque haveria, no cumprimento dos objetivos da Revolução, “um estado ideal em que o ser humano não conhecerá mais o esgotamento dos trabalhos penosos, nem o hospital que conduz à morte”.

Nesse movimento as corporações e congregações religiosas hospitalares, eclesiásticas e leigas, foram dissolvidas e os hospitais passaram à administração estatal. Todavia, as mesmas pessoas que já antes prestavam serviços, em sua maioria voluntários, foram autorizadas a continuar “o serviço dos pobres e o cuidado dos doentes a título individual, sob vigilância dos corpos municipais e administrativos” (ARCHIVES PARLEMENTAIRES, apud Foucault, 1963/1980, p. 47). Esse fato, juntamente com a proibição do exercício de práticas curativas por parte dos religiosos, abriu caminho para a constituição de uma nova organização hospitalar.

A racionalidade que emergia juntamente com o Estado Moderno impunha que, ao hospital, fossem atribuídos novos objetivos e uma nova organização, e isso sob pena de extinção de tal instituição, que se tornava cada vez mais anacrônica. Enquanto isso, do ponto de vista da medicina, nada fazia prever, até então, que o hospital pudesse se constituir em dispositivo do saber médico e, ao mesmo tempo, modo de produzir a cura. Pelo contrário, a verdade da doença, buscada pelo médico, estava fora do hospital, assim como qualquer possibilidade de restabelecimento da saúde do doente.

A medicina clássica – medicina das espécies de doenças – era exercida com maior propriedade no âmbito domiciliar, onde a doença verdadeira poderia se manifestar e ser combatida. O hospital era considerado como capaz de provocar um efeito desorganizador sobre a doença, dificultando ou impedindo que ela aparecesse em sua “verdade”, o que seria essencial para a cura. Nas palavras de Foucault, em “O Nascimento da Clínica”, citando diversos tratados médicos do século XVIII:

O hospital, como a civilização, é um lugar artificial em que a doença, transplantada, corre o risco de perder seu aspecto essencial. Ela logo encontra nele um tipo de complicação que o médicos chamam febre das prisões ou dos hospitais [...]. De modo mais geral, o contato com os outros doentes, nesse jardim desordenado em que as espécies se entrecruzam, altera a natureza da doença e a torna dificilmente legível. [...] Esta solidão povoada e este desespero perturbam, com as sadias reações do organismo, o curso natural da doença; seria preciso um médico de hospital bastante hábil “para escapar do perigo da falsa experiência que parece provir das doenças artificiais a que ele deve prestar cuidados nos hospitais. Com efeito, nenhuma doença de hospital é pura”.

O lugar natural da doença é o lugar natural da vida – a família: doçura dos cuidados espontâneos, testemunho do afeto, desejo comum da cura, tudo entra em cumplicidade para ajudar a natureza que luta contra o mal e deixar o próprio mal se desdobrar em sua verdade; o médico do hospital só vê doenças distorcidas, alteradas, toda uma teratologia do patológico; o que atende a domicílio “adquire em pouco tempo uma verdadeira experiência fundada nos fenômenos naturais de todas as espécies de doenças”. (FOUCAULT, 1963/1980, p. 17-18)

Foi preciso, portanto, que novas formas de governo se estabelecessem, sucedendo ao poder régio do antigo regime, para que o hospital e a medicina reunissem suas práticas sob um denominador comum, que Foucault chamou de disciplina. A disciplina, ou poder disciplinar, não é uma técnica médica, mas uma técnica política, que constitui a medicina como saber sobre os espaços, ou práticas que organizam espaços, sejam elas referentes ao corpo, aos lugares públicos, ou às edificações:

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. (...) As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas. (FOUCAULT, 1979, p. 107)

Corpo e território enfim coincidem, no chamado “biopoder”. O corpo de cada paciente é o território no qual se desenvolve a doença, daí o fato de a pergunta inicial do médico não

ser mais “*o que você tem?*”, mas “*onde dói?*” (FOUCAULT, 1963/1980, p. XVIII). O olhar do médico que busca a causa da doença é dirigido para o lugar da dor no corpo do paciente, e é assim que ele traça as estratégias da cura. E o olhar do médico também vai buscar as causas da doença mais além, nos espaços públicos, rastreando os riscos representados pelos focos endêmicos e pelos deslocamentos das epidemias.

O hospital tornou-se objeto de reformas que iriam, aos poucos, afastá-lo de seus objetivos caritativos e religiosos e transformá-lo em um espaço de exercício do olhar e do saber da medicina. Desse ponto de vista fazia-se necessária a problematização da distribuição de espaços e de fluxos, para evitar os deslocamentos indesejáveis de doenças e de doentes. Todo o âmbito hospitalar passou a ser regido pela necessidade de dispor as condições necessárias à observação e à vigilância.

Ao passo que o doente foi imobilizado em seu leito, o médico passou a se deslocar pelas alas do hospital, arrastando atrás de si seu cortejo de assistentes, alunos, enfermeiros e outros, durante o ritual das visitas. O olhar do médico – como contraponto ao olho anatómico no corpo do doente – movimenta-se e examina, identifica e detecta o inimigo a ser combatido. E ainda, tudo deve ser registrado, de modo a tornar o hospital um lugar de estudo e de pesquisa, ou seja, de produção da verdade sobre a saúde e a doença.

Mas se a “saúde substitui a salvação” (FOUCAULT, 1963/1980, p. 228), no movimento de trazer a medicina para a cena central do hospital, isso não impediu que, num primeiro momento, a reabilitação da cena hospitalar na racionalidade moderna tenha sido feita com uma certa reverência às origens religiosas e caritativas da instituição:

O domínio hospitalar é ambíguo: teoricamente livre e aberto à indiferença da experimentação (...) ele está sobrecarregado de obrigações e limites morais, em virtude do contrato surdo – mas decisivo – que liga o homem em geral a sua miséria em sua forma universal. (...) ‘É penetrando nos asilos, onde languescem juntas a miséria e a doença, que ele [médico] sentirá emoções dolorosas, a comiseração ativa, o desejo ardente de levar o alívio e o consolo, o prazer íntimo que nasce do sucesso e que o espetáculo da felicidade espalhada aumenta. É aí que ele aprenderá a ser religioso, humano, compassivo.’”¹⁸ (Ibid., p. 95)

¹⁸ Foucault citava MÈNÉRET, ensaio sobre a formação do médico datado de 1791.

Aos poucos, portanto, a progressiva disciplinarização que uniria as práticas hospitalares e as médicas transformariam o hospital, de lugar de assistência aos pobres, em instituição voltada para o exercício e o desenvolvimento de uma ciência voltada para a cura. A vida do corpo produtivo, capacitado para o trabalho que produz riquezas, tornou-se mais importante que a vida espiritual que visa a eternidade, no céu. Critérios médicos e administrativos substituíram a primitiva disposição caritativa. Na formação médica, a vocação piedosa deu lugar à competência técnica.

Não seriam mais pessoas religiosas mas agentes capacitados, profissionais de medicina e de enfermagem, os que protagonizariam a cena hospitalar. Para dar conta do que excederia ao âmbito da medicina, incorporar-se-iam agentes de apoio: assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos etc. A necessidade de registros levaria ao aumento nos quadros de pessoal administrativo. A pesada máquina hospitalar e a necessidade de vigilância dos fluxos, das entradas e das saídas, dos materiais e das pessoas, demandaria o trabalho técnico e braçal de diversas outras categorias profissionais. Juntamente com isso, o hospital adquiriria novas feições arquitetônicas e um novo significado social.

É nesse contexto de alta complexidade técnica que hoje se fala de “humanização” hospitalar. Os que defendem a humanização partem do pressuposto de que o hospital tornou-se excessivamente “frio”, deixou de ser “acolhedor”, acabou por ser uma instituição voltada para o tratamento da doença, e não da pessoa doente. É preciso que o hospital volte a ser mais “hospitaleiro” e, para isso, muitas vezes, apela-se para o voluntariado hospitalar:

3.2. O voluntariado e o hospital contemporâneo

A história dos hospitais nos mostra que, por impiedosas que hoje nos pareçam, as práticas hospitalares nunca deixaram de ser humanas. Se na Idade Média as práticas da Caridade e a hospitalidade tinham o selo político-ideológico da Igreja Católica, os cuidados

médicos e hospitalares da atualidade trazem a marca do que é próprio à racionalidade regida pelas relações de poder de nossa época. Nada é mais humano que as práticas do poder, seja lá qual for a sua forma histórica.

Nessa perspectiva entendemos que o tema da “humanização” hospitalar não corre na contramão da história do hospital, mas é contíguo a ela. Ambos estão articulados ao discurso ético e político secularizado da modernidade no qual o homem, no lugar de Deus, é o juiz e a medida de toda a prática e de todas as relações sociais de ajuda. O que se apresenta, muitas vezes, como o resgate de uma *hospitalidade* perdida, não nos parece mais do que um efeito da própria disciplinarização hospitalar. Trata-se de um excesso que a medicina não pode administrar, uma pletora de expressões de dor e de lamentos, de queixumes e de exigências; enfim, de todas as vozes às quais o hospital tornou-se surdo.

Do mesmo modo podemos dizer que a Caridade, como conjunto de práticas fundadas no mandamento religioso, foi secularizada para atender a novos objetivos políticos. O voluntariado, com tudo o que ele implica historicamente, é o produto dessa secularização. O texto de Aléxis de Tocqueville, citado por Douglas Evangelista¹⁹ em conferência proferida no I Congresso Brasileiro de Voluntariado, em 2001, é emblemático nesse sentido:

Na ausência do entusiasmo de uma fê ardente, grandes sacrifícios poderão ser obtidos dos membros da comunidade em geral através do apelo à sua compreensão e sua experiência; cada indivíduo sentirá a mesma necessidade de unir-se ao seu próximo para assim proteger a sua própria debilidade, e na medida em que confia que o próximo está para atendê-lo, ele saberá que também deve cooperar; e perceberá imediatamente que seu interesse pessoal está identificado com o interesse de sua comunidade. (PEREZ; JUNQUEIRA, 2002, p. 26)

Se nos empenhamos até aqui em percorrer as raízes históricas do voluntariado e do hospital, não foi para concluirmos *a-priori* pela superioridade de um voluntariado hospitalar “moderno”, capaz de promover a “humanização” hospitalar. Sobre a questão da modernização, fazem-se pertinentes as seguintes palavras do sociólogo Zygmunt Bauman:

De fato, pode-se definir a modernidade como a época, ou o estilo de vida, em que a colocação em ordem depende do dismantelamento da ordem “tradicional”,

¹⁹ Diretor Regional do Programa de Voluntariado das Nações Unidas.

herdada e recebida; em que “ser” significa um novo começo permanente. (...) No todo, o estado de “começo permanente” gera sempre novos alvos, “aperfeiçoados”, de pureza e a cada novo alvo ficam de fora novas categorias de “sujeira” – uma “sujeira” desconhecida e sem precedentes. (...) já nada parece seguro: a incerteza e a desconfiança governam a época. (BAUMAN, 1998, p. 20)

Em nossa análise das entrevistas dos voluntários, insistimos, não nos colocaremos na posição de defesa de uma ou outra forma mais aperfeiçoada de voluntariado, contra a “sujeira” do assistencialismo e da religiosidade das formas mais tradicionais. Isso não caberia em um trabalho dessa natureza. Do mesmo modo, se buscamos na história elementos indispensáveis à compreensão das práticas do voluntariado hospitalar contemporâneo foi para mostrar como ele se constituiu, em suas diversas formas, como resposta efetiva a racionalidades políticas específicas, não necessariamente contínuas.

Para ilustrar o quanto estamos distantes da primeira Caridade, lembremos de que nenhum voluntário hospitalar contemporâneo, ao menos em circunstâncias normais, se espelharia totalmente na figura de Fabíola. Tocar em doentes como ela fazia é, hoje, um atentado às nossas mais caras normas de higiene e, por isso mesmo, ação que só é legítima e aceitável quando realizada por médicos e enfermeiros. Além disso, a culpa e a reparação em nossa época, como bem nos diz a teoria psicanalítica, tomaram formas bem diferentes da penitência pública. Sendo assim, seria muito apressado concluir que as obras de “Caridade” dos primeiros séculos da era cristã sejam equivalentes ao trabalho voluntário moderno. Os modos de produção de subjetividade são históricos, assim como as práticas que os sustentam.

A questão que se coloca então é: se a saúde, como vimos, substituiu a salvação no discurso médico, o que se pode dizer do voluntariado? E mais ainda, o que podemos nós, dentro de um certo modo de fazer psicologia, dizer sobre o processo de produção do voluntariado hospitalar contemporâneo como modo de subjetivação?

Esse modo de fazer psicologia a que nos referimos é pautado por uma referência explícita à Psicanálise, como um certo saber sobre o sujeito, e a uma prática de pesquisa que tem a análise de discursos, formulada por Marlene Guirado, como método. Sendo assim, faz-

se necessário resgatar contribuições psicanalíticas que possam nos ajudar na discussão do voluntariado hospitalar como prática relacionada a certos modos de subjetivação.

Acreditamos que a psicologia do amor em Freud, tal como delineada em “Sobre o Narcisismo” e, mais tarde, em “Mal-estar na civilização”, pode ser de valor para a compreensão do voluntariado, em seus aspectos subjetivos, pelo questionamento que esses textos provocam sobre o que está envolvido no “amor ao próximo”. Já as considerações de Françoise Dolto, em torno de algumas passagens dos evangelhos, nos colocam de frente para a questão, raramente abordada com a devida profundidade, que é a da caridade, não mais a medieval, mas a caridade do homem contemporâneo com suas vicissitudes. Diz essa autora:

A organização social nasceu de um sentimento de caridade, mas agora todos os representantes dessas instituições são pagos, seu trabalho tornou-se anônimo e a cordialidade que se manifesta entre o samaritano e o homem roubado, entre o representante da instituição e o que recebe assistência, desapareceu completamente. [...] É a emoção de compaixão que faz a comunicação interpessoal entre os homens. [...] Quando não há emoção é porque o serviço se transformou em instituição, ou porque o encontro não foi único, insólito como na parábola, mas tornou-se um hábito, um “trabalho mecânico” ou uma profissão apaixonante. Nesse caso, o assistido é apenas um objeto. Não há mais relação humana. (DOLTO, in SÉVÉRIN, 1979, p. 148-149)²⁰

O amor ao próximo de que Dolto trata, com base em Freud, é o amor possível, ou seja, aquele que nos é facultado como prática na contemporaneidade. Esses autores serão discutidos no capítulo que se segue.

²⁰ Comentários de Dolto à parábola do “bom samaritano”, segundo o evangelho de Lucas.

IV. A PSICANÁLISE, O AMOR E O VOLUNTARIADO

IV. A PSICANÁLISE, O AMOR E O VOLUNTARIADO

“O voluntariado é um hábito do coração.”

Ruth Cardoso, parafraseando Aléxis de Tocqueville na abertura do I Congresso Brasileiro do Voluntariado, 2001.

A palavra “voluntário” implica uma “escolha” baseada numa certa “vontade” ou “interesse pessoal”. Esse fato, por sua vez, supõe o que chamamos de “liberdade”, como *status* de um sujeito “livre” quanto à opção de se engajar, ou não, a uma prática voluntária. A perspectiva em que nos colocamos é a de questionar a natureza desta suposta liberdade. O que constitui tal vontade e tal liberdade? Se, diferente da profissão – ou atividade remunerada – a atividade voluntária não visa a sobrevivência material da pessoa, mas o bem-estar de outrem, o que a mobiliza? Seria, por acaso, uma espécie de ganho, ou “mais valia” a incidir sobre a subjetividade do voluntário? Se for, de que tal mais valia é feita? Isso explicaria os tão decantados efeitos terapêuticos atribuídos ao voluntariado como, por exemplo, um sentido de bem-estar e de realização pessoal?

Poucas teorias no mundo “psi” foram além da constatação dos chamados benefícios da atividade voluntária. A bem dizer, apenas a psicanálise oferece instrumental necessário ao questionamento do amor à humanidade e do altruísmo atribuídos ao voluntariado. Freud foi além de qualquer outro teórico contemporâneo na tentativa de compreender o que constitui o “*agape*”²¹. Ele desconstruiu, a partir da teoria psicanalítica, o mandamento judaico-cristão do amor ao próximo, ao questionar a própria possibilidade de seu cumprimento. E ele o fez no mesmo momento em que discutiu o “mal-estar” na civilização.

²¹ Palavra originada no idioma grego (agapé), cujo sentido é o mesmo da palavra latina *caritas*: amor ao próximo regido por princípios divinos. Vide cap. II, 2.1.1..

O que nos interessa, nesse momento, é a psicanálise como “*leitura da subjetividade e de seus impasses na modernidade*” (BIRMAN, 2005, p. 17). Concordamos, portanto, com Joel Birman, quando ele diz:

[...] os discursos forjados por Freud para enunciar a questão da subjetividade no campo da civilização (no sentido universalista), foram na verdade comentários tecidos sobre a condição do sujeito na modernidade. É preciso considerar essa especificidade na leitura freudiana sobre a civilização, para dar a esta leitura toda a espessura de sua relatividade histórica e retirá-la, em contrapartida, do ingênuo estatuto de totalizações inconsistentes e abstratas. É preciso, portanto, explicitar que as interpretações freudianas sobre os impasses do sujeito no mundo da civilização constituem, de fato e de direito, comentários críticos sobre a inscrição do sujeito na modernidade. (Ibid., p. 123)

No presente capítulo nossa proposta é a de trabalhar, primeiramente, com dois textos de Freud que acreditamos ser importantes na discussão do “amor ao próximo”. O primeiro enfoca esse tema pela via do narcisismo e o segundo pela via do mandamento – “Amarás teu próximo como a ti mesmo” – que Freud relaciona à primazia da pulsão de morte sobre Eros, ou a pulsão de vida. Finalmente, abordaremos a análise de duas passagens dos evangelhos realizadas por Françoise Dolto, que acrescentam novas derivações à teoria freudiana.

4.1. A escolha narcísica do objeto

Em “Sobre o Narcisismo: uma introdução”, texto de 1914²², Freud aponta a necessidade de uma revisão do conceito tradicional de narcisismo à luz das observações feitas por psicanalistas. Se, até então, o narcisismo era encarado apenas como uma perversão, Freud propõe um novo enfoque que o coloca, como “complemento libidinal do egoísmo do instinto de auto-preservação” (FREUD, 1917/1997), na condição de fator constituinte primário da psique.

O narcisismo primário está ligado à auto-preservação, na medida em que se desenvolve por meio de um investimento libidinal de funções ligadas à preservação da vida da criança

²² O texto “Sobre o Narcisismo: uma introdução” utilizado para esse capítulo foi extraído da Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud em CD-ROM, por isso não haverá numeração das páginas nas citações.

como, por exemplo, a da alimentação. Em outras palavras, o investimento libidinal do instinto de auto-preservação é a condição primordial para o estabelecimento do ego e é a partir dele que se pode falar em narcisismo primário. O auto-erotismo é, nesse sentido, a base do narcisismo, assim como as funções vitais são anteriores à própria constituição do ego.

É a partir da fixação original da libido aos instintos ligados à auto-preservação que se desenvolve o que Freud denomina “a libido do ego” que, posteriormente, é transmitida a objetos; do mesmo modo, diz Freud, “como o corpo de uma ameba está relacionado com os pseudópodes que produz” (FREUD, 1914/1997). As catexias objetais, porém, são transmitidas e retiradas de tal forma que passa a haver uma antítese entre libido do ego e libido objetal; ou seja, quanto mais a libido se volta para objetos externos, mais a libido do ego “se esvazia”, e vice-e-versa.

Isso implica dizer que, mesmo que o ego tenha se formado, há sempre um narcisismo latente, podendo haver um eventual retorno a essa posição em determinadas circunstâncias. Esse é o caso, por exemplo, quando alguém adoece:

É do conhecimento de todos, e eu o aceito como coisa natural, que uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento. Uma observação mais detida nos ensina que ela também retira o interesse *libidinal* de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar. (FREUD, 1914/1997, grifo do autor)

Do mesmo modo, o sono também leva a uma retirada narcisista da libido em direção ao ego, ou ao desejo de dormir. Ambos são movimentos da libido considerados aceitáveis e normais, aos quais todas as pessoas estão sujeitas.

Existem, porém, casos em que a libido é represada no ego, o que dá origem às *neuroses narcísicas*, que correspondem às psicoses, ao passo que as *neuroses de transferência* – histeria, neurose obsessiva e histeria de angústia – resultam de uma fixação da libido nos objetos.

Também no que se refere à escolha do objeto amoroso Freud estabelece uma diferença entre o tipo narcisista e o tipo anaclítico, ou de ligação. A escolha de tipo narcísico, mais comum entre as mulheres, é derivada das primeiras experiências de satisfação dos instintos de autopreservação na infância e parte de uma necessidade maior de ser amado do que de amar. Nesse tipo de escolha a pessoa ama-se através do outro; ou seja, ela pode amar, por meio do objeto escolhido, o que ela mesma é, foi ou gostaria de ser, ou alguém que um dia foi parte dela mesma. Já a escolha de tipo anaclítico tem em sua base a ligação libidinal com aqueles que se preocuparam com sua alimentação, cuidados e proteção. Nesse caso a escolha do objeto amoroso recairá sobre alguém que substitua seus primeiros cuidadores, ou a mãe, ou o pai.

De qualquer forma, toda e qualquer relação amorosa tem uma base narcísica. Mesmo quando, aparentemente, há uma total desvalorização de si mesmo em função do objeto amado, o que se pretende é uma satisfação da libido do ego. É o caso, por exemplo, do amor que pais afetuosos demonstram em relação aos seus filhos. Trata-se, segundo Freud, de uma idealização, ou supervalorização, narcísica da criança, na medida em que ela é vista como capaz de satisfazer reivindicações que eles mesmos foram forçados a abandonar durante o seu desenvolvimento psíquico:

A criança terá mais divertimentos que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – “Sua Majestade o Bebê”, como outrora nós mesmos nos imaginávamos. [...] O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior. (FREUD, 1914/1997)

Freud acredita que a necessidade de repressão da libido em função das exigências sociais tenha a origem na constituição de um *ego ideal*, que se torna o herdeiro de toda a perfeição e do valor dos quais o ego infantil outrora desfrutou. Ou seja, esse ego ideal é o substituto do narcisismo perdido da infância, no qual a própria criança era o seu ideal. Ele se

manifesta e se auto-preserva pela repressão de tudo aquilo que, mesmo partindo do próprio sujeito, pode diminuí-lo ou colocá-lo em risco. É por isso que Freud diz que a repressão provém do amor próprio.

Essa formação de um ideal está relacionada a um outro processo psíquico, característico da fase de latência, que implica numa deserotização do ego. Esse processo é denominado *sublimação*:

A sublimação é um processo que diz respeito à libido objetal e consiste no fato de o instinto se dirigir no sentido de uma finalidade diferente e afastada da finalidade da satisfação sexual; nesse processo, a tônica recai na deflexão da sexualidade. [...] Na medida em que a sublimação descreve algo que tem que ver com o instinto, e a idealização, algo que tem que ver com o objeto, os dois conceitos devem ser distinguidos um do outro.

[...] Um homem que tenha trocado seu narcisismo para abrigar um ideal elevado do ego, nem por isso foi necessariamente bem-sucedido em sublimar seus instintos libidinais. É verdade que o ideal do ego exige tal sublimação, mas não pode fortalecê-la; a sublimação continua a ser um processo especial que pode ser estimulado pelo ideal, mas cuja execução é inteiramente independente de tal estímulo. [...] Como vimos, a formação de um ideal aumenta as exigências do ego, constituindo o fator mais poderoso a favor da repressão; a sublimação é uma saída, uma maneira pela qual essas exigências podem ser atendidas sem envolver repressão. (FREUD, 1914/1997)

A sublimação é, portanto, um processo que, sem abdicar de um investimento narcísico do ego, prescinde da repressão da libido, já que leva o instinto a ser desviado de sua finalidade sexual em relação a um objeto específico, substituindo-a por objetivos socialmente mais valorizados. Segundo Freud, a sublimação é o que leva às mais nobres realizações da humanidade, quer estas ocorram no campo das artes, da ciência ou da cultura em geral.

Na medida em que contribui para a realização do ideal do ego sem que seja necessária a repressão, a sublimação deve contribuir também para a auto-estima, na medida em que esta é resultante de “tudo o que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tenha confirmado”; e, ainda, que:

Uma parte da auto-estima é primária — o resíduo do narcisismo infantil; outra parte decorre da onipotência que é corroborada pela experiência (a realização do ideal do ego), enquanto uma terceira parte provém da satisfação da libido-objetal. (FREUD, 1914/1997)

Ao contemplar, de uma certa forma, todos esses aspectos ligados ao narcisismo, a sublimação torna-se um processo privilegiado na compreensão não apenas da auto-estima,

mas também do que podemos chamar de “amor altruísta”. Poderíamos dizer, até aqui, que segundo a teoria freudiana, sem os processos de narcisização relacionados à sublimação, não há amor ao próximo. Freud se estenderá bem mais, porém, sobre esse tema num ensaio posterior, que abordaremos a seguir.

4.2. O amor ao próximo no crivo da pulsão de morte

No texto “Mal-estar na civilização”, publicado em 1930, Freud parte da constatação de que o amor sexual constitui-se em fonte de infelicidade a partir do momento em que depende de um objeto para sua satisfação. O medo da perda e da rejeição por parte do objeto amado é o que teria levado determinadas pessoas dotadas, segundo ele, de uma “constituição especial”, a buscarem a felicidade “no caminho do amor”:

Essas pessoas se tornam independentes da aquiescência de seu objeto, deslocando o que mais valorizam do ser amado para o amar; protegem-se contra a perda do objeto, voltando seu amor, não para objetos isolados, mas para todos os homens, e, do mesmo modo, evitam as incertezas e as decepções do amor genital, desviando-se de seus objetivos sexuais e transformando o instinto num impulso com uma *finalidade inibida*. Ocasionalmente assim, nelas mesmas, um estado de sentimento imparcialmente suspenso, constante e afetuoso, que tem pouca semelhança externa com as tempestuosas agitações do amor genital, do qual, não obstante, se deriva. Talvez São Francisco de Assis tenha sido quem mais longe foi na utilização do amor para beneficiar um sentimento interno de felicidade. (FREUD, 1930/1997, p. 56, grifo do autor)

Freud (Ibid., p. 57) associa essa “técnica” para realizar o princípio do prazer à religião, o que, segundo ele, remete às “remotas regiões em que a distinção entre o ego e os objetos, ou entre os próprios objetos, é desprezada”. Freud apresenta, porém, já nesse momento, duas objeções ao que ele inicialmente chama de “um determinado ponto de vista ético”, segundo o qual essa “disposição para o amor universal pela humanidade e pelo mundo” seria a mais alta conquista humana:

“Um amor que não discrimina”, diz ele, “me parece privado de uma parte de seu próprio valor, por fazer uma injustiça a seu objeto, e, em segundo lugar, nem todos os homens

são dignos de amor”. Sobre essas duas objeções, ele se estenderá, como veremos, ao falar sobre o mandamento do amor ao próximo (FREUD, 1930/1997, p. 57).

Mesmo assim, Freud não deixa de afirmar que o amor inibido em sua finalidade erótica acaba por constituir a base das amizades “que se tornam valiosas, de um ponto de vista cultural, por fugirem a algumas das limitações do amor genital como, por exemplo, a sua exclusividade” (FREUD, 1930/1997, p. 58).

Mais adiante, no capítulo V de “O mal-estar na civilização”, Freud discute a exigência ideal formulada no mandamento “Amarás a teu próximo como a ti mesmo”. Em primeiro lugar, Freud questiona a possibilidade de cumprimento desse mandamento pela via, já apontada no texto de 1914, do narcisismo:

Ela merecerá meu amor, se for de tal modo semelhante a mim, em aspectos importantes, que eu me possa amar nela; merecê-lo-á também, se for de tal modo mais perfeita do que eu, que nela eu possa amar meu ideal de meu próprio eu (*self*). Terei ainda de amá-la, se for o filho de meu amigo, já que o sofrimento que este sentiria se algum dano lhe ocorresse seria meu sofrimento também — eu teria de partilhá-lo. Mas, se essa pessoa for um estranho para mim e não conseguir atrair-me por um de seus próprios valores, ou por qualquer significação que já possa ter adquirido para a minha vida emocional, me será muito difícil amá-la. Na verdade, eu estaria errado agindo assim, pois meu amor é valorizado por todos os meus como um sinal de minha preferência por eles, e seria injusto para com eles, colocar um estranho no mesmo plano em que eles estão. Se, no entanto, devo amá-lo (com esse amor universal) meramente porque ele também é um habitante da Terra, assim como o são um inseto, uma minhoca ou uma serpente, receio então que só uma pequena quantidade de meu amor caberá à sua parte — e não, em hipótese alguma, tanto quanto, pelo julgamento de minha razão, tenho o direito de reter para mim. (Ibid., p. 65)

Partindo do pressuposto da impossibilidade e da falta de razoabilidade de um mandamento que fere tão frontalmente a nossa constituição narcísica, Freud passa a dirigir sua argumentação para uma outra via, que vai em direção a um de seus últimos conceitos, a pulsão de morte:

Não meramente esse estranho é, em geral, indigno de meu amor; honestamente, tenho de confessar que ele possui mais direito a minha hostilidade e, até mesmo, meu ódio. [...] Se disso ele puder auferir uma vantagem qualquer, não hesitará em me prejudicar; tampouco pergunta a si mesmo se a vantagem assim obtida contém alguma proporção com a extensão do dano que causa em mim. Na verdade, não precisa nem mesmo auferir alguma vantagem; se puder satisfazer qualquer tipo de desejo com isso, não se importará em escarnecer de mim, em me insultar, me caluniar e me mostrar a superioridade de seu poder, e, quanto mais seguro se sentir e mais desamparado eu for, mais, com certeza, posso esperar que se comporte dessa maneira para comigo.

[...] os homens não são criaturas gentis que desejam ser amadas e que, no máximo, podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes instintivos deve-se levar em conta uma poderosa quota de agressividade. Em resultado disso, o seu próximo é, para eles, não apenas um ajudante potencial ou um objeto sexual, mas também alguém que os tenta a satisfazer sobre ele a sua agressividade, a explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem o seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo. — *Homo homini lupus*. Quem, em face de toda sua experiência da vida e da história, terá a coragem de discutir essa asserção? (FREUD, 1930/1997, p. 67-68)

É a pulsão de morte, que coexiste no ser humano com a pulsão de vida – ou Eros – que demanda os maiores esforços da civilização em contê-la, já que ela é uma ameaça constante à integração da sociedade humana. É por isso que ela deve ser frustrada em nome de um ideal de “amor universal” que acaba por se constituir num ideal social. Por conseguinte, o mandamento “Amarás ao próximo como a ti mesmo” não passa de um método destinado a coibir toda a destrutividade inerente à pulsão de morte:

[...] A civilização tem de utilizar esforços supremos a fim de estabelecer limites para os instintos agressivos do homem e manter suas manifestações sob controle por formações psíquicas reativas. Daí, portanto, o emprego de métodos destinados a incitar as pessoas a identificações e relacionamentos amorosos inibidos em sua finalidade, daí a restrição à vida sexual e daí, também, o mandamento ideal de amar ao próximo como a si mesmo, mandamento que é realmente justificado pelo fato de nada mais ir tão fortemente contra a natureza original do homem. (FREUD, 1930/1997, p. 68-69)

Para garantir o sucesso da civilização torna-se necessário, portanto, que grandes quantidades de energia pulsional da parte de Eros sejam desviadas de sua função originalmente sexual em direção à comunidade dos homens em geral. Se o indivíduo depende da civilização, é o ego que deve ceder uma parcela considerável da libido que destinaria a si mesmo, para preservá-la.

Entretanto, esse expediente mostra seus limites ao ser confrontado com a pulsão de morte, cuja descarga em forma de agressividade é um perigo constante à integração da sociedade humana. Quando isso ocorre, a única saída possível é a repressão, em nome do mandamento do “amor ao próximo”, de qualquer destrutividade em relação a objetos externos, assim como uma canalização dessa energia destrutiva em direção ao próprio ego.

Ao ser frustrada, a pulsão de morte se volta pra o sujeito, investindo contra o ego pela via do superego. O superego teria que se tornar severo o suficiente para não permitir que a agressividade, por fim, destruísse qualquer possibilidade de convívio social. A força do superego é medida pela intensidade com que o sujeito é torturado pelo sentimento de culpa, não apenas pelas infrações efetivamente perpetradas mas, também, por aquelas que são simplesmente imaginadas. Isso não impede, porém, que os excessos da pulsão de morte sejam eventualmente canalizados em direção a determinados indivíduos ou grupos sociais, cujas características os transformem em objetos legítimos de uma agressividade coletiva.

Quando examinamos a questão do voluntariado à luz dos textos de Freud, tendemos a concluir, portanto, que qualquer ação de ajuda ao próximo só pode ser possível pela via da sublimação, por meio da qual a libido, desviada de sua finalidade erótica original, assumiria a forma de um amor universal que não discriminaria objetos não específicos. Do contrário, se partirmos de um ponto de vista puramente narcísico, esse tipo de amor só seria possível por meio de um processo de identificação com alguém que possa ser, por bons motivos, constituído em semelhante. Ou, pela via da pulsão de morte, teria que ser viabilizado pelo ideal do mandamento – “Amarás ao próximo como a ti mesmo” – e por meio de um superego bastante forte para cercear a agressividade latente, de modo a fazê-lo cumprir.

4.3. Françoise Dolto e o mandamento

O radical pessimismo de Freud, assim como o ceticismo de Lacan, não foram compartilhados do mesmo modo por todos os seus seguidores. Entre eles, Françoise Dolto lança, numa peculiar interpretação dos Evangelhos a partir da psicanálise, algumas considerações acerca do “amor ao próximo”, que certamente acrescentam novas e inusitadas derivações à proposta inicial de Freud.

Numa entrevista a Gerard Sévérin (1979, p.141-159), Dolto discorre a cerca da parábola do Bom Samaritano, segundo o Evangelho de Lucas. Nela, Jesus procura responder à pergunta de um doutor da Lei que, a propósito do mandamento “Amarás...teu próximo como a ti mesmo”, pergunta: “Quem é o meu próximo?”. Jesus conta:

Um homem descia de Jerusalém a Jericó. Ele caiu nas mãos de ladrões que o despojaram, e depois de o terem maltratado, retiraram-se, deixando-o meio morto. Por acaso, passou pelo mesmo caminho um sacerdote; viu-o e foi adiante. Igualmente, também um levita chegando àquele lugar, viu-o e passou adiante. Mas um samaritano que viajava, passando por perto, viu-o e moveu-se de compaixão. Aproximando-se, atou-lhe as feridas, deitando nelas azeite e vinho, colocou-o sobre sua própria montaria e levou-o a uma hospedaria onde tratou dele.

No dia seguinte, tirou dois denários e deu-os ao hospedeiro, dizendo-lhe: “Trata dele e, quando gastares a mais, na volta te pagarei”.

“A teu ver, qual desses três te parece ter sido o próximo daquele que caiu nas mãos dos ladrões?”

Respondeu-lhe o doutor:

- “Aquele que usou de misericórdia com ele”.

E então Jesus lhe disse:

- “Vai, e faz o mesmo.”

(Evangelho de Lucas, 10:25-37, tradução livre in SÉVÉRIN, 1979, p. 141-142, itálicos no original)

Dolto vê no samaritano desta parábola um homem “material, prático... um comerciante, sem dúvida”, ou um “homem de ação e de espírito positivo” (Ibid., p.146). O lugar de onde ele agiu foi a sua condição de viajante, que o colocava em vigilância contra os possíveis assaltantes na estrada. Isso possibilitou, primeiro, que ele *visse* o homem ferido e, em seguida, que ele *se identificasse* com este homem: “Poderia estar no seu lugar. Estaria, talvez, na próxima viagem.” (Ibid., p. 143)

Por outro lado, ele parecia dispor de tempo e “força de caráter” suficientes para cuidar deste homem:

Ele “perdeu” ou “deu” um pouco de seu tempo, colocando o ferido em seu próprio animal, o que significa que ele se responsabilizou fisicamente por ele: ele o carrega, trata-o como a própria mãe. Trata-o também como um pai, pois lhe dá dinheiro para permitir ao ferido de se recuperar. (DOLTO in SÉVÉRIN, 1979, p. 144)

O samaritano, diz Dolto, deixa o outro livre:

Ele viu, socorreu, colocou este ferido pela vida em boas mãos e continuou seu caminho. Agora, ocupa-se de seus afazeres pessoais. Ele parte, e Jesus nem fala se cumprimentou o homem que salvou! (DOLTO in SÉVÉRIN, 1979, p. 149)

O samaritano foi movido pela *compaixão*, sentida no momento da *identificação* com o outro na estrada, e não, necessariamente, por amor. A máxima “Ama ao próximo como a ti mesmo” não é dirigida a ele, mas sim àquele que é socorrido: “É ao que foi salvo que Jesus ensina o amor. Durante toda a vida ele amará o homem de quem recebeu a atenção, assistência e socorros materiais, sem a ajuda de quem ele teria morrido.” Ao contrário do samaritano, é o homem salvo quem “nunca poderá esquecer o homem que o socorreu” (DOLTO in SÉVÉRIN, 1979, p. 145)

O samaritano não lembra e nem precisa rechaçar a lembrança de seu ato. “Está feito”, diz Dolto, “É um ato de sublimação genital. É como a mãe que dá a luz. É um ato de amor. ‘Está dado’. É como um coito de amor, está ‘dado’”. Quem se lembrará disso é a criança, que passa a ter a dívida de “fazer o mesmo” por seus filhos ou seus “companheiros de vida”. Da mesma maneira, é ao homem salvo na parábola que se dirige Jesus, quando diz: “faze o mesmo” (Ibid., p. 146).

Fazer o mesmo, “não por ‘dever’ ou por ‘justiça’”, nem por desejar um reconhecimento por parte do outro, mas pelo reconhecimento de que “a sua sobrevivência é devida a outro”: “É uma corrente de amor. Se ela for interrompida [seja pela criança, seja pelo homem salvo] é a morte” (Ibid., p. 146). Neste momento, as palavras de Dolto parecem se referir não à morte do indivíduo, mas à morte da espécie, da humanidade. Mas é também a sobrevivência do sujeito que está envolvida:

O desprendimento não existe no ser humano. Mesmo no amor dos pais, o gratuito não é encontrado: eles cuidam dos filhos para não morrerem. Para eles, os filhos são um sinal de que, quando morrerem, morrerão menos. Amar os filhos é lutar contra a morte.

(...) O gratuito não existe... senão para certas almas piedosas ou militantes que são vítimas de um engodo.

(...) Há sempre uma troca. Há sempre alguma coisa que é dada, contra outra que é recebida. (...) O fato de nos colocarmos na pele do outro, prova que o ato não é tão desinteressado.

É sempre assim que se entra em contato com o outro: encontra-se a si mesmo na pessoa do outro que se torna nosso espelho. É a si mesmo, narcisicamente projetado, que se presta socorro. É a isso que se dá o nome de ato desinteressado. (DOLTO in SÉVÉRIN, 1979, p. 152)

A mãe que arrisca a vida pelo filho não o faz, portanto, pelo filho, mas para salvar-se como mãe. O levita e o sacerdote da parábola talvez tivessem salvo o homem ferido, caso ele fosse um dos seus, possuísse os mesmos valores e títulos. Mas as suas elevadas exigências para consigo mesmos e os outros não permitiram nem sequer que eles conseguissem perceber naquele homem a sua humanidade. Devido à “fragilidade de suas personalidades”, eram “incapazes de prestar socorro”. Da mesma forma, diz Dolto, “se somos incapazes de ajudar, sejamos realistas bastante para não o fazer, fariamos mal” (DOLTO in SÉVÉRIN, 1979 p. 155)

O anônimo samaritano encontrava-se, naquele momento, suficientemente “livre da opinião alheia”, para não considerar as qualidades do ferido, mas simplesmente sua “anônima humanidade” (Ibid., p. 154). Ademais:

Ele é livre de preconceitos intelectuais, morais ou sociais... o outro pode então se reencontrar nele.

E se um dia, uma hora, um instante, fomos reconhecidos como ser humano, por um ser humano, amemo-lo como a nós mesmos, ele é a nossa alma.

E se encontrarmos um dia, uma hora, um ser humano desafortunado, amemo-lo como a nós mesmos, pois é nossa alma. (DOLTO in SÉVÉRIN, 1979, p. 159)

A parábola do samaritano expressa, portanto, segundo a leitura de Dolto a essência do amor ao próximo que se dá através de uma identificação com o outro e, por outro lado, como pagamento de uma dívida de ser: somos, por intermédio do reconhecimento do outro, na medida que este outro institui um espaço em que somos falados, falamos e somos ouvidos. Cabe a nós fazer o mesmo, sempre que possível.

Comentando uma outra parábola, Dolto (In SÉVÉRIN, 1981, p. 107-132) se refere, como um contraponto ao instintivo amor por identificação do samaritano, o *dever* de amar que se impõe quando nos deparamos com aqueles a quem não podemos, e a bem dizer não queremos, nos identificar. Trata-se da parábola do “rico” e do “Lázaro”, que contrapõe a abundância de um homem que, aparentemente, de nada precisava, com a total carência de outro, depauperado física e materialmente que jazia à sua porta.

(...) Existe uma diferença entre o que jazia na estrada – na parábola do Samaritano –, e Lázaro que jazia na porta do rico.

O que jazia na estrada era um acidentado... eventual, enquanto que Lázaro é basicamente um desfavorecido devido à saúde precária e também à situação social: é um mendigo. (...) Não tem sequer a energia para reivindicar. Ele aguarda. Espera... e nada obtém.

É o símbolo dos desfavorecidos que sobrevivem na nossa sociedade, com menor ou maior assistência. (DOLTO, in SÉVÉRIN, 1981, p. 132)

O rico, no lugar do gozo, não pode perceber em si mesmo a sua carência, nem a carência do outro, o Lázaro. Está “morto”, diz Dolto, ao passo que o Lázaro, em sua carência, está vivo. Porque onde o sujeito se confronta com sua carência, sua falta, ele abunda em desejo. “Jesus”, diz Dolto, “é o itinerário do desejo”. Ele mostra o caminho a seguir: “Todo movimento atual em favor dos desfavorecidos provém da nossa consciência cristã, quer o saibamos ou não” (Ibid., p. 132).

Em atenção a uma má consciência cristã é que são criadas “instituições sociais em nome de um sentimento de culpa que deve ser negociado com nossa moral ‘pública’”. “Existem”, porém, “pessoas que sem se saberem cristãs amam e respeitam o ser humano, seu igual, que existe por trás da aparência dos mais desfavorecidos” (Ibid., p. 134). É também o sentimento de culpa que nos obriga a nos identificarmos com os espoliados e desfavorecidos, numa relação desigual:

Colocamo-nos, então, ao alcance do outro, no lugar do outro. Dizemos tolices ou discursamos com sabedoria sobre o que o outro sente, ou lastimamos e temos piedade deles. Tantas palavras, tantas atitudes que demonstram uma indignação dramática nos encontros prudentemente evitados ou que nivelam por baixo, ao mesmo tempo, considerando-se a si próprio como pessoa caridosa. (DOLTO in SÉVÉRIN, 1981, p. 134)

Para que, em lugar disso, haja um “encontro autêntico”, Dolto – como católica ou como psicanalista? – propõe a fé, ou seja, que busquemos a Jesus no próximo. Ou seja, se não podemos reconhecer a nós mesmos no outro, podemos ao menos reconhecer este terceiro, Jesus, “itinerário do desejo”, no lugar em que também somos carentes. Isso garante um ganho – a alegria e o amor divino que conquistamos através da nossa ação – que exime o outro de qualquer dívida para conosco. Sua dívida será, sim, para com Deus, de quem nos tornamos meramente intermediários.

É esta a diferença entre um mundo em que todos seriam animados pela fé e o amor em Jesus, e um mundo onde todos seriam dominados e movidos por um sentimento de culpa com efeitos patogênicos de prazer sado-masoquistas conscientes ou inconscientes, por falta da alegria. (DOLTO in SÉVÉRIN, 1981, p. 135)

Estranha conclusão para uma psicanalista, a não ser pelo fato de constituir uma proposta de amor ao próximo que faz da alegria atual, terrena, pelo reencontro de um valor perdido em si mesmo através do outro, a sua maior recompensa (Ibid., p. 136-137). A não ser também por Dolto relativizar a própria “fé e o amor a Jesus”, quando diz: “Isto é demais, eu insisto, para a natureza narcísica de cada um de nós” (Ibid., p. 135).

4.4. As surpresas de Foucault

Como já foi discutido no início desse capítulo, ninguém é voluntário sem o desejo, ou o “querer ser” voluntário. A própria palavra “voluntário” traz em si essa idéia. Como Freud, questionamos não a realidade desse querer, mas a sua natureza e o status do “amor ao próximo” usualmente vinculado a essa vontade.

Freud problematizou a possibilidade do amor ao próximo a partir da gênese psíquica do sujeito. Dolto, por sua vez, alinhou o pensamento cristão às discussões de Freud sobre amor ao próximo, para declarar a superioridade das formas de identificação narcísicas e da sublimação sobre a pulsão de morte, como motores das práticas contemporâneas de ajuda. O que, porém, nós problematizamos no presente estudo são as formas de constituição do amor ao próximo e do querer ser voluntário em, e por meio de, uma prática histórica específica, ou seja, a do voluntariado.

O que buscamos é trabalhar o amor ao próximo e o desejo de ser voluntário não como fatores primários nas práticas do voluntariado, mas como seus constituintes. Em outras palavras, pretendemos situar o desejo e o amor ao próximo nas falas dos voluntários com o objetivo de perceber como tais elementos se configuram nas relações com o outro e consigo mesmo, instituídas no, e pelo, voluntariado.

Tomamos a psicanálise naquilo em que ela pode contribuir para uma escuta do discurso de um sujeito que se desconhece. Todavia, ao entendermos os efeitos de subjetivação produzidos no e pelo discurso do sujeito como prática institucional, nós aproximamos nossa escuta de uma outra forma de conceber tanto o discurso, como o sujeito. É nesse ponto que a contribuição de Foucault se faz presente.

Em Foucault, o conceito de processos psíquicos inconscientes, tão privilegiado pela psicanálise, é compreendido não como realidade “descoberta” por Freud, mas como uma construção teórica que, por uma série de fatores históricos, tornou-se parte de nossa compreensão de nós mesmos, de nosso modo de ser e de nossos desejos. Ou seja, a psicanálise, ao instituir discursivamente a realidade de uma economia pulsional do sujeito, passou a constituir um certo sujeito, produto de certas formas de subjetivação que são históricas.

Se Freud e Dolto problematizaram o ideal do amor ao próximo explicando-o do ponto de vista de um Sujeito do inconsciente a ser desvendado pela prática da psicanálise, Foucault questiona a idéia mesma de Sujeito, no momento em que o coloca não como objeto, mas como produto dessa mesma prática.

No cerne desse questionamento à psicanálise por Foucault, encontramos a problematização das relações entre sujeito e verdade, tais como elas se desenvolveram no pensamento ocidental. É nesse jogo de verdade que tem regras históricas muito bem definidas, mas nem sempre explícitas, que pretendemos a partir de agora questionar o status do sujeito, do amor ao próximo e do querer ser voluntário.

**V. Michel Foucault: da problematização do sujeito ao sujeito-
dobradiça**

(Recorte de uma experiência de desconstrução do sujeito)

V. Michel Foucault: da problematização do sujeito ao sujeito-dobradiça (Recorte de uma experiência de desconstrução do sujeito)

Ao contrário do que se poderia aventar como hipótese de trabalho, o nosso recorte teórico não passará por uma exaustiva descrição dos diversos avatares do sujeito na obra de Michel Foucault. Preferimos partir de alguns de seus últimos trabalhos, nos quais esse autor explicitou a sua crítica a uma razão política, situando a partir dela a sua discussão sobre a constituição do indivíduo moderno como sujeito, a partir de uma experiência de subjetividade.

É por isso que incluímos em nossa discussão o conceito de Estado Pastoral, ao qual Michel Foucault dedicou, em 1981, todo um ensaio intitulado “Omnes et singulatim: por uma crítica da razão política” e a partir do qual podemos melhor compreender a questão da genealogia do poder político moderno que está na base da constituição do que hoje reconhecemos como “sujeito”. A seguir, traçamos um recorte um tanto sucinto, mas suficiente para nossos interesses, que vai da problematização do sujeito no texto “O sujeito e o Poder”, para chegar às diversas formas experiência de si que vão do cuidado de si a um saber de si, por meio do texto “Tecnologias do Eu” e do curso de 1982, “Hermenêutica do Sujeito”. Por fim, introduziremos o conceito de sujeito-dobradiça formulado por Marlene Guirado.

Problematizar o sujeito significa renunciar a ter com esse conceito uma relação tranqüila e tranqüilizadora. Significa tomá-lo, como o fez Michel Foucault, como “uma coisa complexa, frágil, de que é tão difícil falar, e sem a qual não podemos falar” (FOUCAULT, 1981/2002, p. 330). Na trilha de “tudo o que se esconde por trás do uso aparentemente simples do pronome ‘eu’ (je)” (Ibid., loc.cit.), Foucault não elabora uma teoria psicológica, nem funda um campo de observação e de análise: ele parte de uma desconstrução do sujeito psicológico, colocando em cheque a própria psicologia como “conhecimento de si”. Não que as principais teorias psicológicas – a psicanálise entre elas – tenham falhado em definir o sujeito ou os sujeitos dentro de cada abordagem. Pelo contrário, elas são respostas bem

sucedidas a uma certa problemática comum, ou seja, a necessidade histórica de um conhecimento de si que isolou o “si mesmo” como sujeito psíquico, permitindo que ele se transformasse em objeto de um saber científico.

Instaura-se, a partir de então, toda uma série de discursos, uma parafernália discursiva destinada a dizer quem somos e a permitir que digamos quem somos. Articulam-se, esses discursos, a dispositivos: táticas, práticas, instituições que os legitimam e que constituem, estrategicamente, novos saberes sobre si e, a partir deles, uma nova relação consigo mesmo. Novos, porque produzidos num movimento histórico que constitui o espaço virtual denominado *sujeito* como objeto de saber e, ao mesmo tempo, tudo o que envolve o nosso dizer “eu”.

“Problematizar” o sujeito é, portanto, colocar em jogo nossa própria experiência de nós mesmos, como sujeitos. O conceito de problematização foi explicitado por Foucault, nos últimos anos de sua vida, como uma noção unificadora do que vinha sendo desenvolvido em sua obra anterior:

Problematização não quer dizer representação de um objeto preexistente, nem tampouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma de reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política, etc.). (FOUCAULT, 1984b, p. 242)²³

A problematização do sujeito deve passar, portanto, pelo questionamento das práticas discursivas que o fazem entrar num jogo de verdade. Processos de subjetivação implicam, todavia, em uma certa consciência de si, ou uma relação consigo, um “modo de constituição do sujeito como objeto para ele próprio”, ou ainda, “procedimentos pelos quais o sujeito é levado a se observar, se analisar, se decifrar e se reconhecer como campo de saber possível”, ambos aspectos daquilo que Foucault se propõe a estudar numa “história da ‘subjetividade’, se entendermos essa palavra como a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual se relaciona consigo mesmo” (FOUCAULT, 1984^a, p. 236).

Em harmonia com o que foi dito acima, é de se esperar que Foucault conceba a “experiência” como algo para além do sujeito e, até mesmo, para além do si: “é algo que se dá solitariamente, mas que é plena somente na medida em que escapa à pura subjetividade, isto é, que os outros podem cruzá-la e atravessá-la” (REVEL, 2005, p. 49). Não é o sujeito, portanto, a condição de possibilidade de uma experiência, mas é a própria experiência, como “racionalização de um processo” provisório nos quais se dão as condições e limites de existência do indivíduo como “sujeito”, que constitui uma subjetividade (FOUCAULT, 1984c, p. 262).

A experiência conduz àquilo que somos, mas somente com a condição de passar por uma experimentação das condições nas quais ela é gerada fora de nós. Foucault situa assim a experiência no lugar em que se constituem historicamente discursos, práticas, relações de poder e subjetividades:

Meu problema é o de fazer eu mesmo – e de convidar os outros a fazerem comigo, por meio de um conteúdo histórico determinado – uma experiência daquilo que nós somos, daquilo que é não somente nosso passado mas também o nosso presente, uma experiência de nossa modernidade de tal maneira que dela saíamos transformados. (FOUCAULT, apud REVEL, 2005, p. 48)

Como psicólogos e psicanalistas, também não podemos deixar de ser tocados por tal experiência teórica que subverte, de modo tão radical, nossa tão cara relação entre o conhecimento de si e a transformação do sujeito psíquico, situando-o *là dehors*, tão fora de si, de nós. Cara, porque nela nos reconhecemos como sujeitos de nós mesmos e como psicólogos, portadores de um saber. O que nos era antes familiar e reconhecido transforma-se em um vórtice de inquietação e estranhamento, atirando-nos para um terreno movediço em que todas as referências se esvaem.

É nesse ponto que situamos nossa opção pelo método de análise proposto por Marlene Guirado que, como veremos, pretende lidar com tal descentramento do sujeito de forma mais rigorosa, instituindo uma escuta e um certo fazer em psicologia.

²³ Sobre a “problematização” em Foucault, vide também REVEL, 2005, p. 70-71.

Conceitos teóricos são ferramentas próprias a formar um pensamento, a traçar uma direção de pesquisa. No nosso caso, implica a constituição de uma escuta, ou de uma analítica que só pode ser realizada numa proposta de desconstrução do sujeito da psicologia. Defendemos a possibilidade dessa escuta, dessa analítica, assumindo que, na medida que falamos como psicólogos, problematizamos não apenas o sujeito como objeto de nosso estudo, mas também o nosso lugar: lugar de um saber que nos constitui, de uma prática que nos institui, enfim, de algo que nos implica e nos explica como sujeitos e portadores de uma prática institucional chamada psicologia.

5.1. O Estado Pastoral

No ensaio denominado “Por que estudar o poder: A questão do sujeito”, publicado na França em 1984, Foucault (1984/1995, 231-249) sintetiza a noção de Estado Pastoral como sendo a resultante política da incorporação, ao Estado moderno ocidental, de uma tecnologia de poder que teve sua origem nas instituições cristãs: o poder pastoral.

Em “Omnes et Singulatim”, texto de 1981, Foucault (1981/1995, 179-205) explicita que o Estado Pastoral resulta de uma amálgama política inédita até a Idade Moderna: a fusão entre o poder pastoral característico das monarquias orientais do Egito, da Assíria e da Judéia, e a Razão de Estado grega. O poder pastoral, diz ele, baseia-se na premissa de que Deus é o grande Pastor e que o Rei não é mais do que o encarregado de pastorear as Suas ovelhas. Tal poder se exerce, portanto, mais sobre um rebanho do que sobre um território.

Trata-se, no entanto, de um poder individual e individualizado. Individual porque, se o pastor desaparece, o rebanho se espalha, se desagrega. Individualizado, pois se exerce não apenas sobre a grei, mas sobre cada ovelha.

O papel do pastor consiste em assegurar a salvação de sua grei. [...] Não se trata unicamente de salvar a todos, a todos em conjunto, quando se aproxima um perigo, mas é mais uma questão de benevolência constante, individualizada e orientada a um fim. A benevolência deve ser constante, já que o pastor vela pela alimentação de seu rebanho; cotidianamente satisfaz sua sede e sua fome. [...] Trata-se,

ademaís, de uma benevolência individualizada, já que o pastor vela para que todas as suas ovelhas, sem exceção, sejam recuperadas e salvas. (FOUCAULT, 1981/1995, p. 1981/1997, p. 182-183)²⁴

A abnegação do pastor se faz notar nas suas vigílias durante o sono de suas ovelhas. Além disso, ele deve “conhecer seu rebanho em conjunto e em detalhe [...] não apenas a localização dos bons pastos, as leis das estações e a ordem das coisas, mas também as necessidades de cada um em particular” (Ibid., p. 183)

Em contraste com o pastor oriental, o chefe grego exercia o domínio não sobre um rebanho, mas sobre o território. O poder de agregar não estaria nele, individualmente, mas sim na polis e nas suas leis. Se ele desaparecesse, a cidade continuaria. Ele é comparado ao timoneiro de um navio, buscando a salvação coletiva mais que a individual. Ele tinha o dever de tomar decisões para o benefício de todos.

O papel do político grego seria, segundo Platão, não o de pastor, mas se assemelharia mais ao de um tecelão: ele deveria “tecer uma sólida tela para a cidade [...] associar diferentes virtudes, associar temperamentos contrários (fogosos ou moderados), servindo-se como lançadeira da opinião popular” (Ibid., p. 183) Estando assim tão ocupado com questões ligadas à comunidade, ele jamais encontraria tempo para atender às necessidades de cada pessoa em particular, prover-lhe alimento, oferecer-lhe concertos musicais ou cuidados em caso de enfermidade.

Unicamente um deus da Idade de Ouro poderia comportar-se assim; um médico ou um pedagogo poderiam também ser responsáveis pela vida e pelo desenvolvimento de um pequeno número de indivíduos mas, situado entre ambos – entre os deuses e os pastores – os homens que detêm o poder político não são pastores. (FOUCAULT, 1981/1997, p. 187)

Em resumo, diz Foucault: “[...] o problema político é o da relação entre o singular e a multidão no marco da cidade e de seus cidadãos. O problema pastoral concerne à vida de seus indivíduos”. E é a partir daí que ele posiciona historicamente o Estado moderno como “uma das mais extraordinariamente numerosas reaparições do delicado ajuste entre o poder político,

²⁴ Texto original em espanhol, traduzido para o português pela autora da tese.

exercido sobre sujeitos civis, e o poder pastoral que se exerce sobre os indivíduos vivos” (FOUCAULT, 1981/1997, p. 188).

O Estado moderno é um produto da civilização greco-romana e da Europa medieval cristianizada. O milênio que corresponde à Idade Média, que Foucault chamou de período da “Pastoral Triunfante” (Ibid., p. 192), marcou profundamente a mentalidade e as concepções políticas que surgiram depois dele. A Igreja Católica estendeu seu domínio muito mais do que a terras e reinos. Apropriando-se das chamadas “técnicas de si” – confissão, exame e direção de consciências – herdadas da cultura helênica, ela triunfou ao transformar o cidadão em súdito, submetido permanentemente ao pastor. É por isso que Foucault diz:

Pode-se dizer que a pastoral cristã introduz um jogo que nem os gregos, nem os hebreus, haviam imaginado. Um jogo estranho cujos elementos são a vida, a morte, a verdade, a obediência, os indivíduos, a identidade; um jogo que não parece ter nenhuma relação com o da cidade que sobrevive graças a seus cidadãos. Ao lograr combinar estes dois jogos – o jogo da cidade e do cidadão, e o jogo do pastor e seu rebanho – no que chamamos Estados modernos, nossas sociedades se mostraram verdadeiramente demoníacas. (FOUCAULT, 1981/1997, p. 191)

Esse jogo inédito teve na Razão de Estado o ápice de seu desenvolvimento. A Razão de Estado referia-se, segundo Foucault, à busca de uma racionalidade própria à arte de governar, usada primariamente para fortalecer o poder, não de um indivíduo – o rei, por exemplo – mas do próprio Estado. Tratava-se de romper, por um lado, com uma racionalidade própria à tradição cristã medieval, herdada pelo absolutismo, segundo a qual todo o governo seria radicalmente justo, sustentado por todo um sistema de leis humanas, naturais e divinas. Por outro lado, tratava-se de refutar a doutrina de Maquiavel, porque a Razão de Estado não visava reforçar o Príncipe, mas sim o próprio Estado, como poder representativo dos cidadãos.

Isso levou a uma concepção de estado como entidade material e impessoal, fundado numa razão política que deveria constituir um saber próprio, um saber sobre o poder e sobre as formas de fortalecê-lo e legitimá-lo, independentemente do governante que o representasse.

Enquanto a Razão de Estado se referia às formas de sobrevivência e sustentação do aparato estatal como estrutura para além dos indivíduos, a Doutrina da Polícia refere-se ao “governo dos vivos”. Era esse o sentido da palavra polícia para os autores do século XVII e XVIII: não uma instituição ou mecanismo do Estado, mas uma técnica de governo que lhe era própria.

A polícia deveria zelar sobre as relações que se davam entre as pessoas tomadas individualmente, desde as mais amplas, comunitárias, até as mais íntimas, no interior de cada família. Todos os aspectos da vida social, tudo o que dissesse respeito à sobrevivência individual, em suma, eram objetos da polícia: a saúde, a educação, a alimentação, o trabalho, etc. A polícia deveria se preocupar também com aspectos demográficos – mortalidade, natalidade, morbidade, distribuição da população pelo território, etc. – e planejar suas ações de acordo com eles. Enfim, os estudos sobre a criminalidade e o tratamento a ser dado aos criminosos eram também assuntos da polícia.

Tudo isso visava, por um lado, proporcionar aos cidadãos, individual e coletivamente, o máximo de felicidade e bem-estar possível. Por outro lado, o objetivo de todo esse cuidado com as pessoas se coadunava com o objetivo maior da Razão de Estado, formando uma única racionalidade estatal, uma unidade entre poder e formas de governo.

Se o bem-estar do indivíduo era o bem-estar da nação, isso significaria, a partir de então, que o Estado se fortificaria através de políticas de bem-estar, fosse na forma de serviços diretos, fosse na forma de proteção aos “direitos” individuais dos cidadãos. Isso também significa dizer que a felicidade dos indivíduos teria que passar, daqui por diante, por suas relações com o Estado, por meio de certas formas de si e do outro.

Foucault (1997, p. 89-97), no curso ministrado no Collège de France entre 1978 e 1979, situou o liberalismo dentro da mesma racionalidade do Estado Pastoral, como empreendimento surgido a partir de fins do século XVIII, cujo objetivo seria controlar e coibir

toda e qualquer forma de totalitarismo à qual a Razão do Estado poderia levar. O liberalismo surgiu, diz ele, como uma “razão governamental” um conjunto de “procedimentos através dos quais se dirige a conduta dos homens por meio de um de uma administração estatal”, partindo do princípio de que “sempre se governa demais”:

A reflexão liberal não parte da existência do Estado, encontrando no governo um meio de atingir essa finalidade que ele seria para si mesmo, mas da sociedade que vem a estar numa relação complexa de exterioridade e de interioridade em relação ao Estado. É ela – ao mesmo tempo a título de condição e de fim último – que permite não mais colocar a questão: como governar o mais possível e pelo menor custo possível?, mas esta: por que é preciso governar? Ou seja: o que torna necessário que haja um governo e que fins ele deve ter por meta em relação à sociedade, para justificar sua existência. (FOUCAULT, 1997, p 91)

O pensamento econômico inglês de fins do século XVIII afirmava que a liberdade de mercado seria incompatível com a maximização dos procedimentos governamentais. Deveria-se, portanto, buscar uma tecnologia de governo que não atentasse contra o liberalismo econômico e, com ela, uma regulação jurídica que pudesse ser um instrumento moderador do Estado. Sobre essa base, constituiu-se o Estado de direito que, como se sabe, é caracterizado pela participação dos governados na elaboração de uma lei que definiria “formas de intervenções gerais exclusivas de medidas particulares, individuais, excepcionais”:

“O Estado de direito”, o *Rechtsstaat*, o *Rule of Law*, a organização de um sistema parlamentar “realmente representativo” estão vinculados, durante todo o começo do século XIX, ao liberalismo, mas do mesmo modo que a economia política, utilizada a princípio como critério da governamentalidade excessiva, não era liberal nem por natureza, nem por virtude (...) também a democracia e o Estado não foram forçosamente liberais, nem o liberalismo forçosamente democrático e nem mesmo vinculado às formas do direito. (Ibid, p. 93)

Já no século XX, o neoliberalismo norte-americano radicalizou a extensão da racionalidade de mercado para o domínio político, pregando o Estado mínimo²⁵. Todos os domínios de governo deveriam, a partir de então, ser subordinados a tal racionalidade econômica, inclusive aquelas que mais dizem respeito à objetivação do sujeito, ou seja, a família, a natalidade, a delinquência e a política penal.

²⁵ Vide cap. II, 2.1.3. p. 17.

5.2. Do Poder ao Sujeito

O Estado Pastoral constituiu-se, a partir do século XVI, como uma forma de poder tanto individualizante como totalizadora, que articulava diversas formas de governo que exigiam, de um lado, um saber sobre o poder e, de outro, um saber que sobre o indivíduo. É essa constatação que leva Foucault a dizer, em “O Sujeito e o Poder”:

Não acredito que devêssemos considerar o “Estado moderno” como uma entidade que se desenvolveu acima dos indivíduos, ignorando o que eles são e até mesmo sua própria existência, mas, ao contrário, como uma estrutura muito sofisticada, na qual os indivíduos podem ser integrados sob uma condição: que a esta individualidade se atribuisse uma nova forma, submetendo-a a um conjunto de modelos muito específicos.

De certa forma, podemos considerar o Estado como a matriz moderna da individualização ou uma nova forma do poder pastoral. (FOUCAULT, 1984e, p. 237)

O estado pastoral deveria, doravante, cuidar da salvação de seu rebanho, individual e coletivamente, não mais no outro mundo, mas nesse. Novos objetivos foram definidos para essa salvação mundana: saúde, bem-estar, segurança, proteção contra acidentes – poderíamos até mesmo alistar aqui a atualmente tão propalada qualidade de vida. Isso foi facilitado pelo fato de que alguns destes objetivos já se encontravam articulados, de forma acessória, aos objetivos espirituais da pastoral tradicional. Esse é o caso, como já vimos anteriormente, das práticas hospitalares que, de práticas caritativas em sua origem, transformaram-se, ao longo do tempo, em práticas médicas.

Houve também um reforço da administração do poder pastoral, que passou a ser exercida não apenas pelo aparelho de Estado e pela polícia, mas também por outras instituições, que incluíam a família, empreendimentos filantrópicos privados e, ainda, estruturas complexas como a medicina, que se estendia entre iniciativas privadas e instituições públicas. Todos eles foram investidos das funções pastorais de zelar pelo bem-estar dos indivíduos e das populações.

Essa rearticulação dos objetivos e dos agentes que constituíram o poder pastoral ocorreu em torno do desenvolvimento do saber sobre o homem – as ciências humanas – em

“dois pólos: um, globalizador e quantitativo, concernente à população; o outro, analítico, concernente ao indivíduo” (FOUCAULT, 1984/1997, p. 237) correlato do “‘duplo constrangimento’ político, que é a simultânea individualização e totalização própria às estruturas do poder moderno” (Ibid., p. 238).

A preocupação com as relações existentes entre saber, poder e sujeito, implícita em toda a obra de Foucault, foi explicitada no início do ensaio “Por que estudar o poder: a questão do sujeito”, com as seguintes palavras:

Meu objetivo [...] foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornam-se sujeitos. Meu trabalho lidou com três modos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos. O primeiro é o modo de investigação, que tenta atingir o estatuto de ciência, como, por exemplo, a objetivação do sujeito do discurso na **gramaire générale**, na filologia e na lingüística. Ou, ainda, a objetivação do sujeito produtivo, do sujeito que trabalha, na análise das riquezas e na economia. Ou, um terceiro exemplo, a objetivação do simples fato de estar vivo na história natural e na biologia. Na segunda parte do meu trabalho, estudei a objetivação do sujeito naquilo que eu chamarei de “práticas divisoras”. O sujeito é dividido no seu interior e em relação aos outros. Este processo o objetiva. Exemplos: o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os “bons meninos”. Finalmente, tentei estudar – meu trabalho atual – o modo pelo qual um ser humano torna-se um sujeito. Por exemplo, eu escolhi o domínio da sexualidade – como os homens aprenderam a se reconhecer como sujeitos de “sexualidade”. Assim, não é o poder, mas o sujeito, que constitui o tema geral de minha pesquisa. (Ibid., p. 231-232)

Nesse momento de explicitação do lugar do sujeito em toda a sua trajetória teórica, ele diz: “Pareceu-me que, enquanto o sujeito humano é colocado em relações de produção e de significação, é igualmente colocado em relações de poder muito complexas” (Ibid, p. 232). O sujeito delineado por Foucault é, portanto, um sujeito de relações, ou um sujeito que só existe por se referir a relações que são, antes de mais nada, relações de poder.

Não se trata aqui de uma relação com um poder, ou mesmo de um poder que, como entidade suprema e abstrata se materializaria até mesmo nas mais íntimas relações humanas, subvertendo o sujeito, fazendo-o afastar-se de sua verdadeira essência e atirando-o no plano imaginário das ideologias. Como vimos, o Estado Pastoral se constituiu como poder individual e individualizante. Individual, porque prevê que cada um tenha – ainda que potencialmente – a sua parcela de poder, e individualizante, porque prevê os modos de

constituição desse poder individual; ou seja, quando falamos de um poder individualizante, estamos falando de modos de subjetivação.

É verdade que o governo dos vivos, ou o *biopoder* que constitui o Estado moderno, apóia-se numa tática individualizante que se dispersa em múltiplas formas de governo, com estratégias próprias: a família, a medicina, a psiquiatria, a educação, o trabalho. Essa forma de poder se realiza, assim, em práticas e saberes pulverizados em todas as relações sociais, constituindo redes complexas de relações de poder. À diversidade de relações de poder, corresponde a diversidade de lugares a partir dos quais alguém pode se definir como sujeito, ao mesmo tempo em que corresponde ao campo de possibilidades em que se pode inscrever a conduta de cada um²⁶. Isso é o que leva Foucault a dizer, em uma entrevista de 1984, que o sujeito não é uma substância, mas uma “forma”:

Não é uma substância. É uma forma, e essa forma nem sempre é, sobretudo, idêntica a si mesma. Você não tem consigo próprio o mesmo tipo de relações quando você se constitui como sujeito político que vai votar ou toma a palavra em uma assembleia, ou quando você busca realizar seu desejo em uma relação sexual. Há, indubitavelmente, relações e interferências entre essas diferentes formas do sujeito; porém não estamos na presença do mesmo tipo de sujeito. Em cada caso, se exercem, se estabelecem consigo mesmo formas de relação diferentes. E o que me interessa é, precisamente, a constituição histórica dessas diferentes formas do sujeito, em relação aos jogos de verdade. (FOUCAULT, 1984/2004c, p. 275)

O que Foucault enfoca, portanto, na relação entre sujeito e poder está longe de um poder de Estado que se espalha através de organizações e grupos até atingir a relação do indivíduo consigo mesmo, assumindo as formas da repressão de suas pulsões elementares, da essência mais profunda do indivíduo, ou a de seu “eu” verdadeiro.

Ele não é em si mesmo uma violência que, às vezes, se esconderia, ou um consentimento que, implicitamente, se reconduziria. Ele é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidade onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, traduz, desvia, facilita, torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são susceptíveis de agir. (FOUCAULT, 1984/1995, p. 243)

²⁶ Vide p. 243, Sujeito e Poder, sobre conduta: “O termo ‘conduta’, apesar de sua natureza equívoca, talvez seja um daqueles que melhor permite atingir aquilo que há de específico nas relações de poder. A ‘conduta’ é, ao mesmo tempo, o ato de ‘conduzir’ os outros (segundo mecanismos de coerção mais ou menos estritos) e a maneira de se comportar num campo mais ou menos aberto de possibilidades. O exercício do poder consiste em ‘conduzir condutas’ e em ordenar probabilidades.”

A estratégia está no âmago de toda a relação de poder, no sentido de que tal relação sempre supõe um potencial de insubmissão: “para uma relação de confronto, desde que não se trate de luta de morte, a fixação de uma relação de poder constitui um alvo – ao mesmo tempo de completamento e sua própria suspensão”. A consequência lógica é a inversão da fórmula clausewitziana – “a guerra não é mais do que a continuação da política por outros meios – para dizer: “a política é a continuação da guerra por outros meios” (FOUCAULT, 1984/1995, p. 248).

O poder se exerce estrategicamente como modo de conduzir condutas, de “governar” no sentido de “estruturar o eventual campo de ação dos outros. Isso significa que os outros devem ser livres, que tenham diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer”. A liberdade é a própria “condição de existência” dessa forma de poder, seu “suporte permanente”; ela só pode “se opor a um exercício de poder que tende, enfim, a determiná-la inteiramente” (REVEL, 2005, p. 56).

Sendo assim, não é pela via da libertação das amarras do Estado, nem das instituições, muito menos da repressão como representante intrapsíquica desses poderes, que o sujeito é problematizado, mas pela via da resistência. São lutas cujo objetivo é atacar, primordialmente, não a instituições, grupos, elites, ou classes sociais, mas a relações de poder imediatas, entranhadas no cotidiano.

Esta forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos. Há dois significados para a palavra *sujeito*: sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou auto-conhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a. (FOUCAULT, 1984/1995, p. 235)

A resistência à sujeição, ao tipo de individualização ligado ao Estado Pastoral – que insiste em dizer quem somos – torna-se, assim, o “catalisador químico” capaz de “esclarecer as relações de poder, localizar sua posição, descobrir seu ponto de aplicação e os métodos

utilizados” (Ibid., p. 234). Ela expõe as amarras que unem o indivíduo a sua identidade, questionando também essa mesma identidade que é imposta em nome de uma lei de verdade que vai ditar a própria maneira como o indivíduo deve se reconhecer, e se dar a reconhecer a outros, como sujeito.

Não é, portanto, pela via de um conhecimento de si, ou de um questionamento do estatuto do sujeito por meio da dialética liberdade-repressão, que o sujeito é problematizado. Tal problematização se realiza pelo questionamento da própria *lei de verdade* que o aprisiona a uma identidade, em nome de uma consciência de si e de um autoconhecimento. É sob essa premissa que nos deteremos a partir de agora, ao falarmos sobre um outro conceito desenvolvido por Foucault: o cuidado de si, ou técnicas de si.

5.3. As técnicas de si

Foucault denomina “cuidado de si” a uma série de práticas que contribuíram para a constituição do indivíduo moderno como sujeito. Tal tema, abordado a partir da década de 80, estende a idéia da governamentalidade, ou de um “governo dos outros”, para um “governo de si”, ou “a maneira pela qual os sujeitos se relacionam consigo mesmos e tornam possível a relação com o outro” (REVEL, 2005, p. 33). O cuidado de si é, nesse contexto, estudado em conexão com relações de poder.

Como vimos anteriormente, a governamentalidade só se exerce sob a condição da liberdade dos indivíduos. As relações de poder só podem ocorrer entre indivíduos livres e detentores da possibilidade de governar sobre o outro e sobre si mesmos. É sobre esse governo de si que Foucault fala, quando aborda a questão do “cuidado de si”.

Ao ser articulado a relações de poder, o cuidado de si é também articulado a jogos de verdade, que, por sua vez, se relacionam a certas técnicas pelas quais os homens procuram compreender e atuar sobre seu “eu”. É assim que chegamos às “tecnologias do eu”, que:

permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos e conduta, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmos, com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade. (FOUCAULT, 1982/1995, p. 48. Texto original em espanhol, tradução da autora.)

Como qualquer outra tecnologia – de produção, de sistemas de signos, ou de poder – as tecnologias do eu, ou técnicas de si, são históricas. Mais do que quaisquer outras, porém, tais técnicas são responsáveis por diferentes experiências de si, constituindo indivíduos diferentes em diferentes épocas.

A Foucault interessarão especialmente as técnicas de si que participaram na constituição do que hoje chamamos “sujeito”, em conexão com um certo saber de si e uma certa relação consigo mesmo. E ele vai buscar na Antigüidade greco-romana – no mesmo ponto em que ele situa a origem do Estado moderno – a origem desse sujeito.

Em “Tecnologias do Eu”, seminário apresentado na Universidade de Vermont em 1982, Foucault (1982/1995, p. 45-94) faz uma exposição sobre o desenvolvimento das práticas ascéticas desde aquela época até o início do cristianismo, para ali encontrar as bases de nossa atual consciência de nós mesmos. É importante ressaltar que, quando ele se refere a “práticas ascéticas”, ele não o faz no sentido que hoje conhecemos – o de uma moral de renúncia – mas em um sentido amplo, ou seja, como “um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser” (FOUCAULT, 1984/2004c, p. 265).

A expressão grega *epimelesthai sautou* refere-se a práticas relacionados ao “cuidado de si”, à “preocupação de si” ou, ainda, a “sentir-se preocupado, inquieto por si” (FOUCAULT, 1982/1995, p. 50). A *epimelesthai sautou* constituiu-se num dos princípios fundamentais das cidades gregas, uma importante regra para conduzir a vida pessoal e social dos cidadãos, uma espécie de arte de vida. O cuidado de si era um atributo e uma obrigação moral, ética, que caracterizava os homens livres, pois o domínio de si é o que permitiria que o cidadão

governasse a pólis. Mais ainda, a ética pertencia exclusivamente aos homens livres, ou seja, o escravo não tinha ética (FOUCAULT, 1984/2004c, p. 270).

Não ser escravo (de uma outra cidade, daqueles que o cercam, daqueles que o governam, de suas próprias paixões) era um tema absolutamente fundamental; a preocupação com a liberdade foi um problema essencial, permanente, durante os oito grandes séculos da cultura antiga. Nela temos toda uma ética que girou em torno do cuidado de si e que confere à ética antiga sua forma tão particular. (FOUCAULT, 1984/2004c, p. 268)

A questão ética, referente à conduta do cidadão, constituía uma experiência muito mais pautada por um cuidado de si, do que pelo conhecimento de si. Ou seja, não existia então *sujeito*, como objeto de um conhecimento de si, ou o sujeito substancializado das ciências humanas, no qual aprendemos a nos reconhecer.

Foucault atribui ao desenvolvimento posterior da tradição filosófica ocidental o fato de o princípio délfico *gnothi sautou* (conhece-te a ti mesmo) ter sido considerado como o tema central da cultura grega. Para os gregos, diz ele, a máxima délfica era mais um conselho prático, uma regra para consultar o oráculo: “‘Conhece-te a ti mesmo’ queria dizer: ‘Não suponhas que sejas um deus’. Outros comentaristas sugerem que significava: ‘Tendes segurança do que realmente perguntas quando vens a consultar o oráculo’” (FOUCAULT, 1982/1995, p. 50-51).

Na corrente platônica, fundada no diálogo como dispositivo pedagógico e de produção de saber, o cuidado de si referia-se a um *cuidado com a alma*, não como substância (corpo), mas como atividade. Somente pela contemplação do elemento divino, como num espelho, a alma poderia descobrir as regras capazes de reger tanto a conduta quanto a ação política.

O jovem cidadão deveria ser treinado no domínio de si para poder dominar os outros. E quem o treinaria? Certamente o filósofo, comissionado pelos deuses para ensiná-lo a ocupar-se de si mesmo e da cidade. É na relação dialética entre o jovem discípulo ignorante e o filósofo, seu mestre, que se articula a relação entre o cuidado de si e o conhecimento de si.

As mudanças políticas introduzidas durante o período imperial vieram, porém, a alterar a forma como se dava a relação dialética entre mestre e discípulo. O desenvolvimento administrativo e burocrático acabou por conferir à palavra escrita uma importância maior em todos os aspectos da vida. Nessa época, a correspondência se tornou o principal meio de comunicação entre discípulo e mestre: “O cuidado de si se viu relacionado com uma constante atividade literária. O si mesmo é algo do qual se deve escrever, tema ou objeto (sujeito) de toda a atividade literária” (FOUCAULT, 1982/1995, p. 62). A mudança do dispositivo político implicava, portanto, numa nova experiência de si, como objeto de uma “escrita de si”. Sobre essa experiência, Foucault diz, em “A escrita de si”:

Escrever é [...] “se mostrar”, se expor, fazer aparecer seu próprio rosto perto do outro. E isso significa que a carta é ao mesmo tempo um olhar que se lança sobre o destinatário (pela missiva que ele recebe, se sente olhado) e uma maneira de se oferecer ao seu olhar através do que lhe é dito sobre si mesmo. [...] A reciprocidade que a correspondência estabelece não é simplesmente a do conselho e da ajuda; ela é a do olhar e do exame. A carta que, como exercício, trabalha para a subjetivação do discurso verdadeiro, para sua assimilação e elaboração como “bem próprio”, constitui também, e ao mesmo tempo, uma objetivação da alma. É notável que Sêneca, começando uma carta em que deve expor a Lucilius sua vida cotidiana, lembra a máxima moral de que “devemos pautar nossa vida como se todo mundo a olhasse”, e o princípio filosófico de que nada de nós mesmos pode ser ocultado de deus, que está eternamente presente em nossas almas. Pela missiva, nos abrimos para o olhar dos outros e alojamos o correspondente no lugar do deus interior. Ela é uma maneira de nos oferecermos a esse olhar a respeito do qual devemos nos dizer que ele está, no momento em que pensamos, mergulhado no fundo do nosso coração (*in pectus intimum introspicere*). (FOUCAULT, 1983/2004, p. 156-157)

A dimensão do exame e da vigilância à distância, na carta, veio a inaugurar um novo âmbito de experiência de si relacionado a uma certa introspecção, não ainda como um “deciframento de si por si”, mas como “uma abertura que se dá ao outro sobre si mesmo” (Ibid., p. 157). O cuidado de si, porém, continuava centrado na conduta, mais do que no conhecimento de si. Aos poucos, porém, houve um deslocamento da temática, em direção a um crescente desaparecimento da antiga relação dialógica entre discípulo e mestre, em favor de um novo jogo pedagógico, no qual “o mestre e professor fala e não formula questões ao discípulo, e o discípulo não responde, mas deve escutar e permanecer silencioso. A cultura do silêncio torna-se cada vez mais importante” (FOUCAULT, 1982/1995, p. 68).

Uma outra mudança consistiu no fato de que o cuidado de si deixou de ser uma preparação para a vida política e se converteu em princípio universal: todos deveriam abandonar a política para ocuparem-se de si mesmos. A preocupação consigo mesmo deixou de ser algo obrigatório apenas para os jovens, transformando-se em imperativo para a toda a vida.

Em paralelo, o modelo médico substituiu o modelo pedagógico: o corpo tornou-se objeto de uma preocupação e um cuidado cada vez maiores que, em Sêneca, beiram a hipocondria. Ao mesmo tempo, o objetivo de todo esse cuidado de si não era mais o de preparar o jovem para a vida adulta, mas o de preparar o homem para uma realização completa da vida, que se daria na velhice, ou no momento anterior à morte.

O conhecimento de si adquiriu assim um outro status, ancorado não mais no diálogo, mas na *arte de escuta*, pela qual o discípulo deveria aprender a escutar a voz do mestre como condição para a aquisição da verdade:

A arte da escuta é crucial para decidir o que é verdadeiro e o que é falso no discurso dos retóricos. O escutar está relacionado com o fato de não estar debaixo do controle dos mestres, de ter que escutar o *logos* [o discurso do mestre]. Permanece-se silencioso durante a lição. Portanto, pensa-se nela. (FOUCAULT, 1982/1995, p. 69, grifo do autor)

Juntamente com o cultivo do silêncio, o exame de si era uma pré-condição para a ascese. O objetivo era a purificação de si, especialmente antes do sono, na medida em que este era relacionado à morte, uma espécie de encontro com os deuses. Apesar do uso de uma certa linguagem jurídica para se referir a esse exame – o “eu” sendo, simultaneamente, juiz e acusado – ser corrente, os termos que prevaleciam eram os administrativos:

O exame de si significa a aquisição de um bem. As faltas são simples boas intenções que ficaram sem ser realizar. A regra é um método para fazer algo corretamente, sem julgar o que ocorreu em um passado. Mais tarde, o cristianismo se ocuparia das más intenções. (Ibid., p. 71)

O objetivo desse exame de conduta era então o de reativar regras de conduta e não, como seria no cristianismo, o de desentranhar uma culpa. O sujeito ainda não era “*o ponto de partida de um processo de decifração*”, mas a “*intersecção entre os atos que dever[iam] ser*

realizados e as regras sobre o que se deve[ria] fazer.” Nesse contexto, o retiro espiritual era considerado necessário, não ainda para descobrir faltas e sentimentos profundos, mas como fórmula mnemotécnica, para recordar leis de conduta (FOUCAULT, 1982/1995, p. 72).

Depois das cartas e do exame de si, Foucault abordou a técnica das *askesis*, ou domínio de si por meio da assimilação da verdade. Trata-se de um processo pelo qual a verdade se converteria permanentemente em princípio de ação.

A *askesis* incluía exercícios cuja finalidade era colocar à prova o discípulo, para saber se ele estava preparado para enfrentar a realidade utilizando as lições aprendidas com o mestre. Ou seja, a *askesis* servia para saber se alguém havia assimilado a verdade o suficiente para que ela se tornasse ética. Os gregos dividiam esses exercícios em dois tipos: *melete* e *gymnasia* (Ibid., p. 73).

Melete significava “meditação”. Tal exercício consistia em preparar um discurso ou um argumento, antecipando as prováveis contestações do interlocutor. Num outro sentido, a *melete* significava imaginar acontecimentos para examinar de que modo se reagiria a eles. Por exemplo, um dos mais famosos exercícios de meditação era o *praemeditatio malorum*, que consistia em imaginar o que de pior se poderia acontecer no futuro para, por meio de diversas “reduções eidéticas”, aprender a aceitá-lo (Ibid., p. 74-75).

Já a *gymnasia* era um treino de si mesmo, no qual alguém se colocava numa situação real de privação, para saber até que ponto ele seria independente do meio externo. Por exemplo, alguém poderia mandar preparar um lauto banquete com pratos tentadores e, após tê-los contemplado, entregá-los a seus escravos e servir-se da comida destinada a eles (Ibid, p. 76).

Entre a *gymnasia* e a *melete*, Epicteto elaborou uma proposta intermediária. Tratava-se de “vigiar continuamente as representações, técnica que culmina com Freud” (Ibid., p. 77). Havia duas metáforas para este procedimento. A primeira seria a do “vigia que não admite

ninguém na cidade se essa pessoa não pode demonstrar quem é”, vigiando continuamente o fluxo do pensamento. A segunda é a do cambista que examina a autenticidade de uma moeda. Do mesmo modo, deveria-se examinar com atenção nossas representações, para verificar seu peso, seu metal, sua efigie. Temos aqui, segundo Foucault, uma “máquina de censura pré-freudiana” (FOUCAULT, 1982/1995, p. 79). Nas atividades de vigilância e avaliação de suas representações e reações, o indivíduo se tornaria seu próprio *logos* e o *logos* transforma-se em indivíduo, configurando assim um “quase sujeito” (FOUCAULT, 1984/2004c, p. 269). Esse exercício teve, posteriormente, em Casiano, escritor cristão, uma outra forma: a avaliação deveria então se deter, principalmente, sobre as origens divinas ou demoníacas dos pensamentos.

A última técnica pré-cristã de si abordada por Foucault, em “Tecnologias do Eu”, é a interpretação dos sonhos que, na Antigüidade estava associada à adivinhação do futuro, ou à cura de doenças. Essa técnica foi proibida na era cristã, mas Foucault nos relata um exemplo bastante significativo. Sinésio de Cirene, no século IV, um homem que, mesmo não sendo cristão, pediu para ser bispo, dizia que cada um deveria interpretar seus próprios sonhos com base no que havia acontecido durante o dia, antes e depois deles. Foucault não o diz com todas as letras, mas é certo que nos deparamos aqui com uma técnica que, tal como os exercícios estóicos, ecoaria muitos séculos mais tarde na teoria e na técnica da psicanálise de Freud. Entre uns e outros, porém, um longo caminho ainda seria traçado.

Um evento significativo nessa trajetória foi ascensão do cristianismo em toda a Europa medieval como uma religião que adquiriu, após uma série de negociações políticas, uma significativa força institucional. Mais do que isso, o pensamento cristão concorreria, doravante, para a constituição de uma nova experiência de si que levaria diretamente ao sujeito moderno.

O cristianismo caracteriza-se como uma religião de salvação, ou seja, que se propõe a conduzir o indivíduo de uma realidade a outra. Todavia, para que isso aconteça, é necessário promover um certo tipo de transformação do “eu”, por meio de condições e regras estritas de conduta e de verdade. Todos, discípulos e mestres, submetem-se aos mesmos dogma e cânon. A relação de discipulado sofre, assim, profundas alterações em suas características e seus objetivos assumindo, nas formas do regime monacal, o seu ápice.

O exame de consciência, nesse novo contexto, fez-se necessário para se descobrir faltas, tentações e desejos mas, diferentemente dos estóicos, ele não promoveria, por si só, a purificação. Para que houvesse a verdadeira purificação, ou o retorno à pureza obtida por meio do batismo, seria necessário confessar, ou seja, revelar seus pecados a Deus e aos outros. Duas formas de revelação do eu, anteriores aos sacramentos da confissão e da penitência, são descritas por Foucault em “Tecnologias do Eu”: a *exomologesis* e a *exagouresis*.

Exomologesis significa “reconhecimento do fato” e consistia num ritual publico, pelo qual o pecador se fazia reconhecer como tal. Ela fazia parte do estatuto do penitente, condição vitalícia do indivíduo, que se iniciava entre quatro e dez anos de idade. A *exomologesis* era um ritual dramático, no qual o penitente comparecia perante a Igreja e seus membros, coberto de andrajos e de cinzas para se humilhar, beijando os joelhos dos presentes. Em suma: “Provar o sofrimento, demonstrar a vergonha e fazer visível a humildade: estas são as características principais da penitência” (FOUCAULT, 1982/1995, p. 82).

A publicação de si – *publicatio sui* – era considerada como uma forma de purificação dos pecados e de revelação do verdadeiro ser cheio de pecados do pecador, com base em três modelos:

O primeiro modelo é o médico: alguém deve mostrar suas próprias feridas, se quer ser curado. Outro modelo, menos freqüente, era o modelo do tribunal de juízo. Alguém sempre aplaca a seu juiz confessando suas faltas. O pecador desempenha o papel do diabo, como o fará o diabo no dia do juízo final. (FOUCAULT, 1982/1995, p. 85)

Já o terceiro modelo, o mais importante, é o do *martírio*: o homem deve ser capaz de morrer pela sua fé. A *exomologesis* era, portanto, um ritual pelo qual se publicava a renúncia de si e da vida: “*Ego non sum, ego.*” (FOUCAULT, 1982/1995, p. 85). A revelação de si se transformaria na própria morte de si e representaria uma ruptura com a identidade passada.

Uma técnica diferente para descobrir-se a si mesmo foi a *exagouresis*. Nela estavam presentes diversos elementos pertencentes às técnicas estoicas do eu, mas com um objetivo diferente: o sacrifício de si e de seus desejos.

A obediência na relação entre discípulo e mestre que, na tradição greco-romana, tinha um caráter instrumental, transforma-se numa finalidade em si mesma. Na vida monástica, ela deveria ser permanente e não mais conduziria à autonomia do discípulo em relação ao mestre:

O monge deve ter permissão de seu diretor para fazer qualquer coisa, inclusive morrer. Tudo o que faz sem permissão é roubar. Não há nem um só momento em que o monge possa ser autônomo. Inclusive para converter-se, ele mesmo, em diretor, deve manter um espírito de obediência como um sacrifício permanente do controle completo que, de sua conduta, tem o mestre. O eu deve constituir-se a si mesmo por meio da obediência. (FOUCAULT, 1982/1995, p. 88)

Ao passo que a obediência permanente se transformava na tônica da relação do discipulado, o exame de si, herdado da tradição estoica, foi articulado ao exercício da contemplação. O monge tinha a obrigação de dirigir continuamente seus pensamentos a Deus devendo, por isso, certificar-se da pureza de seu coração por meio de um constante escrutínio de seus pensamentos. O objetivo era cuidar para que estes pensamentos não fossem do tipo que afastariam o homem da contemplação de Deus, por agitar seu espírito com desejos e concupiscência. É nessa inflexão da técnica de exame de si na *exagouresis*, que Foucault situa o fundamento da hermenêutica do eu, ou do sujeito:

Existem três tipos principais de exame de si mesmo: primeiro, o exame de si referido aos pensamentos em correspondência com a realidade (cartesiano); segundo, o exame de si referido à maneira como nossos pensamentos se relacionam com regras (senequista); terceiro, o exame de si referido à relação entre o pensamento oculto e uma impureza interior. Nesse momento começa a hermenêutica cristã do eu, com sua decifração de pensamentos ocultos. Implica que há algo escondido em nós mesmos e que sempre nos movemos em uma auto-ilusão que esconde um segredo. (Ibid., p. 90)

É desta forma que, além do exame de consciência, que permitia separar os pensamentos bons dos maus e os puros dos impuros, a técnica da confissão tornou-se da maior importância no dispositivo eclesial. Por um lado, o pecado deveria ser dito, colocado em palavras, para que o mestre pudesse melhor aconselhar e orientar seu discípulo. Mesmo quando o mestre não dizia nada, a simples expressão do pensamento em palavras tinha um efeito purificador.

O mal foi situado, desde então, naquilo que é oculto e não dito. Promoveu-se, a partir daí, uma incitação permanente à confissão dos pecados, a falar de si como pecador. “Mas o preço da expressão verbal permanente era converter em pecaminoso tudo o que não se podia expressar” (FOUCAULT, 1982/1995, p. 93).

Entre a *exomologesis* e a *exagouresis*, é essa última que viria a se tornar, segundo Foucault, a mais importante historicamente, na medida em que ela se re-inseriria, a partir do século XVIII, nas ciências humanas, junto a uma certa forma de objetivação do sujeito. O objetivo, porém, não mais seria o de *renúncia do eu*: “Utilizar estas técnicas sem renunciar a si mesmo supõe uma mudança decisiva.” (Ibid., p. 94). Configura-se, assim, historicamente, uma nova experiência de si, como objeto de um saber sobre um sujeito que se ocultaria no não dito.

5.4. O “momento cartesiano”

No curso de 1982 intitulado “Hermenêutica do Sujeito”, Foucault se refere a um certo “momento cartesiano” que não coincide exatamente com o pensamento do próprio Descartes, mas como um momento na história da verdade:

[...] podemos dizer que entramos na idade moderna (quero dizer, a história da verdade entrou no seu período moderno) no dia em que admitimos que o que dá acesso à verdade, as condições segundo as quais o sujeito pode ter acesso à verdade, é o conhecimento e tão-somente o conhecimento. [...] no momento em que o filósofo (ou o sábio, ou simplesmente aquele que busca a verdade), sem que mais nada lhe seja solicitado, sem que seu ser de sujeito deva ser modificado ou alterado, é capaz, em si mesmo e unicamente por seus atos de conhecimento, de reconhecer a verdade e a ela ter acesso. O que não significa, é claro, que a verdade seja obtida sem condição. [...] Por um lado, há condições internas do ato de conhecimento e regras a serem por ele seguidas para ter acesso à verdade: condições formais,

condições objetivas, regras formais do método, estrutura do objeto a conhecer. De todo modo, porém, é do interior do conhecimento que são definidas as condições de acesso à verdade. As outras condições são extrínsecas. Condições tais como: “não se pode conhecer a verdade quando se é louco” (importante em Descartes). Condições culturais também: para ter acesso à verdade é preciso ter realizado estudos, ter uma boa formação, inscrever-se em algum consenso científico. E condições morais: para conhecer a verdade, é bem preciso esforçar-se, não tentar enganar seus pares, é preciso que os interesses financeiros, de carreira ou de *status* ajustem-se de modo inteiramente aceitável com as normas da pesquisa desinteressada. [...] A consequência disto, ou se quisermos, o outro aspecto, é que o acesso à verdade, cuja condição doravante é tão somente o conhecimento, nada mais encontrará no conhecimento, como recompensa e completude, do que o caminho indefinido do conhecimento. Aquele ponto de iluminação, aquele ponto de completude, aquele momento da transfiguração do sujeito pelo “efeito de retorno” da verdade que ele conhece sobre si mesmo, e que transita, atravessa, transfigura seu ser, nada disso pode mais existir. [...] Tal como doravante ela é, a verdade não será capaz de salvar o sujeito. (FOUCAULT, 1982b/2004, pp. 22-24)

Esse momento cartesiano – no qual o conhecimento se desvincula das práticas espirituais de ascese ou de transformação do sujeito como condição e consequência da verdade – já vinha, segundo Foucault, sendo gestado muitos séculos antes, na teologia cristã medieval:

A correspondência entre um Deus que tudo conhece e sujeitos capazes de conhecer, sob o amparo da fé é claro, constitui sem dúvida um dos principais elementos que fazem [fizeram] com que o pensamento – ou as principais formas de reflexão – ocidental e, em particular, o pensamento filosófico se tenham desprendido, liberado, separado das condições de espiritualidade que os havia acompanhado até então e cuja formulação mais geral era o princípio da *epiméleia heautoû*. (Ibid, p. 36)

A história da filosofia do século XIX configura o embate entre os filósofos ligados à tradição cartesiana e aqueles que retomaram, de modo mais ou menos explícito, a questão da espiritualidade. Mas é, segundo Foucault, em certas formas contemporâneas de saber, como o marxismo e a psicanálise, que a pressão, o ressurgimento das estruturas da espiritualidade tornou-se mais sensível:

[...] por razões totalmente diferentes mas com efeitos relativamente homólogos, no marxismo como na psicanálise, o problema a respeito do que se passa com o ser do sujeito (do que deve ser o ser do sujeito para que ele tenha acesso à verdade) e a consequente questão acerca do que pode ser transformado no sujeito pelo fato de ter acesso à verdade, estas duas questões repito, serão por nós reencontradas no cerne mesmo destes saberes ou, em todo caso, de ponta a ponta em ambos. [...] são as muito velhas e fundamentais questões da *epiméleia heautoû* e, portanto, da espiritualidade como condição de acesso à verdade. [...] Tentou-se mascarar estas condições de espiritualidade próprias a tais formas de saber no interior de certas formas sociais. A idéia de uma posição de classe, de efeito de partido, o pertencimento a um grupo, a uma escola, a iniciação, a formação do analista, etc. tudo nos remete as questões da condição de formação do sujeito para o acesso à verdade, pensadas porém em termos sociais, em termos de organização. Não são

pensadas no recorte histórico da existência da espiritualidade e de suas exigências. Ao mesmo tempo, o preço pago para transportar, para remeter as questões “verdade e sujeito” a problemas de pertencimento (a um grupo, uma escola, um partido, uma classe, etc.) foi, bem entendido, o esquecimento das relações entre verdade e sujeito. [...] Lacan foi o único depois de Freud a querer recentralizar a questão da psicanálise precisamente nesta questão das relações entre sujeito e verdade. [...] em termos do próprio saber analítico, ele tentou colocar a questão que, historicamente, é propriamente espiritual: a questão do preço que o sujeito tem a pagar para dizer o verdadeiro e a questão do efeito que tem sobre o sujeito o fato de que ele disse, de que pode dizer e disse, a verdade sobre si próprio. Fazendo ressurgir essa questão, acho que ele fez efetivamente ressurgir, no interior mesmo da psicanálise, a mais velha tradição, a mais velha interrogação, a mais velha inquietude desta *epiméleia heautoû*, que constituiu a forma mais geral da espiritualidade. Esta questão, que não me cabe responder, é certamente a seguinte: é possível, nos próprios termos da psicanálise, isto é, dos efeitos de conhecimento portanto, colocar a questão das relações do sujeito com a verdade, que – do ponto de vista, pelo menos, da espiritualidade e da *epiméleia heautoû* – não pode, por definição, ser colocada nos próprios termos do conhecimento? (Ibid, pp. 39-41, grifos da autora)

Detemo-nos diante da questão formulada por Foucault para pensar a nossa própria prática como psicólogos e psicanalistas. A questão, que Foucault se abstém de responder, faz-se nossa, na busca por um método de pesquisa que procure dar conta daquilo que se passa nas relações entre sujeito e verdade, no que concerne às práticas do voluntariado. Poucos autores se preocuparam com essa questão a ponto de elaborar um método de pesquisa que, de algum modo, se prestasse a dar conta dela.

É por esse motivo que optamos pelo método de análise de discursos desenvolvido pela psicanalista Marlene Guirado, o qual implica um modo peculiar de conceber a análise, o sujeito e o discurso. O conceito fundamental que resultou desse método foi a metáfora do sujeito-dobradiça que, por estar estreitamente vinculada à problematização do sujeito desencadeada por Foucault, abordaremos ainda nesse capítulo.

5.5. O Sujeito-dobradiça

O objetivo da presente pesquisa é o de realizar um estudo analítico das práticas do voluntariado, tal como elas são configuradas na fala de seus agentes, ou seja, os próprios voluntários. Procuramos mostrar, em capítulos anteriores, de que maneiras o que hoje conhecemos como trabalho voluntário constituiu-se, historicamente, como um conjunto de

práticas ligadas a dispositivos de natureza religiosa e política. Podemos agora deduzir, a partir do estudo de Foucault, que essas práticas sempre corresponderam a jogos de verdade articulados em cada época e, junto com eles, a certos modos de subjetivação.

Ao nos propor a estudar o voluntariado como conjunto de práticas históricas que engendram subjetividades e, para esse fim, tomarmos como objeto uma prática específica, que é o “falar de si como voluntário”, aproximamo-nos do método criado por Marlene Guirado, calcado no que ela chamou de “uma leitura institucional do discurso”.

Em “Instituição e Relações Afetivas: o Vínculo com o Abandono”, Guirado partiu da definição de instituição formulada pelo sociólogo brasileiro José Augusto Guilhaon de Albuquerque. Instituição, segundo esse autor, seria “um conjunto de práticas, ou de relações sociais que se repetem e se legitimam enquanto se repetem”, e não um estabelecimento espacialmente localizado (GUIRADO, 1986/2004, p. 44).

A legitimação das práticas, ou relações sociais, acontece por meio de imagens que os atores institucionais elaboram sobre o lugar que nelas ocupam, ou seja, pela forma como eles se representam e se reconhecem como sujeitos dessas práticas e relações. A representação é, portanto, “o nível subjetivo da organização e da estruturação da prática”, sendo que o “subjetivo” em questão é compreendido como o nível de “identificação imaginária”, com efeitos de “reconhecimento e desconhecimento na – e da – ordem das relações instituídas”. Esse “jogo de efeitos de reconhecimento e desconhecimento, não necessariamente consciente”, não é uma mera reprodução imaginária e ideológica da prática, mas sim “algo constitutivo do fazer, com sede no discurso” (GUIRADO, 1986/2004, p. 44).

Como Foucault, Guirado concebe o discurso como ato, ou dispositivo institucional. Isso significa que não há uma relação de exterioridade entre discurso e prática, nem entre instituição e sujeito. A não exterioridade entre esses termos é o que permite pensar numa

psicologia institucional a partir de uma análise de discurso capaz de dar conta, tanto dos modos de constituição do sujeito, como das próprias condições institucionais de enunciação.

Inspirando-se no método de Análise do Discurso de Dominique Maingueneau, Guirado (2007) toma o intercontexto, ou interdiscurso como “*o engenho instituinte de sentidos para o que se faz ao dizer ou mostra-se enquanto se diz*”:

Se, com Foucault, entendo o discurso como dispositivo institucional, como acontecimento, como ato, a posição do falante é concretamente a ocasião da produção de sentidos, expectativas de reação no parceiro/interlocutor (o que, pela Análise do Discurso, se conceitua como *gênero discursivo*). Assim, um *lugar no discurso* é suficiente para se dizer da relação que num intercontexto se constitui. Até porque [...] a circulação de um discurso supõe rituais e comunidades que o creditam e que reproduzem de seu interior efeitos de reconhecimento e desconhecimentos das verdades que desse e nesse modo se constituem. (GUIRADO, 2007, p. 17)

Não é, portanto, um sujeito para além de, ou anterior ao discurso que iremos buscar, mas um sujeito que se constitui como tal no momento em que fala e faz sua voz passar pelas vozes de outrem – “dos mortos, dos vivos, dos seres fictícios”, diria Maingueneau (In GUIRADO, 2000, p. 49) –, organizando sentidos num discurso único e singular. O interdiscurso, ou intercontexto, assim como os lugares de enunciação que ele configura, é o plano de análise que nos permite compreender os processos de subjetivação como práticas institucionais. Conceber dessa maneira um plano de análise, ou um recorte no discurso, significa produzir uma estratégia de pesquisa capaz de dar conta de um sujeito feito de relações sociais.

Na esteira, portanto, dos trabalhos de Foucault, Marlene Guirado criou um conceito capaz de tornar operacionalizável o descentramento do sujeito no campo da psicologia, expondo as articulações entre subjetividade e verdade. Foi assim que surgiu um “conceito-dobradiça” do sujeito, como metáfora da subjetividade, ou como forma de falar de um sujeito que é configurado no e pelo discurso.

De acordo com Guirado, aquele que fala de si, fala a partir das condições institucionais que permitem que ele fale de uma determinada maneira. É pela via da articulação entre os

lugares de enunciação no discurso que podemos ter acesso ao conjunto de relações institucionais concretas que constituem o sujeito.

Entretanto, se o sujeito fala do modo como “se reconhece” como autor do discurso, ele também fala, “pelo avesso”, do seu desconhecimento quanto às relações sociais nas e pelas quais ele é objetivado. E é nesse jogo analítico de verso e reverso que se configura o que Guirado denominou como “sujeito-dobradiça”. Em “Psicanálise e Análise de Discursos” ela diz:

Como uma dobradiça, dessas de portas, facilitamos o movimento das singularidades discursivas e, ao mesmo tempo, acusamos aquilo que parece ser o regime discursivo da marginalidade²⁷ numa formação social que desta maneira a inclui entre suas formas de acontecer e se instituir.
(...) A questão está na perspectiva que se tem de análise, os recortes que ela permite e as “amarrações” ou as reconstruções a que se chega, que acabam falando ao mesmo tempo dos autores das cenas enunciativas e das condições de enunciação. Aí, a metáfora da “dobradiça” de sujeito. Pode não ser elegante, mas funciona. (GUIRADO, 1995/2006, p. 86)

Como metáfora, a dobradiça é capaz de organizar a prática analítica em torno de vetores discursivos que dão conta do tensionamento no qual ocorrem, estrategicamente, processos de subjetivação e, ao mesmo tempo, de institucionalização. É, portanto, por meio dela que podemos falar de um sujeito “matriciado” na instituição, um “sujeito que só pode se dizer psíquico porque institucional”.

A “dobradiça” é o organizador capaz de expor, estrategicamente, no discurso, o sujeito desenhado (instituído) na rede discursiva da instituição, assim como o movimento de resistência no e pelo qual processos instituintes de subjetivação ocorrem numa cena única, ou num diálogo singular. Sendo assim, o método de análise de discursos de Marlene Guirado é o que nos permitirá a análise das entrevistas dos voluntários sem termos que recorrer a categorias “internas” – ou o “sujeito do inconsciente” psicanalítico – que, como vimos a partir

²⁷ No contexto, a autora se referia à pesquisa com internos da FEBEM relatada em Instituição e Relações Afetivas. A marginalidade é aqui tomada como instituição, de acordo com a definição dada por José Augusto Guilhon de Albuquerque.

de Foucault, relacionam-se a um determinado conceito histórico do sujeito, que o transforma em objeto de um conhecimento que não lhe diz respeito.

VI. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

VI. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Ao nos propormos a trabalhar com o conceito de sujeito-dobradiça como metáfora da subjetividade, nós também compartilhamos com Marlene Guirado os procedimentos que permitem estudá-lo na fala de nossos entrevistados. Tais procedimentos objetivam tornar possível uma pesquisa em psicologia que busque compreender não apenas o sujeito, mas as amarras institucionais que o sustentam como tal.

O objeto de nossas análises será o discurso no e pelo qual esse sujeito se configura. Como Foucault, não concebemos o discurso como potencialmente transparente e capaz de revelar a verdade de um “eu” para além dele, mas de um discurso opaco, cuja textura modalizada pela instituição se presta à produção de subjetividades.

Há um movimento de tensão no falar de si. Aquele que fala se dá a conhecer não apenas por aquilo que ele reconhece de si, mas também naquilo que ele desconhece quando diz “eu”. Esse jogo de reconhecimento e desconhecimento de si na primeira pessoa constitui um eixo importante para o nosso trabalho de análise.

Tal jogo se dá no contexto de uma cena discursiva. É um jogo estratégico, na medida em que define as posições a serem ocupadas pelos interlocutores, ou as relações imaginárias entre eu e outrem que se configuram na articulação essencialmente dialógica do discurso. Essa cena só pode ser apreendida por meio de uma análise que, ao invés de conteúdos, privilegie os modos de dizer.

O método de análise de discursos permite perceber a estratégia de subjetivação – o lugar no e pelo qual o sujeito se constitui e se legitima como tal perante o outro – por meio da detecção de certos indicadores discursivos na fala do sujeito. Não vamos buscar nada além da fala. Não nos propomos, como o faz a psicanálise, a escutar o não dito através do dito, ou a qualquer tipo de interpretação que nos conduza a um sujeito para além do discurso.

O status do sujeito dobradiça é o de ser efeito estratégico, e não causa do discurso. É um sujeito que se desenha juntamente com os lugares dispostos para si e para o outro na cena discursiva. Ele não é um sujeito que se esconde, mas que se mostra enquanto fala, na superfície mesma do discurso. De tão superficial, porém, ele se naturaliza a ponto de, no ato mesmo em que se reconhece, desconhecer-se. É aqui que a análise se realiza com toda a sua potência, incidindo sobre as amarras institucionais do discurso, rearticulando-as num movimento capaz de mostrar no mesmo sujeito um outro, um sujeito analítico: um sujeito-dobradiça.

Trabalhamos no ponto de tensionamento no qual a instituição se repete na fala do sujeito e no qual, ao mesmo tempo, o sujeito se institui em toda a sua singularidade. Todos os procedimentos que serão apresentados a seguir devem, portanto, ser observados com a perspectiva de iluminar, na opacidade do discurso, as articulações que permitem a análise da instituição na e pela fala dos entrevistados, e do sujeito como instância singular da prática institucional.

De modo contrário, correremos o risco de transformar a análise de discursos num método para dar voz a um sujeito supostamente mudo por traz de cada fala, ou numa interpretação que não faça mais do que legitimar aquilo que supostamente já sabemos sobre um sujeito que nós mesmos, psicólogos, construímos.

6.1. Os voluntários da pesquisa

Foram entrevistados ao todo oito voluntários hospitalares pertencentes a quatro associações de voluntários que chamaremos de: Grupo Alfa, Grupo Beta, Grupo Gama e Grupo Delta.

O contato inicial com os voluntários ocorreu por meio das associações às quais eles pertencem. Não houve maiores dificuldades em conseguir voluntários para serem

entrevistados porque, de uma maneira geral, eles se mostraram bastante cooperadores, assim que souberam do objetivo da pesquisa.

Para auxiliar o leitor a visualizar o universo com o qual trabalhamos, elaboramos a tabela que se segue:

VOLUNTÁRIOS E GRUPOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Grupo (Fundação)	Hospitais Atendidos	Voluntários²⁸	Idade	Profissão	Tempo de voluntariado hospitalar	Horas/semana (Voluntariado)
Alfa (1984)	Hospital I Câncer Infantil	Ari	41	Empresário e estudante de psicologia	15 anos	16 -20
		Lúcia	44	Dona de casa	5 anos	40
Beta (1990)	Hospital II Câncer Infantil	Maria Luiza	53	Auxiliar de Contabilidade	30 anos	24 -30
		Márcia	58	Professora aposentada	8 anos	6
Gama (1997)	Hospital III e vários Hospitais Pediatría	Aline	31	Zootecnista e professora universitária	1 ano	2
		Tiago	24	Jornalista	1 ano	2
Delta (2003)	Hospital IV e vários Hospitais Adultos	Julieta	75	Jornalista aposentada	10 meses	2:30
		Raquel	25	Estudante de psicologia	3 anos e meio	3

Os quatro grupos, Alfa, Beta, Gama e Delta, assim como os voluntários, têm características e história distintas, das quais trataremos resumidamente a seguir, com base em documentos fornecidos pelos próprios grupos.

6.2. Os grupos de voluntários

6.2.1. Grupo Alfa

O Grupo Alfa tem como objetivo principal humanizar o tratamento do câncer infantil. Foi fundado há cerca de vinte anos, por um grupo de pais de crianças com câncer que se

²⁸ Nomes fictícios.

propuseram a ajudar outras famílias que, sem recursos financeiros, vinham para São Paulo em busca de tratamento para seus filhos. Presta apoio material por meio do fornecimento de medicamentos, cesta básica, alimentação especial, encaminhamento para alojamento, vestuário, transporte para pessoas e medicamentos, auxílio em casos de óbito. O Grupo Alfa também busca proporcionar apoio emocional e recreação para pacientes e familiares, além de eventos comemorativos especiais.

A organização atual conta com um Conselho Gestor, composto por voluntários que exercem funções administrativas, fiscais e científicas. A superintendente é uma mãe fundadora (Edwiges), que também supervisiona os voluntários em suas tarefas específicas, como as de recreação nas enfermarias, o bazar, tarefas administrativas, campanhas e festas.

O Grupo Alfa conta com uma sede em imóvel próximo ao Hospital I, especializado no tratamento do câncer infantil, em cuja construção teve intensa participação por meio de campanhas de arrecadação de material e de fundos. A sede constitui uma base de apoio logístico às atividades dos voluntários, além de funcionar como “casa-dia” que acolhe, orienta e dá apoio psicológico a pacientes, familiares e acompanhantes.

Do Grupo Alfa, entrevistamos os voluntários Lúcia e Ari. Lúcia é uma mulher de 44 anos e é bastante expressiva ao falar de seu trabalho como voluntária. Ela é evangélica, casada e tem quatro filhos, com idades entre 22 e 27 anos, dos quais apenas a caçula ainda é solteira e mora com os pais. Estudou até a 8ª. série do primeiro grau e não exerce atividade remunerada. É, como disse, uma profissional “do lar”. Está no serviço voluntário há cinco anos.

Ari tem 41 anos, é “separado”(sic) e não tem filhos. É proprietário de uma pequena indústria no interior de São Paulo e cursa o segundo ano de Psicologia. No dia da entrevista usava bermuda, camiseta e tênis. As roupas, assim como os cabelos longos e alourados, dão-lhe um ar juvenil. Embora seja, de uma forma muito peculiar, coerente, a fala de Ari é marcada pelo ritmo da atividade relatada e por comentários que interrompem, muitas vezes, a

linha que interliga os diversos temas tratados. É espírita “praticante” (sic) e voluntário da Associação há 15 anos. Entretanto, só há oito meses iniciou o trabalho com as crianças da enfermaria.

6.2.2. Grupo Beta

O Grupo Beta foi formado há cerca de 16 anos por iniciativa de um médico, um engenheiro e uma mãe voluntária, com o objetivo de proporcionar tratamento oncológico de alta qualidade a crianças de famílias sócio-economicamente desfavorecidas. Contando com a parceria de uma faculdade de medicina e de um grupo crescente de voluntários, a primeira sede da entidade, desde cedo, já desenvolvia as atividades de uma clínica, juntamente com a prestação de outros serviços de assistência.

Alguns anos depois de sua fundação o Grupo empreendeu a construção de um hospital que, desde então, vem oferecendo todo o tipo de serviços ambulatoriais e laboratoriais, cirurgias especializadas, transplantes de medula óssea e internações, quando se fazem necessárias. Orgulho de seus fundadores, deslumbre para os usuários e visitantes, o Hospital II, como será chamado nesse trabalho, tornou-se uma referência nacional e internacional em câncer pediátrico por oferecer tratamentos do mais avançado padrão científico que, antes, só eram possíveis no exterior.

Desde sua construção o hospital conta com a parceria de diversas empresas que, além de doações diretas, participam em campanhas de arrecadação junto a seus funcionários, clientes e à população em geral.

Imbricado à organização hospitalar desde sua origem, o voluntariado ocupa um lugar de destaque nas práticas desenvolvidas, tendo como sede uma ampla ala no novo prédio do hospital. Todas as atividades dos voluntários estão previstas e descritas nos manuais de

treinamento. Além disso, é feita uma seleção rigorosa de voluntários entre os muitos candidatos que procuram o Grupo Beta.

Foram entrevistadas duas voluntárias, que chamaremos de Maria Luiza e Márcia. Maria Luiza tem 53 anos, é casada e tem um filho adulto solteiro. Ela tem uma experiência de mais de 30 anos de voluntariado, a maior parte na área hospitalar e de reabilitação. Atualmente é coordenadora de voluntários do Grupo Beta.

A outra voluntária entrevistada no Grupo Beta, Márcia, tem 58 anos, é professora aposentada, casada e mãe de três filhos com idades entre 31 e 34 anos. Ela exerce atividades na brinquedoteca junto às crianças em tratamento e suas mães em dois períodos de três horas por semana. Mostrou-se bastante solícita para com a entrevistadora, o que fez com que o contato fosse bastante agradável.

6.2.3. Grupo Gama

O Grupo Gama existe há cerca de oito anos e foi fundado por um professor universitário e profissional de marketing que, após diversas experiências como voluntário nos Estados Unidos e no Brasil, decidiu fundar aqui uma entidade dedicada a promover atividades educativas e de recreação a crianças hospitalizadas, por meio da leitura de histórias infantis e brincadeiras.

As atividades do Grupo Gama iniciaram-se na enfermaria infantil de um hospital público – Hospital III – em que seu fundador já atuava como voluntário e, atualmente, estenderam-se para outros hospitais em São Paulo e em outras cidades. Como o Grupo Beta, o Grupo Gama é mantido por doações e campanhas realizadas por empresas particulares e pessoas interessadas. Tem sede própria que centraliza as atividades administrativas, de formação e reciclagem dos voluntários.

Os voluntários são selecionados e treinados pelo próprio Gama, num processo que dura cerca de nove meses – o mais longo entre todos os grupos. Durante este período são abordadas técnicas de “contação”²⁹ de histórias, ensinam-se brincadeiras diversas e são discutidos temas tais como: aspectos psicológicos, detalhes da rotina e como um voluntário deve se portar num ambiente hospitalar. Esse treinamento continua depois “em serviço”, com supervisão de contadores mais experientes, além de palestras e eventos grupais periódicos. Ao fim do processo, o voluntário adquire o direito de utilizar o jaleco de contador de histórias e é designado para um hospital específico. Este jaleco é característico do Grupo Gama e distingue o voluntário dos profissionais de saúde, bem como de voluntários de outros grupos.

Os voluntários do Grupo Gama entrevistados foram Tiago e Aline, respectivamente com 24 e 31 anos na época da entrevista. Aline é formada em zootecnia, com mestrado na mesma área. É solteira, mas está para se casar e mudar-se para o interior de São Paulo. Leciona na Faculdade de Educação Física da USP.

Tiago, o voluntário mais jovem por nós entrevistado, é jornalista especializado na área de saúde. Em sua cidade natal no nordeste do Brasil, sua família é bem conhecida como “família de médicos”. A fala de Tiago foi a que mais evocou a sua história particular de vida.

6.2.4. Grupo Delta

O Grupo Delta foi fundado por um administrador de empresas que, inspirado em Patch Adams, resolveu inventar um personagem “doutor” com o objetivo de levar alegria, motivação e informação a crianças internadas num hospital público. Todavia, percebendo o excesso de voluntários dedicados aos pacientes infantis e a carência dos pacientes adultos, resolveu dedicar seu trabalho a esses últimos.

²⁹ Neologismo usado principalmente pelo voluntário Tiago, para se referir ao ato de contar histórias infantis. Ao nosso ver, a palavra diz muito do modo de contar histórias característico do Grupo Gama, que é o de imprimir muita ação ao relato por meio de expressão corporal, facial e uso de outros elementos cênicos, como fantoches, etc. Trata-se, portanto, de um contar ativo, uma verdadeira “cont-ação”.

Mais tarde, juntamente com outro jovem voluntário, iniciou o processo de multiplicação do Grupo Delta por meio de treinamentos. Atualmente o grupo conta com centenas de voluntários e atua em dezenas de hospitais públicos e filantrópicos da Grande São Paulo. É financiado por parcerias com empresas, órgãos governamentais, contribuições de sócios-colaboradores, realização de oficinas e palestras, além de consultorias na área social.

O Grupo Delta costuma fazer uma seleção prévia dos candidatos, a partir de uma palestra introdutória e uma avaliação dos conhecimentos gerais e de redação dos interessados. Os candidatos pré-selecionados continuarão a ser avaliados num treinamento dividido em uma etapa teórica e uma prática. Nos primeiros dois meses são realizados encontros semanais, nos quais são desenvolvidos, entre outros, aspectos como criatividade, exposição ao ridículo (pois os voluntários atuam vestidos de palhaços), formação de um personagem e regras gerais de convivência para o voluntário hospitalar. Na segunda parte do treinamento o voluntário é avaliado por um supervisor – voluntário mais experiente – em ambiente hospitalar. Ao fim do treinamento, há uma “formatura” na qual os voluntários, com um nome fictício para o personagem que escolheram, recebem um uniforme de “doutor” e são declarados aptos para atuar em qualquer hospital, sozinhos ou com outros voluntários. Depois disso, são designados para hospitais que sejam, na medida do possível, mais próximos à sua residência.

Mesmo depois da formatura os voluntários continuam a contar com supervisores que, periodicamente, visitam os hospitais e discutem sobre dúvidas e necessidades relacionadas ao trabalho. Além disso, são oferecidos encontros mensais com a presença de profissionais da área de saúde, para troca de experiências e informações.

Do Grupo Delta entrevistamos duas voluntárias, Julieta e Raquel. Julieta tem 75 anos, é “desquitada” (sic) e é jornalista. Tem três filhos e muitos netos. Define-se como “avó, voluntária, cinéfila e cantora num coral de idosos”. Tem uma vasta experiência como

voluntária, primeiro junto a um grupo de mães em uma favela e depois com moradores de rua. Há cerca de oito meses, na época da entrevista, ingressou no voluntariado hospitalar.

Raquel tem 25 anos, é solteira, estudante de psicologia e faz estágio como supervisora do Grupo Beta. Como voluntária, atua no grupo há cerca de três anos, tendo sido formada pelo primeiro curso de multiplicação para voluntários. Mostrou-se bastante entusiasmada com o que faz, embora dizendo que prefere ser voluntária a ser supervisora, por causa do contato mais constante com os pacientes.

6.3. Local das entrevistas

Em função da diversidade de situações dos grupos de voluntários, as entrevistas já realizadas ocorreram em lugares variados. Três delas foram feitas na sede da associação de voluntários, três no hospital em que eles atuam e duas em meu próprio consultório. Em cada análise, esse contexto será levado em conta.

6.4. As entrevistas

As entrevistas foram semi-dirigidas a partir de um roteiro previamente estabelecido, que enfoca os principais temas que gostaríamos de abordar (Anexo A). Entretanto, as entrevistas transcorreram de modo a respeitar o tempo disponível de cada participante, assim como a ênfase e a ordem que eles mesmos deram aos temas do roteiro além daqueles que não foram previstos inicialmente. Na medida em que se fez necessário, perguntas adicionais foram acrescentadas para maior esclarecimento de alguns assuntos, ou para fazer com que o entrevistado falasse um pouco mais sobre temas que ele mesmo levantou. Tentamos, dessa maneira, mais do que obter dados, proporcionar aos nossos colaboradores um espaço de fala e não um sentido prévio à sua palavra. O trabalho de atribuição de sentido foi feito posteriormente, na análise da entrevista.

Todos os colaboradores foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre o modo pelo qual seriam realizadas as entrevistas. Uma das entrevistadas, coordenadora de uma das associações, pediu para ler previamente o roteiro alguns minutos antes de começar a entrevista. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, cujos termos encontram-se no Anexo B.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Tal como na dissertação de mestrado da autora da presente pesquisa, as transcrições foram feitas “de maneira a manter, até onde fosse possível, os aspectos fonéticos e o ritmo de cada fala, conservando seu modo coloquial, os regionalismos e os inevitáveis tropeços” (ORTIZ, 2003, p. 75). O resultado de cada transcrição não foi, portanto, uma transliteração – o que, ao nosso ver, também já implicaria numa atribuição prematura de sentido – mas uma tradução, em texto escrito, do “modo de dizer” do sujeito. A partir deste texto foram feitas as análises.

6.5. A análise das entrevistas

A análise das entrevistas foi realizada com base nos procedimentos propostos por Marlene Guirado, em “Instituições e Relações Afetivas” (GUIRADO, 1986/2004, pp. 57-60). A análise ocorreu, portanto, em quatro momentos. No primeiro, foi feita uma *desconstrução* da fala transcrita. Foram, portanto:

- (1) assinaladas as palavras que se repetem e as que aparecem aparentemente deslocadas em relação ao assunto. Por exemplo, as expressões “puxa” (“pôxa”) e “Meu Deus”, que se repetem na fala de Julieta.
- (2) estabelecidas relações entre adjetivos e substantivos, ou entre situações ou nomes e seus atributos como, por exemplo, as expressões positivas ligadas ao trabalho voluntário que aparecem em Raquel: “*Acho que todos os trabalhos voluntários são dignos, são ótimos.*”.

- (3) destacados os lugares que ocupam certas palavras, quanto à sua função sintática, na articulação das frases. Como exemplo podemos citar o uso alternado de termos como “eu”, “nós”, “a gente”, ou “o voluntariado” para constituir o sujeito das ações descritas e narradas.
- (4) pontuados, na trama das histórias contadas, o enredo e o papel que desempenham certos personagens como, por exemplo, nas respostas dadas às questões “*conte como é um dia aqui no...*” ou “*Relate um acontecimento importante no seu trabalho como voluntário*”.
- (5) atribuídos sentidos a certos termos e frases, tais como a palavra “bonzinho” que se repete na fala de Ari.

Num segundo momento foram definidos os temas centrais de cada entrevista, assim como as relações que eles estabelecem entre si. No terceiro momento foi construído um texto analítico para cada entrevista, de modo a enfocar, de um lado, a forma de organização discursiva singular de cada fala e, de outro, a trama desenhada ao longo dele.

Depois disso, num quarto e último momento, foi feito um trabalho de articulação entre as diversas entrevistas, levando em conta os temas comuns entre elas e a forma singular como cada sujeito estrutura sua fala em torno deles. Tal articulação será mostrada nos capítulos que se seguem.

Todos esses momentos foram pensados no sentido de promover, a exemplo de Marlene Guirado, o movimento de “dobradiça” capaz de expor as amarras discursivas-institucionais de cada fala e do interdiscurso que as unifica. Desta forma, pretendemos reunir um material analítico capaz de fundamentar uma discussão mais ampla sobre as práticas do voluntariado como modos de subjetivação na contemporaneidade.

**VII. “SE EXERCER, SE CONHECER, SE RECONHECER E
APRENDER”: A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO-VOLUNTÁRIO**

VII. “SE EXERCER, SE CONHECER, SE RECONHECER E APRENDER”³⁰: A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO-VOLUNTÁRIO

7.1. Os sentidos do "querer ser voluntário"

O voluntariado aparece, explícita ou implicitamente, como “desejo” ou “querer” na fala de todos os entrevistados. Observamos, porém, que são atribuídos, na análise de cada fala singular, sentidos diferentes para esse “querer”. Sobre esse tema vamos considerar, inicialmente, a fala de duas das voluntárias entrevistadas, Lúcia, do Grupo Alfa, e Maria Luiza, do Grupo Beta. Mesmo se tratando de voluntárias diferentes, de associações diferentes, há um modo de relatar bastante semelhante:

Lúcia: *Nunca tinha sido voluntária. Eu costumo dizer que esse des... é... o voluntariado faz parte do meu DNA. Desde pequena eu sempre tive essa vontade. Sempre tive esse desejo de fazer essa atividade que faço hoje, desde pequena. Nunca tinha tido oportunidade.*

[...] eu... eu tive a oportunidade através de um menino, amigo da minha família. Nós fazemos parte de uma comunidade cristã e esse menino, da idade de um de meus filhos, ele teve leucemia e eu me aproximei muito dele e da família dele. E assim, ajudando... eles não moravam em São Paulo, tudo... e ele por ser muito próximo ao meu filho, a gente começou com uma ligação muito grande. Tanto que no... nos últimos... último período dele, ele chegou a fazer o transplante, o auto-transplante, só que a doença voltou. A gente chama isso de recidiva, né? E voltou com uma violência muito grande. E eu acompanhei ele nesse período no hospital pra se revezar com a mãe dele mesmo, e no hospital eu fiquei conhecida como a mãe dele, a mãe do Marcos. Ele me chamava de mãe, meu marido de pai. Eu falo que ele era meu filho do coração. Ele ficou no hospital XXX e a gente ficava ali junto com a fa... com ele, a mãe enquanto ia descansar... E eu comecei a ver que, através de uma conversa, um abraço... Muitas vezes ele ficava encostado em mim pra aliviar a falta de ar dele... Eu cantava com ele, eu fazia ele rir. Comecei a ver que era isso que eu queria fazer, era nessa área que eu queria trabalhar, né, e vinham outros pacientes também... Eu não ficava só no quarto com ele, eu ficava com outros pacientes também, conversava... Eu vi que brotou, ficou muito forte isso em mim. Ele não conseguiu vencer a doença, mas ele deixou uma coisa muito forte em mim: uma vontade de continuar nos outros, sabe, não foi porque terminou nele... tinha de parar com tudo... E foi aí, foi surgindo... oportunidade... Foi quando eu tive contato com o pessoal do Grupo Alfa, através de uma palestra que eu fui no Hospital I, eu conheci a Edwiges, a diretora da do Grupo Alfa, aí ficou muito forte: “É i... é isso mesmo que eu quero, é dentro dessa área que eu quero, quero ficar, quero continuar.”

Maria Luiza: *Olha, eu sou voluntária há uns 30 anos, né? Então, assim, o meu primeiro trabalho, o meu primeiro emprego, foi no hospital. Eu fui trabalhar numa... num hospital de reabilitação. E, dentro desse hospital de reabilitação havia muitas crianças que eram abandonada pelas famílias. E... aí, assim, eu sempre ficava após o horário do trabalho, sempre buscando ajudá-los, àqueles que ficavam ali sozinho. E, havia campanhas dentro desse hospital, também, que a gente buscava... buscar o recurso, né?. Então eu fazia um... a gente fazia eventos, em que eu iria participar junto das crianças e aí... essa... essa febre do voluntariado*

³⁰ Expressão extraída da fala da voluntária Julieta.

aflorou mais ainda né. Então, foi uma coisa que sempre fez parte da minha vida. Ou, às vezes, as pessoas que tavam internada no hospital, antigamente – há 30 anos atrás – é... as pessoas não subiam né, não podiam ficar pra visita... Então, eu sempre era, eh, a ligação entre o paciente e o acompanhante. Então, eu buscava a roupa suja, levava a roupa limpa, levava as frutas. Então, eu já fazia um trabalho.. após o trabalho do hospital. Então, isso foi contagiando, até que você... Quando eu me mudei pra São Paulo, que eu casei e me mudei pra São Paulo, é.. eu não tinha um trabalho, então foi aonde eu busquei fazer um trabalho voluntário pra ocupar aquele tempo ocioso que eu tinha... né? E aí eu já comecei a trabalhar no hospital também [ri]. Aí eu fui fazer... trabalhei um tempo na AACD, como voluntária. Depois eu fui pra Pastoral da Saúde, que tinha um trabalho de assistência às mães, assistência odontológica... a crianças, e várias outros trabalhos tinha dentro da... da área da saúde, nessa pastoral da... da Igreja São Francisco. E uma vez, uma... uma diretora de uma... entidade que tratava crianças com câncer nos convidou a ir fa... conversar com as mães, porque havia muito conflito... e não tinha assim uma... um apoio psicológico pra essas mães. E nós fomos fazer um trabalho. E aí o vírus... contaminou [ri] e é onde eu estou até hoje, fazendo esse trabalho. [...]. É... é uma coisa assim, eu acho que... a gente tem um dom, né? Você nasce e a preferência é... e a criança com câncer sempre me chamou mais atenção... né? [...] Então, isso sempre foi o que falou mais forte.

Embora com conteúdos um tanto diferentes, há aspectos formais comuns aos dois relatos que merecem nossa atenção. Nota-se primeiramente, em ambos os casos, o movimento de uma aproximação pelo "fazer". Começa-se fazendo algo por alguém e continua-se, conforme surgem as oportunidades, a fazer por outras pessoas. Nos dois casos, a primeira atividade foi a de acompanhar pacientes nas enfermarias, para eles não ficarem sozinhos.

Percebe-se, em segundo lugar, uma espécie de dom de nascença, que está na origem do sujeito, que pode estar no DNA (imagem usada por Lúcia) mas que, de qualquer forma, nasce com a pessoa. Essa imagem do "dom" e do desejo de nascença relaciona-se também a uma identificação com um certo tipo de voluntariado desde "sempre", termo que aparece no início da fala de Lúcia e se repete na fala de Maria Luiza. Finalmente, o voluntariado é um "isso", uma "coisa", ou um desejo que aumenta, cresce, impulsionado por uma força própria, envolvendo gradualmente o voluntário; daí as idéias de vírus, de febre e de contágio.

Há, porém, uma diferença no que se refere às relações com o voluntariado. Em Maria Luiza, cuja história como voluntária abrange mais de 30 anos e uma série de instituições, o trabalho voluntário organizado aparece no lugar que é ocupado, na fala de Lúcia, pelas pessoas físicas. Em Lúcia há uma familiaridade explícita, que em Maria Luiza aparece mais diluída. Até mesmo o Grupo Alfa aparece, na fala de Lúcia, personificado pela sua diretora,

que é mencionada pelo nome. Naquilo que as difere, essas falas configuram não apenas uma disposição pessoal, mas um certo *ethos* organizacional ou, como veremos adiante nesse e no próximo capítulo, o modo de ser característico dos voluntários de cada um dos grupos organizados aos quais pertencem as voluntárias, o Alfa ou o Beta.

Mais adiante em sua entrevista, Maria Luiza diz:

[...] É muito difícil explicar o que que é ser voluntária. Porque é uma coisa que vem tão de dentro de você, é uma doação sua, do seu tempo... é... do seu saber, o dividir isso com o outro, né? É difícil te explicar o que pra mim é ser voluntária. É dividir tudo aquilo de bom que eu tive na minha vida. Dividir com o outro... né? Se eu tenho a possibilidade de andar, de dançar, de comer, então eu quero dividir isso com alguém que não tenha isso. Então, assim, o ser voluntário pra mim é isso, é dividir o que de melhor eu tenho com o outro.

Essa fala aponta para o mesmo sentido da fala de um outro voluntário, Ari, que, como Lúcia, também é do Grupo Alfa:

[...] a Edwiges [diretora] já me fez este questionamento logo no começo, né? “Mas o que que te traz, você é um rapaz novo, tal, 25/26 anos?”. Eu: “Uhm... sabe, eu queria agradecer o Patrão, porque eu tava recebendo muita coisa aqui, então, no que eu pudesse fazer...”

Diferente de Maria Luiza, porém, Ari não fala de simplesmente querer dividir o que se teve de bom na vida, mas em querer agradecer a quem deu tudo isso, "o Patrão", ou seja, Deus. Do mesmo modo que ela repete o verbo dividir ele repete, em sua fala, o verbo querer. Esse querer ao qual Ari se refere não é mais um dom natural, mas produto do reconhecimento de uma dívida. Essa relação de dar e receber com o “Patrão” também aparece numa fala sobre sua concepção da vida, em geral:

E aí dentro da doutrina [espírita] – não que a gente venha, que é Karma, que nada disso – mas é uma outra opinião que eu também tenho, de que a gente vem sabendo o que vai... vai passar. E aí... você... aqui você vai acabar mudando, ou não, isso. Mas você já tinha noção... Ó, eu falo pro Patrão, lá em cima, e ele pega um... “Ó, eu quero voltar pra cá.”. Ele vai te levar na Biblioteca e ele fala: “Você escolhe um livro. Você quer voltar como?” Cê pega o livro lá: “Pô, vou ser esse ator aqui...” E aí você... ali você vê que ce vai desempenhar esse papel brilhantemente: “Só isso aqui? Não vai precisar sofrer mais nada?” [resposta] “Não, é só isso.”. E aí quando chega aqui, no primeiro sofrimento você já: “Putisgrilo!” [...]

A origem de si mesmo, em Ari, é determinada não por um dom ou fator genético, mas por uma escolha que é feita no plano espiritual. A pessoa vai se quer, e porque quer, desempenhar um certo papel na vida. Mas depois de feita a escolha ela não pode se eximir das

consequências dela, ou das responsabilidades nela implicadas. Esse modo de pensar a vida também está presente na concepção de Ari sobre o voluntariado:

[...] obrigação, ninguém tem obrigação de nada, mas a partir do momento que... que eu tô aqui, de terça e sexta feira, para desempenhar tal papel, das duas às seis da tarde, eu passo ter obrigação com aquilo. Então, eu não tenho obrigação, mas a partir do momento que eu... eu me coloquei pra fazer, passei a ter obrigação. [...] Então, ou você faz todo o serviço, se prepara para fazer todo serviço, e faz todo o serviço, ou não faz nada e deixa alguém entrar no teu lugar e fazer.

A peculiaridade em toda a fala de Ari é que o “querer ser” aparece como anterior ao próprio ser, seja para se referir à pessoa, seja ao voluntariado. Há uma continuidade entre “ser” e o “ser voluntário”, ou entre o sujeito e o voluntariado, que se encontram aqui numa relação muito mais de identidade, do que de identificação.

Em Aline, do Grupo Gama, a identificação com a atividade que hoje faz como voluntária também aparece ligada a um “sempre”:

[...] primeiro eu adoro criança, né? Muitos anos atrás eu queria, eu queria ser pediatra. Muuitos anos. E sempre tive muito, muito, vizinho, muita criança. E eu sempre brinquei. Até quando eu tava no...no cursinho, as crianças da minha rua iam em casa, pra brincar comigo. Na...na...na rua assim, né. Então eu sempre gostei muito de criança. Tentei prestar Medicina e não... não passei.

[...] E... e aí eu falei: “ah, eu vou fazer um trabalho voluntário”, que eu tenho vontade de fazer [...] e o que eu sempre quis... o que eu sempre fiz, foi brincar, né? Então eu gosto de brincar, eu gosto de contar história, eu gosto de fazer isso já há um tempão.

O “sempre” em Aline refere-se principalmente a um “gostar” e a um “querer” tão antigos quanto ela. Também aqui há, como em Lúcia e Maria Luiza, uma aproximação pelo “fazer”: o fazer precede o voluntariado, porque ela já fazia antes de ser voluntária o que hoje faz como tal. Esse “sempre ter feito” é ligado a um querer e à escolha de um certo tipo de voluntariado:

Eu tentei entrar no Grupo Beta, em 2004. [...] sinceramente eu não sei porque que eu não consegui. E eu queria trabalhar com crianças.

Então... eu acho que foi... que a moça perguntou assim: “onde cê quer atuar”, né, lá no Hospital. Eu virei e falei assim: “ah, eu queria brin... eu queria na brinquedoteca ou na quimioteca”. [...] Aí ela virou e perguntou pra mim: “ah, e se por acaso te mandassem lá pra... [...] pra conversar com os pais, dar um suporte né, conversar. Aí eu virei e falei que eu não queria. Que eu queria trabalhar com criança.

Mesmo não tendo sido selecionada pelo Grupo Beta, Aline não desistiu de seu “querer trabalhar com crianças” e, por fim, conseguiu fazer parte do Grupo Gama, passando por um processo de seleção que, embora diferente, é igualmente rigoroso. Isso nos remete à fala de Raquel, do Grupo Delta, para quem o voluntariado é o reconhecimento de uma capacidade natural que todo o ser humano tem, mas que cada voluntário deve descobrir-se para saber onde pode atuar.

Então, eu gostava de me sentir útil. Então, foi através disso que eu comecei a pesquisar, onde é que eu podia ser voluntária. Eu já tinha sido voluntária em outras coisas. E eu descobri o Grupo Delta e comecei a trabalhar nisso, hospital. E vi que, realmente, gostava, assim, de trabalhar com isso.

[...] Acho que todos os trabalhos voluntários são dignos, são ótimos. Acho que quando você faz com... você tem que fazer, você tem que se sentir realmente no trabalho certo. Seja... seja de palhaço, seja contando histórias, seja ajudando, seja na portaria, seja... qualquer coisa, mas que você faça o que realmente você se identifique com aquele trabalho. Eu acho que isso é fundamental. Você se tem que se identificar com aquele trabalho pra, aí sim, pra aquilo ser... realmente você sentir que tá fazendo alguma coisa. Eu acho que tem... tem trabalho voluntário pra todo mundo, todos os tipos [ri]. Só não é voluntário quem... não conseguiu ainda se encontrar.

Em Aline e em Raquel, que são voluntárias mais jovens, há referência à escolha pela identificação. Não se é tomado pelo voluntariado mas, a partir do “querer”, busca-se entre várias opções aquela com a qual se pode identificar e fazer aquilo que se gosta. Não se tem a sensação, nas falas dessas duas voluntárias, do “ser levado” pelo fazer, como em Lúcia e Maria Luiza.

Márcia, do Grupo Beta, também procurou um trabalho voluntário com o qual pudesse se identificar. Entretanto, a partir da intenção inicial de trabalhar com crianças, ela teve que se adaptar ao trabalho no hospital:

Márcia: *Era uma meta minha, que eu tinha muito claro pra mim, quando eu tivesse disponibilidade de... tempo, [...] Eu gostaria de tá trabalhando com crianças, especificamente. E o fato de eu estar aqui, no hospital, foi uma mera casualidade. Eu não tinha direcionado a minha... esse meu desejo para um hospital ou crianças com problemas... de saúde. E foi através de uma amiga, que eu a vi fazendo é... demonstrando na televisão o trabalho, o... do Grupo Beta e tudo, que eu a... que eu através dela eu resolvi, eu falei: “vou lá conhecer.” Então, foi a primeira porta... que eu vi, que se abriu pra mim, e eu me adaptei.*

O desejo, na fala de Márcia, aparece não mais como algo que faz parte do ser, ou como um “isso” que toma conta do sujeito, mas como algo que pode ser direcionado para metas diferentes. Embora Márcia se refira à casualidade que a levou ao Hospital II, que trata de crianças com câncer, podemos perceber um ponto de identificação com uma amiga que antecede, em sua fala, a “primeira porta” que foi aberta. Isso facilita todo o processo de adaptação que, como veremos a seguir, foi difícil:

[...] A bem da verdade, eu, no começo, eu achei que eu não iria conseguir ser voluntária no hospital que trata de crianças com câncer, foi assim uma carga emocional muito forte pra mim,... Eu fiquei muito abalada com coisas que eu vi, ali, no princípio, que é, era um... era uma realidade muito longe da minha, né? Porque eu nunca tinha lidado com crianças... com problemas de saúde. Mas eu fui trabalhando isso na minha cabeça, porque eu senti que o meu trabalho aqui ia ajudar muito mais do que a... a emoção que eu tinha que tá lidando.

O confronto com aquilo que lhe é estranho leva à necessidade de uma transformação de si:

[...] você vem pra cá, você já traz uma bagagem de valores, de posturas... e quando você se depara com uma outra realidade que você, até então, não tava nem pensando a respeito... Que quando você não se depara com o problema você, normalmente, cê não pensa muito a respeito. É... não tô dizendo assim, enfocando basicamente a doença... eu digo,... uma realidade muito diferente da sua mesmo, seja ela a que nível for. Faz você repensar a sua própria... vida, seus próprios valores. E isso só faz... engrandecer.

Toda essa ênfase numa busca pessoal não impede, porém, que em determinado momento da entrevista a fala de Márcia faça lembrar o contágio e a febre que aparecem em Maria Luiza, também do Grupo Beta:

A hora que cê começa, você é picada... por um mosquitinho solidário (rindo)... Aí não dá, realmente..., não dá, pra ficar sem... se colocar à parte.

O voluntariado como processo de transformação pessoal pelo confronto também está presente, agora como base do querer ser voluntário, na fala de Tiago, do Grupo Gama:

[...] eu já...já tinha entrado num processo muito forte no meu psicológico e espiritual, mesmo, tinha decidido que eu queria mudar muitas coisas na minha vida, que queria... eh... incluir novas coisas na minha vida, todo um direcionamento, né? E aí... me veio a idéia de fazer um trabalho voluntário, né, e também de mexer com contação de história, que era uma coisa que eu queria, né?

Tiago se identifica, a princípio, com o voluntariado hospitalar, por sua própria história de vida:

Eu nasci com [defeito congênito] E... tive que fazer muitas cirurgias ao longo da vida.... né? Ah... logo de início eu... peg... peguei um cirurgião que não foi legal, [...] e... é... que foi péssimo. Altamente desumano, assim. Isso eu sei porque a minha mãe conta, né, eu era muito novo, né, bebê. Mas... depois ela descobriu o [hospital especializado em São Paulo]. Então, eu sempre tive essa relação co... muito pessoal com o hospital, também porque meu avô tem um hospital [...], ele é dono de um hospital, então sempre convivi com ambiente hospitalar, e sempre achei um ambiente m...muito... que dava calafrios assim, né? Então, quando eu comecei, principalmente no [hospital especializado] que eles têm um... muitos programas de voluntários e são muito... carinhosos com os pacient... pacientes. Então eu vi a importância da humanização hospitalar.

A humanização hospitalar surge, na fala de Tiago, como síntese necessária ao conflito entre os sentimentos de estranhamento e, ao mesmo tempo, de familiaridade, vivenciados no ambiente do hospital:

[...] o ambiente nos hos... hospitalar, ele não é um ambiente, apesar de toda humanização, ele não é um ambiente agradável. É um ambiente mais seco, entendeu? E eu gosto de coisas coloridas, eu gosto de coisas que têm plantas, eu gosto de coisas... não é?.. que têm... cara de casa de vó [gargalhada].

Trata-se, portanto, de conciliar em algum nível o hospital do avô, que dava calafrios, com a casa da avó, que é colorida e viva. É nesse trabalho pessoal de conciliação que o voluntariado parece ter, para Tiago, um papel importante. Mais do que isso, ele considera o hospital um lugar privilegiado para uma reconceituação de si:

[...] um hospital, não simplesmente como um lugar em que, que você vai como moribundo pra se tratar de alguma doença. Mas um lugar em que você recebe todo um amparo pra... se con..., pra reconceituar você mesmo como ser humano. Porque, de alguma forma, você sai mudado. Você entrou lá de uma forma, você vai sair diferente. E você recebeu um amparo dum médico, dum voluntário, ou enfermeira pra você fazer essa transição, de uma antiga forma de se pensar pra uma nova forma de se pensar, isso é muito bonito.

Tiago, como Márcia, fala do confronto consigo mesmo:

[...] Um trabalho de confronto constante... com quem você acha que é, com quem você... não quer ser, com quem você gostaria de ser, entendeu? É um trabalho... de... de confrontação muito grande. Então, eu acho que há muito mais no trabalho voluntário, do que simplesmente... a contribuição que a gente leva, não é? Ah... realmente... é um trabalho de... de... é um trabalho terapêutico.

Diferente de Márcia, o confronto em Tiago não é com o outro estranho, mas entre aquilo que é mais familiar e mais estranho nele mesmo. O voluntariado hospitalar surge, em sua fala, como uma forma de aprendizagem de si consigo, por meio da qual se pode sair transformado.

A entrevista parece ser toda construída em torno dessa busca de uma reconceituação, de uma mudança pessoal, que produz um modo de querer ser voluntário em hospital bastante peculiar.

Finalmente, na perspectiva da aprendizagem e do crescimento pessoal já abordadas em Márcia e em Tiago, temos algumas peculiaridades na fala de Julieta, do Grupo Delta. Para essa voluntária que tem 75 anos de idade, o voluntariado hospitalar acrescenta-se a uma já extensa experiência de voluntariado em outras áreas:

[...] como eu já trabalhei em tantas áreas e nunca tinha trabalhado em hospital e aí vi anúncio do Grupo Delta e fui saber o que era, falaram: “nós treinamos pess...pessoas que querem trabalhar em hospitais públicos e com clientela adulta”. E aí fiz o treinamento durante quatro meses e fui aprovada, depois da parte prática, e... tô trabalhando.

[...] tudo o que a gente faz, todas as...as espécies de trabalho pra mim, eu acho que é a oportunidade de você se exercer, se conhecer, se reconhecer e aprender. Aprender da vida, da vida, da vida das pessoas que você encontra, o que elas contam, o que elas te ensinam. Então, tudo é...é troca. Em...tão... eu não tinha essa troca em hospital, e agora eu tenho [fala sorrindo].

O voluntariado hospitalar representa, em Julieta, uma nova oportunidade para “se exercer, se conhecer, se reconhecer e aprender” com outras pessoas. Além disso, o voluntariado hospitalar traz um encanto especial porque, ao contrário do trabalho com moradores de rua e com mulheres faveladas, apresenta resultados imediatos, visíveis para o voluntário:

[...] nos outros... lugares onde eu trabalhei, os resultados eram... eh... demoravam muito e eram muito pequenos. Não é esse resultado tão... a curto prazo como a gente vê, na área hospitalar, os pacientes saírem curados. Os outros, não. Por mais que houvesse um progresso, uma coisinha que cê fala: “Ah, que bom, já... já... já se... já acordou, já começou a ter consciência de si mesmo, dos problemas, da sua colocação na vida!”. Mas, meu Deus, é... são problemas monstruosos... de educação, de chance de vida, de formação de caráter, de exemplo, que a gente tem quando um lar... participa de um lar bem formado. Sabe? Aí dá uma tristeza, nem tanto porque você ache que... você possa achar que o... o seu trabalho não... não rende, não! É porque você se convence que você é... uma formiguinha, tentando levantar uma folhinha e...e é um trabalho inglório, sabe? Quer dizer, não! Tem, eh...o...os resultados, mas não são assim imediatos, visíveis, e... sabe, não são.

O que Julieta vai buscar no voluntariado hospitalar não são mais resultados a longo prazo, mas algo de que ela possa usufruir de imediato. Também não é mais ela, a voluntária, a

responsável pelos resultados, mas a medicina, cujas práticas a fascinam, tanto quanto aos pacientes:

Tudo o que tá sendo desmontado, tá sendo montado e ficando novo, sabe? São incríveis! Coisas assim, maravilhosas, sabe? E, depois, a opinião de pacientes, quando estão de alta, né, que eles contam. Eles falam com tanto entusiasmo: “Mas que maravilha...!” [risos]. Sabe, é.. é uma coisa ass... realmente, é como eu te digo, ver que saem curados, saem felizes e... essas... o progresso da medicina, não é? Porque é aplicado pra resolver problemas, salvar vidas. É uma coisa maravilhosa.

O querer ser voluntária hospitalar, em Julieta, parece ser configurado por sua idade, por sua experiência de vida e de voluntariado. Por outro lado, é digno de nota o fato de ela pertencer ao Grupo Delta, que é um grupo “jovem”, já com as características de um voluntariado hospitalar mais recente – na vereda, como já foi dito, de Patch Adams. Entretanto, é esse grupo que permite que Julieta se coloque num lugar em que ela pode se relacionar com outras pessoas e aprender, mas sem a responsabilidade por um resultado, ou pela condução de um processo. Ao mesmo tempo, a aprendizagem aqui não implica uma transformação subjetiva radical. Vemos isso, por exemplo, na forma divertida como ela fala de sua caracterização como “doutora Aralleti”, para o trabalho:

[...] eu sou uma...uma palhacinha muito discreta, isso eu falei pros dirigentes da ONG, que eu não teria coragem de exagerar tanto como a maior parte dos voluntários que são jovens fazem. Eles se vestem mesmo de palhaço, sabe? Eu me sirvo da maquilagem, do chapeuzinho, do colorido da gravata e da blusa, assim. Mas... é só isso. Eu não uso é... é... sapato de palhaço, né, aquelas meias berrantes, né? Eu sou discreta. Mas, de todo jeito, você tá no hospital, e aí vem uma... velhinha fantasiada [fala rindo] entrar no seu quarto... é x...x... Por menos, por mais que você queira ser discreta, você chama a atenção não é?

Temos, portanto, uma jovem voluntária idosa que ainda aprende e se maravilha com a vida, mas que não faz concessões a um sacrifício pessoal maior do que aquele que, neste momento de sua vida, se percebe como capaz de fazer.

E é Julieta que parece resumir, em sua fala, os sentidos do querer ser voluntário que vimos até aqui: “se exercer, se conhecer, se reconhecer e aprender”.

Lúcia e Maria Luiza falam do exercício de um dom natural, que acaba tomando conta de si, transformando-se num modo de vida. Ari fala do reconhecimento de uma dívida com Deus, ou o “Patrão”, que dá o direito de escolher o que se vai ser e fazer na vida. Aline e Raquel

falam de um reconhecimento de si, de seus gostos e habilidades, por meio da escolha de um certo tipo de trabalho que a eles corresponda. Márcia e Tiago falam do auto-conhecimento pelo confronto com realidades estranhas, seja no outro, seja em si mesmo. Por fim, Julieta fala da aprendizagem do voluntário, daquilo que ele pode absorver e incorporar do ambiente hospitalar para seu próprio enriquecimento pessoal.

Porém, junto com o querer de cada um dos entrevistados, aparece nas entrevistas o elemento do “contágio”, que se dá pelo exercício contínuo da atividade voluntária. Há também um movimento de “tornar-se” que diz respeito não apenas a cada um dos voluntários, mas à organização que, de alguma forma, ele escolheu, ou pela qual foi escolhido, para atuar. Os aspectos organizacionais do voluntariado serão melhor discutidos adiante.

7.2. O tornar-se voluntário hospitalar: captação, seleção e treinamento

A captação, a seleção e o treinamento de voluntários são práticas presentes na maioria dos grupos em que atuam nossos entrevistados. A grande exceção é o grupo Alfa que, embora mantenha procedimentos de captação, não conta com procedimentos formais de seleção nem de treinamento para seus voluntários.

Quatro dos voluntários falaram explicitamente da captação pela mídia:

Ari: *e saiu uma matéria do Grupo Alfa, mais ou menos nessa época, em noventa e ci... eh... oitenta e ci... não, noventa, né, mais ou menos, saiu uma matéria na Gazeta, do Grupo Alfa. Aí eu li a matéria achei... uma entidade interessante, vim conhecer.*

Márcia: *E foi através de uma amiga, que eu a vi fazendo é... demonstrando na televisão o trabalho, o... do Grupo Beta e tudo, que eu a... que eu através dela eu resolvi, eu falei: “vou lá conhecer.”*

Aline: *[...] vi a propaganda do Grupo Gama na televisão e li uma matéria numa revista. Aí eu entrei na Internet e vi que as inscrições tavam abertas. Aí eu... me inscrevi [...].*

Julieta: *[...] vi anúncio do Grupo Delta e fui saber o que era [...]*

Em Tiago, a peculiaridade está no fato de ele ter tido o primeiro contato com o Grupo Gama no exercício de sua profissão de jornalista especializado em saúde:

Tiago: [...] quando eu... peguei o meu primeiro trabalho, realmente, como jornalista na área de saúde, foi numa revista pra pacientes com câncer de uma ONG, né, eu... fiz muitas reportagens e criei uma seção lá sobre pessoas... que contribuíam pra a casa. E aí que fiquei sabendo dessa associação e fiz uma reportagem sobre ela. Anos depois,... [...] me veio a idéia de fazer um trabalho voluntário, né, e também de mexer com contação de história, que era uma coisa que eu queria, né? E aí, me lembrei da assoc... dessa associação, entrei em contato com eles e eu... e... eles deixaram eu entrar no processo... e... e assim foi.

Em Lúcia e em Raquel, a fala menciona a aproximação e a identificação com os grupos em que atuam, mas não mostra como elas vieram a saber da existência deles:

Lúcia: Foi quando eu tive contato com o pessoal do Grupo Alfa, através de uma palestra que eu fui no Hospital I, eu conheci a Edwiges, a Diretora do Grupo Alfa, aí ficou muito forte: “É i... é isso mesmo que eu quero, é dentro dessa área que eu quero, quero ficar, quero continuar.”

Raquel: [...] eu comecei a pesquisar, onde é que eu podia ser voluntária. Eu já tinha sido voluntária em outras coisas. E eu descobri o Grupo Delta e comecei a trabalhar nisso, hospital. E vi que, realmente, gostava, assim, de trabalhar com isso.

Finalmente, a fala de Maria Luiza, do Grupo Beta, mostra um movimento totalmente diverso da busca mencionada nas falas acima; ela fala de um convite:

Maria Luiza: [...] uma... uma diretora de uma... entidade que tratava crianças com câncer nos convidou a ir fa... conversar com as mães, porque havia muito conflito... e não tinha assim uma... um apoio psicológico pra essas mães. E nós fomos fazer um trabalho. E aí o vírus... contaminou (ri) e é onde eu estou até hoje, fazendo esse trabalho [...] e no hospital eu já estou... desde a sua inauguração, há oito anos trabalhando aqui.

Há, certamente, uma grande diferença entre Maria Luiza e os demais voluntários, que é o fato de ela já ter sido reconhecida como voluntária hospitalar mesmo antes de atuar no Grupo Beta. Para os outros, com exceção do Grupo Alfa, há um processo seletivo que define quem irá, ou não, ser reconhecido como voluntário pelo grupo.

No Grupo Alfa, parece haver uma espécie de “seleção natural” dos voluntários, baseada em parte na disponibilidade e em facilidades pessoais e, em parte, em demandas organizacionais:

Ari: [...] na segunda vez, ou na terceira que eu vim... conhecer, num espaço... de... tempo aí, de 15, 20 dias... aí eles trazia alimento, né? Então na empresa eu... arrecadava alimento e... e trazia pra cá. Aí eu... a Edwiges me... me pediu p’ra ir buscar um carrinho.. pruma criança terminal, que queria... morrer no Amazonas, com a família... Assim, assim: ela tava com os avós

aqui... E ela [Edwiges] pediu pra mim: “Garotão, cê num... qué... fazer uma gentileza, tal, de buscar esse carrinho, né?” E aí foi, realmente, aonde eu... eu entendi o Grupo Beta nesse sentido, né?

Essa fala de Ari nos mostra a constituição quase que imediata do voluntário, no momento em que ele começa a atuar como tal. Ari pôde se valer de sua condição de empresário para mobilizar recursos materiais necessários à consecução dos objetivos do Grupo Beta. Do mesmo modo, Lúcia continuou atuando na enfermaria, como já fazia antes de ser voluntária. Não há necessidade do desenvolvimento de nenhuma habilidade pessoal, mas simplesmente aproveitar as que a pessoa já tem e a sua disposição em ajudar. Há, todavia, na fala de Lúcia, a menção da necessidade de testar as capacidades do voluntário para a atuação direta com os pacientes, nas enfermarias:

Lúcia: [...] *existe um número, né, de voluntários do Hospital. Então, alg... às vezes chega algum aqui que fala: “Poxa eu queria tanto tá lá, né, ficar lá com a criança...” No momento... esse voluntário não pode tá lá... [...] Muitas vezes, eu levo isso pra direção, numa visita no Hospital, esse voluntário pode ir comigo. Eu sei aonde levar, né? Procuro observar também se ele não é um voluntário muito sensível, porque às vezes a gente fala: “Ah, eu quero ver a criança...”. Mas você imagina a criança, agora quando você chega lá e vê uma criança entubada, às vezes com aspecto feio, que existem câncer que deixam as crianças deformadas, é ... esse voluntário pode passar mal. E isso a criança sente, a família sente e o voluntário sofre mais ainda, então não é... não é bom.*

A fala de Lúcia aponta para dois fatores importantes: o número de voluntários que podem estar na enfermaria e, ainda, características pessoais de um voluntário para trabalhar nessa área. Ele não pode ser sensível a ponto de passar mal por causa da aparência que pode ter uma criança em tratamento de câncer. Há, portanto, a necessidade de se ter um certo controle quanto ao acesso de novos elementos na enfermaria e é uma das voluntárias mais experientes, Lúcia, quem pode exercer essa função institucional.

Portanto, mesmo não existindo um processo formal de seleção no Grupo Alfa, existe a percepção das possíveis dificuldades da inserção de um voluntário nas enfermarias, o que acaba por determinar uma série de cuidados. É por isso que Lúcia assume a incumbência de, a seu modo, avaliar as capacidades de um voluntário interessado nesse tipo de serviço.

No Grupo Beta é Maria Luiza, como coordenadora dos voluntários, quem pode nos dizer algo sobre a seleção destes:

Maria Luiza: [...] *nós temos 17 setores e cada setor tem uma função diferente... né, então, assim: quem trabalha na quimioteca... tem uma descrição de função; quem trabalha na internação, tem outra descrição de função; quem é do administrativo, tem uma outra descrição de função e um perfil. Cada setor tem um perfil e uma descrição.*

A descrição das funções de cada setor do voluntariado no Grupo Beta não deixa dúvidas sobre que perfil de voluntário é necessário para exercer cada uma das funções. Por outro lado, a pessoa selecionada para um determinado setor tem que se disponibilizar a atuar, segundo a necessidade, em outros setores:

Márcia: [...] *sempre tô nesse mesmo espaço, que é a brinquedoteca, mas, eventualmente a gente, o voluntário tá sempre sendo solicitado pras diversas áreas. Apesar de termos, é... os focos direcionados, na... na emergência a gente participa de todas as... as áreas do hospital podendo, na medida em que se pode, ajudar.*

O aspecto da prática aqui mencionado por Márcia – ou seja, a versatilidade da voluntária para servir onde for necessário – parece ter sido o motivo, como foi visto anteriormente, para Aline não ter sido selecionada para atuar no Grupo Beta. A entrevista após a palestra de apresentação das atividades do Grupo parece ter aqui, portanto, um caráter eliminatório. A função dos cursos parece ser mais a de desenvolver certas habilidades nos voluntários já selecionados:

Márcia: *Nós, inclusive, recebemos aqui... cursos, onde a gente recebe a orientação de como cê se posicionar, como c... você se envolver até uma certa... medida com o problema alheio,... Cê tem que ter uma certa isenção,... tudo isso eu fui me preparando...*

A organização do Grupo Beta parece seguir, portanto, um modelo mais empresarial, no que se refere à seleção e ao treinamento dos voluntários. O processo seletivo precede o treinamento que, por sua vez, visa o desenvolvimento de habilidades pessoais – “como” lidar com tal e tal situação – mais do que um “crescimento” subjetivo. Isso é bem ilustrado pela fala de Maria Luiza sobre a seleção e a capacitação dos voluntários que atuam na capela ecumênica:

Maria Luiza: [...] *a gente tem, a gente tem [...] o pessoal [da capela ecumênica], [...] que acompanha a mãe na hora que tem a... a notícia de um diagnóstico, que é preciso de uma*

amputação de perna... Então tem um... uma pessoa que tá do lado. Na hora que a criança falece, essa... voluntária tá do lado, ajuda a encaminhar, ajuda todos os procedimentos. Então tem sempre o cuidador... do lado de quem tá cumprindo as outras tarefas necessárias, que é a enfermagem e o médico.

Marta: *Essa convivência aí com a questão da morte, da morte da criança, como que isso é lidado aí entre os voluntários?*

Maria Luiza: *A gente tem um trabalho assim, contínuo, com relação a isso, Marta, porque é... assim... num... é difícil lidar com a morte, né? Então, como que a gente procurou a... a capacitar... pra lidar com isso? Então, a gente foi buscar cursos, que a gente tinha aqui da Universidade XXX, com o professor M.T., né, que ele faz... é... cuidados paliativos. Então a turma toda frequentou o curso, fez esse curso. A gente tem umas reuniões mensais aqui, que uma... uma delas, é pra... vem sempre um pastor ou uma..., um rabino, um padre, que também vem e que ajuda, né, buscar o conhecimento, buscar tranquilidade, pra que... enfrentar essa situação. Então, a gente busca o conhecimento, a gente busca capacitação pra gente poder ter é... ter essa acolhida da melhor forma possível... Então, é equilibrar as pessoas que trabalham... no XXX... pra que elas possam atender essas mães e essas famílias, nessa hora tão difícil. [...]*

Temos esse preparo, temos cuidado de... de analisar bem o perfil da pessoa que vai, que é uma pessoa ouvinte, não pode ser uma pessoa... muito extrovertida, que fale muito pra... pra esse tipo de trabalho... e se preparar pra participar. Então, a gente tem constantemente curso de capacitação desses, pra esses voluntários. [...]

Marta: *Tem algum acompanhamento psicológico pra esses voluntários?*

Maria Luiza: *Não. Hoje a gente não tem, né? Hoje a gente não tem. Mas a gente já está buscando... um programa que a gente possa... dar assistência a essas pessoas.*

Observamos na fala de Maria Luiza que, embora haja um reconhecimento da necessidade, lembrada pela entrevistadora, de um acompanhamento psicológico com os voluntários da capela ecumênica, a ênfase maior recai sobre o perfil e conhecimento que os voluntários precisam ter para um cumprimento eficaz de sua função de “atender essas mães e essas famílias nessa hora tão difícil”. O acompanhamento psicológico não é dito como um aspecto da capacitação, mas como parte de um “programa” de “assistência” às pessoas, exterior a ela.

Em contraste com o Grupo Beta, o Grupo Gama proporciona aos candidatos um extenso treinamento que, ao focar de forma ostensiva e extensiva os aspectos psicológicos e espirituais, acaba por ganhar as características de uma verdadeira iniciação:

Aline: *Tem um processo seletivo. Então, no primeiro dia, né, a gente se inscreveu no site, a gente se inscreve no site,... aí, acho que com...com...com o que a gente responde no questionário do site, a gente é...é chamado, né? Aí teve o primeiro dia, que foi uma palestra e foi preenchimento de um outro questionário, mais detalhado... E também, em cada, é.. é.. cada*

processo deste já ia eliminando... os candidatos. Então era questionário, aí tinha algumas.. é... tinham.... ah... foram, acho, que umas quatro palestras. Aí foi sobre cri... sobre o ambiente hospitalar, muito, foi daqui do [Hospital III], muito bem explicado sobre doenças. Foi sobre, sobre o Grupo Gama mesmo, teve, né? É... aí teve a parte psicológica e nos cursos no... é... no MK³¹, parte psicológica, tal, então...

Marta: *MK é o que?*

Aline: *É um... é... coisa de meditação, sabe? Então... psicologia, uma coisa assim. E... e eles falavam, a gente sempre recebia e-mail falando: faltou em uma palestra, cê já tá desligado. Então, quer dizer que a pessoa não tá interessada em participar, né? Tem que ter persistência até o fim. Aí, é ent... é mais as palestras q...que eles dão. É... faz uma avaliação psicológica, que tem uma psicóloga lá no Grupo Gama. E...e depois tem este estágio, de dois meses, é... pra ver o ambiente, né, pra você entrar no hospital, pra ver se você agüenta mesmo a ficar num hospital. Porque, às vezes, as pessoas não agüentam quando chegam, né, dependendo do que vê. E aí vê que não era no hospital que queria trabalhar. Aí muda de área, vai pra outra... então aí foi esse o processo inteiro, até chegar no hospital. Aí se você... ficou... eh, teve presença em todos, eh... não teve nenhum problema psicológico ou alguma coisa assim, aí...aí é selecionado.*

Marta: *Aí você se torna uma contadora de história?*

Aline: *É, pelo Grupo Gama.*

Vamos destacar, nessa fala de Aline, o que constitui o treinamento do Grupo Gama. Em primeiro lugar existem os questionários a serem preenchidos pelos próprios candidatos que, pelo contexto da frase, parecem já ter uma função seletiva. Um outro elemento importante são as palestras iniciais, que versam sobre assuntos como “ambiente hospitalar” e “doenças”. A ênfase maior, porém, está na “parte psicológica”, que parece ter um papel fundamental na seleção e no treinamento do voluntário.

A “parte psicológica” é realizada por meio de uma série de palestras em uma instituição espiritualista – MK – durante as quais o interesse do voluntário é avaliado por meio de sua frequência. A necessidade de “persistência” faz lembrar ritos de iniciação religiosa, nos quais o discípulo deve, além de ser ensinado, passar por provas de fé. Ao fim desse processo que parece ser relativamente longo, é feita uma avaliação por uma psicóloga do Grupo Gama e só então, tendo sido considerado apto, o candidato pode “entrar no hospital”.

“Entrar no hospital” não é apenas a última etapa do processo de treinamento do voluntário hospitalar, mas tem ainda um caráter eliminatório: é preciso ver se o candidato

³¹ Organização mundial parceira do Grupo Beta, de caráter espiritualista, a qual promove, entre outros, cursos de meditação e yoga.

“agüenta” ficar no hospital. Só depois de ter passado por essa prova final é que o candidato é selecionado e é reconhecido pelo grupo como um contador de histórias pelo Grupo Gama.

Enquanto Aline fala do processo seletivo com detalhes, mas com uma certa isenção pessoal, Tiago faz uma referência a ele que é ligeira, mas marcante:

Tiago: [...] *eu sou voluntário há... vai fazer um ano ainda, né? Eu passei por todo o processo de seleção e comecei... a atuar [...]*

[...] *entrei em contato com eles e eu... e... eles deixaram eu entrar no processo... e... e assim foi. E assim eu entrei...*

Toda a ênfase que o Grupo Gama coloca sobre os aspectos psicológicos e espirituais na seleção e no treinamento de voluntários encontra eco nas palavras de Tiago sobre si mesmo:

[...] *o trabalho de reflexão, não é, sobre o que aconteceu lá, quais foram as dificuldades... né? Ah... as dificuldades pessoais mesmo, não é? Que... não é... é... ser voluntário não é só flores, não é? Pelo contrário... é um grande desafio... pessoal... mesmo, não é? De se debater com as próprias questões, né?*

As palavras de Tiago ao guardar tal relação de continuidade com as práticas do Grupo Gama, nos remetem aos processos de subjetivação que ocorrem no, e pelo, voluntariado hospitalar. A busca espiritual de Tiago, que já foi mencionada anteriormente, estabelece uma relação de continuidade com as práticas organizacionais que passam a constituir o discurso do sujeito sobre si. O voluntariado hospitalar, no caso do Grupo Gama, parece proporcionar essa espécie de encontro “consigo”, em que as demandas subjetivas são reconhecidas e legitimadas pela organização mas, ao mesmo tempo, reformuladas nos seus próprios termos, reconceituando – como diz Tiago – o sujeito, a partir das novas relações que ele passa a estabelecer como voluntário.

Um outro aspecto relevante no treinamento pelo Grupo Gama, que já foi mencionado por Lúcia, do Grupo Alfa, é o lugar que ocupa o voluntário mais experiente – cuja função é prevista na organização como “cabeça de chave” – na formação do mais jovem.

Aline: [...] *cabeça de chave é uma que já tá há muito tempo no Gama e que vai te ens...ensinar, vai te... vai te... – como é que se fala? – ézz... é... vai... te ajudar ali, vai te... é... orientar, né? Orientar ali dentro.*

A “cabeça de chave” é uma função um tanto diferente da que tem Lúcia quando leva pela primeira vez os voluntários à enfermaria. Por um lado, o voluntário do Grupo Gama não chega pela primeira vez ao hospital como voluntário, mas sim como candidato a contador de histórias. Por outro lado, diferente do modo relativamente informal pelo qual Lúcia, como vimos acima, assume o papel de intermediária entre o voluntário, a direção e o hospital, a função de “cabeça de chave” é prevista na organização dos voluntários, ou seja, os procedimentos e fluxos de comunicação são pré-estabelecidos e não dependem, simplesmente, do interesse e da disponibilidade pessoal.

De modo similar ao Grupo Gama mas, ao que tudo indica, sem tanta ênfase na espiritualidade e num trabalho psicológico mais profundo, o treinamento aparece, na fala das voluntárias do Grupo Delta, como um exercício de auto-percepção do voluntário, para que ele sinta se é capaz ou se gosta, ou não, de realizar esse trabalho:

Raquel: *E eu fiquei sempre em hospital, gostei desde o tempo do curso que a gente fazia. Eu fiz o curso, há muito tempo atrás, e eu comecei a ver que eu tava gostando disso, que eu me sentia útil... né?*

Julieta: *[...] durante o...o treinamento eu me senti capaz, de...de fazer esse trabalho também. Que é bem específico, não é? Não é... tem normas já... mais... eh...que se tem que... eh... É, todas as ONGs fazem treinamentos, mas hospital tem certas peculiaridades, né?*

Não há na fala dessas voluntárias qualquer menção a mecanismos de eliminação de candidatos durante o treinamento. Pelo contrário, é o próprio candidato que avalia se o trabalho do Grupo Beta tem, ou não, algo a ver com ele. Ao mesmo tempo, a fala de Julieta indica que o treinamento também tem o efeito de fazer com que o voluntário se sinta capaz.

O treinamento visa também situar o voluntário em relação às peculiaridades da organização hospitalar, suas normas e regras, além de explicitar o que o voluntário vai fazer no hospital:

Julieta: *[...] a gente aprende no treinamento, todas as...as coisas peculiares de trabalhar num hospital, né? Tem uma porção de peculiaridades. Regras que têm que ser mantidas e obedecidas e tudo .O que se pode fazer... e que aqui a gente não viria só visitar doentes. Do momento que se saísse caracterizado lá da... da área de... do Setor de... de Social, né, que a*

gente já tinha que se... interagir com o público, com funcionários, com todas as pessoas que encontrasse no caminho.

Finalmente, o treinamento tem a função de ajudar na composição da personagem doutora:

[...] Lá na ONG, quando a gente tá terminando o treinamento e vai ser considerada apta, não é, pra trabalhar, tem que escolher um nome e uma caracterização e... tem que ser, obrigatoriamente, um nome em que haja um pedaço do nome de uma ave e de uma massa comestível. Então, eu misturei arara com capelleti: é o Aralleti.

Ao fim do treinamento, portanto, o candidato escolhe para si um nome e uma caracterização, torna-se Doutor e, portanto, voluntário. Depois desse processo, que dura cerca de quatro meses, o novo voluntário é mandado para o hospital em que deverá atuar:

Julieta: *[...] Essa ONG não... não manda ninguém pra cá se não... for observada, acompanhada e...e instruída durante quatro meses.*

Depois dessa inserção no hospital, o novato continua tendo a assistência, durante o estágio, de monitores, voluntários mais antigos que são chamados também de apresentadores. Quando não há pessoal mais antigo no próprio hospital, ela mesma, Raquel, que é supervisora de todos os voluntários, faz o papel deles.

Raquel: *A gente tem um grupo de monitores, então é dividido: tem os apresentadores, que são os voluntários antigos do hospital, que já tão no hospital. Que nem, aqui eu tenho a Dona Julieta e o Luiz Gonçalves. Então, se eu tiver um voluntário novo que vai ser inserido aqui, quem vai apresentar esse hospital são os voluntários antigos, que já tão aqui. [...] Eu posso vim, caso não tenha ninguém, eu sou sempre o tampa-buraco.*

A supervisão periódica ajuda a manter a formação dos novos voluntários em cada hospital coerente com os padrões organizacionais do grupo:

Raquel: *[...] e eu supervisiono também o trabalho dos monitores. Então, eu tenho que ver se o trabalho tá coerente, junto com o trabalho dos voluntários. E se os... se os voluntários que vão se formar, se os monitores concordam, se tá bom, se tá faltando alguma coisa. Então, eu tenho que ver se tá realmente coerente. Aí eu vou, me caracterizo de doutora, eu trabalho junto.*

Novamente encontramos, portanto, agora no Grupo Delta, a figura do voluntário mais antigo e mais experiente que contribui para a formação e avaliação dos mais novos. Aqui ele pode ser um monitor, ou seja, o mais antigo de um determinado hospital, ou o supervisor – no

caso, supervisora – cujo papel é tornar coerente a formação de cada novo voluntário, em cada hospital, com os padrões e objetivos do Grupo Delta.

7.3. A disciplina no Voluntariado Hospitalar

7.3.1.O fazer do voluntário: rotinas

Entre os voluntários, o único que teve dificuldade de falar sobre uma rotina de trabalho foi Ari. Sua fala indica, porém, que ele tem uma função importante no Grupo Alfa, que é a de providenciar e transportar materiais necessários às atividades dos demais voluntários:

[...] o Anderson, né, faleceu dia 4 de fevereiro. [...] Ele queria assistir o filme do “Homem Aranha” [...]E aí ele... pediu pra a tia Lúcia, que ele queria assistir o Homem Aranha [...]. Eu falei: “Então vamos ver como a gente... arruma u’a televisão e um vídeo, né? [...] Arrumamos a televisão e o vídeo aqui, tal... Pedimos autorização, entrou com a televisão e o vídeo... E aí... alugamos as fitas, levamos pra ele, e ele... assim, foi.. Isso, nós levamos no dia 30 de... dezembro, né, na virada do... do ano. [...] eu aluguei na quinta-feira era quase dez horas da noite, que eu tava indo viajar, mas tava atendendo o pedido dele e da Camille, também, que também, Deus a tenha, ela queria coxinha, ela queria comer coxinha. Então nós fomos atender esses dois pedidos e aí ele... nós chegamos era quase dez horas da noite, dez e meia.

Observamos na fala acima como Ari mescla em seu relato a vida particular – no caso, a viagem de fim de ano – ao voluntariado. Essa é uma das características peculiares de sua fala. Ao mesmo tempo, podemos observar que ele exerce atividades tanto fora como dentro da enfermaria, com o objetivo de atender aos últimos desejos de pacientes terminais. A menção desse tipo de tarefa, que também aparece na fala citada na página 124, é bastante significativa no conjunto de toda a entrevista. As ações parecem não seguir uma programação prévia, mas vão se configurando a partir da demanda imediata dos pacientes. A voluntária Lúcia, que fica na enfermaria, surge como porta-voz que faz a intermediação entre o desejo dos pacientes e a disponibilidade de Ari para atendê-los.

Se Ari não consegue falar de uma rotina, os demais voluntários descrevem de forma muito bem estruturada seu dia-a-dia na enfermaria. A fala de Lúcia, por exemplo, tem um ritmo bem marcado:

Bom, meu dia começa no Grupo Alfa às nove da manhã... Eu passo na... na administração, né, converso com a diretora, procuro saber quais são as crianças que estão internadas, né, o caso, o que cada um... a necessidade de cada uma. Me dirijo ao Hospital, ali eu fico na... na... na enfermaria... Me dirijo para a enfermaria, dou um oi pras crianças, vejo... a situação delas, a solicitação de algumas. Às vezes, pelo horário, elas estão acordando ainda né, se dirigindo ao banho, mas ela já tem a listinha pronta pro dia, né? Uma quer comer um yogurt, outra quer comer um macarrão, outra quer um carrinho que a brinquedoteca não dispõe no momento. Me reporto... me reporto de novo pra a administração e a gente consegue... tenta conseguir tudo isso, com a autorização do serviço de enfermagem do hospital. Muitas vezes, eu fico com a criança também, pra mãe sair um pouco, descansar, ir até em casa, porque muitas vezes essa mãe tem outros filhos ela precisa dar atenção, o pai sempre trabalha, nem sempre é possível estar junto. Então eu fico ali com aquela criança no quarto. Às vezes eles... eles querem só assistir televisão, eles não querem nem conversar, mas eles querem uma presença ali do lado. Então fico ali com eles, assistindo desenho [ri], ou o que eles quiserem assistir ou fazer, mas o... O meu dia basicamente é isso... né? Fico por volta de meio dia... porque muitas vezes a mãe corre, volta para acompanhar a criança no almoço, essa mãe quer ver se o filho comeu, se ele... a comida fez bem... se ele não pôs pra fora... porque por causa da quimioterapia a criança tem enjôo... nada para no estômago, né? Fico um pouco com a mãe, ali também, tranquilizando ela... Volto de novo para o Grupo, aí eu volto pro Hospital I, onde eu vou até a UTI. Muitas vezes nós temos crianças lá. É a parte mais dolorosa, é quando eu entro na UTI [pigarro] e as crianças, muitas ali terminal, né, já estão em fase terminal. Então eu chego ali pra aquela mãe... converso com ela, procuro fazer com que ela saia daquele ambiente também, que é muito doloroso, que ela venha até o Grupo pra descansar, sab... é... e passo pra ela que eu só vou sair dali de... do lado do filhinho dela quando ela tiver de volta, ou outro parente estiver de volta. Então eu fico... Aí isso quando vejo já é cinco horas, às vezes cinco, seis, né? Dou uma posição de novo pra o Grupo e volto para casa. Esse é o... esse é o meu dia [ri].

Toda essa fala na primeira pessoa do singular é importante pois mostra o que faz a voluntária Lúcia no Hospital I. Em primeiro lugar, o que será feito durante o dia é ditado pela demanda direta dos pacientes, no caso, as crianças. A voluntária começa o dia procurando saber o que elas querem e depois, com o apoio do Grupo Alfa, procura conseguir essas coisas, sejam elas brinquedos, alimentos especiais, etc. Entre o querer e o conseguir, porém, está a necessidade de autorização do serviço de enfermagem.

Um outro aspecto da atividade da entrevistada é o “ficar”. Ficar significa, no caso das crianças, ser uma “*presença*” que substitui temporariamente a mãe, mas que não é a de um profissional de saúde. Com tal “*presença*” as crianças podem querer interagir ou não e, mais uma vez, o que prevalece é o que elas demandam. A voluntária também pode “ficar” com a mãe e esse ficar é dito de uma maneira um tanto diferente do “ficar com a criança”: a ele é atribuído o sentido de “tranquilizar”. Finalmente, na parte “mais dolorosa” do dia, a

voluntária vai para a UTI, identifica uma mãe que precise de repouso e se propõe a ficar no lugar dela por algum tempo, enquanto esta última vai para a sede do Grupo Alfa descansar.

Podemos perceber na fala como a voluntária se movimenta durante o dia todo, buscando preencher lacunas e respondendo a demandas não satisfeitas pela organização hospitalar. Isso se configura, com elementos um tanto diferentes, nas atividades do Grupo Beta descrita por Maria Luiza:

[...] sempre o voluntário tá acompanhando... Então, assim, aqui... quando ele chega ao hospital, a primeira pessoa que o recebe é um voluntário.

[...] Aí ele vai encaminhar pros outros setores. Então, ele vai acompanhando... a criança, vai aco... acompanhar, o tempo todo que ela tiver dentro do hospital, ela tem uma... um voluntário que a acompanha. Então, se a mãe precisa de um lençol na quimio ou se ela precisa de um carinho, tem uma voluntária na quimio. A medicação não chegou, a voluntária vai atrás da enfermeira, conversa com a enfermeira, acalma a mãe pra que ela não crie muita ansiedade, nem a criança fique estressada na espera da medicação. Então, assim, cada um vai fazendo um pouco dessas tarefas pra que no final, não é, a mãe não desista do tratamento, a criança não fique estressada e que ela volte para dar continuidade.

O que Lúcia diz na primeira pessoa, em Maria Luiza está diluído no trabalho coletivo de voluntários de diversos setores especializados. O paciente – a criança – e a mãe são acompanhados desde a sua entrada na hospital; não, porém, por uma única voluntária, e sim por uma rede de voluntários que estão ali para suprir necessidades como buscar um lençol, dar carinho e acalmar a mãe, fazer a mediação entre esta e a enfermagem.

Assim como em Lúcia, na fala de Maria Luiza existem duas ordens de demandas principais a serem satisfeitas: as materiais e as afetivas. Entretanto, há três aspectos totalmente diversos nas duas falas. Primeiro, o beneficiário principal de todo o trabalho parece ser muito mais a mãe do que a criança. Segundo, o verbo usado para se referir às demandas não é “querer”, mas “precisar”. Terceiro, o resultado esperado de todo o trabalho é claramente explicitado na fala da voluntária: “*pra que no final [...] a mãe não desista do tratamento, a criança não fique estressada e que ela volte para dar continuidade*”. Não se trata, portanto, de simplesmente dar assistência às pessoas, mas de manter o estresse de mães e crianças num

nível que não impeça a continuidade do tratamento – um objetivo, antes de mais nada, técnico.

Como supervisora de voluntários Maria Luiza tem um dia-a-dia bastante movimentado:

[...] chego às nove horas da manhã... aí... repasso todas as atividades que eu tenho pra fazer durante o dia com a secretária e aí tento, durante o resto do dia aqui, tá vendo quais as ações que tão sendo feitas, quais as que deixaram de fazer... É... como que a gente vai buscar um resultado melhor... Aí nós temos reuniões de... de trabalhos, né? É... de avaliação, o que que deu certo, o que que não deu. E aí o dia... vai embora, né? E você vai dentro... com a equipe, né. Que eu sempre procuro um trabalho com a equipe, porque eu acho que sozinho o trabalho não rende. Então, é sempre dividido muito com a equipe. E a gente discute o que que a gente pode fazer pra melhorar a vida do paciente, a vida da mãe, a vida dos voluntários, né. [...]

Mais uma vez a fala de Maria Luiza tem um elemento que lembra a fala de Lúcia, que é a sensação que de que ela é envolvida e levada pelas demandas do trabalho; quando se vê, o dia foi embora. Uma distinção que se pode fazer, porém, entre as duas voluntárias é a ênfase de Maria Luiza sobre o trabalho de equipe: “*o dia vai embora [...] e você vai dentro... com a equipe*”. Outra diferença é que a lista de atividades do dia não é ditada pelos pedidos diretos e necessidades imediatas de pacientes e mães, mas pelas necessidades do trabalho em geral. Por isso os próprios voluntários, assim como os pacientes, são objeto das preocupações de Maria Luiza. As reuniões de equipe, para discutir o trabalho e avaliar resultados, também têm como objetivo melhorar a vida dos voluntários.

Vamos agora à fala de Márcia, voluntária do Grupo Beta, cujo posto principal de trabalho, na extensa rede de acompanhamento às mães e aos pacientes, é a brinquedoteca:

Eu, basicamente, fico... aqui na... dentro da brinquedoteca, que é um espaço que foi concebido pra ser... [...] o parque de diversões do hospital. Como esse hospital funciona como hospital-dia, a maioria dos pacientes-dia... vêm, pra fazer o procedimento do dia, e depois retornam a sua casa. Então, a brinquedoteca foi idealizada pra ser a sala de espera deles. Então, é aqui que eles... é... relaxam, ...aqui que eles desenvolvem uma série de... de ativ...a...nós desenvolvemos com eles uma série de atividades... que todas as manhãs a gente oferece oficinas, aqui, com os voluntários. São voluntários, como um artista plástico, as ONGS... que vêm, aqui, fazer também trabalho voluntário. Então, tem uma... uma atividade intensa... aqui dentro da brinquedoteca. Com as mães, também, a gente faz muita oficina, então... é... mães que vieram do nordeste, do interior, completamente... desequilibradas, elas vêm pra cá e elas aprendem a fazer um bordadinho, elas aprendem a fazer tricô, elas aprendem... a... fazer crochê... E, de repente, a gente já teve casos, aqui, de pessoas que... já tão tirando... um sustentozinho aí, duma... uma... uma coisa que elas aprenderam a fazer aqui com a gente. Então é... é uma promoção soci... é... pessoal pra elas também. Que elas conseguem, de repente... elevar. A gente trabalha pra elevar a auto-estima já, diante dum problema tão... tenebroso que

é... “Olha, você vai produzir, você pode t...tá vendendo. Então, a g... nós, voluntárias, temos, assim, estoques, por exemplo, de pano de prato, né? Porque elas chegam aqui, elas aprendem a fazer o crochê na beiradinha no... e a gente compra, a gente compra, a gente compra [rindo], pra ajudar, né? Mas basicamente, o objetivo maior é... au... é... aumentar a auto-estima mesmo, porque elas ficam arrasadas, né, com toda razão. Então, é... esse espaço aqui é o paraíso do hospital, né? E elas até chegam a relatar que... às vezes, não é nem o dia da criança vir pra cá. Mas eles brigam em casa que querem vir... vir pra brinquedoteca... Então, eu acho que a gente tá conseguindo... cumprir com o papel da brinquedoteca. E... aqui, não.. não sei se você já observou, a gente tem todo um... atende a todas as idades, né, des’do bebezinho, em termos de atividade, até os adolescentes.

O sujeito de toda essa descrição do trabalho parece ser principalmente a brinquedoteca. Ela é o parque de diversões, a sala de espera e o paraíso do hospital. Ao contrário do que se poderia esperar, é um lugar que aparece, na fala de Márcia, freqüentado principalmente por adultos, que são as mães e os próprios voluntários. Márcia fala, primeiro, de voluntários que ensinam a outros voluntários certas técnicas de artesanato e que também ensinam essas técnicas para as mães.

A fala de Márcia nos surpreende ao apresentar um trabalho na brinquedoteca com cunho muito mais de assistência social às mães, do que de apoio psicológico às crianças. As mães que vêm do nordeste e do interior não parecem, na fala de Márcia, estar tão arrasadas por causa da doença dos filhos, como pelas condições de vida supostamente precárias em seus locais de origem. O maior de todos os objetivos da brinquedoteca é aumentar a sua auto-estima, fazendo-as perceber que, ao aprender a produzir peças de artesanato – como um “bordadinho” – elas podem vendê-las e tirar um “sustentozinho”. As palavras no diminutivo contribuem para reforçar o tom paternalista da fala, que atinge o seu ápice no momento em que Márcia menciona os estoques de panos de prato que as voluntárias comprem, comprem e comprem para poder ajudar.

Só no fim da extensa fala sobre oficinas para adultos e promoção social é que são mencionados os bebês, as crianças e os adolescentes que, pelo que dizem as mães, gostam tanto da brinquedoteca que chegam a brigar para vir para o hospital. E assim o objetivo da brinquedoteca, que parece ser o de favorecer a adesão ao tratamento por tornar a vinda ao

hospital semelhante a uma visita a um parque de diversões – ou um clube de mães – parece estar sendo cumprido pelo trabalho coletivo dos voluntários.

Diferente de Márcia, que fica na brinquedoteca à disposição dos pacientes e suas mães que, estas sim, circulam pelo hospital, Aline, a contadora de histórias do Grupo Gama, deve circular pelas enfermarias:

Aline: *Bom, primeiro a gente passa lá na salinha pra assinar [...] E... aí eu já subo pra brinquedoteca, que tem lá, no Hospital III, [...] E... e de lá, se não tem criança na brinquedoteca, eu vou... na... no balcão da enfermaria, pego a listagem das crianças que podem sair do quarto, ou não; se eu estou sozinha, às vezes, tem uma... uma... às vezes não, na maioria das vezes tem uma outra contadora de história. Então, é... agora, se eu tô sozinha, eu só fico na brinquedoteca, porque tem muita que criança que só gosta de brincar... né? Agora, se ela tá lá na brinquedoteca, eu saio nos quartos, e as crianças que não podem sair, eu vou até os quartos, per...pergunto se querem escutar história, tudo, e...e volto com um livro pra contar histórias. [...]*

[...] tem que dar atenção pra todo mundo. Tem que ficar. Não pode ficar só na brinquedoteca: tem que andar nos quartos, e... é porque toda criança... tem criança que não pode sair, então a gente tem que ir atrás, né, pra distrair, porque criança... tem criança que tá com depressão, não quer sair do quarto... a gente vai contar uma história, se ela não quiser ela quer conversar, ou quer mesmo jogar algum joguinho, né? E aí a gente vai. E também eu já fui lá na UTI, que é no sétimo andar. [...] Então dá... eu... dou... a gente dá uma passeada, do quarto, pro...no sétimo, e no segundo andar, aqui no Hospital III. Mas eu gosto mais de ficar na brinquedoteca.

Marta: *Mas essa passeada fica a seu critério ou tem algum roteiro [...] pré-estabelecido?*

Aline: *Fica a meu critério, é. Aí, se eu tô sozinha, eu fico só na brinquedoteca porque não tem como. Porque a criança espera alguém... a...abrir a brinquedoteca. E o dia que eu vou de quarta-feira é... não tem, é... só chega um voluntário, na parte da tarde, do hospital. Na parte da manhã não tem voluntário. Então, a parte da manhã fica fechada. Então a criança fica muito ansiosa pra...pa sair do quarto... né? Então, elas ficam doidas pra brincar, pra pintar... na brinquedoteca, quer sair do quarto. É difícil a criança que tá conseguindo andar, tudo, tá bem querer ficar no quarto... né? Então é..., ultimamente, eu tô ficando muito é na brinquedoteca, ... por causa disso, também.*

A fala de Aline, como a de Lúcia, é quase toda na primeira pessoa. O modo de a voluntária circular pela enfermaria, de procurar saber o que as crianças querem também é similar. Aline, porém, faz referência a uma preferência pessoal, que é a de ficar na brinquedoteca. Não podemos deixar de nos lembrar, aqui, da resposta que, segundo ela, determinou sua eliminação como candidata ao Grupo Beta: “Ah, eu queria brin... eu queria na brinquedoteca ou na quimioteca”.

A existência da brinquedoteca no Hospital III torna possível conjugar os objetivos do Grupo Gama com os da própria voluntária. Note-se que, diferente do Hospital II, a brinquedoteca do Hospital III é um lugar freqüentado basicamente pelas crianças internadas. Não é, como no Grupo Beta, uma “sala de espera” do hospital-dia, nem oferece nenhum tipo de atividade para as mães. Em geral, quando não há voluntários que se responsabilizem, ela fica fechada.

Aline aproveita todas as oportunidades para ficar ali, seja pela ausência de uma outra voluntária, seja pela demanda das próprias crianças. O circular pelas enfermarias é dito de um modo que sugere uma imposição organizacional, como algo que tem que ser feito, já que os voluntários não podem ficar só na brinquedoteca.

A atenção às demandas dos pacientes aparece na fala de Tiago, outro contador de histórias do Grupo Gama, como preocupação com as demandas individuais de cada criança e uma percepção bastante sutil de suas reações ao trabalho do voluntário:

[...].Primeira coisa que a gente chega, dá... um bom dia lá, um “oi” geral pra equipe, né, e... abro o armário que a gente tem lá, e... a gente vê se tem algum recado pros voluntários, importante e tal... vê se tem alguma coisa assim, daí eu já coeto os livros que eu normalmente uso, né, que eu conto, geralmente, as mesmas histórias, e...[estala os dedos] me pico pros quartos, pra poder procurar as crianças, né? Aí quando eu entro n...no hospital, num quarto, ãh... eu... me apresento, falo que sou contador de histórias e tal, pergunto pra criança se ela quer ouvir uma história. Aí, se ela quer, aí... eu mostro os livros né? Também tem alguma coisa de idade, né? Tem livros... tem livros que são histórias, mesmo. Outras que são, tipo assim, é... bichinho, cê sabe, então o bichinho vai mais pra criancinha pequena, né? E aí, às vezes, brinco um pouco com fantoche, também, né? Ah... e... depois de contar umas duas, três histórias assim – que aí depende muito, porque varia demais – aí eu... digo que preciso ir pra outros quartos... Igual às vezes pergunto se... ela quer desenhar, porque a gente tem papel ofício e o lápis de cera pra dar pras crianças... Aí eu vou lá, pego, eu dou pra criança, né? Então, tem dias que, por exemplo, eu entro num quarto e... conto uma história pra criança, depois outra pra outra criança, e tem dias que eu entro e eu fico [estala os dedos várias vezes] uma hora com uma criança só. [...] Também tem dias que, por exemplo, tem... mais de uma criança no mesmo quarto, aí conta pra... várias crianças ao mesmo tempo. Tem dias que... eh... que em vez de ser no quarto, as crianças vão pra nossa salinha. Aí eu fico lá contando. Tem criança que é muito agitada, não... não consegue prestar atenção na história inteira. Aí prefere brincar com jogo, prefere, né, desenhar. Então, assim, não tem padrão. Fora o fato de que cada criança é única, né, reage de uma forma, fala de uma forma com você, né, reagem de formas diferentes à história, né? Tem criança que você começa a contar ela fica assim [faz expressão facial de atenção] até o final. Tem criança, que você começa a contar e no meio da história ela fala

“agora conta aquela”, aí você vai, aí pego outra, “agora conta aquela”. Tem criança que olha pra você e fala “não quero!”... “tá bom, então eu volto depois”, né?

Note-se que o ritmo do trabalho não é ditado apenas por um querer que torna as crianças, nas falas de Lúcia e de Aline, bastante parecidas, mas pelas reações singulares de cada criança a sua presença. Como vimos anteriormente, Tiago tem uma preocupação constante com as questões psicológicas e isso se reflete no modo pelo qual realiza seu trabalho e se utiliza dos recursos do Grupo Gama.

O apresentar-se como contador de histórias tem um lugar especial na fala de Tiago, provavelmente por ser, para ele, um momento carregado de uma certa tensão, pelo “confronto” consigo mesmo, como foi visto anteriormente. Diferente, porém, de Aline, ele não mostra resistência a circular pelos quartos.

Vamos agora ao relato de Julieta, do Grupo Delta que, como já foi dito, atua em enfermarias de adultos:

Bom, quando eu chego, eu vou lá pro... pra sala da assistente social, que lá a gente pode se trocar. Eu venho com essa cara lavadinha, mas lá não. Eu trago essa mala, onde tem a minha caracterização, que aqui eu não sou a Dona Julieta, eu sou a Dra. Aralleti. E aí eu tenho uma cara diferente, tenho maquilagem, tenho um chapeuzinho engraçado, gravata amarela e... Agora, tem as coisas obrigatórias que são o avental...branco, luvas, não é? E... isso, e o crachá... Então, na hora que eu saio da sala da Dona Celeste [assistente social], eu não sou a Julieta voluntária [fala sorrindo], eu sou a Dra. Aralleti. E eu já começo a cumprimentar as pessoas, tem gente que olha pra mim intrigada, aí eu faço uma gracinha: “Você me acha com cara de palhaço? Respeite os meus cabelos brancos!”... Mas a gente na hora, a gente [risos] e por aí vai... E depois entra no... bom, eu só trabalho em dois andares nesses 10 meses: 6º andar e 4º andar e... e aí, peço licença, vejo se não tem nenhum doente que esteja quietinho, dormindo. Peço licença, cumprimento e faço umas gracinhas quando dá pra fazer, senão: “Qual é o seu nome? Que que você tá fazendo aqui? Tá aproveitando o feriado de 1º de maio?” Alguma coisa assim, sabe? E aí... tem aquela troca. A pessoa... me conta: “Ah, não, eu tô fazendo exame, porque eu vou ser operada e...e o meu problema é esse, mas eu tenho fé, vou ficar boa”. E é isso aí e a gente fala: “Ah, puxa, que bom! Você vai sair mesmo, curada. E esse hospital é ótimo, os médicos são muito competentes...”. E a maior parte das pessoas... eh... falam isso: “Eu vim aqui porque aqui é muito bom e o atendimento é ótimo”. E então, falo: “E então, você vai sair curada.”. E é... e é... e é a fé, a... né, e é... essa interação, essa comunicação.

Embora atenda a uma população adulta, existem evidentes paralelos entre o trabalho de Tiago e o de Julieta no que se refere ao modo de circular pelas enfermarias, entrar no quarto e

iniciar uma interação com os pacientes. Como no Grupo Gama, procura-se imprimir um aspecto lúdico a todo o trabalho. A caracterização como “doutora” tem um destaque especial na fala de Julieta, assim como as reações das pessoas que encontra a caminho da enfermaria. Essa é uma das marcas características do Grupo Delta: lidar com a exposição ao ridículo (vide página 109) e interagir com todos.

Julieta menciona certos cuidados no que diz respeito à privacidade dos pacientes: ela “pede licença” e procura não interromper o seu sono. Depois das “gracinhas” de apresentação, começa a “troca”. A voluntária ouve os pacientes e profere palavras otimistas sobre o tratamento e o hospital. O elemento mais importante aqui, porém, parece ser a fé que ela procura estimular: a confiança de que eles vão sair curados.

A grande diferença entre Grupo Delta e os demais grupos é que o trabalho do voluntário não se restringe a pacientes e famílias, mas engloba também o contato com os trabalhadores do hospital e o público em geral. Isso é explícito na fala de Raquel:

[...] a gente chega no hospital, aí conversa com a... com o nosso contato responsável da instituição.[no Hospital IV é Celeste, a assistente social]. E aí eu vou converso, aí vou me trocar, que tem um vestiário certo pra cada voluntário. Me troco, coloco minha... toda minha paramentália, toda minha vestimenta e aí eu vou pro... vou atender. Então a gente tem as clínicas já selecionadas, a gente tem um levantamento, então tem o primeiro andar e tal coisa, segundo andar, terceiro andar... e aí cada um já tem sua clínica. Então, vamos supor que a minha seja ortopedia. Aí eu vou atender ortopedia, aí eu já, primeiro passo pra enferma..., vou com o pessoal da enfermagem e com toda a equipe do hospital. Converso com todo mundo, aí depois vou visitando os pacientes, de leito a leito. Quem também tá no corredor, os familiares. É um trabalho que a gente tenta unir os familiares, os profissionais e os pacientes. E é um trabalho que a gente... Então, como nós somos caracterizados de palhaços, então nós vamos visitar... Tem assim, um entretenimento, mas a no... nosso objetivo, mesmo, é amenizar o sofrimento, amenizar a dor, como que não fique um ambiente muito pesado, assim.

Mesmo ao falar do seu dia-a-dia como voluntária, Raquel, que também é supervisora, acaba por falar da organização do Grupo Delta. Talvez por isso sua fala tenha certas semelhanças com a de Maria Luiza e de Márcia, no que se refere ao uso de coletivos como “a gente” e “nós”, mesmo ao falar de seu trabalho individual. Todavia, o trabalho da equipe de voluntários do Grupo Delta é feito da soma do trabalho de indivíduos diversos que executam

atividades similares com vários pacientes, ao passo que, no Grupo Beta, fala-se em tarefas diversas distribuídas entre vários voluntários para o acompanhamento único a cada paciente. O objetivo aqui, mais do que a adesão ao tratamento, é trabalhar com todos os que se encontram na cena hospitalar – familiares, profissionais e pacientes – para amenizar o sofrimento causado pela doença e a hospitalização.

7.3.2. Controles disciplinares

Todos os grupos de voluntários estudados têm formas próprias de controle e de registros de suas atividades, assim como uma certa padronização dos uniformes e condutas. Além delas, observamos uma diversidade de comunidades lingüísticas que são importantes constituintes da subjetividade dos voluntários em cada grupo; ou, nas palavras de Julieta, do processo de “se exercer, se conhecer, se reconhecer e aprender” de cada voluntário. É nesse sentido que, muito mais do que realizar uma simples descrição de procedimentos, procuraremos abordar tais controles disciplinares em cada grupo.

7.3.2.1. Grupo Alfa

Os voluntários do Grupo Alfa não falam de procedimentos formais de controle ou de registro das atividades dos voluntários. Pudemos observar no contato com eles que as voluntárias usam, quando vão ao hospital, um avental que parece acentuar o caráter quase “doméstico” que caracteriza os serviços do grupo. Na falta de certos procedimentos formais de controle, cada voluntário parece ditar a sua própria disponibilidade de tempo que, a julgar pelos voluntários entrevistados (vide Quadro), parece ser bem mais ampla do que nos demais grupos:

Lúcia: *Pelo fato de hoje eu ter a disponibilidade, já meus filhos todos casados, né, minha filha num... adulta também não fica em casa, eu posso, tenho o privilégio de me dedicar todos os dias da semana, é... eu vou dizer assim no horário comercial... [ri] ... ou, em alguns casos extremos, eu fico até mais, eu chego ficar até a noite no Hospital... Eu saio oito, nove horas da noite, infelizmente, quando há óbito, quando a gente precisa estar ali para assessorar a família,*

acolher e... Mas isso assim, eu... me dispus a fazer isso. Não é que isso seja uma regra para todos os voluntários. Eu tenho esse tempo, eu posso dedicar.

A fala de Lúcia mostra que a carga horária fica a critério dos próprios voluntários e que ter uma maior disponibilidade de horários é um “privilegio”, embora não seja uma regra. Ari, de forma semelhante, fala de um horário bastante flexível:

[...] nesses últimos seis meses, a gente tá ficando aí de quatro a cinco horas... por dia. [...] mas a intenção é dedicar aí umas três tardes... alguma coisa assim. Doze, quinze horas... durante a semana nesse trabalho... e um ou outro, eventualmente, quando tem, né? [...] se vai ter festa, se vai ter alguma comemoração, se vai ter algum evento, aí depende do evento. Às vezes é sábado de manhã, sábado a tarde, domingo. Então depende do evento, a gente... participa.

Embora o controle de horário não apareça na fala dos voluntários do Grupo Alfa, eles mencionam um certo modo pelo qual a instituição limita a atuação individual de cada voluntário, no que diz respeito a atender às demandas dos pacientes:

Ari: *[...] Arrumamos a televisão e o vídeo aqui, tal... Pedimos autorização, entrou com a televisão e o vídeo... [...] falei com a psicóloga, pra ver se ele pode assistir aquele filme ou não e... ..*

Lúcia: *[...] a gente consegue... tenta conseguir tudo isso, com a autorização do serviço de enfermagem do hospital.*

Além da autorização pontual dos agentes hospitalares, como os enfermeiros e a psicóloga, existe o controle que é exercido pela própria direção do Grupo Alfa. Um dos grandes perigos que tal controle tenta cercear é o excesso de “bondade” do voluntário:

Lúcia: *Às vezes a direção me chama para conversar, porque às vezes a gente precisa ser enquadrada... né?” [...]Então, às vezes, tem que ser meio duro com a gente, né? Não que isso é... signifique chicotada, né? Mas a gente sente, né? Fica magoado, tudo: “por que?”, “puxa”, “mas ainda assim eu acho”... nosso acho, né? [...]Porque se a família tá usando a criança, pra obter coisas, né, todo mundo tá tomando ciência, disso, né? Então, às vezes a bondade nossa... O voluntário tem um lado é... que eu falo... assistencialista, muito grande e isso daí muitas vezes atrapalha.*

O enquadre se faz necessário quando a bondade do voluntário o faz agir de modo assistencialista o que, no caso, é entendido como atender a demandas das famílias dos pacientes – especialmente as materiais – sem considerar a sua real necessidade. O enquadramento implica uma certa tensão nas relações entre o voluntário e a direção do Grupo, como se pode depreender da fala de Lúcia e, também, da fala de Ari:

Ari: Então, na primeira queixa da mãe, a impressão que dá é que a mãe está exigindo demais. E... isso... aí, a Edwiges, fala: “Ah, você é muito bonzinho”, tal. “Eu nuu... não é que eu sou bonzinho, eu procuro analisar o outro lado da pessoa. Ela [...] ...: “Não, que...” tal. “Eu vejo... procuro ver o lado da... da pessoa e, na medida do possível, me colocar no lugar dela e atendê-la... num... sabe?”

É ao movimento de identificação do voluntário com a família do paciente que a direção do Grupo parece se contrapor nessa fala de Ari. Entretanto, como evitá-lo? A bondade do voluntário é, ao mesmo tempo, o motor e o grande empecilho ao trabalho do Grupo Alfa. A questão é como administrá-la. Vejamos, por exemplo, como Ari fala da bondade e da maldade do voluntário, ao narrar um episódio de sua atividade voluntária fora do hospital:

Ari: [...] a gente teve u... um caso específico de Itatiba, que o... nós recebemos... eu...eu peço pras crianças: “ó, manda a cartinha pro Papai-Noel...”. [...] Uma dessas cartas era um garoto pedindo uma cesta básica. E eu, óbvio, você, nós, né, ou adultos, com a mente já poluída e não sei o que, não sei o que lá, então eu falei: “não, eu quero conhecer esse... moleque. Pra mim, aqui ele... vai.. ele num tá..., ele tá pedindo porque... a mãe pediu, já é gente querendo se aproveitar da nossa... dessa nossa... bondade, ou dessa nossa..., desse nosso trabalho. E aí era o Diego, né? Aí eu... pedi pra ele vim lá, um dia que eu tava na fábrica... era um garoto de sete anos, né, e ele falou: “ó, tio...” [...] “só não quero que o senhor fale pra minha mãe, que isso eu quero dar de presente pra ela [voz trêmula]”. Então, na verdade, ele pediu a cesta básica.

[...] é uma opinião minha, né, eu acho que todo nós somos bons e depois nós nos tor... nós nos tornamos... continuamos sendo bons, ou nos tornamos maus, né? Não mau de... como um assassino, como... mas mau no sentido de você começa ter essa... essa desconfiança que eu tive desse garoto.

A bondade do voluntário está, portanto, em dar, e a maldade está em desconfiar e negar. Como, porém, ser bom e mau ao mesmo tempo? Essa é a questão que gera tensão nas relações dos voluntários do Grupo Alfa com os pacientes, porque muitas vezes eles estão no lugar de quem deve dizer “não” quando gostariam de dizer “sim”. Os “nãos” dificilmente são ditos de bom grado pelos bons voluntários:

Lúcia: [...] Então hoje eu tive que dizer não pra ela. [...] Eu falei isso com uma dor no coração porque é o que a gente tem, é boneca, aqui... mas seria muito fácil chegar aqui e levar a boneca pra ela, né? Aí amanhã ela vai querer outra coisa, né, amanhã ela vai querer um carrinho de boneca, porque foi aniversário dela. Então ela num... de início ela não entendeu, mas eu sei que amanhã, ou depois, ela vai... ela vai entender... [...] Então é... às vezes a gente tenta burlar. E quando a gente é chamada [ri] pra se enquadrar.

Na fala que explicitamente defende a necessidade dos “nãos”, a voluntária mostra o desejo de burlar a direção do Grupo e atender à demanda da criança por uma boneca. Aqui se configura, de forma singular, o jogo de poder e de “poder ser” bom ou mau, em uma

organização cujas ações estão fundamentadas na demanda do paciente e na bondade do voluntário.

7.3.2.2. Grupo Beta

Diferente do Grupo Alfa, o voluntário do Grupo Beta deve atender primariamente às necessidades da organização. As necessidades do paciente são levadas em conta, mas são equacionadas de uma outra maneira, resultando em outros tipos de controle. O querer do paciente não aparece de forma relevante na fala do voluntário, mas sim o “precisar”. A partir disso, não há base para uma identificação entre o voluntário e o paciente e os conflitos são manejados de forma diferente:

[...] você vai e senta com o paciente, você explica a situação... e ele tem um entendimento maior, né, porque ele também tá numa condição diferente da minha, que ele precisa, ele tá aqui pra fazer um tratamento, né, e eu estou aqui pra ajudá-lo. E ele acaba entendendo isso, que eu sou uma amiga que eu não sou uma inimiga dele.

A organização do voluntariado no Grupo Beta parece ter essa função de circunscrever tanto a demanda do paciente de receber, como a demanda do voluntário de dar, criando lugares diferentes para ambos na relação precisar/ajudar. A emoção que, segundo Maria Luiza, é cem por cento do trabalho do voluntário, deve ser bem organizada:

É, eu falo que aqui tem que ser emoção e... é... coração e cabeça, né? [...] Porque só emoção também, você não consegue fazer as coisas né. Então, você tem que trabalhar com a mente, também. Então você tem que ter organização. Você tem que ter... direitos e deveres, pra serem cumpridos. Então... tem que ter... tem que ter as duas: é você trabalhar emoção com a mente, né? Pra poder que se cumpra horários, que se use uniforme... né?

A fala de Maria Luiza menciona elementos fundamentais da organização do voluntariado no Grupo Beta: direitos e deveres, horários e uniformes. A organização é fundamental para coibir o “querer” individual de cada voluntário:

[...] eu acho que na hora que você põe o uniforme, você coloca o crachá, você tá identificado com a instituição. E quando você deixa.. assim.. não... é... não fica uma coisa organizada, também: cada um faz o que quer, na hora que quer e do jeito que quer.

O uniforme e o crachá têm a função primeira de fazer com que o voluntário “se identifique” com a instituição, imbuindo-se de seus objetivos; “vestindo”, por assim dizer, a

organização. Não é mais com a pessoa do voluntário que o paciente se relaciona, mas com uma função, e isso pode causar um certo mal-estar:

[...] na hora que ele [paciente] falou “tia, tia”, aí quando eu olhei pra ele, ele falou assim “você não, a outra de azul”. Quer dizer, ele... ele... eu não era a tia que ele queria porque eu não estava de azul. E ele queria a tia de azul. Aí eu me senti frustrada [ri]. Porque eu estava sem o uniforme e ele não me considerou tia dele. A tia que ajuda, né? [...] Agora eu não saio mais sem o uniforme [rindo] lá fora.

Além do cumprimento de horários, a carga horária em si aparece como um fator a ser controlado, pois o trabalho voluntário é caracterizado por uma carga horária menor:

[...] Porque eu acho que pra você fazer um trabalho voluntário ele tem que ser, é... ele não pode ter uma carga horária tão pesada, né? Você tem que ter uma carga horária menor pra ser um trabalho voluntário.

Embora a própria Maria Luiza faça uma carga horária maior, isso não é visto como algo desejável:

Então, quando nós... quando eu comecei o trabalho no hospital, eu trabalhava quatro horas semanais. Então, é uma vez por semana... né, quatro horas. Mas, você vai se... se envolvendo, se envolvendo e quando você vê você tá mais de duas a três atividades dentro da instituição. Aí você espera resultado, então pra que aquele resultado aconteça você tem que vim mais tempo, tem que... é... dedicar. E, hoje, depois de todo esse tempo, quer dizer... eu faço um trabalho de quase seis horas... uns quatro, cinco dias por semana... né, mas não é o ideal.

*[...] foi uma opção que eu fiz, né? Uma opção **minha** de fazer um trabalho... se eu posso vir, né, durante cinco dias. É.. então, foi uma opção minha. Então, eu optei por fazer isso, pra buscar resultado e pra que gente tivesse um trabalho... sistemático, né? Então... foi uma opção que eu fiz e, assim, não me arrependo de ter feito, né, e faço com muito carinho... Mas, assim, não aconselho a **outras** pessoas (ri) a fazerem essa carga horária.*

Mais uma vez, não podemos deixar de fazer um contraponto entre a fala de Maria Luiza e a fala de Lúcia. Por um lado, o envolvimento com o trabalho e a disponibilidade de tempo de ambas as voluntárias as levam a optar por assumir uma carga horária maior do que a de outros. Por outro lado, porém, o que para Lúcia é um “privilégio”, para Maria Luiza “não é o ideal”: ela não aconselha outros a fazerem a mesma carga horária. Uma outra diferença é que Lúcia fica mais tempo no hospital para responder a demandas pontuais dos pacientes, ao passo que Maria Luiza se compromete pessoalmente com os resultados de um trabalho sistemático. As falas das duas voluntárias mostram, mais do que características individuais, articulações que são organizacionais.

Maria Luiza situa historicamente o seu trabalho como uma evolução do voluntariado tradicional:

Tem projetos, tem que ter metas que têm que ser cumpridas. Então, é uma evolução do trabalho, né? Acho que isso... isso que é legal do trabalho, também. Ele foi modificando com o tempo, né? Você vê lá, desde quando... Carmem Prudente começou o trabalho dela, né? E hoje... hoje é diferente o trabalho. Hoje é como uma empresa, você tem que ter tudo registrado, você tem que ter esse livro de registro... né? E a voluntária tem que ter a responsabilidade, se ela marcou ela tem que cumprir aquele horário.... E a gente quer que cada vez fica melhor.

Ora, se há uma divisão do trabalho comum em tarefas, podemos dizer que o ônus de dizer “sim” ou de dizer “não” a determinadas demandas não recai mais sobre a pessoa do voluntário, mas sobre a organização, o que torna as relações com os pacientes mais amenas e, ao mesmo tempo, mais distanciadas. Vejamos, por exemplo, na fala já citada de Márcia sobre o apoio afetivo dado pelo voluntário aos pacientes, como os termos genéricos se sobrepõem à primeira pessoa do singular:

Márcia: O papel do voluntário, no meu entender, é você dar... o ombro pra chorar [...] a gente tá assim é... proporcionando... um... desabafo, [...] nós somos a pessoa com quem eles vêm... desabafar.

A pessoa do voluntário do Grupo Beta não é o indivíduo, mas a “função voluntário”, definida pela divisão do trabalho coletivo. Repetindo mais uma vez as palavras de Márcia, “**nós** somos a pessoa”.

7.3.2.3. Grupos Gama e Delta

O Grupo Gama e o Grupo Delta têm uma série de características comuns por serem dois grupos “jovens”, ou relativamente recentes na cena do voluntariado hospitalar (vide Tabela na página 104). Além disso, compartilham uma história semelhante: ambos foram fundados por profissionais que se inspiraram em modelos norte-americanos e, embora tenham iniciado suas atividades em um hospital da rede pública, atualmente prestam serviços a diversos hospitais públicos, particulares e beneficentes.

Todos esses aspectos acabam por configurar certas semelhanças organizacionais. A primeira semelhança diz respeito à carga horária, conforme podemos depreender da Tabela na página 104. Temos uma média simples de 23 horas semanais para os voluntários dos Grupos Alfa e Beta, ao passo que a dos Grupos Gama e Delta é de apenas 2 horas 30 minutos.

Todavia, há uma distinção importante entre os dois grupos, que é o caráter mais “místico” do Grupo Gama, em relação ao grupo Delta. Isso aparece, como vimos anteriormente, principalmente nos treinamentos que enfatizam a questão espiritual. Os voluntários do Gama também parecem ter uma preocupação maior com o desenvolvimento de técnicas, seja por meio de cursos que o próprio Grupo oferece, seja por meio de recursos buscados individualmente.

Vamos analisar primeiro a fala de Aline, do Grupo Gama:

O pessoal do Hospital III gosta muito de mim, inda ficam brincando: você tem mais cara de voluntária do Hospital III do que do Grupo Gama. Mas, eu... E aí eu tô pensando agora, em ficar mais um pouco, ...às vezes eu fico mais tempo do que o...o necessário. E fico lá... e passo também... e fico pesquisando muita coisa na Internet: brincadeira, desenho, pra depois eu levar pras crianças também, fora a história que a gente conta, né? Por que às vezes a criança, nem sempre, a criança quer escutar uma história. Às vezes cê quer só conversar ou jogar. E aí, então, a gente tem que tá preparado pra tudo, né? E... então, eu... f... conto como duas horas, que eu assino... o livro e tudo, mas sempre fico mais. Não consigo ficar só duas horas lá.

Aline afirma que o pessoal do hospital tende a identificá-la mais como uma voluntária do próprio estabelecimento do que do Grupo Gama. Isso é surpreendente, quando lembramos que os voluntários do Grupo Gama usam um jaleco e materiais lúdicos bem característicos, que deveriam diferenciá-los, como contadores de histórias, de outros voluntários. Entretanto, é provável que essa identificação seja favorecida pelo tempo que ela fica “sozinha”, como única voluntária do Grupo no hospital.

E o dia que eu vou de quarta-feira é... não tem, é... só chega um voluntário, na parte da tarde, do hospital. Na parte da manhã não tem voluntário.

Aline também fala de ficar no hospital “mais tempo do que o necessário” – ou seja, as duas horas que o Grupo Gama exige. Todavia, mesmo fora do hospital, ela continua buscando

novos elementos – brincadeiras e jogos – para responder às demandas das crianças. O querer da criança e o interesse pessoal são as medidas desse empenho pela busca de técnicas de recreação:

[...] o Gama dá muito curso pra gente, de bexiga, de pintura [...], então a gente vai fazendo um monte de coisa de criança. É o que eu mais... é, eu gosto de brincar mesmo e de contar as histórias pra elas.

Assim como Aline, Tiago investe muito tempo e energia em desenvolver técnicas para ser um melhor contador:

Tô aprendendo técnicas de interpretação, pra poder ficar mais seguro, né, porque... eu não sou ator, nem nada disso. Então, como muita gente, eu acho, lá do Gama, a gente... começou... a gente começa mais como leitor de história, do que como contador, né? Contador... às vezes nem usa livros, já... [mudando a entonação para um modo mais teatral] ...interpreta, não sei o quê. E isso exige... segurança, exige técnica, né?

Tiago preocupa-se em desenvolver técnicas corporais que o tornem um verdadeiro contador de histórias e não apenas um leitor. O contexto mostra que não está simplesmente interessado em como fazer, mas em ser um contador de histórias, agir como um deles. Em harmonia com essa preocupação, os cuidados com a caracterização têm uma menção especial ao falar de sua ida ao hospital:

[...] eu... pego o meu jaleco, né – não sei se cê viu, a gente tem um jaleco colorido, tal – , meu crachá, e... meu fantoche do Batman. Eu tenho um fantoche do Batman, né? E... daí, vou prá lá...

Note-se os elementos alistados que não aparecem na fala de Aline, ou seja, o jaleco e o crachá. Eles parecem marcar o momento limite de um reposicionamento subjetivo: aquele no qual Tiago se transforma no contador de histórias do Grupo Gama.

O “contador” de histórias, porém, também participa numa outra conta, que é o relatório das atividades que deve ser preenchido ao fim de cada período:

[...] aí no fim, por fim eu... eu... é... fa... a gente tem um diário, que a gente coloca quantas crianças foram atendidas, não é? Eh... se a gente usou livro, se usou fantoche, não é? Se tinha mãe na contação. É tipo um relato, né, um relatório que a gente tem que fazer depois de cada... cada... contação, e pronto. Fecha, foi embora, a gente põe o jaleco pra lavar porque... cada semana, por causa das bactérias, então tem que tá lavadinho, mesmo...

Essa fala marca o momento em que todo o trabalho subjetivo de Tiago se objetiva no relatório. Não se trata aqui de um relato das impressões do voluntário, mas sim o preenchimento de um formulário padronizado para colher dados quantitativos. O jaleco reaparece na fala, não mais como elemento constituinte do contador de histórias, mas como um instrumento para trabalhar no hospital: deve ser lavado por causa das bactérias. O trabalho do contador de histórias, porém, parece não terminar com a saída do hospital:

E na minha casa, assim... ah, e de vez em quando, eu puxo um livrinho do armário que lá tem uma mini-biblioteca, né, pra levar pra casa e ler... pra ver se na outra semana eu conto, né?

[...] Então, às vezes, também tem isso: quer dizer, vai pesquisar m... cifra de música infantil na Internet, aí pega música que você não conhecia, vai ter que treinar, né, pra poder... ver, não é? Ah... no caso desse jornalzinho³² também, tem que procurar textos que vêm pra colocar no jornal, tem... tem um bom trabalho em casa. Fora o trabalho de reflexão, não é, sobre o que aconteceu lá, quais foram as dificuldades... né? Ah... as dificuldades pessoais mesmo, não é? Que... não é... é... ser voluntário não é só flores, não é? Pelo contrário... é um grande desafio... pessoal... mesmo, não é? De se debater com as próprias questões, né?

A continuidade do trabalho em casa é um aspecto comum aos dois voluntários do Grupo Gama. Ambos, Aline e Tiago, têm a mesma preocupação em desenvolver-se como voluntários pela aprendizagem de novas técnicas e, para isso, fazem pesquisas na Internet e vão buscar a colaboração de outras pessoas. Tiago, porém, mostra de forma mais acentuada do que Aline, um empenho pela realização de um trabalho de reflexão sobre si mesmo, no qual o ser voluntário adquire as características de uma verdadeira “técnica de si”:

[...] são dias em que eu penso: “Putz, meu, contar história... não tem o menor clima...” e tal... A minha cabeça vai assim, né? Aí eu pego um livro, eu sento, eu falo: “Cria coragem, levanta”, né? [ri] “Vamo lá!”... Aí... ãh... nesses momentos... não é gostoso. Mas... mas é como eu lhe falei: mas ainda assim, é evolutivo, entende? Depois eu paro e reflito...

É um grande exercício de presença, cê não pode tá... no meio das crianças e pensando nas contas pra pagar, pensando nos seus problemas pessoais. N...não tem, porque voc... se eu entro nisso, eu não fico ali, não é? Aí não flui a contação de história. É um exercício de tá presente, de tá entregue àquele momento, né?

Todo o exercício do voluntariado em Tiago torna-se, portanto, um exercício de si. A disciplina do voluntariado dá a Tiago o contorno necessário para que ele possa atingir o seu

³² Tiago colabora com um periódico voltado para os próprios voluntários, que edita textos que eles mesmos escrevem sobre suas atividades.

objetivo maior que, como já vimos anteriormente, é um “trabalho físico-espiritual” de transformação subjetiva.

Julieta, do Grupo Delta, também fala de um processo do reposicionamento subjetivo, mas a partir da caracterização. Independente do modo pessoal como cada voluntário faz isso – o que é facultado pelo Grupo Delta – existem “coisas obrigatórias” ao entrar na cena hospitalar, que são o “avental” (jaleco) branco, luvas e o crachá.

[...] tem as coisas obrigatórias que são o avental...branco, luvas, não é? E... isso, e o crachá... Então, na hora que eu saio da sala da Dona Celeste [assistente social], eu não sou a Julieta voluntária [fala sorrindo], eu sou a Dra. Aralleti.

A fala de Julieta, que faz lembrar a de Tiago analisada anteriormente, difere ao pontuar de modo privilegiado não o processo de transformação subjetiva do voluntário, mas o processo da construção da personagem:

E eu já começo a cumprimentar as pessoas, tem gente que olha pra mim intrigada, aí eu faço uma gracinha: “Você me acha com cara de palhaço? Respeite os meus cabelos brancos!”... Mas a gente na hora, a gente [risos] e por aí vai...

[...] *Eles perguntam: mas, Dra. Aralleti... é um nome estrageiro né? Eu falo: é sim, é, lá na Ucrânia. Você não vê como o meu cabelo é tão branco. Lá, como, é sempre muita neve, o cabelo das pessoas é todo assim [ri bastante enquanto fala].*

Embora de um modo, como já vimos, pessoal, Julieta procura fazer exatamente aquilo que aprendeu durante o seu treinamento pelo Grupo Delta:

[...] *todas as ONGs fazem treinamentos, mas hospital tem certas peculiaridades, né? [...] e que aqui a gente não viria só visitar doentes. Do momento que se saísse caracterizado lá da... da área de... do Setor de... de Social, né, que a gente já tinha que se... interagir com o público, com funcionários, com todas as pessoas que encontrasse no caminho.*

Temos aqui mais um fator que diferencia o Grupo Gama do Grupo Delta: no primeiro, empenha-se em constituir um voluntário sensível a aspectos psicológicos da relação entre ele e os pacientes. No segundo, há uma preocupação em preparar o voluntário para uma interação com todos os personagens da cena hospitalar e não apenas com os próprios pacientes. O voluntário “doutor” difere, portanto, do contador de histórias pela forma como aparece na

cena hospitalar. A caracterização facilita uma aproximação maior com a equipe. Nas palavras de Raquel:

De doutora, acho que é muito mais fácil, né [ri]? De doutora, ah... Assim, a gen... o nosso foco são os profissionais, bastante. A gente tem, como foco, os profissionais. [...] o primeiro dia [...] eles [profissionais] gostam, mas ainda ficam com receio, pra saber mais ou menos o que a gente vai fazer. Mas depois que conhecem o trabalho, não tem problema nenhum, assim.

A caracterização é um aspecto tão fundamental na constituição do voluntário do Grupo Delta, que o vestiário acaba por constituir um dos aspectos mais importantes a serem focalizados na supervisão, já que o hospital deve dispor de um recinto apropriado para esse procedimento. Diz Raquel:

[...] tem um vestiário certo pra cada voluntário. [...] Como supervisora [...] Então eu tenho que ver como que tá, eu vou conversar com o responsável dos hospitais, saber como que tá o trabalho dos voluntários, se tá tudo bem, se tá tendo algum problema. Vejo com os voluntários se o vestiário tá adequado [...].

O “vestiário”, porém, não precisa ser um recinto especial, mas pode ser um local compartilhado com as equipes hospitalares:

[...] eu chego, eu vou lá pro... pra sala da assistente social, que lá a gente pode se trocar. Eu venho com essa cara lavadinha, mas lá não. Eu trago essa mala, onde tem a minha caracterização.

As falas das voluntárias do Grupo Delta também diferem das do Grupo Gama por não fazerem qualquer menção a uma continuação do trabalho em casa, seja ele de busca de novas técnicas ou de reflexão subjetiva. O que aparece com maior destaque são os procedimentos de registro das atividades:

Julieta: *[...] a gente tem que fazer relatório de cada plantão [...]. Tem que contar que pessoas viu, o nome do andar, do quarto, é tudo registrado, sabe? E... o que... é... ah... ficou conhecendo daquela pessoa... É, tem que fazer um relatório, tanto pro hospital como pra ONG também, é tudo documentado, não tem nada... nada assim, inventado não. Tudo documentado, uma coisa responsável, criteriosa, que cê sabe que tá fazendo aquilo porque tem um... um propósito fazer.*
Raquel: *Como supervisora [...] recolho todo o material, que são as planilhas que eles preenchem, que tem que preencher durante cada visita. Então, tem que preencher essas planilhas. Eu recolho essas planilhas pra gente passar pro banco de dados [...].*

Embora esse procedimento de registro das atividades também exista no Grupo Gama, o que observamos é que ele parece cumprir uma função importante na organização imaginária

do grupo para os voluntários, porque tem um propósito. Não é simplesmente algo que se faz como dever, mas algo que é compreendido como tendo uma função importante na teia organizacional do Grupo Delta.

Há uma outra diferença que aparece nas falas de Tiago e de Julieta, quanto ao conteúdo dos relatórios:

Tiago: [...] *quantas crianças foram atendidas, não é? Eh... se a gente usou livro, se usou fantoche, não é? Se tinha mãe na contação.*

Julieta: [...] *que pessoas viu, o nome do andar, do quarto, [...] o que... [...] ficou conhecendo daquela pessoa...*

No relatório de Tiago a ênfase parece estar na quantidade: “quantas crianças foram atendidas”. Os itens parecem ser bem mais padronizados do que no relatório de Julieta, que parece ser mais qualitativo e centrado em cada paciente: “que pessoas viu [...] o que ficou conhecendo daquela pessoa”. Em suma, podemos dizer, com base na fala dos dois voluntários, que diferente do Grupo Delta, o relatório do Grupo Gama parece estar bem mais centrado na atividade de contação de histórias do que na pessoa dos pacientes.

Tal contagem quantitativa parece ser um tanto paradoxal, se pensamos no trabalho pessoal ao qual cada voluntário do Grupo Gama é levado a partir do treinamento e, também, na sensibilidade de Tiago aos aspectos psicológicos das crianças. Todavia, o contar experiências pessoais no jornal (vide pg. 149, nota) pode ser um contraponto à contagem do relatório.

Os Grupos Gama e Delta não visam acompanhar o paciente e nem atender às suas necessidades materiais, mas se preocupam em oferecer um serviço específico: o primeiro, a recreação e a contação de histórias para crianças internadas; o segundo, a alegria dos “doutores” para quebrar a rotina hospitalar nas enfermarias de adultos. As relações entre os voluntários e pacientes são, portanto, configuradas por essa especificidade dos dois grupos.

A demanda do paciente é, assim, circunscrita ao querer ou não o serviço que o voluntário tem a oferecer. Sendo assim, os voluntários podem permanecer, de certo modo, “neutros” no que se refere às relações entre os pacientes e o hospital o que, em tese, deve causar menos conflito do que em Grupos de “acompanhamento”, como o Alfa e o Beta. Como veremos mais adiante, quando falarmos das relações entre voluntário e hospital, nem sempre isso ocorre.

O fato de o voluntário ficar menos tempo no hospital parece favorecer o seu caráter externo à organização hospitalar. No Grupo Gama, as atividades desenvolvidas fora do hospital pelos voluntários têm muito mais um caráter de preservar o voluntário como contador de histórias do que, como no caso de Ari, do Grupo Alfa, de estender o vínculo com o hospital para a sua vida particular.

O jaleco e o crachá permitem uma imersão relativamente confortável no hospital sem, no entanto, perder a identidade de voluntário. Mesmo quando a identificação com os pacientes é inevitável – como já vimos em Tiago – a posição do voluntário deve permanecer neutra em relação aos procedimentos hospitalares. Até que ponto esse equilíbrio de forças pode ser mantido? Ainda não é possível, até aqui, responder a essa questão. Para isso vamos precisar de outros elementos que serão discutidos mais adiante, em nosso próximo capítulo.

7.4. A gratificação do voluntário

Ao fim desse capítulo resta-nos falar do trabalho voluntário como tal, ou seja, a que termos é associada a expressão “trabalho voluntário” na fala dos nossos entrevistados. A palavra trabalho também deixa espaço para um confronto entre os lugares que são ali constituídos para o trabalho remunerado e para o trabalho voluntário.

A principal característica do trabalho voluntário não é simplesmente o fato de ele não ser remunerado. Em primeiro lugar, existe a questão do uso e da distribuição do tempo que aparece, por exemplo, na fala de Maria Luiza:

[...] o meu primeiro trabalho, o meu primeiro emprego, foi no hospital. Eu fui trabalhar numa... num hospital de reabilitação. E, dentro desse hospital de reabilitação havia muitas crianças que eram abandonada pelas famílias. E... aí, assim, eu sempre ficava após o horário do trabalho, sempre buscando ajudá-los, àqueles que ficavam ali sozinho. [...] Então, eu já fazia um trabalho.. após o trabalho do hospital. [...] Quando eu me mudei pra São Paulo, que eu casei e me mudei pra São Paulo, é... eu não tinha um trabalho, então foi aonde eu busquei fazer um trabalho voluntário pra ocupar aquele tempo ocioso que eu tinha... né? E aí eu já comecei a trabalhar no hospital também [ri].

Embora Maria Luiza mencione um “tempo ocioso” a ser ocupado pelo trabalho voluntário, sua fala também mostra que tal atividade também é exercida em um outro tempo, “após o trabalho” remunerado. Trata-se de um que tempo que, como diz Ari, poderia ser usado para outras coisas:

Então, às vezes você vê, eu p...poderia, num fim de semana, tá almoçando com meus pais, ou tá... [...] É um trabalho que você tá fazendo, nas horas que você poderia tá... fazendo outras coisas.

Tiago aponta para o fato de que o tempo dedicado ao voluntariado não é como o tempo em que se faz outras coisas:

[...] é um tempo que faz diferença, né? Não é assim... [estala os dedos]. Não é que nem passar [estala os dedos] lá no supermercado pra comprar fruta, né [ri]? Né? É in... é uma dedicação.

O uso do tempo para o trabalho voluntário é, portanto, uma opção que constitui um modo de ser. Nas palavras de Márcia:

[...] pra você ser voluntária, não basta você querer: “aah... hoje tá me sobrando um tempo, eu vou lá ajudar”. A... eu acho que você tem que se comprometer com a causa que você escolhe,... cem por cento. Porque senão, você não vai satisfazer nem a parte com quem você tá pretensamente se comprometendo, e, também, não vai... fazer uma coisa que vai te f... te dar aquela recompensa que todo voluntário, eu tenho certeza absoluta, tem... de fazer o trabalho.

A recompensa do trabalho voluntário é, segundo Márcia, o sentir-se útil:

[...] eu acho que, o ser o humano, na medida que ele sente, com absoluta certeza, que ele tá sendo útil... aquele que percebe que pode ser útil e sente que tá conseguindo ser útil, si... na sua plenitude, e... realmente não existe recompensa maio... maior do que essa.

A contrapartida do trabalho voluntário maior do trabalho é, portanto, um ganho subjetivo que ultrapassa todo e qualquer bem que se possa fazer a outros:

O trabalho voluntário... faz muito, muito, muito bem pra quem tá fazendo o trabalho voluntário. Apesar de você tá, tá se disponibilizando a ajudar o próximo, mas o bem que ele faz pessoal, bem pessoal é enorme. Pode ter certeza disso.

O ganho pode vir, de um lado, na forma de uma reafirmação de si por parte do outro a quem supostamente se faz o bem:

Lúcia: *Aquele abraço, aquele sorriso, eu falo que eles têm o sorriso iluminado, sabe? Pra mim é o que eu mais gosto, é a recompensa, é a paga, como falam, né, do trabalho, do meu trabalho voluntário.*

Por outro lado, a gratificação pode vir de um reconhecimento por outrem, ou seja, por um público exterior às atividades voluntárias:

Aline: *Acho que é... acho que é isso. Eu sei que tá me fazendo bem... pra fazer trabalho voluntário... e, muitas pessoas... falam que não conseguiriam... né? Mi... minhas vizinhas, minhas amigas, minha própria mãe... falou que ela não conseguiria, né? [...] Então, ela acha que não tem coragem de entrar no hospital... Muita gente não tem coragem de ver, né, em lugar que tem as crianças que são carecas, ou as crianças que não têm um membro, né? [...] tem... eh... a c... as pessoas falam assim pra mim, né: “Ah, e doença? Cê não tem medo?”. Eu falei assim: “Ah, vou fazer o que? Doença a gente pega dentro do ônibus”...*

Note-se nessa fala de Aline como ela se constitui como voluntária corajosa, no contraste com aquilo que a maioria das pessoas que não são voluntárias dizem. Perceber-se como quem consegue enfrentar a doença e o ambiente hospitalar é o que parece trazer maior bem-estar à voluntária.

Tiago enfatiza o ganho subjetivo por meio do trabalho voluntário de outra maneira:

[...] trabalho voluntário não pode ser... utilitário, né, coisa assim. Eu não posso tá lá, porque... isso acontece muito, porque eu quero criar uma imagem social de bonzinho ou de... de né uma pessoa que contribui... [...] não se pode ignorar que o trabalho voluntário é um trabalho de... confronto constante com a sua subjetividade, não é? [...] Então, eu acho que há muito mais no trabalho voluntário, do que simplesmente... a contribuição que a gente leva, não é? Ah... realmente... é um trabalho de... de... é um trabalho terapêutico.

[...] Porque senão, vira assim... enfermeira, voluntário, paciente, a gente vai lá, conta a história, sai... São todos seres humanos, todos se confrontando em suas subjetividades, em suas questões... Todos mexendo, quer dizer, eu tenho uma história com um hospital, o outro tem uma história com... abusos, o outro tem uma história... sei lá.... cada um tem uma história. Não dá pra dizer que você chega num hospital e... que é tudo bem e é tudo lindo, e é tudo rosas, entende? E... eu acho super... importante essa... essa dimensão... né?

Diferente do trabalho “utilitário”, o trabalho voluntário não visa apenas criar uma “imagem social” para outrem, mas contrasta com as demais atividades exercidas no hospital pelo fato de ser “terapêutico” para quem o faz. Dificilmente se poderia dizer isso do trabalho

de uma enfermeira. O confronto com o ambiente hospitalar atualiza a história de vida do voluntário, “mexe” no seu ser. E é assim que o voluntário se constitui não apenas como aquele que presta um serviço mas, também, como quem usufrui dos benefícios dele:

Realmente, é uma frase que ouvi muito, quando eu tava entrando na... na... no Gama. E que eu ouvi, como jornalista, ...eu até achava que era um pouco chavão assim, né? Mas depois eu descobri que é muito verdadeira... todo mundo fala: “A gente ganha mais do que eles”,... né? A gente... tá recebendo mais do que tá dando, e é verdade. O... pió... ou melhor, é que é bom. A gente recebe muito mais do que dá. Muito mais. Às vezes, eu falo: “Meu Deus, eh... [ri] eles ‘tão’ fazendo trabalho voluntário [ri]... comigo”, ... porque é um laboratório.

Trata-se de um laboratório de “si”, metáfora que sugere a constituição do sujeito pela ação que supostamente o mobiliza em favor do outro. Vejamos como isso também aparece na fala de Julieta:

E cê sabe, isso não tem dinheiro que pague. Porque eu acho que isso é que faz a gente poder [ri] ser uma gente melhor, sabe? É você se aproximar das pessoas e...e confraternizar e...e trocar experiências. E é enriquecedor. Te abre... abre outros espaços, é... outros... é?!... É uma b... uma, beleza, meu Deus, conviver. Eu acho que é isso.

Conviver e trocar experiências com outros faz “poder ser uma gente melhor”, enriquece e amplia as dimensões de si mesmo. O engrandecimento de si também aparece na fala de Raquel, exatamente quando ela compara o seu trabalho como voluntária “doutora” e o que é remunerado, como supervisora do Grupo Beta:

Mais gosto... eu acho que é o bem-estar de depois de sair do hospital.

*[...] É um ass... é um alívio assim, é como se eu me sentisse mais leve, como se eu tivesse conseguido... Eu me sinto produtiva, realmente, quando eu faço o trabalho voluntário. [...] é...eu me sinto muito melhor do que se fosse um trabalho... Embora o meu seja remunerado, ele tem algumas coisas que diferem assim. Então, quando eu tô realmente de doutora, eu não sinto que eu tô sendo... aaah... aí é um trabalho voluntário, porque acaba sendo. Porque... o meu remunerado é fazer a supervisão. [...] hoje eu já não consigo ter mais o vínculo que eu tinha antes, quando eu tinha só **um** hospital pra...pra visitar. E esse vínculo era muito bom, porque eu ia acompanhando... Então era a D. Maria, acompanhava na primeira semana, na segunda semana... já sabia tudo sobre a vida. [...] Já a rotatividade do hospital, é muito grande. [...] cada dia eu tô num hospital, então, eu quebrei um pouco desse vínculo e é isso que eu sinto muita falta. Esse vínculo eu gostava muito, assim. Fazia com que o trabalho fosse... mais gostoso, mais grandioso pra mim, assim.*

O bem-estar produzido pelo trabalho voluntário é dito por Raquel como “um alívio” por ter conseguido (a voluntária não diz o que conseguiu) e um sentimento de ser produtiva. O trabalho remunerado parece não dar tanto prazer para ela. O vínculo com o paciente é o que

mais faz falta à voluntária/supervisora, pois é o que lhe dava uma dimensão de grandiosidade ao trabalho. A fala de Raquel também evidencia o fato de que a gratificação maior do voluntário vem da relação com o paciente. Ali parece não haver distância entre beneficiar e ser beneficiado, no que se refere ao ganho de bem-estar.

O trabalho voluntário deixa de ser compensador quando ele se reduz a tarefas a serem cumpridas. Isso é o que, num momento tenso de sua fala, nos mostra Maria Luiza:

Ai... tem hora que... é difícil eu falar isso, viu? ... Porque... acho que na hora que você fica com muito trabalho pra fazer e que você não dá conta e que falta, e que teu prazo tá limitado pra entrega dos trabalhos. E aí você fala: “ai, gente, por que que eu tô nisso? O que que eu tô fazendo?”, né? Porque aí você acaba voltando a estudar, a se capacitar... Porque eu tive que voltar a me capacitar e buscar curso porque ele não para nunca... né? Pra poder aprimorar o trabalho voluntário, porque eu acho que... você tem que tá sempre, constantemente, buscando esse conhecimento... de melhorar, né? [...] aí no outro dia você levanta no... como se não houvesse falado aquilo e quando você vê, você já tá chegando na instituição.

Maria Luiza começa por dizer que é difícil falar o que irá falar. Há momentos em que, assoberbada pelo excesso de trabalho e pela exigüidade dos prazos, ela parece não se ver mais naquilo em que está fazendo: “por que eu tô nisso? O que eu tô fazendo aqui?”. A voluntária parece não encontrar mais lugar para si mesma em seu trabalho, o que faz com que ela se distancie dele.

É exatamente nesse ponto, no qual se situa-se a tensão máxima no discurso da voluntária, que ela fala de estudar, buscar capacitação e aprimoramento por meio de cursos. Tais práticas, além de servirem para “aprimorar o trabalho”, parecem produzir um reposicionamento em sua relação com o trabalho voluntário; uma mudança subjetiva, portanto, que a leva a levantar-se como se “não houvesse falado aquilo” e prosseguir em sua rotina de trabalho.

Configura-se, portanto, na fala de nossos entrevistados o que, afinal, caracteriza o serviço voluntário. Não é simplesmente o fato de não ser remunerado, não somente o fato de ocupar um tempo supostamente ocioso, e nem sequer a natureza do serviço prestado em si o que o diferencia dos demais tipos de trabalho em nossa sociedade. A marca principal do

trabalho voluntário são os efeitos subjetivos que ele produz e que, por diversificados que apareçam nas falas de nossos entrevistados, podem ser resumidos na expressão “bem-estar”, na relação com o outro e, principalmente, consigo mesmo.

Sem o bem-estar não há voluntariado. Há simplesmente um serviço prestado que, por falta de encanto, acaba levando o voluntário a desistir de sê-lo. O bem-estar é o que contagia, o que faz levantar e querer ser voluntário; é o que constitui o trabalhador voluntário como tal. A produção do bem-estar, porém, apóia-se em relações tensas, diversas e mutáveis, que envolvem os profissionais da saúde, os pacientes e os próprios voluntários entre si. Trataremos dessa problemática no capítulo que se segue.

VIII. O Bem-Estar e o Mal-estar nas Relações do Voluntário Hospitalar

VIII. O Bem-Estar e o Mal-estar nas Relações do Voluntário Hospitalar

“O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução [...]; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro. Tendemos a encará-lo como uma espécie de acréscimo gratuito, embora ele não possa ser menos faticamente inevitável do que o sofrimento oriundo de outras fontes.”

Sigmund Freud

“Mal-estar na civilização”, p. 25

Nesse capítulo estabeleceremos uma distinção referente às relações do voluntário com os agentes hospitalares, com os pacientes e com outros voluntários. É importante ressaltar, todavia, que tanto nas práticas concretas quanto nas falas de nossos entrevistados, nem sempre é possível fazer essa distinção de modo tão rígido. Não obstante, para facilitar nossas análises, trataremos aqui dessas relações em suas especificidades.

8.1. Relações entre voluntários e agentes hospitalares

Chamamos “agentes hospitalares” àqueles profissionais cujas práticas estruturam e definem, por excelência, o hospital. Ou seja, nas palavras de Guilhon de Albuquerque (1978, p. 72), aqueles que constituem a instituição, “praticando-a”, e que “tendem a ser os mesmos e a constituir um grupo social relativamente estável” na organização hospitalar. Estamos falando de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, assim como de funcionários que desempenham atividades de suporte às práticas desses profissionais, que são o pessoal administrativo, os auxiliares de limpeza e os agentes de segurança.

Dependendo da forma como um grupo de voluntários se estrutura, as relações entre voluntários e agentes hospitalares podem adquirir o caráter de disputa, divisão, ou exterioridade. Elas adquirem as características de disputa quando os voluntários, por algum

motivo, se vêem no lugar de quem tem de lutar por brechas na organização hospitalar, para poder atuar. Esse é o caso de Lúcia, do Grupo Alfa:

Olha [...] graças à Deus, eu sou uma voluntária, assim, que eu tenho um acesso livre. Eu costumo falar que eu sou muito cara-de-pau [ri]... Porque você tem que vencer uma barreira muito grande pra entrar num... dentro de um hospital. Dentro de uma UTI, então, nem se fala. Porque ali eles estão.... é um trabalho intenso, eles estão super tensos, em cima da... da criança, é... a equipe médica, equipe de enfermagem. Então, de vez em quando você chega e eles falam: não, hoje você não vai entrar, hoje não pode. Você tem que respeitar. Quando você... Pra mim, toda vez que eu voltei diante de um “não” que eles deram, eu obtive uma porta aberta depois. Porque eu aprendi a ver que... o não deles tem sentido. Sabe, uma pessoa a mais ali pode trazer um transtorno muito grande. Então por mais necessidade que eu pense, que eu ache... que aquela criança tem, eles sabem muito mais que eu... Então eu passei a respeitá-los.

[...] não é que eu não respeitava... Entendê-los, melhor dizendo, entendê-los, entendê-los fica melhor, né? Respeitar assim. “Puxa, mas sabe, o que que custa deixar eu entrar, ficar um pouquinho ali...” Mas como... eu já tive a oportunidade de ficar o dia inteiro dentro de uma UTI e ver situações de emergência, então eu entendi que uma pessoa realmente traz transtorno. Uma pessoa a mais ali traz transtorno. E eles também passaram a entender meu trabalho, que eu não tô ali também pra especular, pra discutir procedimentos médicos. Eu nem sei, se você perguntar pra mim hoje... o mais simples que seja: desligar um soro. Eu não sei. Não é a minha área essa, eu deixei claro pra eles isso, eu não chego perto de nenhum, nenhum equipamento médico. Se dispara o equipamento, meu pl... eu... chamo a enfermeira, eu não tento fechar nenhum soro, nada, nada, nada. Então isso vai gerando confiança de ambos os lados. Né, eles vêem que eu não estou ali para especular, para questionar. Muitas vezes a família tá nervosa, eu não tô ali pra é... inflar a família contra a equipe médica; pelo contrário, eu procuro apaziguar. Então hoje eu... posso dizer que tenho grandes amigos, médicos, enfermeiros, vigias, sabe? A equipe do hospital, é... o Serviço Social, sabe, eu procuro... conhecê-los e... tenho grandes amigos. Eles me solicitam sabe, sabe onde me localizar... E até onde eu sei, até onde eu posso ir, sem eles precisar ficar perdendo o pouco tempo deles pra falar: ...é... “Lúcia, cê não pode fazer isso, eu já não te falei?” Então eu, dentro de uma UTI, ou dentro de um quarto, eu procuro ser transparente... Eu procuro aparecer pra criança, pra família, e não pra equipe médica, porque... isso é um transtorno muito grande, a gente é,, ficar interferindo... Não é a minha área, né, não é a minha área.

Essa fala é rica de elementos para uma análise das relações de poder que se dão entre o voluntário e os agentes hospitalares. Os limites que se referem ao deslocamento e à atuação da voluntária no hospital são traçados por uma série de “nãos” que ela, se quiser continuar exercendo sua função, tem que “entender” e “respeitar”. Pelo avesso da organização hospitalar a voluntária vai vencendo barreiras e tecendo um saber próprio: “uma pessoa a mais”, em determinados momentos, pode causar “transtorno”; o melhor é não saber e, principalmente, não interferir em nenhuma prática hospitalar.

Esse é o saber que garante o “*livre acesso*” de Lúcia ao hospital. É um saber paralelo, intersticial. No espaço milimetricamente dividido entre os diversos atores na cena hospitalar, o acesso da voluntária depende de uma constante negociação, que passa não só pelos médicos e enfermeiros, mas também pelos vigias. Esses últimos, trabalhadores operacionais, são alistados junto com os agentes privilegiados do hospital, provavelmente por serem encarregados de abrir e fechar portas: são os que controlam a circulação de pessoas.

Lúcia se sente à vontade, porém, no âmbito das relações informais de amizade com médicos, enfermeiros, vigias e assistentes sociais. A partir dessas relações ela pode ser reconhecida, localizada e solicitada por algum desses agentes hospitalares.

Numa fala emblemática, a voluntária diz que, no espaço altamente técnico e disciplinarizado da UTI, ela procura ser “*transparente*” para a equipe e só aparecer para a criança e para a família. A prática do voluntariado ocorre assim, nas bordas das práticas hospitalares; não é “visível” para a equipe, apenas para as famílias, como se a voluntária, sendo portadora de um saber paralelo, circulasse também num universo paralelo que, embora regido pelas mesmas regras do hospital, o refletisse de forma negativa, num jogo de “podes” versus “não-podes”, de portas fechadas para uns e abertas para outros.

Nem sempre, porém, a invisibilidade do trabalho do voluntário tem o contraponto da amizade para mitigá-la. Em Ari, o não ser visto pela equipe é algo incômodo:

[...] *não é num... ah... assim, nada agressivo, mas, assim, eu... sou muito comunicativo, é bom dia, boa tarde, boa noite... com todos, porteiro, faxineira, médico, e a gente percebe que, às vezes você fala e não escuta. Mas é uma... assim, normal, ou então você tá lá na... cê tá do lado, ou você tá por ali, e chega o médico e num... não te cumprimenta, in... independente de ser um parente, de ser qualquer... sabe?*

Ari desenha em sua fala o voluntário excluído das relações hospitalares. A palavra “bonzinho”, que ele mais de uma vez associa à pessoa do voluntário, aqui parece incomodá-lo, quase tanto quanto aos médicos e enfermeiros, porque se torna mais um fator de exclusão:

[...] o médico tá ali, ele tá ganhando, a enfermeira tá ali e tá ganhando, o faxineiro ali e tá ganhando. Você tá como bonzinho ... Você é o que tá fazendo papel de bonzinho, ali, cê tá ali pra não ganhar nada. Então, aparentemente,... ah... você é bonzinho, então, você sendo bonzinho, você é mais bonzinho do que ele. Então, o que eu percebo é isso, talvez uma... distância que eles queiram manter, no sentido de que você é mais bonzinho. Então... pô... que que você é mais bonzinho, que...?

Ari fala do médico como alguém que compete com o voluntário para ver quem é “mais bonzinho” na relação com o paciente. E o voluntário é “mais bonzinho” para o paciente exatamente porque ele não é médico:

E o que a gente já percebe, e não sei se é por isso, porque a gente não dá injeção na criança, a gente não corta, a gente não faz nada. Então, até por isso, ela percebe que você pode se aproximar dela que cê não se aproximou pra... pra machucar ou causar algum sofrimento, né? Então, essa aproximação, essa ligação que você passa a ter com ela, é... passa a ser uma ligação legal. E... e isso já não é com o... por mais boa vontade que o médico tenha, por melhor, ele tá indo ali mexer, ele tá indo cortar, ele tá indo... vai causar um sofrimento ali, pra depois... trazer a cura. Então, talvez a criança identifique isso... com mais... aquela... o voluntário, que tá se aproximando pra trazer revista, pra conversar, pra trazer um carrinho, pra trazer... É uma pessoa boazinha... [...]

Ari contrapõe os efeitos imediatos de sua prática no paciente com aqueles produzidos pela equipe de profissionais da saúde. Médicos e enfermeiros, cujos procedimentos são descritos como dar injeção, cortar e até mesmo “machucar”, não podem, por mais boa vontade que tenham, deixar de causar sofrimento ao paciente. É pelo contraste com eles que o voluntário se constitui no discurso como “pessoa boazinha” que pode, ele sim, estabelecer uma “ligação legal” com o paciente.

Ao contrário de Lúcia, que procura entender as razões dos agentes hospitalares a partir das necessidades do serviço, Ari atribui o distanciamento dos médicos à sua formação profissional:

Então eu acho que a faculdade de... de medicina, ou mesmo enfermagem, alguma coisa assim, ela vai afastando o... o indivíduo dessa realidade de... de que ali não tem vida, mas... aonde ele for mexer, tem uma vida, tem uma pessoa... Então... isso acaba afastando ele dessa realidade...

Enquanto Lúcia procura resolver a disputa por meio de uma negociação, na qual retrocede diante de “nãos” para conquistar mais espaços no hospital, Ari mantém a disputa em suspenso por não apresentar uma solução para ela. Talvez isso possa ser atribuído à sua pouca

experiência na enfermagem, na época da entrevista; por outro lado, ele parece se colocar numa relação de competição com “o médico”. A disputa pelo reconhecimento do voluntário pelos funcionários do hospital, porém, se configura em ambas as falas. Nessa disputa cada um desses voluntários, com seus próprios recursos, tem que se haver aí com um certo mal-estar.

Quando as relações entre voluntariado e hospital se baseiam em uma distribuição e uma complementação de atividades definidas pela organização hospitalar, elas não mais têm o caráter de disputa, mas de divisão:

A gente tem uma relação assim muito boa, com relação à equipe de enfermagem, à equipe médica... A gente tem um respeito hoje muito grande, né, do nosso trabalho com relação a essas equipes... Eles nos respeitam muito... Então a gente também respeita muito o trabalho deles, a gente sem... nunca tenta passar o limite, né, de onde é o trabalho do médico, onde que é o trabalho da enfermeira e onde é trabalho do voluntário. Isso é muito bem definido...aqui. Então, o relacionamento nosso é muito bom, com as equipes.

O que se faz notar na fala de Maria Luiza, em contraste com a de Lúcia, é que o respeito não é baseado primariamente em uma compreensão do voluntário em relação às vicissitudes do trabalho dos médicos e dos enfermeiros, mas numa definição muito clara do que são o trabalho do médico, da enfermeira e do voluntário. A aprendizagem dos limites não se dá no corpo-a-corpo entre voluntária e equipe – por meio de “podes” e “não podes” – mas no entendimento prévio do funcionamento da organização.

Lembremos que, por uma questão histórica (vide capítulo sobre os grupos), o voluntariado compõe o próprio organograma do Hospital II e que a superintendente do voluntariado tem assento nas reuniões da diretoria, juntamente com as chefias médica e de enfermagem. Tudo isso se reflete no trabalho coletivo dos voluntários:

Eu acho que é muito importante, é... essa organização ela só se deu porque a gente tem o apoio da diretoria. Porque a gente sabe que a gente faz parte do... do grupo, né, a gente se sente parte do grupo. E esse é o nosso diferencial e é... acho que é uma... uma das coisas mais importante porque aí dá uma abertura pros outros trabalhos que você tem pra... pra desenvolver.

Assim, no que se refere às relações com os agentes hospitalares nas falas dos voluntários do Grupo Beta, não há espaço para o mal-estar, pois aqui o voluntário “faz parte do grupo”. Até que ponto, porém, ele “se sente parte do grupo”? Isso pode ser bem mostrado na fala de Márcia:

[...] minha relação [com médicos e enfermeiros]... é ótima... é ótima. Mesmo porque, a gente... a gente faz... ahm... a nossa postura aqui é... sempre como voluntária, então... eh... o co... nosso convívio com os médicos é muito cordial, né? Eles com a gente, que eles sabem que a gente tá aqui dispostas a...a qualquer problema que eles solicitem, inclusive,... a tentar ajudar,... o que é raro, porque, como não somos técnicas, não podemos fazer nada mas,... eh...alguma s...situação prática, assim, né? Então o trabalho é todo mundo aqui. Talvez esse hospital, eu costumo falar, que esse hospital, esse projeto desse hospital foi uma coisa, assim, abençoada, porque,... por muitas vezes as pessoas têm projetos... semelhantes e não conseguem... tirar do papel. [...] Então, é um projeto que, realmente, ...se desenvolve na sua plenitude e... a parceria com os médicos é... muito cordial, não existe ninguém aqui que possa... falar e que seja... que se... oponha ao... ao convívio. É muito cordial, desde das... das en... da parte da enfermagem, a parte clínica, os... os seguranças, é... é uma grande família, aqui. Conseguir... até isso o...o...o o projeto foi abençoado porque, às vezes, não consegue se estabelecer uma harmonia né, um clima tão harmônico,... mas aqui a gente tem. Tem um convívio muito legal... muito bom.

Note-se como todos os elementos da fala de Lúcia, do Grupo Alfa, encontram-se aqui presentes: a necessidade de o voluntário ter um bom relacionamento com médicos, enfermeiros e agentes de segurança; a postura da voluntária de não saber e de não interferir nos procedimentos técnicos, como essencial para que isso aconteça; o reconhecimento do trabalho voluntário avaliado por sua solicitação pelos agentes hospitalares. A própria Márcia, porém, admite que essa solicitação é rara. O voluntário não pode fazer nada, por não ser técnico; ou seja, ele pouco pode fazer para ajudar os médicos. A divisão entre as duas instâncias de trabalho – a que é especificamente hospitalar e a do voluntariado – é garantida por uma mútua exclusão: o voluntário nada sabe, nada faz fora das “situações práticas” que lhe competem, ao passo que os médicos e enfermeiros, auto-suficientes a maior parte do tempo, pouco solicitam o voluntário.

A diferença entre a fala de Lúcia e a fala de Márcia, porém, é que a cordialidade e a harmonia são atribuídas ao “projeto” do hospital, e não aos esforços da voluntária. Por causa dele, em lugar de uma disputa, há uma pacífica divisão entre o trabalho do voluntariado, que

existe em função do hospital, e o dos agentes hospitalares, que prescindem do serviço dos voluntários. Não obstante, a fala de Márcia deixa entrever que, em algum lugar, por algum motivo, essa harmonia, essa cordialidade e essa parceria entre essas duas instâncias não devem ser assim tão fáceis. Por serem tão raras, quando ocorrem, só podem ser “abençoadas”.

Quando o vínculo entre o voluntariado e o hospital não tem um caráter estrutural, ou seja, ele não se apóia diretamente na teia da organização hospitalar, há uma relação de exterioridade entre voluntários e agentes hospitalares. Esse é o caso dos grupos de voluntários que têm uma atuação independente de qualquer hospital específico e que oferecem serviços pontuais. No nosso caso, estamos falando dos Grupos Gama e Delta.

O mal-estar na fala dos voluntários do Grupo Gama surge como resultante de uma certa solidão do voluntário, de sua condição de “forasteiro” em relação às equipes hospitalares. As falas, por vezes, lembram a de Ari no que se refere ao incômodo por “não ser visto” pelos profissionais:

Aline: [...] poucas enfermeiras conversam com a gente, poucas. Poucas mesmo. Poucas entram na brinquedoteca, pra falar um “oi” ou mesmo pra... Elas entram: “O f...fula..., a criança tal tá aqui? Tá...” e vira as costas. Outras não... outras vêm, entram, tá... tá passando um desenhinho, elas perguntam que desenhinho tá, tal. Uma conversou comigo... eh... quarta-feira que eu fui, contando que um menino [...] tava com depressão se eu não podia ir distrair ele, jogar um vídeo-game. Ela conversou, sabe? Outras não, outras entram, nem... eh... ah... poucos... só um... um do... o... um médico conversa; a dra. Maria conversa bastante...; alguns alunos [médicos residentes]... mal e má, falam um “oi” ou conversa só com a criança, parece que a gente nem tá ali...

[...] A psicóloga conversa bastante... com a gente. Que a gente tá direto ali, na brinquedoteca. Ali do quarto andar. Agora, a dra. Rosa, que é a presidente do voluntário do... do Hospital II, ela conversa direto com todo mundo, entendeu? É...é...ela... é...e alguns funcionários... do hospital... que trabalham no voluntariado. Eles conversam muito, eu converso muito com eles, né? E quem fala m...muito “oi” pra gente são algumas faxineiras [rindo] que são as mais simpáticas que conversam [rindo]. Tem uma muda que não conversa, mas sempre tá sorrindo, fala “oi” assim, sabe [rindo]? É... assim.

Aline estabelece em sua fala uma divisão entre os agentes hospitalares: os que conversam e os que não conversam. Os que não conversam são os que pertencem à maioria das enfermeiras e dos médicos. Os que conversam são a psicóloga, a presidente do

voluntariado do hospital e os funcionários que trabalham no voluntariado. As faxineiras têm um destaque especial na fala de Aline, por serem “as mais simpáticas”. Note-se que a presidente do voluntariado do Hospital II, uma “doutora”³³, é mencionada junto com outros funcionários que trabalham no voluntariado, o que mostra a existência de um grupo de voluntários vinculado à estrutura organizacional do hospital.

A solicitação da enfermeira para que Aline converse com uma certa criança mostra que a exclusão do voluntário tem um caráter institucional: é somente quando as práticas hospitalares não conseguem dar conta de uma determinada situação que o voluntário surge no campo de visibilidade dos agentes da instituição. Caso contrário, suas práticas continuam ocupando uma espécie de espaço intersticial, onde facilmente elas se tornam invisíveis para a equipe. Ali, o voluntário do Grupo Gama parece compartilhar com outros profissionais, como a psicóloga e as faxineiras, a sua “transparência” – como diria Lúcia.

A mesma divisão e o mesmo mal-estar aparece na fala de Tiago, mas com um conteúdo singular:

[...] as enfermeiras, na sua maioria, são muito simpáticas. Porque eu sou fã de enfermeira. [ri]
 [...] É, eu acho que é o seguinte: enfermeira é quem trabalha, né? Numa boa, tando do lado do paciente, fica lá perguntando: “cê tá bem?”... né? Eu sou fã, acho que eles são os mais... humanizantes, né, muito mais. Às vezes, até... às vezes até mais que uma psicóloga, que passa lá, como o médico passa lá. Eles tão lá o tempo todo... não é? E... às vezes, eh... uma ou outra pede pra eu contar história pra elas, ou, ou... me respeita, também. Quando entra pra dar remédio e eu tô contando história... fala: “Ah, eu volto depois...”, entendeu? Não tem aquela coisa assim de, “ah, é só um trabalho voluntário”, né? Já os médicos, eles, às vezes... não é que eles são mal-educados, mas eles apenas têm aquela atitude de médico, quer dizer, não tão muito preocupados..., né? Eles entram..., alguns dão bom dia, outros não, né, ah... e tem outros profissionais. A gente... o meu hospital, tem particularmente, uma mulher [...] ela aparenta... não simpatizar muito... comigo, pelo menos, o... ou com o trabalho, ela é uma fisioterapeuta. Mas é claro que aí é um pouco chato, né? Por saber que... a pessoa tá achando o seu trabalho meio: “ah... que saco que esse cara tá aqui”, entendeu? . [...] Fora que tem outras pessoas que, às vezes, a gente não lembra, como os da equipe de limpeza. Eles também são super legais... né? Conversam com os pacientes, dão apoio, principalmente àqueles que a... com as mães, né? Por exemplo, tem crianças que tão em coma. Então a mãe fica todos os dias, e meses, lá no meio do hospital, entendeu? E elas criam uma relação com essas pessoas... né? A gente também criou... né? [...]

³³ Provavelmente uma médica. Em alguns hospitais existe um voluntariado organizado e presidido por profissionais que fazem parte do quadro funcional, como assistentes sociais, médicos e psicólogos. Os Grupos que estudamos, porém, são organizados e presididos somente por voluntários.

[...] Existe uma relação de respeito, assim, né? E com as enfermeiras até de brincadeira né... né? Mas, não uma relação, assim, de amizade. Talvez seja assim: eu tô há menos de um ano lá, talvez quem tá lá há cinco anos, talvez tenha, não sei não é.

Tiago, que experimentou o ambiente hospitalar desde a infância, tem uma relação especial com as enfermeiras que, segundo ele, são as mais “humanizantes”, as que realmente trabalham no hospital. Tiago define as enfermeiras como as que estão sempre ao lado do paciente e que têm um cuidado e uma preocupação constante com seu bem-estar. Como voluntário, ele também se sente bem e seguro na relação com as enfermeiras, que o respeitam e que cuidam para não interromper seu trabalho.

Em contraste com as enfermeiras, os médicos só “passam”. Eles têm “atitude de médico”: “alguns dão bom dia, outros não”. A psicóloga, como o médico, também só “passa”. O que mais parece incomodar Tiago é a atitude da fisioterapeuta, que mostra uma certa antipatia, ou pela pessoa do voluntário, ou por seu trabalho. Finalmente, Tiago, como Aline, faz uma menção especial ao pessoal encarregado da limpeza. Aqui, esse grupo aparece composto por pessoas que dão um apoio informal às mães que ficam mais tempo no hospital e ao próprio voluntário.

Mesmo com as enfermeiras, porém, não há uma relação de amizade e sim de respeito. Tiago tenta explicar: “eu tô há menos de um ano lá, talvez quem tá lá há cinco anos, talvez tenha”. Não podemos deixar de lembrar a fala de Lúcia que, após exatamente cinco anos na enfermaria, afirma ter os médicos, enfermeiros e outros funcionários como “amigos”.

Se Tiago gosta das enfermeiras, Aline parece ter uma dificuldade especial, no hospital em que atua, de se relacionar bem com elas:

[...] o que eu acho difícil [...] são assim: as enfermeiras, algumas, elas não dão tanta atenção... sabe? Mas não é a nossa função em julgar isso ou não... sabe? Mas às vezes, tem mães de crianças que vêm reclamar com a gente. Mas a gente não pode fazer nada! Entendeu? É... e aí e você vê um jeito que ela trata a criança, mas a gente não pode fazer nada. Q’dizer, a c... a mãe, o que gente... o que a gente fala é: a mãe tem que conversar com a psicóloga do hospital ou com a assistente social... diretamente, né? É, mas acho que é porque a gente tá lá co’ a, na...na...na brinquedoteca com a criança, ela vem reclamar com a gente, a mãe, né? Mas... a gente não pode fazer nada.

Essa fala mostra como uma regra de boa convivência entre o voluntariado e o hospital – no caso, aquela já conhecida, de não interferir no trabalho dos agentes hospitalares – pode provocar mal-estar no voluntário. A posição do voluntário hospitalar não permite que ele opine sobre o serviço prestado pelas enfermeiras: “*não é nossa função julgar isso [...] a gente não pode fazer nada.*” A reclamação da mãe à voluntária é remetida para profissionais como a assistente social e a psicóloga, que também não decidem sobre os procedimentos especificamente hospitalares. Não há como contornar o mal-estar quando os problemas são tão claramente visíveis. É o que mostra o contundente relato que se segue:

Aline: *Aconteceu o seguinte: uma menininha tava.... acho que ela tinha uns dois anos, três anos... ela tava lá na brinquedoteca e não tinha acompanhante. Não tinha ninguém com ela. Então ela, assim que eu cheguei... [...] E ela chegou tal, sentou e... teve uma hora que ela começou... ela não falava direito e ach..., e ela tava fazendo sinal e um menininho virou e falou assim: “Ô tia,” – lá eles chamam a gente de tia – “ela quer fazer xixi”. Eu pensei: “Mas eu não posso deixar vocês aqui sozinho”, né? Aí, a m... tinha uma mãe desse menininho e chamou uma enfermeira. A enfermeira foi lá, pegou a...a menina e levou até o quarto. Chegou lá, eu não sei o que aconteceu, tal, aí voltou. A enfermeira virou e falou assim: “Ah, ela não fez xixi”. Eu falei: “Tudo bem”. Aí continuamos brincando, contando histórias, tal, pintando, aí a menininha começou de novo. Aí o menininho... virou e falou assim: “Tia, ela quer fazer xixi”. Falei: “Caramba”, né? Aí eu olhei, não tinha nenhuma enfermeira... né? Não tinha nenhuma enfermeira ali. Aí eu falei: “Meu Deus do céu, o que que eu vou fazer?” Aí eu f... levei a menina até o quarto dela. Como era xixi, ... eu levei lá, ... deixei ela sentadinha e fui atrás de uma enfermeira. Nada. De repente, ela fez cocô. E não pode, a gente não pode mexer com isso.*

[...] Não pode, porque é a enfermeira que tem que fazer isso, a enfermeira controla a...né... quando elas fazem urina, fezes, tal. Aí na hora, a... eu... eu fiquei assim [fala entre risos] aí, eu olhei assim e falei assim: “A menininha” – eu esqueci o nome dela – “ela...ela quis fazer, e falou ‘xixi’ e era ‘cocô’. Precisa vim alguém... al... precisa vir alguém pra limpar”, né? E, aí ela... ela... falou: “Eu vou mandar alguém”. E eu fiquei esperando, ninguém apareceu pra limpar a menininha. Aí eu tive que limpar a menininha. E aí eu tive que limpar e dei uma lavada, né?

Há normas implícitas a serem seguidas que, para uma melhor compreensão da cena, trataremos de explicitar. A primeira é a de que a voluntária não pode “mexer” ou limpar a criança depois de ela fazer cocô, porque trata-se de uma paciente portadora de doença infecto-contagiosa. A segunda, é a de que é função do pessoal da enfermagem controlar e registrar as funções fisiológicas dos pacientes.

O relato acima, entre risos nervosos, mostra a solidão compartilhada entre a voluntária e a criança. Ambas, criança e voluntária, parecem engessadas, coartadas em sua autonomia de

ação. O equívoco parece dominar todo o enredo da história, seja no momento em que a criança ao invés de fazer xixi faz cocô, seja na cena em que a voluntária se vê deslocada de sua tarefa e forçada a fazer algo que não deveria fazer. Observe-se que a voluntária pouco se refere ao seu contato com a criança, a “menininha” de quem nem sequer lembra o nome. Prevalece aqui a demanda urgente da paciente à qual a voluntária, desprotegida pela ausência da enfermagem, acode por não ter outra opção.

A ausência das enfermeiras e auxiliares é o que amplifica a tensão da narração, forçando a voluntária a transgredir às normas. O resultado é a irritação:

Eu fiquei meio com raiva das enfermeiras. Porque uma criança sozinha... né? É... e a enfermeira num... num... num mandou ninguém lá pra limpar. Sendo que... ah, todo mundo sabia que ela tava sozinha. Acho que ela... a mãe n...num tinha ido naquele dia, não podia ir naquele dia. Então, ela tava sob os cuidados das enfermeiras... entendeu?

Reclamei com a psicóloga, a Fernanda, que fica lá no andar; ela chegou depois. Eh... e depois eu reclamei lá no voluntariado do Hospital II, né? Porque como aconteceu lá no Hospital II, eu reclamei lá no Hospital II. [...] E eles falaram que eu... iam... escrever alguma coisa lá na..., acho que na parte de... não sei como é que fala... de reclamação... de lá mesmo, entre as enfermeiras, sobre aquilo.

A palavra da voluntária cai no vazio, não é reconhecida a não ser por aqueles que, como ela, pouco são ouvidos no hospital. Sua raiva é silenciada, aprofundando o isolamento ao mesmo tempo em que deixa de sanear o equívoco do momento em que ninguém esteve onde deveria estar, e nem fez o que disse que faria.

O Grupo Delta, ainda que numa relação de exterioridade, difere do Grupo Gama ao propor que seus voluntários tenham um contato mais ativo com os agentes hospitalares. Primariamente, como já vimos anteriormente, esse contato é estabelecido pelas vias lúdica e do humor. Isso parece facilitar uma relação mais prazerosa para o voluntário:

Marta: *E, como é a relação da senhora com o pessoal do hospital? O pessoal de...*

Julieta: *Pois é, meu Deus, eu... eu conheço bastante a área lá do Serviço Social, né, porque é lá que eu entro, peço a chave do armário, e vou me trocar e... pego a... a... o papel que eu tenho que preencher. Então, a Dona Celeste, hoje, eh... eu bati na porta porque a chavinha não tava no quadro, né, então bati na porta, alguém abriu e ela tava lá, em reunião lá. Quando ela me viu ela: “D. Julieta, boa tarde!”... Pôxa, que recepção tão calorosa! Ai já a outra moça veio:*

“Aceita um chazinho?”. Mas, meu Deus! Vocês me deixam intrigada! Como é que cês me tratam tão bem [ri]?! Sabe? Mas eu, eu fico mesmo, eu falo: “Puxa, meu Deus, eu só tô aqui pra fazer o meu trabalho, a minha cooperação e...”. E então eu sinto pelo jeito como me tratam, que gostam de mim. Então... [ri]

Marta: *E com os médicos, enfermeiros?*

Julieta: *Então, me tratam muito bem. No...no elevador, eu cumprimento. Daí eu faço alguma gracinha se tem mais gente entrando e olham pra mim. [altera a voz] “Ah, olha! Vai fazer, vai fazer mágica pras crianças?”... Eu falo: “Sim, pras crianças crescidas [risos]. Vou sim!”*

Marta: *E ali na enfermaria, também? Como é que...*

Julieta: *Sim, sim. A gente... eu chego e vou perguntar se tem alguma limitação, se tem algum doente que tá isolado, não é? Porque... tem, ou que não pode...*

Marta: *Quer dizer que, antes de entrar nos quartos a senhora fala com o pessoal ali no...*

Julieta: *Ah, lógico, isso a gente aprende no treinamento, todas as...as coisas peculiares de trabalhar num hospital, né? Tem uma porção de peculiaridades. Regras que têm que ser mantidas e obedecidas e tudo.*

Observamos em Julieta que o contato mais “caloroso” é com as assistentes sociais do hospital. Com elas é que compartilha o armário e o espaço em que se troca para a caracterização como “doutora”. Com os médicos e enfermeiros a comunicação se segue ao olhar – provavelmente “intrigado” – que é dirigido à voluntária no elevador.

Na enfermaria as regras de convivência aprendidas no treinamento são muito bem cumpridas, principalmente no que diz respeito aos pacientes que, por algum motivo, não podem receber visitas.

Ao que parece, a caracterização é primeiro associada a um trabalho com as crianças. Julieta procura responder às perguntas e aos olhares curiosos com bom-humor. O personagem doutor-palhaço que surpreendentemente trabalha com adultos parece dar cobertura à exterioridade do voluntário, ou ao seu deslocamento na cena hospitalar. A caracterização rompe e, ao mesmo tempo, reconstitui a cena hospitalar sem que nenhum de seus agentes, voluntário ou funcionário, sinta-se ameaçado ou questionado.

Raquel fala da importância da caracterização na comunicação com as equipes hospitalares pois, como já vimos em Julieta, ela ajuda a estabelecer um primeiro contato pela via do olhar:

[...] de primeiro, o primeiro dia, ainda eles gostam, mas ainda ficam com receio, pra saber mais ou menos o que a gente vai fazer. Mas depois que conhecem o trabalho, não tem problema nenhum, assim.

De doutora, acho que é muito mais fácil, né [ri]? De doutora, ah... Assim, a gen... o nosso foco são os profissionais, bastante. A gente tem, como foco, os profissionais. Então, assim, a gente já vem desde há muito tempo, desde a minha turma, que é a segunda turma mas a primeira que realmente concretizou, então a gente já vem treinando, isso com os profissionais. Então, a gente já vem conversando, a gente já conhece alguns profissionais, já conhece a fa... a... a vida deles: como que eles... quem namora, quem é casado, quem tem filhos. Então, é mais tranquilo. Lógico que o nosso contato é muito mais fácil, muito mais próximo com os técnicos, com as enfermeiras, auxiliares. Com médicos é alguma coisa mais difícil porque é muito... tão na p... tá num andar, depois tá no outro,... pra gente conseguir ter um vínculo. Mas tem... tem... dependendo do hospital, que dá pra ter um vínculo maior, tranquilo assim, é muito boa. Não tem muitos... muito... muitos problemas com os profissionais.

Raquel faz questão de enfatizar que, como voluntária, nunca teve, nem escutou falar de nenhum problema com os agentes hospitalares. Além da caracterização como facilitadora do contato com os profissionais, Raquel menciona o treinamento que é dado aos voluntários nesse sentido. A estratégia utilizada pelos voluntários do Grupo Delta é semelhante à de Lúcia do Grupo Alfa, ou seja, desenvolver uma relação pessoal, de amizade mesmo, com os profissionais do hospital. A grande diferença aqui é que o voluntário se faz “visível” de uma forma peculiar, como um “doutor” não médico que quebra a rotina das enfermarias e faz as pessoas rirem.

A relação é mais fácil com enfermeiros, técnicos e auxiliares. Com os médicos a relação é em geral mais distante porque, lembrando as palavras de Tiago, eles só passam para as visitas, não ficam em um só andar, nem em uma só enfermaria. Todavia não há, como em Ari, um questionamento dessa distância entre o médico e o voluntário: ela não é vista como problema.

Diferentemente do Grupo Gama, aqui não há uma divisão entre os profissionais que conversam e os que não conversam com os voluntários. Há, sim, uma referência à atividade

de conversar do próprio voluntário, que assume um papel ativo em criar vínculos com os profissionais e entre todos os personagens da cena hospitalar. Voltando à fala já analisada de Raquel:

[...] a gente chega no hospital, aí conversa com a... com o nosso contato responsável da instituição. E aí eu vou converso, aí vou me trocar [...] vou com o pessoal da enfermagem e com toda a equipe do hospital. Converso com todo mundo, aí depois vou visitando os pacientes, de leito a leito. Quem também tá no corredor, os familiares. É um trabalho que a gente tenta unir os familiares, os profissionais e os pacientes.

A peculiar visibilidade do voluntário do Grupo Delta parece facilitar também, no caso de Raquel, algumas pequenas intervenções junto aos pacientes. No primeiro caso, Raquel é solicitada pela enfermeira:

E um dia eu tava atendendo no Hospital, e aí a enfermeira me chamou no andar de... eu tava no andar de baixo, tava indo pro queimados. E aí ela falou se eu podia atender um paciente, determinado menino. Eu falei “Tá, tudo bem, a gente não atende pediatria, mas quando pedem a gente abre exceção, né?”. [...] Ele tinha dez anos de idade, e a enfermagem falou : “Não, porque ele não come, ele não quer falar com ninguém”. [...] Aí eu conversei, conversei com o pai, falei: “Ó, deixa que eu converso com ele”, e tal, porque, caracterizada, é muito mais fácil. Você tá vestida de palhaço, o trabalho fica muito mais fácil.

Como aconteceu com Aline, Raquel é chamada no momento em que os profissionais não conseguem dar conta de algum problema específico. Note-se que as situações relatadas por ambas as voluntárias referem-se a crianças deprimidas. A voluntária aqui utiliza verbo “atender”, usado de modo característico pelos profissionais de saúde, provavelmente por ser uma estudante de psicologia. Numa outra situação, Raquel toma a iniciativa e faz a intermediação entre o paciente e a enfermagem:

[...] teve o do senhor [...] que ele queria... Ele é... tava muito, muito doente, assim, fraquinho... [...] Aí um dia, tava a prefeita lá no hospital que ela ia dar uma palestra lá no auditório, e ele ficou sabendo. E aí ele queria ir de qualquer jeito, queria ir de qualquer jeito. Aí eu conversei com... conversei com a enfermagem, a enfermagem liberou. De palhaço fica um pouquinho mais fácil, assim.

Se com a enfermagem a relação fica “um pouquinho mais fácil” como palhaço, parece que com os pacientes a caracterização facilita “muito”. Não falaremos desse aspecto nesse momento, mas futuramente, no decorrer do tópico que se segue.

8.2. Relações entre voluntários e pacientes

8.2.1. O “próximo” e as proximidades

Lembremos o quanto o preceito cristão do “amor ao próximo” tem estado vinculado a toda e qualquer atividade voluntária de ajuda em nossa cultura. O amor ao próximo como prática envolve algum tipo de relação entre aqueles que o dão e aqueles que são beneficiados por ele. As relações entre voluntários e pacientes, entretanto, não se dão de uma única maneira, ou seja, elas se configuram em suas falas como proximidades diversas.

Lúcia é quem mostra a proximidade máxima em relação aos pacientes e famílias. Ela chega a falar de uma tal intimidade no contato que é como se todos se tornassem uma só família:

Olha... é muito bom, muito bom. Também eu tenho... eu falo que sou um pouquinho mãe deles, um pouquinho amiga, sou um pouco mãe das mães, e também as mães são minhas irmãs. É uma ligação muito grande que existe entre a gente, né? Eu gosto muito quando eles... já falei anteriormente... de saber que a presença de um voluntário é importante pra eles, sabe? Eles vê... eles nos vêem não só como doadoras de bens materiais, mas aquelas que acolhem, que acarinham... Que muitas vezes a criança tá vomitando, aquilo não me causa náusea ... Sabe?... eles... eu não olho el..., não... cada paciente, cada criança nossa carequinha, como um ser de outro mundo. Vejo eles como igual. Esses dias eu tava conversando com uma criança nossa, muito querida... começou o tratamento agora, é uma menina. E pra uma menina o que mais dói é perder o cabelo. Aí eu falei pra ela: “Cê viu, ó, mas... que eu cortei o cabelo pra ficar igual o seu?”. Ela se sentiu tão encorajada... Eu falei: “Ó, tá f.. ah... eu cortei curtinho, tá vendo? A gente vai ficar igual”. E ela perguntou pra mim: “Mas eu vou ficar careca”... “Se você quiser, eu também eu fico, que nem você, pra você ficar contente”. Sabe?... Então ela... correu pro pai dela e falou: Tá vendo, pai, a tia disse que vai ficar careca igual a mim se eu quiser, mas eu não vou querer, né pai?”. Porque... então, assim, todas vez que ela me vê, ela me vê com respeito, com carinho. Ela chegou muito assustada e hoje ela me vê assim com... com carinho. Eu também vejo com muito amor, né [...]

A relação que Lúcia estabelece com os pacientes é de muito contato físico. A proximidade é tal que nem o vômito da criança provoca-lhe náuseas. A voluntária evoca uma cena em que ela chega a assumir a aparência física da paciente. Parece não haver barreiras, nem prescrições, seja da organização hospitalar ou do Grupo Alfa, que impeçam a fruição desse amor, dessa proximidade entre voluntária, e os pacientes e suas famílias:

[...] é um relacionamento, é difícil de falar, é fácil de vivenciar. É muito carinho, é muita ternura, sabe? Eu não consigo falar se eu... se eu não me emocionar... é algo muito, muito, muito gratificante. Só quem vivencia, quem tá ali, consegue, sabe? Se a gente conseguisse

passar, com palavras, eu acho que o grupo taria muito maior... de voluntários. [chora] Desculpa. [...] Desculpa, Marta [chorando]. Mas, assim, eu vou falando e vou vendo o rostinho, cada um deles, de... Como é bom, sabe, a gente... Eu chego, sento, eles vêm, sentam no colo: um numa perna, outro na outra, outro na outra perna, outro nessa... [ri e chora]. E criança é muito transparente, eles fazem só aquilo que eles têm vontade. Então vejo sinceridade, sabe, eu vejo ternura neles, deles pra mim, e isso é... é muito bom. Chega, senão eu vou me desmanchar [ri].

[...] Ai eles vêm com aquela mãozinha [riso], ai... tão go... a.... sabe? Aquele abraço, aquele sorriso, eu falo que eles têm o sorriso iluminado, sabe? Pra mim é o que eu mais gosto, é a recompensa, é a paga, como falam, né, do trabalho, do meu trabalho voluntário.

Lúcia “se desmancha”, confundindo-se com as crianças. Chega a chorar ao falar de seu relacionamento com elas. É como se entrasse num estado de êxtase, de completude, em que todos os limites se dissipassem no “sorriso iluminado” das crianças. O sorriso e a ternura das crianças é o que gratifica. Em nenhum outro momento de sua fala, nem na de qualquer outro voluntário, se configura tal apelo à emoção da entrevistadora e a um público que, se identificando com tanto prazer, pudesse engrossar as fileiras dos voluntários no Hospital I.

Enquanto Lúcia procura seduzir o interlocutor, como possível voluntário, por meio do afeto que ela mobiliza em suas palavras, Ari fala da relação com os pacientes ao seu próprio modo. O sentimento de família, porém, também aparece aqui:

[...] ontem a Edwiges [presidente do Grupo Alfa] comentou um exemplo interessante dela, né, do marido, tal, que deixou de ver a mãe nos últimos instantes, né, pra ir buscar remédio pruma das crianças. E o... e isso é coisa assim... cê deixar um próximo teu, prum próximo que não é t... tão teu. O que que... cê tá trocando o teu próximo, mais próximo, por um outro próximo. Mas o que que é essa troca? Ali v... você não tinha o que fazer e aqui, você tem. [...] Então, às vezes você vê, eu p...poderia, num fim de semana, tá almoçando com meus pais [...]. É um trabalho que cê tá fazendo, nas horas que você poderia tá... fazendo outras coisas. Mas é uma coisa, também, que... você pode substituir esse... ah... esse laço, o... O que eu percebo é assim, essa distância. Você começa a se distanciar da... ah... Vamos dizer... é um trabalho m... muito grande, então, quer dizer, você começa a se distanciar... v... cê começa a não ter tempo pra essas coisas [...]

Se Lúcia fala de uma proximidade familiar entre ela, os pacientes e as mães, Ari fala do gradual distanciamento entre o voluntário e sua própria família, em função de um “outro próximo”, pelo qual se pode fazer mais. É uma “troca”, uma “substituição” de proximidades, por assim dizer, naturais, por outras que se constituem, no voluntariado, por uma escolha e uma necessidade maior. No exemplo mencionado, atribuído a Edwiges, “ali [junto à família]

você não tinha o que fazer e aqui [*no voluntariado*], você tem.”. A gratificação do voluntário parece estar mais longe do que próxima à sua própria família natural.

Há, porém, uma certa dificuldade de se dividir entre vários pacientes:

Nós temos muitas crianças internadas, eu não, é... posso ficar com todas, mas... Porque às vezes tem uma que requer mais. Mas eu procuro dar atenção específica para aquela família que está ali desesperada... [...] Antes eu sofria porque eu queria fazer tudo num dia só, mas... hoje eu vejo que não é a quantidade, é a qualidade de atendimento, a qualidade de acolhimento que a família precisa.

Como Lúcia, Ari também fala da dificuldade de atender às demandas de todos os pacientes:

[...] às vezes, em festa, que sempre tem... umas duas, três crianças que v... se apega mais a você, né? Então elas ficam... aí cê... elas ficam te disputando, né? Então isso, às vezes eu... aí fala: “Ó, precis... eu...eu preciso ir ali, tal...”, e deixa ela aqui, dali a pouco ela tá te procurando de novo pra ficar com você... Então, às vezes isso é o... eu sinto que assim, eu teria que desdobrar em três ou quatro pra tá...

A valorização da proximidade e da convivência familiar com os pacientes pode, portanto, levar a um certo mal-estar quando o voluntário se defronta com a real impossibilidade de se desdobrar para atender a tantas solicitações. Esse mal-estar momentâneo, porém, não parece empanar o bem-estar de usufruir da qualidade da relação mais próxima com alguns pacientes.

Uma certa proximidade com os pacientes também pode ser gratificante quando se tem a perspectiva de levá-los a uma mudança. Por um lado, os voluntários parecem se esforçar em produzir no paciente certos efeitos subjetivos que os ajudem a enfrentar a doença. Como primeiro exemplo, vamos citar a fala de Ari:

[...] você chegar na criança e você ficar conversando, você ficar, no caso, pegando a criança...: “E aí? Como, é que tá, e não sei o que, vai melhorar...” tal, “vamos fazer ... quando cê faz aniversário, vamo fazer um bolo”, tal... Jogar... o pensamento dela lá na frente, bem, né, ela boa... “Gosta de jogar bola?” [resposta] “Gosto”, tal... “E aí, tal, pô, então... como que cê joga?”, tal... “então, a hora que você sai, já pensou? Cê... como que é o nome de teu amigo, tal, que fica no gol?... cê fazendo um gol nele...”, tal... Colocando ele lá na frente, numa situação de... de bem, né? Numa situação já... com saúde, né?

A cena descrita por Ari, aparentemente simples, mostra um voluntário capaz de, por meio de um colóquio sobre assuntos comuns, tirar a criança do universo configurado pela doença e pela hospitalização. A fala do voluntário, que evoca um passado recente da criança e a possibilidade de voltar a ele, tem o suposto poder de mudar toda a disposição subjetiva do paciente. Os efeitos dessa conversa são o grande trunfo do voluntário:

[...] o Jeferson, lá... ele tá... tava há dois dias sem falar... na... e eu cheguei lá e ele tava pra fazer um ultrassom... ele conversou, lá três, quatro palavrinhas. Até a mãe dele, quando chegou no quarto, ela falou pra outra mãe: “então, ele conversou com ele...”. Foi uma coisa que ela observou, né?

Julieta também fala de um tipo de conversa semelhante com os pacientes:

[...] A pessoa... me conta: “Ah, não, eu tô fazendo exame, porque eu vou ser operada e...e o meu problema é esse, mas eu tenho fé, vou ficar boa”. E é isso aí e a gente fala: “Ah, puxa, que bom! Você vai sair mesmo, curada. E esse hospital é ótimo, os médicos são muito competentes...”. E a maior parte das pessoas... eh... falam isso: “Eu vim aqui porque aqui é muito bom e o atendimento é ótimo”. E então, falo: “E então, você vai sair curada.”. E é... e é... e é a fé, a... né, e é... essa interação, essa comunicação.

De acordo com os objetivos do Grupo Delta, Julieta procura estabelecer uma ponte entre o paciente e o hospital, ou seja, procura animar o paciente a prosseguir com o tratamento por valorizar a atuação das equipes hospitalares. As palavras “interação” e “comunicação” aparecem ligadas a “fé”, apontando o sentido que se pretende dar ao trabalho da voluntária.

Tiago fala da mudança que o voluntário pode causar até mesmo em pacientes inconscientes:

[...] experiências de... que você vai vivendo no dia-a-dia, por exemplo... do... da criança em coma. Não em coma, mas... em estado vegetativo, que de repente... você canta... uma música... né, e sai um lágrima do olho... né?

Mais do que todos os outros voluntários, todavia, Tiago define o trabalho voluntário como sendo o principal responsável por uma transformação subjetiva dos pacientes:

[...] o voluntário tem esse papel, é... pode construir um hospital, não simplesmente como um lugar em que, que você vai como moribundo pra se tratar de alguma doença. Mas um lugar em que você recebe todo um amparo pra [...] reconceituar você mesmo como ser humano. Porque, de alguma forma, você sai mudado. Você entrou lá de uma forma, você vai sair diferente. E você recebeu um amparo dum médico, dum voluntário, ou enfermeira pra você fazer essa

transição, de uma antiga forma de se pensar pra uma nova forma de se pensar, isso é muito bonito. Acho... q...tudo isso contribui pro meu interesse.

Note-se que a mudança subjetiva que o voluntário pode produzir, segundo Tiago, não tem como objeto apenas as condições de enfrentamento da situação atual, mas o próprio ser do paciente, o próprio sujeito que nunca mais será o mesmo depois da hospitalização. Esse efeito do serviço voluntário é o que contribui para que o interesse de Tiago pela atividade permaneça.

Por meio da fala de Tiago é possível puxar ainda um longo fio sobre o tema da transformação subjetiva pela qual passa o próprio voluntário em seu trabalho:

[...] tem dias que eu vou me arrastando pra lá. [...]... são dias em que eu penso: “Putz, meu, contar história... não tem o menor clima...” e tal... A minha cabeça vai assim, né? Ai eu pego um livro, eu sento, eu falo: “Cria coragem, levanta”, né? [ri] “Vamo lá!”... Ai... ãh... nesses momentos... não é gostoso. Mas... mas é como eu lhe falei: mas ainda assim, é evolutivo, entende? [...]... pro meu crescimento pessoal mesmo, né? Tanto que a cada vez que eu vou ao hospital, eu fico mais solto, mais entregue... né?

O fato de ter que sair de casa e deixar seus problemas particulares para trás é definido como “evolutivo”, ou seja, algo que serve para o crescimento pessoal. O voluntário se transforma “crescendo”, junto com o paciente, ficando mais solto e mais entregue.

A transformação subjetiva do voluntário pelo contato com os pacientes também aparece, como já vimos, na fala de Lúcia:

[...] não tem coisa melhor do que eu chegar no hospital naquele dia assim que... cê saiu de casa, cê acha que vai dar tudo errado pra você [riso], cê já não dormiu bem... um monte de coisa... Quando eu chego no hospital vem aquela criança com aquele sorriso mais lindo, me dá um abraço e fala: “Que bom, ô tia, que bom que você tá aqui”.

Mais uma vez, é o sorriso da criança que gratifica. Agora é por meio dele que Lúcia pode se ver de uma maneira melhor, dissipando todo e qualquer mal-estar exterior à sua relação com os pacientes.

Aline também fala de como se sente alegre no contato com os pacientes do hospital em que trabalha:

[...] eu vejo as crianças mudando, às vezes elas vêm uma vez por mês receber medicamento e dá uma passadinha lá... e... vê que tá alegre. Apesar da doença, né, que os outros ficam com dó,

né, ficam com... ou medo, ou [ininteligível]. Mas a criança tando alegre, eu...eu também tô f... tô alegre. Sabe, eu, eh... ah, passa pra gente essa energia boa da criança. Então, eu não consigo ficar triste, quando eu fico lá. Eu sempre tô alegre.[ri] Eu sou assim.

Como Lúcia, Aline se refere a uma proximidade que, por si só, produz bem-estar tanto para os pacientes como para os voluntários. Aline é o que as crianças são. Ela se permite ser contagiada por sua alegria. Diferente, porém, de Lúcia e Aline que falam de uma alegria produzida no contato direto, a transformação subjetiva a que Tiago se refere parece ser bem mais ampla e profunda:

É... por exemplo, de eu estar perto de uma criança e... a... e a criança é muito espontânea, não é? E... a maioria de nós, de uma... cer... de uma certa forma ou de outra, perdeu essa dimensão da espontaneidade infantil, não é? Não tem essa... E... e de uma f... e em menor ou maior grau, também... teve uma infância traumatizada... muitos. Ver uma criança... que espelha, eh... questões da... da minha própria psique, mesmo... não é? As minhas dificuldades de ser espontâneo, ou as minhas dificuldades de... de “será que ela vai gostar?”, “será que ela não vai gostar?”, mexe na auto-estima... né? Às vezes conta uma história e vê que a criança não tá interessada, não gostou, tá achando chato... a forma como você tá contando... não é? Ou então, às vezes... eu passei por muito... sofrimento em hospital, não é, de dor, e ver uma criança chorando ou gritando, não é, e isso... não só desperta compaixão por aquela criança, mas também lembra... da dor que eu mesmo passei, não é? E... então quer dizer, eu costumo falar que pra mim as duas horas no hospital são um trabalho físico-espiritual, entendeu? E que eu tô aprendendo a crescer, a abrir mão das minhas defesas, aprendendo a entrar em contato com... com... com... minha dimensão criança... na dimensão positiva, não a dimensão infantilizada. Uma dimensão da alegria, da espontaneidade, não é?

A identificação com crianças que espelham sua própria história de vida mobiliza um trabalho subjetivo que atinge até as próprias raízes que Tiago atribui ao seu ser: a sua “psique”. Assim como Lúcia “se desmancha”, ele abre mão de suas defesas para dar espaço à alegria e à espontaneidade no contato com a criança. Todavia, diferente de Lúcia que se deixa mergulhar numa fruição sentimental da proximidade, Tiago fala de uma elaboração intelectual – “um trabalho físico-espiritual – de entrar em contato com sua “dimensão criança”. Não se trata de uma dimensão “infantilizada”, um simples retorno à infância, mas de uma alegria e uma espontaneidade forjadas com esforço, na proximidade produzida pelo voluntariado.

Note-se que em todas as falas acima há temas comuns. O primeiro tema se refere ao contato com o paciente infantil como algo que produz alegria. No caso de Tiago, a

espontaneidade da criança contribui para a elaboração e produção da espontaneidade do voluntário. Parece haver uma espécie de “contágio” mais ou menos direto entre voluntários e pacientes, não de doenças, mas de sentimentos prazerosos, de uma alegria de ser e de viver.

Numa linha discursiva diferente, característica das voluntárias do Grupo Beta, vamos encontrar não o contágio, mas a aprendizagem como fator de mudança subjetiva:

Maria Luiza: [...] *a criança com câncer, ela me chamava mais atenção. Pra mim são crianças especiais, né? Então, as mães são especiais... Então, isso sempre foi o que falou mais forte.*

Marta: *Especiais, como assim?*

Maria Luiza: *É... porque elas têm uma fragilidade tão grande, né, e assim... e... elas mostram, elas nos ensinam que pouca coisa, às vezes a gente quer tanta coisa da vida e elas nos mostra que com pouca coisa a gente pode ser feliz. E a gente não percebe. Então, na hora que você vê uma mãe... que chega no hospital, que o câncer é o menor problema que ela tem e você... pensa na sua vida, então isso é... é isso que me, me, me chamou muita atenção. Com relação a esse atendimento lá. Que a gente acaba crescendo com isso né, aprendendo com... com essas mães e com essas crianças. Que são muito vivas, muito inteligentes... e te mostram o outro lado do mundo.*

Note-se aqui que o processo da aprendizagem é diferente da vivência do contágio, uma vez que supõe uma distância um tanto maior entre a vida do voluntário e a vida dos pacientes. É bem verdade que Tiago também usa a palavra aprendizagem, mas o contexto de sua fala aponta para uma aprendizagem de si consigo produzida diretamente no contato com o outro, e não uma aprendizagem do mundo, com o outro. A fala de Márcia, outra voluntária do Grupo Beta, evidencia mais claramente essa separação entre eu e o outro:

[...] *... as mães, principalmente as famílias que vêm... de fora, e que têm que se estabelecer aqui em São Paulo, elas s... se desestruturam totalmente. São os outros filhos que ficam lá, os... a família que fica lá, às vezes não tem condição de vim todo mundo pra cá,... Então tem, aliado a esse problema maior que é a doença do filho, tem os problemas familiares muito sérios. E a gente serve de confidentes..., né, muitas vezes, ... muitas vezes. E é... é realmente uma troca de energia muito positiva, muito boa, acho que pra... pros dois lados.*

[...] *cê convive com outra realidade, muitas vezes... e só te faz crescer, só te faz... ficar muito bem com você mesmo.*

Há ênfase aqui na origem social e regional das mães dos pacientes, com a qual a voluntária parece manter uma relação distanciada. Aqui se fala de troca “de energias”, termo

muito mais neutro do que o compartilhamento de sentimentos que levam a uma mudança subjetiva nos outros voluntários. Talvez por isso nenhuma das voluntárias do Grupo Beta tenha respondido ao item do questionário que pedia que elas narrassem algum fato marcante em sua experiência de voluntariado. Deixemos que Márcia fale mais uma vez:

*Não, eu na realidade eu...eu...eu...eu não tenho [ênfase na palavra seguinte] **uma** experiência. Eu acho que cada vez que eu venho aqui, eu me deparo com uma situação, um paciente novo que chegou, um que tá numa fase muito difícil, ou um que tá numa fase maravilhosa, que já tá saindo de tratamento,... Então, é uma dinâmica que, um dia não é igual ao outro. Então, não existe uma situação que tenha me... me... me marcado. Eu acho que a minha vinda aqui, todos os dias eu... posso tirar alguma coisa de muito bom. Ou p...pelo lado da tristeza, ou pelo lado da alegria, ou...ou recepcionando uma criança, uma família que vem completamente assustada, não sabe o que vai encontrar... na cidade de São Paulo e nem... com relação ao problema da...do filho, né? Então,... eu acho que t...todo dia é um... um crescimento. Não existe uma situação, não tive nenhuma situação que me... falar assim: “meu Deus é isso”. Eu acho que todos os dias, eu tô aqui dando a minha contribuição. E aprendendo, sempre.*

A resposta de Márcia pode ser atribuída, em parte, ao fato de o Grupo Beta dividir as tarefas do acompanhamento de pacientes individuais entre vários voluntários. O voluntário não se “responsabiliza” diretamente, como os do Grupo Alfa, por cada caso específico.

Comparando essas falas com as do Grupo Gama, cujos contadores de histórias também não acompanham os pacientes, parece haver nos voluntários do Grupo Beta uma disposição discursiva que impede a identificação. Trata-se da divisão entre o voluntário como aquele que ajuda e do paciente como aquele que precisa. Mesmo quando o voluntário aprende com o paciente, ele não deixa essa posição de expectador neutro, que não se envolve com os problemas individuais dos pacientes. Isso gera uma condição subjetiva que, mesmo com a proximidade física, não se deixa corromper pelos apelos afetivos de um paciente em especial, mas que prepara para uma “troca de energia positiva” em geral. Voltemos a Márcia:

Eu achava na minha concepção que era vir aqui e...e brincar, ou... resolver qualquer problema, mas que não tivesse um... um envolvimento tão grande, desde que você se dis... disponibilize pra isso. Eu... fiquei surpresa... de perceber que o trabalho voluntário é extremamente importante. ... Nesse universo que a gente... que eu t...tô inserida aqui, nós resolvemos muitos problemas: práticos, afetivos. ...

O trabalho voluntário leva ao envolvimento, não com pacientes específicos, mas ao compromisso com um projeto que supera as disposições individuais. A fruição do contato dá

lugar ao sentimento de importância do voluntariado. O trabalho é importante na resolução de problemas práticos e afetivos. Constitui-se o trabalho do voluntário como importante, ao mesmo tempo em que se constitui o paciente como aquele que tem problemas. Sendo assim, pode-se agora bem amar o paciente sem, todavia, confundir-se com ele:

[...] a gente serve assim, como... ouvintes,... Porque às vezes a criança vem, ela tá passando mal, ela tá indisposta, você dá um abraço, cê dá um beijo, você dá um... sabe, um aconchego? Ela muda, a fisionomia da criança muda. Ela sabe que ela é querida aqui, que a gente tá aqui pra ajudá-las no... no que elas precisarem. Então..., o relacionamento é muito bom.

A primeira pessoa do singular desaparece dessa fala de Márcia, sendo substituída por “a gente” e “você”. A menção do contato físico que poderia levar a uma mobilização pessoal está cercada por disposições discursivas que transformam beijo e abraço em técnicas para aliviar o mal-estar da criança. A criança ser querida é um pressuposto e não uma consequência da relação: “ela sabe” e isso faz com que ela se permita ser acolhida pela voluntária.

Nas voluntárias do Grupo Delta a mudança subjetiva que prepara o contato vem da caracterização. Como diz e repete Raquel: “Você tá vestida de palhaço, o trabalho fica muito mais fácil.”. Isso é uma realidade tanto no que diz respeito à equipe quanto ao paciente. A caracterização como doutor é uma paródia dos agentes hospitalares, que serve para quebrar o gelo e preparar um contato mais afetivo com o paciente, o que é muito prazeroso para o voluntário. Como diz Julieta:

[...] me sinto... tão bem recebida e... e tem muita gente que agradece, sabe? Fala: “muito obrigado pela sua visita”, “foi tão bom te ver”. E aí eu saio assim: [suspiro] meu Deus... Puxa! Não acho que eu... [ri] Nem precisava esse elogio, nem nada. Eu... tô aqui porque eu quero e porque eu acho que... é uma coisa que vale a pena.

O retorno em forma de agradecimento por parte do paciente é significativo para a voluntária, embora ela modestamente diga, em outras palavras, que não está lá para isso. Os voluntários do Grupo Delta se interessam também por saber sobre as doenças e os tratamentos por meio dos próprios pacientes, o que para Julieta parece produzir um imenso bem-estar:

Eu estou aprendendo coisas incríveis, com os pacientes, que eu visito. Eu não sabia que tumor na hipófise é operado com cânulas que... são... entram pelo céu da boca, atravessam o nariz e vão até o... o... a glândula que fica atrás dos olhos, né, e...e...e retiram... esse tumor. Eu nunca tinha ouvido falar nisso, sabe? [...] Tem um senhor, aí, que tá... de Salvador, já faz seis meses, e ele tá passando por... ele tem câncer de pele aqui na testa, mas já atingiu o osso, então tá fazendo várias cirurgias frequentes, pra sair daqui completamente... ãh... se fosse um brinquedo, completamente des... E, depois, a opinião de pacientes, quando estão de alta, né, que eles contam. Eles falam com tanto entusiasmo: “Mas que maravilha...!” [risos]. Sabe, é.. é uma coisa ass... realmente, é como eu te digo, ver que saem curados, saem felizes e... essas... o progresso da medicina, não é? Porque é aplicado pra resolver problemas, salvar vidas. É uma coisa maravilhosa.

Julieta se aproveita do contato com os pacientes para se inteirar do “progresso da medicina”. Embora com um conteúdo diferente, essa aprendizagem lembra o “aprender com o mundo” do Grupo Beta. Todavia, ela não se pauta pelo confronto e nem produz, na relação da voluntária com os pacientes, o distanciamento. Pelo contrário, Julieta parece compartilhar com eles a felicidade por saírem curados de modo maravilhoso, depois de terem passado por processos cirúrgicos complexos e fascinantes.

Raquel, também do Grupo Delta, mostra que a proximidade em relação a determinados pacientes nem sempre depende de um contato contínuo:

[...] tinha um paciente que ele... ele era enfermeiro, ele so... eh... foi assaltado e aí furaram o olho dele, bateram muito. Então, ele ficou em coma durante... já tava em coma mais ou menos há dois anos... quando eu fui pra lá. E ele ainda... ainda tá... tá... Aí começou a melhorar depois de mais ou menos dois anos... Assim, começou a p... a piscar, começou a responder um pouco, assim. Aí eu fui acompanhando durante esse tempo. Aí como eu já tava na supervisão, já tava afastada do Hospital assim, indo só de 45 dias, eu voltei lá, e ele tava bem melhor, assim. E a família chorava, ele era um rapaz muito bonito e ele tava assim, muito magro... E ele era muito de bem com a vida – pelo menos assim, tudo que a família foi me passando. E que aí, depois que... que a gente... que eu fui fazendo as visitas, que a gente foi conversando, que eu fui vendo que ele tava até respondendo. Daquela forma, não é uma coisa assim, rápida. E aí, depois, e os voluntários continuaram atendendo ele, e depois que eu retornei, já fazia um tempo, aí eu voltei e ele tava muito melhor. Muito melhor, ele já tava... ele já tava conseguindo pronunciar algumas palavras e isso foi bem marcante, porque eu fui acompanhando a vida dele. Acompanhei acho que... acho que desde quando eu entrei, acho que três anos, que eu fui vendo como que foi a melhora dele.

Nessa fala Raquel mostra uma proximidade com o paciente e com sua família que não é a do contato físico, nem a da identificação, mas sim construída pelo interesse especial da voluntária e pela prolongada estadia do paciente no hospital. Embora não esteja presente todo

o tempo, Raquel obtém informações sobre ele por meio de sua família e por meio de outros voluntários, o que permite acompanhá-lo e “ver” sua melhora mesmo à distância.

Como Julieta, Raquel parece maravilhada por poder saber sobre o paciente e sobre a evolução positiva de seu quadro. Diferente dela, porém, ela não parece estar tão fascinada pelos progressos da medicina mas, sim, por uma singular história de sobrevivência.

O amor ao próximo que mobiliza cada um de nossos voluntários só existe em suas falas na e pela configuração das proximidades possíveis, seja pela organização dos grupos, seja pelo interesse e história singular de cada voluntário. Nem sempre se pode falar de uma relação fraterna como extensão dos laços familiares. Para além delas, existem as identificações, as possibilidades de trocas e a busca de saber sobre si e sobre a vida, em geral, como modos de encontrar-se e amar a si mesmo no outro.

De qualquer modo, o resultado é sempre o mesmo: bem-estar. Pode ser o bem-estar que resulta do contato imediato, mas também pode ser o bem-estar de uma elaboração subjetiva, pelo duro confronto com a dor e o sofrimento. Mas é sempre o bem-estar dos voluntários que está em jogo na sua relação com os pacientes. Tal bonança, porém, corre risco quando entram em jogo certos impeditivos à relação, como famílias resistentes e, pior, a dor e a morte que são inevitáveis no ambiente hospitalar. Falaremos, a seguir, sobre esses aspectos.

8.2.2. As famílias

A fruição da tão desejada proximidade com os pacientes pode ser frustrada, em Lúcia, quando os pais, por qualquer motivo, recusam a aproximação da voluntária:

Você vai ali, você vai com a melhor das boas intenções e a família... não quer, não, acha que não é necessário que... você tá invadindo um campo que não é seu, não é parente seu que tá ali... A família não entende que você tá ali pra aliviar, pra somar, pra... Pra dividir... não é para especular a dor, pra você ficar... é especulando mesmo. Então isso já aconteceu várias vezes: você vai com alguma coisa pra aquela criança que vai... trazer um alívio. Pode ser um lápis e uma folha pra criança pintar, ou um brinquedinho, a família fala: “não, ele não quer.

ele não precisa. E a criança te olha com... sabe... “eu quero, eu quero sim”. Mas ela n... não é respeitada e a família literalmente fecha a porta do quarto e não deixa você entrar. É uma frustração muito grande.

Note-se nessa fala de Lúcia que o “não” dos pais é bem diferente do “não” dito pelos profissionais. O “não” da equipe tem um sentido. Quando ela recua diante desse “não” ao invés de insistir em ficar ela tem, como recompensa, “uma porta aberta” (vide pg.161). Cada vez que a voluntária respeita um “não” da equipe médica e da enfermagem, ela legitima o seu trabalho.

Já o não da família é um não frustrante, porque significa uma porta fechada e a neutralização de seu trabalho. É um não que constitui uma verdadeira barreira social dentro do hospital:

Sabe, acham de eles vêm de uma classe privilegiada né... que temos crianças de toda ac... nível social... então eles não precisam disso, que é uma humilhação eles precisarem de um voluntário, ou um brinquedinho que alguém doou. Então eles não aceitam do começo ao fim.

[...] eles: “não, não, eu não preciso, eu sou do convênio...”. E até afasta a criança da gente, como se a gente pudesse transmitir algo negativo pra criança. E até das outras crianças mesmo, dos outros pais, eles fogem do contato, sabe.... Como se... “eu sou melhor, eu não preciso, eu tô aqui, deve ter sido algum engano”...

Ao contrário também do que acontece na relação com os profissionais a voluntária, ao que tudo indica, não recua diante do “não” da família:

[...] eu não... eu não deixo a peteca cair, não. Eu continuo... mostrando pra aquela família, mesmo respeitando, que eu tô ali. Alguns não aceitam mesmo, do início ao fim não aceitam. Eu fico muito decepcionada, mas eu não de... eu não demonstro pra eles, eu não demonstro pra eles [...]

Diferente de Lúcia, que enfatiza o “não” dito pela família ao trabalho do voluntário, Tiago fala de uma dinâmica familiar singular percebida por um voluntário sensível a ela:

[...] Olha, ... tem um caso assim, de um...ma vez... [...] É um menino, obeso, que ele...ele tinha feito alguma cirurgia no abdômen... e ele tava com muita dor. Foi bem no comecinho, quando eu comecei a contar história. E a mãe dele, que também era obesa, estava lá, do lado. E eu tentava começar a contar história e ele tinha dificuldade em prestar atenção, porque... ele... tava com dor. E, quando eu comecei a tentar contar história pra ele sair da dor, e eu... e eu até comecei a requintar que... um monstro, do Batman tava lá, na minha cadeira, eu disse que tava doendo, pra ele imaginar o Batman ir lá e vencendo o monstro... essa coisa toda, né? E ele começou a entrar, mas às vezes ele dispersava... e a mãe... começou a falar com ele assim: “Presta atenção na história!” [com entonação] ... E de repente eu saquei, em algum momento, a total falta de carinho que existia naquela relação, entre a mãe e o filho, não é? E o quanto que

aquele menino tava completamente... .. apagado. Entendeu, assim... ele não tinha... você vê quando a pessoa tem brilho, né, quando ela [estala os dedos] vibra com a vida. E ele era morno, ele era apagado, não é? E aquilo me comoveu muito, porque eu não podia fazer nada, eu só podia contar uma história, mas eu sabia que o grande problema, o grande sofrimento daquele menino, não era a cirurgia no abdômen, era aquela relação.

O voluntário contador de histórias tem pouco a fazer quando o paciente não consegue “entrar na história”, devido a uma relação familiar que se impõe como uma carga adicional ao sofrimento. A família é então vista, como na fala de Lúcia anteriormente analisada, como aquela que pode propiciar ou dificultar o trabalho do voluntário:

O relacionamento familiar... é muito forte. As crianças mais interessadas, mais curiosas, as mais gostosas de contar histórias, geralmente têm mães muito bacanas, muito interessadas, muito articuladas, não é? A relação é direta. E eu percebi isso justamente, numa outra ocasião, que eu peguei um menino... o menino é uma graça, é uma graça, o menino era assim, fantástico. Ele... ele interagia com as histórias, sabe? Ele perguntava, e brincava, contava história comigo, batia papo, e eu falava: “Gente!...Que menino genial é esse daí...”. Genial! De repente apareceu a mãe dele. Quando apareceu a mãe dele, a mãe dele, é... dava muito alegria pro menino, ...ãh... gostava... freqüentava muito essas coisas de RPG, que é uma forma de contar história, e ela mesma era contadora em algum lugar. [...] Então, me marcou, porque... porque eu sou muito sensível a... a declarar a própria história, não é? [...] esse dois extremos me fizeram perceber que vai ter crianças que vão... vão vir de uma família bem estruturada, eh... ou razoavelmente bem estruturada, que vai ser uma delícia contar pra eles. Por outro lado, talvez não seja elas que mais precisam. E vai ter outras que eu sei que, talvez, elas vivam até um ambiente abusivo dentro de casa... né? E que elas tão completamente... elas têm um... um muro entre eu e elas.

A fala de Tiago constitui para a mãe um lugar de fundamental importância, como aquela que pode ser a ponte ou o “muro” entre o voluntário e o paciente. Vejamos como isso configura a impotência também na fala de Aline:

[...] teve um caso lá de uma menina que tinha chegado naquele dia... Eu não entendi muito a história dela... Eu acho que ela ficou sabendo que tinha AIDS... e parece que a mãe, o pai e a irmã não tinha, eu não entendi direito. Quando a gente entrou no quarto, quando eu entrei no quarto, não fui bem recebida. E a mãe... também não se... manifestou... em estimular, né?

Já Raquel, a “doutora” do Grupo Delta, sente-se bem mais à vontade para atuar do que Tiago, quando percebe que os conflitos familiares contribuem de forma gritante para aumentar o sofrimento do paciente internado. Ela só o faz, porém, com a autorização da enfermagem:

[...] aí a enfermeira me chamou no andar de... eu tava no andar de baixo, tava indo pro queimados. E aí ela falou se eu podia atender um paciente, determinado menino. [...] E eu fui atender o menino que tava todo queima..., tava com noventa por cento do corpo queimado, que ele só não tinha o rosto queimado. Ele tinha dez anos de idade, e a enfermagem falou : “Não, porque ele não come, ele não quer falar com ninguém”. E eu tava caracterizada, fui conversar com ele e tava o pai dele junto. E aí eu...eu senti que o menino, ele queria conversar mas o pai

dele tava um pouco, talvez deixando ele constrangido. Aí eu conversei, conversei com o pai, falei: “Ó, deixa que eu converso com ele”, e tal, porque, caracterizada, é muito mais fácil. Você tá vestida de palhaço, o trabalho fica muito mais fácil. Aí coi... ah... e eu tava bem no horário do almoço. Aí eu comecei a conversar com ele e ele chorava,... aí eu falei: “Por que que você está chorando?”. Você sempre vai achar que é por causa da queimadura, por causa das dores. Aí ele falou: “Eu não me importo”, ele falava, “eu não me importo se eu tô queimado, eu não me importo que tá... que te... que esteja doendo, o que eu não gosto mesmo é meu pai que fica... que fica querendo que eu faça tudo que ele quer, e minha mãe que não vem me visitar. O meu irmão que...que fugiu de casa e não apareceu até agora...”. Com 10 anos de idade, assim. Então isso, isso eu acabei ficando meio abalada, assim. Eu falei: “E porque que não... Você tá comendo?” [resposta] “Eu não, eu queria comer, mas meu pai mistura a salada na comida, joga o limão, ninguém fala nada, então eu não consigo comer por causa do limão”. Então, na verdade, eu vi, diversas coisas que... pra ele, todo mundo vê e rotula: “Ah, ser queimado é ruim, é péssimo”. Mas às vezes, depende de cada indivíduo. Então, pro menino, ser queimado não era o problema. Era... sim, o problema era a mãe vir visitar. Na verdade, ele queria comer. Mas ele não, ele falava pro pai que... que não queria a comida daquela maneira e o pai... Então assim, eu tirei minhas luvas, minha luva de pano, tirei minha luva pra dar comida pra ele, com a salada separada. Ele comeu tudo. Depois eu conversei com a enfermagem.

Raquel se mostra como voluntária capaz de, por meio de uma compreensão privilegiada da dinâmica familiar, estabelecer uma ponte entre a equipe hospitalar e a família. Não podemos deixar de nos lembrar aqui que ela é estudante do quarto ano de Psicologia, o que possivelmente lhe dá uma sensibilidade maior a essas questões. Além dos recursos do Grupo Delta, como se vê, existem os recursos que a voluntária, por assim dizer, acrescenta ao seu trabalho.

Cada voluntário, portanto, tem uma forma própria de se situar na relação com a família do paciente, o que muito tem a ver com sua própria bagagem subjetiva e história de vida. Lúcia aponta a barreira social configurada na total recusa da voluntária pelos familiares; Tiago fala da sua sensibilidade à história de vida de crianças hospitalizadas, naquilo que o faz lembrar de sua própria história; Raquel atua como uma verdadeira psicóloga hospitalar “atendendo” e escutando o paciente, compreendendo o que acontece com a família, dando subsídios para a enfermagem poder lidar melhor com o caso. Em todos os casos, o deixar-se abalar pela identificação com o sofrimento da criança em oposição aos pais se faz presente.

Todavia, na maioria dos relatos pode-se dizer que a família aparece em cena para dificultar a proximidade do voluntário, ou o bem-estar da criança. Nas falas em que a

presença da família aparece como facilitadora do trabalho do voluntário, podemos perceber o quanto ele depende dela para exercer as suas tarefas.

8.2.3. A dor

Uma das questões cruciais que aparecem na fala dos voluntários é a do contato com pacientes em estado de sofrimento extremo. Tanto que ela aparece como uma regularidade marcante na fala dos voluntários. Mais uma vez, no relato contundente de Tiago, aparecem as questões da identificação e da impotência do voluntário:

[...] um menino... que eu não sei o que ele tinha, ele tinha que ficar com uma perna dobrada e a outra esticada por quinze minutos. E isso fazia ele urrar de dor. E ele chorava, ele gritava, você ouvia no andar inteiro ele gritando, de dor. E ele pedia “pelo amor de Deus minha mãe”, coisa que eu até já fiz em momentos de dor. Pedia: “pelo amor de Deus mãe, me ajude”... e a mãe sabia que ele tinha que fazer nada... não é? E eu tentava contar história pra ele, mas eu vi que não ia dar. Ele nem conseguia prestar atenta... atenção em mim, de tanto que ele urrava. E isso também... foi muito marcante. Porque... é... saber que, talvez até... pra aquela criança, essa experiência vai ficar... como um trauma de... “eu precisei da minha mãe e ela não me ajudou”, mas, também de saber que a mãe não podia ajudar, porque, realmente, aquilo tava sendo feito pra saúde dele... não é?

Tiago situa-se numa relação de exclusão com uma cena que, ao envolver a mãe e a criança, o remete paradoxalmente à sua própria infância. Entretanto, o voluntário não sabe nada sobre as condições de saúde do paciente. Ele apenas supõe a dor que a criança deve estar sentindo, pelas palavras que ela grita. O que ele efetivamente sabe é que os procedimentos, por mais dolorosos que fossem, estavam sendo feitos para a saúde do menino e que ele, como a mãe, não poderia ajudar.

A impotência quanto a poder amenizar a dor do paciente também aparece, de forma comovente, em um relato de Lúcia:

[...] a Gretchen tinha muitas dores, era horrível pra ela... ficar sentadinha, tudo... Mas... com [suspiro] tanta dor, com tanto sofrimento, ela me fez uma flor de palito de sorvete... e escreveu: “Tia Lúcia, obrigado por tudo, eu gosto muito de você”. E esses dias, mexendo nas minhas coisas, eu achei e é pra pendurar, fica que nem um chaveirinho. Então... eu achei isso tão... gratificante, porque, muitas vezes, eu chegava perto dela e a gente não podia nem tocar na cama dela, que ela sentia dor. E eu saía de lá tão impotente, porque eu queria aliviar aquilo e eu sabia... E sabe aquela sensação de dever não cumprido... Às vezes ela estava chorando de dor, as vezes ela não queria conversar com depressão... Eu ficava pouco com ela, nunca

consegui ficar muito tempo com ela, que ela tava num quarto pequeno, tava ali a mãe, o pai... Tinha autorização do hospital de ficar a mãe e o pai junto com ela pra... tranquilizá-la. Então eu ficava o mínimo de tempo possível. E pra mim foi gratificante saber que aquele tempinho que eu dava, ela conseguia entender, receber o que eu tinha. É uma coisa que eu nunca... nunca vou esquecer. E a foto... junto com essa flor veio uma foto dela também, na praia, que ela gostava muito de praia [riso]. Então pra mim foi uma coisa muito, muito, muito boa... E receber notícias da família até hoje, né, a gente recebe

A impotência da voluntária corresponde a uma “sensação de dever não cumprido”, por não conseguir aliviar a dor da criança, nem poder ficar mais tempo com ela. Ao mesmo tempo, a voluntária se sente gratificada pelo fato de a criança “conseguir entender” e “receber” o pouco que ela podia dar. A insistência da voluntária em permanecer, nem que fosse o mínimo de tempo no quarto, e a disponibilidade da criança em entender e receber o pouco disponível as engrandecem. A flor dada de presente e a foto na praia concretizam a transposição, pela via do afeto, da barreira de dor que havia entre Gretchen e Lúcia.

De forma semelhante, Julieta se lembra de um episódio em que ela parece superar, com a ajuda de Deus, o limite da dor de uma paciente:

*[...] eu entrei no quarto duma senhora que estava... [tosse] ...gemendo de dor. E a filha dela, estava assim, desesperada porque queria consolar a mãe e... e aí eu falei “O que ela tem?”. Porque ela não agüentava nem falar, né, mas eu perguntei [quase sussurrando]: “o que ela tem?”. Então a menina falou: “Ela tem... é.. um tumor tão grande que...” [aumenta o tom de voz] Aquele tipo de tumor, que... mina água no abdômen e aí fizeram um procedimento pra poder tirar a água senão nem dava pra fazer o ultrassom, tomografia, o que quer fosse um exame mais especializado. E que na hora da punção, o tumor balançou e comprimiu o pu... os pulmões. Sabe, a... a... o líquido e o peso? E que, então, ela estava com falta de ar. Ela tava com... né, aquela bombinha que fica “ah, ah, ah” [imita som de respiração] fica inspirando, né? E aí a menina saiu desesperada do quarto e foi procurar a enfermeira pra buscar uma bolsa. Ela falou: “eu vou buscar uma bolsa quente pra ver se te alivia”. E aí naquela hora, me deu uma vontade **tão grande** também, de querer ajudar, porque eu vi aquele sofrimento grande e... e aí eu cheguei perto dessa senhora e comecei a cantar... Sabe? Eu comecei a cantar.*

[...] Cantei: [entoa a melodia] “Se as tristezas dessa vida quiserem te sufocar, segura na mão de Deus e vai. Se as águas desta vida quiserem te afogar, segura na mão de Deus e vai. Segura na mão de Deus, segura na mão de Deus. Pois ela, ela te suportará. Não temas, corre adiante e não olhes para trás, segura na mão de Deus e vai”. [para de cantar] E nessa hora, ela tá assim, ela pegou a mão e agarrou a minha... mão [fala com entusiasmo]! Então, ah meu Deus, mas me causou uma... eu já estava... comovida com a dor, com aquela vontade de ver se ajudava. E aí na hora que ela esticou a mão e pegou a minha mão [com voz emocionada] aí: “Oh, meu Deus, obrigada, meu Deus!”... [ri]

Diferente de Tiago, Julieta ousa perguntar o que a paciente tem. Ao mesmo tempo, ela se vê contagiada pela dor e pelo sofrimento. Nada poder fazer para ajudar nessa hora leva,

mais uma vez, a um sentimento de impotência tal que só um apelo ao Deus onipotente pode aliviar. A mão da voluntária confundida com a mão de Deus parece mostrar o lugar imaginário ocupado, por alguns instantes, pela voluntária junto ao leito. Mais do que gratificada, como se mostrou Lúcia pelo presente da paciente, Julieta se mostra em êxtase ao agradecer a Deus à suprema graça vivida naquele momento. A medida da grandeza da voluntária, aqui, é a fê.

8.2.4. A morte

As falas relacionadas à morte de pacientes a mostram, de uma maneira geral, como um aspecto incontornável do trabalho do voluntário hospitalar. Vamos examinar aqui as falas dos voluntários que efetivamente abordaram suas vivências nesses sentido. Primeiro, vamos à fala de Lúcia:

[...] eu gosto de tudo o que eu faço. Eu só não gosto de saber que a doença venceu a criança. Eu não gosto nunca de vivenciar isso, mas infelizmente faz parte da vida, então eu tenho aprendido a lidar com a vida e com a morte, sabe? A gente recebe aquela criança, a gente tem esperança junto com a equipe, junto com a equipe médica, com os familiares que aquela... que eles vão vencer aquilo. Mas pra alguns num... num... não chega, a doença vence: essa é a parte que eu não gosto, de 'stá junto quando o médico dá o d... É, pra alguns é... dá certo, a doença é vencida, pra outros não. Você tá junto ali com aquela criança, com a família... que muitas vezes eu sou solicitada nessa hora, pra 'stá junto com a família, que o médico vai falar que não tem mais o que fazer... É uma hora que eu não queria que existisse... não queria que existisse pra ninguém. Eu não queria estar ali como voluntária, eu não queria que aquela criança estivesse passando por isso... e aquela família estivesse passando por isso.

A morte representa o fim da esperança, compartilhada com a equipe e com a família, de que a doença da criança seja vencida. Embora Lúcia fale da morte como sendo “parte da vida” e do trabalho do voluntário, o contexto mostra que a notícia da derrota para ela é sempre sofrida para todos os envolvidos. De modo semelhante, Márcia, do Grupo Beta, fala da morte como sendo “o inevitável”:

É o inevitável, quando a gente não consegue ter sucesso, que você sabe que uma criança passou por todo o tratamento, foi um sofrimento enorme e ela, infelizmente, não conseguiu... superar. Então, dá uma certa frustração. Mas, por outro lado, nós sabemos que foi feito absolutamente tudo. Possível e... às vezes o impossível pra que ela tivesse um bom resultado. Mas... a medicina vai até certo ponto, né? E, nós temos assim de fora só olh...assistindo essa... esse

lado... de tratamento, isso tudo, nós temos aqui, nós temos a tranquilidade de que realmente, ...se acontecer o inevitável de ter um óbito, que a criança não tenha um sucesso é porque realmente não tinha mais... nada a ser feito. Porque... a gente tem certeza absoluta que... a parte clínica é desenvolvida da... com... o que há de mais moderno e mais... eficiente. ... E eu não gosto... quando eu sei que algum paciente faleceu, que é uma coisa que ninguém gostaria que acontecesse.

O que ajuda Márcia a enfrentar a questão da morte dos pacientes é saber que o tratamento foi desenvolvido com tudo o que há de mais moderno e eficiente na medicina. Por isso o óbito acaba sendo aquilo que nada, nem a clínica mais avançada, pode evitar.

Na fala de Raquel, a morte é vista como algo que barra a sua própria ação como voluntária:

[...] uma paciente que eu atendi assim, faz pouco tempo. Que eu atendi, ela tinha dezoito anos, tinha acabado de entrar na faculdade e, assim, ela tava... Eu a conheci... não a conheci durante o processo. Eu conheci ela já pro final e ela tava... Aí enfermagem que me chamou, falou: “Olha, ela tá indo embora, ela tá de alta, só que, assim, ela já tá em fase terminal e ela tá indo pra casa pra esperar mesmo, pra ver o que vai acontecer, porque não tem o que fazer”. Ela tava com leucemia. E aí eu fui visitá-la e, assim, ela não tinha... ela não tinha cabelo, mas ela colocava uma fivelinha nos únicos fios que tinha. Então, ela tava muito, muito magra. Você via as fotos, ela era muito bonita. Os pais, assim, com uma cara de tristeza, uma... Então assim não... não tem. Fica uma coisa assim tipo “o que fazer?”, sabe? Porque... não tem o quê. Você vai... Você falar: “Ó, cê tá indo pra casa, mas cê tá indo pra casa porque não tem mais o que fazer no hospital”? Então, não dá pra você comemorar, ah, que você, que cê teve alta. Que geralmente a gente comemora, cê fala assim: “Ai que bom, teve alta!”. Mas também, não dá... ficar no hospital não tem o quê. Então, assim, fica de mãos atadas. A gen... conversei muito com ela, foi muito gostoso mas... n... não, você não sente assim, que você pode, realmente, fazer alguma coisa, não, ao menos pro emocional, assim. Ma... isso foi ruim.

Vemos nessa fala que Raquel, ao responsabilizar-se por um atendimento (note-se mais uma vez a colocação do verbo ‘atender’) a uma paciente terminal, sente-se frustrada, “de mãos atadas”. A conversa para animar a paciente parece não fazer o menor sentido nessa situação. Como voluntária, Raquel pouco pode fazer “para o emocional” da paciente.

A morte também aparece, de uma forma mais circunscrita e distanciada, na fala de Aline, do Grupo Gama:

Eu...eu vejo pessoas que desistiram, ou soube de casos de pessoas que desistiram, que se... ligaram muito à criança, né? O... e... a pessoa desistiu depois que essa criança morreu. Porque viu o sofrimento, levava a criança pra passear, chegou a levar a criança... E... depois que a criança morreu, ela vi... desistiu, foi... ficou de desestimulada de continuar. Aí no Hospital, eu soube dessa história, né? Mas eu não sei... Eu já vi criança morrer... e não... não me desestimulou porque eu quero... trabalhar com as que continuaram ou com as que vão chegar aí...

A seguir, Aline se corrige e diz que *não viu*, de fato, a criança morrer:

Não assim, né? Não é que eu vi. É assim: uma semana ela tava lá, a outra semana ela tinha falecido. Não me... não me deixou... Lógico, assim, qualquer um fica triste. Assim, mas eu não fiquei em depressão, não fiquei nada. Quando eu... quando eu fui visitar uma criança na UTI, que... foi a primeira criança que eu visitei na UTI, assim que eu entrei... em... quando eu fui para o meu estágio, em... junho, maio, maio, abril por aí... que eu, foi o primeiro lugar que eu fui, foi na UTI... e ela tava lá. [...] E a mãe me... me encontrou e perguntou se eu podia visitar a criança lá. Na hora que a gente tava lá, tinha uma pessoa... um... tem uma parada cardíaca num outro quarto. Mas aquilo não me deixou, assim, angustiada ou eu não queria escutar, sabe? Tinha uma senhora que é da capelania lá do...do hospital que não queria deixar a gente passar lá: “Não, não, não vamos passar por aqui não. Espera um pouquinho”. É... e e... e eu tinha levado uma roupa para essa mãe... que ela tava precisando de roupa, ela tava há três dias s...sem trocar de roupa, tal. E tava lá embaixo. E eu precisava passar com ela. E a senhora: “Não, não passa lá não, não, fica aqui mais um pouquinho...” e tal e não sei o que. Aí ela ah, ah né? Ela olhou pra mim... depois essa senhora foi embora, então... Falou: “Aline, eh... quando eu cheguei aqui, um homem tinha morrido, só que se eu for ficar pensando nisso eu vou ficar gastando energia e não vou... não vou dar sustentação pro meu filho, não vou... vou mostrar tristeza pro o meu filho”. E eu acho assim também. É triste. É triste. E eu já perdi um irmão... né, por acidente. Mas eu não... eu acho que tem que continuar.

Aline consegue lidar com a morte porque se mantém distanciada dela. Sua fala sobre a morte é cercada de “nãos” – “não vi”, “não me desestimulei”, “não desisti”, “não quis escutar”, etc. - que circunscrevem o espaço vital em que ela deve se movimentar para continuar seu trabalho de ajudar os vivos, sem se deixar abater pelas perdas. Abater-se a ponto de desistir do voluntariado é uma possibilidade real, pois já ocorreu com outros voluntários.

Nesse aspecto, ela se identifica com a fala da mãe que, para poder ficar com seu filho na UTI, não pode “gastar energia” com as mortes que, porventura, venha a presenciar ali. O distanciamento não vem da falta de um sentimento ligado à morte, mas de uma valorização e priorização da vida que, apesar de tudo, persiste em solicitar a presença da voluntária. A morte do irmão por acidente é por fim lembrada, para que ela possa dizer em seguida que “tem que continuar”.

Até aqui pudemos observar como a fase da vida e as vivências pessoais de cada voluntário parecem influir no modo como eles lidam com a morte no hospital. Há porém um outro fator, que aparece em Julieta e Ari, que é a explicação religiosa para a morte. O

espiritismo, que encara a morte como passagem para uma nova vida, fornece a Ari e Julieta um tipo de explicação que não permite a vivência da morte como perda:

Julieta: [...] *a morte é parte da vida e **todos** os seres vivos têm... esse processo, é dentro do processo: nasce, cresce, reproduz, multiplica e... e morre. E como eu sou espírita, e acho que não é só corpo que a gente tem, ... bom... então... foi uma passagem só que cumpriu, agora. Tem outras.*

Ari: *Então, nesse momento, é uma coisa triste, né? Mas ao mesmo tempo feliz, porque aquele sofrimento tá terminando ali Vai começar uma nova vida pr'aquele... irmão, no caso, né?*

Embora Ari, como já vimos, mencione espontaneamente a morte de alguns pacientes, Julieta não falou desse assunto até ser questionada diretamente sobre ele. Mesmo falando pouco, ela parece ter sido mobilizada pela questão a ponto de ligar para a entrevistadora posteriormente para completar sua resposta. Disse que, em sua idade, já havia visto várias pessoas próximas morrerem e que, também por isso, encarava a morte como algo natural, que faz parte da vida.

Seja de que modo for, o voluntário tem que buscar recursos pessoais para lidar com a inevitabilidade da morte quando ela ocorre no hospital, apesar de todos os esforços em contrário por parte dos agentes hospitalares. Tal inevitabilidade pode levar a sentimentos de impotência aos quais, eventualmente, uma explicação religiosa que projete a vida para além da morte pode aliviar. Como no relato de Julieta sobre a dor da paciente, o apelo à onipotência divina pode ajudar o voluntário a lidar com os limites da potência humana.

8.3. Relações entre voluntários

As relações entre voluntários são menos espontaneamente mencionadas do que as relações com os pacientes e com as equipes hospitalares. Encontramos, porém, alguns elementos recorrentes nas falas dos voluntários, que se referem principalmente ao “espírito comum” e aos conflitos num trabalho em equipe.

A expressão “espírito comum” aparece na fala de Márcia:

Ai, maravilhosos, maravilhosos, são maravilhosos [os voluntários]. São..., são maravilhosos. Eu acho que o espírito... é comum a todas as pessoas que freqüentam aqui e que tão se disponibilizando a...a ajudar aqui no hospital. É muito, muito bom. Todos vêm com a maior alegria, maior disposição em tá fazendo aquilo que se dispõem... é muito bom.

De forma semelhante a Márcia, Lúcia também se refere ao fato de os voluntários compartilharem uma única disposição subjetiva:

Eu... procuro ver que eu não sou assim voluntária sozinha, eu faço parte de uma equipe. Então eu procuro sempre agregar a todos, me chegar a todos. [...] ... eu procuro ver que nós estamos ali prum... pruma mesma causa: o bem estar da criança. Então nessa hora não importa a camis... a camisa da entidade que eles estão vestindo. Eu vejo a camisa do voluntário, aquele que quer doar, aquele que quer se doar. [...] Nós recebemos de presente, uma vez, um cartãozinho... Eu nunca me esqueço da frase que veio no cartãozinho: que somos todos anjos, de uma asa só, e que nós podemos voar somente apoiado uns nos outros.

A disposição comum de “se doar” é, para Lúcia, o que faz o trabalho de equipe ser bem sucedido. Lúcia menciona a mensagem do cartão que os voluntários receberam, que os compara a “anjos de uma asa só”, que só podem voar em conjunto. Essa mensagem, que parece sintetizar o que é ser voluntário, transforma pessoas em criaturas espirituais que não podem voar sozinhas. Uma comunidade espiritual é o que também aparece na fala de Tiago:

[...] a pessoa que se propõe a fazer o trabalho voluntário, talvez ela até seja... uma pessoa muito estressada, no seu trabalho diário, não é? Mas, a...a disposição mental e emocional que ela leva ao trabalho voluntário, é outra. Então, quando as pessoas se encontram, elas estão muito felizes de poder estar fazendo aquele trabalho, enfim, de fazer parte daquele grupo de pessoas que realiza aquele trabalho. Então elas acabam falando: “Nossa, como é legal contar” e... compartilham histórias [...]. Então, parece que, ao menos nesse ambiente – ainda que eu não sei como elas são em outros ambientes – nesse ambiente específico, é como se criasse uma... uma egrégora³⁴, uma... uma... um campo, né, ...em que se é mais espontâneo do que o normal, em que se é mais simpático do que o habitual, né? Então, obviamente, que a relação fica muito gostosa. [...] Como os voluntários são pessoas de diversas áreas diferentes, né, é uma troca... de informações e de pontos de vista so... pontos de vista sobre a vida muito... fecunda, muito interessante... né? Então é...é uma boa relação, eu gosto.

A peculiaridade da fala de Tiago é o uso da palavra “egrégora”, extraída de uma visão espiritualista de mundo. Não se trata simplesmente de “vestir a mesma camisa”, como no caso de Lúcia, ou de ser um anjo de uma asa só que ajuda seus semelhantes a voarem. Trata-se do encontro de pessoas diferentes em suas formações e em seus pontos de vista sobre o mundo. O que é comum a todos é a vontade de compartilhar, a partir da qual se pode criar um

ambiente propício a uma mudança subjetiva, em que “se é mais espontâneo do que o normal, em que se é mais simpático do que o habitual”. Ser voluntário com outros voluntários é ser o “mais” de si mesmo. O resultado desse processo de compartilhamento do que se tem de melhor é a “egrégora”, esse campo de forças de que cada um pode usufruir e retirar as energias para o trabalho.

As reuniões periódicas dos voluntários, que são uma prática comum à maioria dos grupos, parecem ter a finalidade de fortalecer o sentimento de pertinência e de bem-estar dos voluntários. Márcia, por exemplo, menciona o evento que ela mesma está organizando a pedido da direção do Grupo Beta:

Eu, n...no presente momento, tô organizando... foi pedido pra mim prum... que eu organizasse um grupo pra... fazer a nossa, nosso evento de confraternização do final-do-ano. Todo ano nós temos esse evento... de confraternização... é... e é muito legal, porque a gente vira criança de novo, é uma... uma... uma hora que a gente... todo mundo se encontra... e... é uma tarde que a gente passa muito agradável. E nós temos um ótimo relacionamento, todo mundo vestiu a camisa da mesma maneira. Então... existe u...m clima, um am... um ambiente muito agradável.

Márcia fala aqui do encontro de “confraternização” entre os voluntários, no qual todos os que vestiram a mesma camisa se tornam igualmente “crianças de novo”. Novamente aparece a menção de um “clima” e de um “ambiente muito agradável” que, resultante da reunião de vários voluntários, é compartilhado de forma prazerosa por todos.

Raquel também menciona um encontro periódico de voluntários no Grupo Delta:

[...] entre eles mesmo, eles têm um... um bom relacionamento. Porque a gente tem os encontros. Então a gente tem o ETV que o Encontro de Todos os Voluntários³⁵. Que agora... antes ocorria mensal, agora ocorre duas vezes por mês... do ano... duas vezes por ano. Então são todos os voluntários. [...] antes era mensal, porque dava pra reunir todo mundo, agora o número é muito grande. Então, a gente tenta reunir todo mundo. A gente tem um grupo de monitores, então é dividido: tem os apresentadores, que são os voluntários antigos do hospital, que já tão no hospital. [...] Então a gente sempre tá tentando fazer com que eles dividam o espaço e os... e a conversa e o assunto que sempre tenham... estejam em relação. Não só, principalmente, do hospital, do mesmo hospital, mas de toda a organização.

³⁴ Palavra usada pelos espiritualistas para designar um campo de energia, resultante da somatória de forças harmônicas de duas ou mais pessoas, reunidas para compartilhar idéias, tarefas e finalidades comuns.

³⁵ Nome e sigla do encontro foram modificados.

O objetivo desse encontro parece ser, portanto, o de desenvolver o espírito comum, a sensação de pertença a toda a organização que, além de dar uma unidade ao trabalho, contribui para o bem-estar do voluntário.

Em contrapartida, Aline menciona a não-participação individual dos voluntários nas atividades grupais como um fator prejudicial ao bom relacionamento entre eles:

*[...] eu, **eu**³⁶... me dou bem com todo mundo, porque... eu participo das festas do hospital e partici... e dos cursos do hospital, e participo das festas e dos cursos do Gama. Então eu conheço muito os voluntários do hospital, né? [...] e por tá interessada nas palestras [...] que eles dão. O Hospital dá e convida. E tem muita gente do Gama que não vai, entendeu? Então, eu me dou bem com o pessoal do hospital, tranquilo, os voluntários. E... e do Gama eu conheço mais só no dia que vai fazer curso, né [...]*

Aline estabelece uma distinção entre ela e os demais voluntários do Grupo Gama, pelo seu empenho individual em participar de festas, cursos e palestras pelos quais eles, ao que tudo indica, não se interessam muito. O fato de ela ter uma convivência maior – e não apenas nas atividades especiais – com os voluntários do hospital acaba por produzir uma identificação maior com eles:

[...] poucas vezes eu encontrei outros voluntários... [do Grupo Gama], né? Eu encontro mais os voluntários do Hospital. Então eu converso... eu conheço muito as professoras, que vão todos os dias, menos de quarta, agora. [...] É... o pessoal voluntário do Hospital, que dá leite, é... da... Então, eu... conheço mais do... do... do... do hospital que do Gama assim, de conversar.

Compartilhar o ambiente de trabalho parece, portanto, criar condições para um sentimento de comunidade, mesmo entre voluntários de grupos diferentes. Esse aspecto do trabalho voluntário é bem abordado pelas voluntárias do Grupo Delta:

Julieta: *Então, e quando, por exemplo, quando eu estou chegando na terça-feira, eu acabo de me vestir, tem uma senhora que chega, mas ela faz outra coisa. Acho que ela leva uns jogos, assim, pra... Ou é... Eu vejo que ela abre lá no armário e tem uma porção de caixas, de tubos, de... de jogos e tudo, já faz outra atividade. Então, aqui no... nesse hospital, tem voluntários que trabalham de maneiras diferentes, não é? Tem os que vão dar, é... um grupo que dá também e...essa terapêutica oriental, reiki, não é? Imposição energética com as mãos. Tem... eu soube que também tem crentes que, aí, ele vêm e rezam, citam a Bíblia e lêem a Bíblia. Quer dizer, cada um trabalha com os instrumentos viáveis pra si, né? Então tem... E aí eu, oh meu Deus, eu aprendi a...a respeitar as pessoas e então, e é isso que é a riqueza do ser humano. Você poder descobrir, né, que tem áreas exploradas [fala rindo] e áreas diferentes, né, exploradas, então, é uma riqueza isso... Você poder trocar, né, e se conhecer e trocar experiência... É isso.*

³⁶ Ênfase na palavra “eu”.

Raquel: *Tem o das histórias, que eles contam histórias. Que é assim, a mesma sala, então todo mundo se tro... então, cê tá se trocando, eles aparecem, a gente divide as coisas, é muito bom. Tem outros hospitais que... que é tran.. é tranquilo assim, não vejo muito trab... problema com isso.*

Raquel e Julieta procuram mostrar que há uma troca entre os diversos voluntários que prestam serviço a um mesmo hospital, mesmo que eles desenvolvam atividades diferentes e pertençam a vários grupos. Raquel, porém, fala de eventuais conflitos ligados ao contato com grupos de voluntárias mais tradicionais:

Tem alguns que tem algum problema, mas é porque... os voluntários que são... tão muito tempo, tipo 30 anos na instituição, já tão naquele hospital há 30 anos, então assim, até aceitar um outro voluntário, principalmente, porque a gente não faz parte do hospital, a gente tem a nossa organização, então é um pouco difícil, Mas é casos... são casos raríssimos, que tem. Que já são aquelas senhoras que já tão há 30 anos... Fica um pouco difícil até eles... elas aceitarem [...].

A situação de exterioridade organizativa dos grupos mais recentes de voluntariado em relação ao hospital pode levar a conflitos. Numa outra perspectiva, porém, a fala de Maria Luiza mostra que o contato com modos de trabalho e experiências diferentes, entre grupos diversos de voluntários, só pode ser harmônico quando há um compromisso com a organização:

[...] a relação é muito boa, porque elas interagem juntas. Agora mesmo na... na quimioteca, estava lá o pessoal do Grupo Gama, junto com as voluntárias [do Grupo Beta]. Então ela contava história pra um paciente, a outra brincava com outro paciente. Porque é um atendimento personalizado... e individual. Então, assim, a relação nossa com as outras entidades, desde que elas venham fazer um trabalho sério, que cumpram o horário e que a gente é... é... na hora de capacitar, a gente tá juntas, não tem... não temos problema com elas.

Maria Luiza não se refere aqui ao compartilhamento de uma tarefa comum entre os diversos grupos, mas à interação de cada voluntário com pacientes individuais na realização de tarefas bem específicas. A regra de boa convivência entre os grupos se refere ao compromisso com o trabalho, ao cumprimento de horários e a uma capacitação conjunta.

A adesão a uma causa comum, a de trazer bem-estar ao paciente, e o compromisso com as tarefas a que se propõem parecem ser um fator de união entre todos os voluntários, independente das atividades exercidas. Concomitantemente, os principais conflitos e motivos de insatisfação apontados por Aline advêm da falta de compromisso com o grupo:

[...] o Gama promoveu uma festa que eu participei a primeira vez, que foi agora para o Dia das Crianças. O... eu não... é... o que eu não gostei – eu mandei e-mails pra elas – foi a parte de organização da festa [...] É... eu achei um pouco, eh... pouco organizada. Não mal, né? Eu achei pouco organizada. E... eu, o que eu não gosto também, é a pouca participação [...]. As pessoas não se interessam e não participam. Isso me deixa chateada. Se eu fosse do Gama, eu ficaria chateada... né?

[...] era a parte da... vamos supor, tinha várias barracas... [...] É, ficou meio bagunçado, sabe? E... a... a moça da...da barraquinha tentou fazer uma reunião, ninguém foi. E eu, eu tava dentro de todas. [...] É isso que me deixa nervosa: são as pessoas que não vão atrás. E no final, não saiu do jeito que eu gostei, [risos] entendeu? Eu gosto das coisas muito certinhas.

A não-participação por parte dos voluntários e a conseqüente desorganização das atividades comuns provoca um certo mal-estar em Aline, que parece tomar as dores do Grupo: “se eu fosse do Gama eu ficaria chateada”. A expressão “se eu fosse”, porém, mostra o quanto a voluntária se situa fora do Grupo ao qual diz pertencer. Aline parece indecisa em atribuir a causa dos problemas que observou às pessoas, ao Grupo Gama ou ao fato de ela gostar das coisas muito certinhas.

De uma forma um tanto diferente, Ari também se refere a problemas que surgem quando certos voluntários deixam de se comprometer com uma atividade comum:

[...] este tipo de coisas incomoda, sim: pessoas querendo fazer um serviço que num... prestar um serviço que na verdade não... não é um serviço por completo. Por alguma deficiência. Às vezes é uma deficiência que.... facinho de arrumar, é só questão de... comunicar.

[...] coisas graves, né? No sentido assim, é... de você ter uma festa e... num levar a criança, porque cê num tinha... cê tem o carro, você tem as crianças, é um... um lazer pra eles [...]

[...] Então, aí você tem uma casa de apoio, que tem um carro, num... tem as crianças, tem o evento, porque que não vai? “Ah, não tinha não tinha como...” ... Não tinha, pô? O que você mais tem é pessoas querendo fazer, agora é questão de você, como entidade, cadastrar voluntários, preparar voluntários, pra “olha, o trabalho vai ser esse, cê aceita?” [resposta] “Aceito.”... “Não aceito”?... “Então cê desculpa. Que que cê pode fazer?” [resposta] “Isso”. “Então, ah... se a gente precisar de fazer isso, tudo bem, mas, você, eh...” Isso precisa. É uma falta que a gente percebe que

A fala de Ari parece ir ao encontro das preocupações de Aline, no sentido de uma cobrança de compromisso da parte de voluntários. Diferente dela, porém, ele não fala de fora do grupo, mas se coloca no lugar de quem, fazendo parte do grupo, se vê na necessidade de chamar a atenção de seus companheiros para os graves problemas que decorrem da falta de responsabilidade de alguns em cumprir suas tarefas.

Até aqui podemos definir duas formas básicas de compartilhamento: a do “espírito comum”, que é produzida pelos eventos de agregação dos voluntários, e a do compromisso com a causa do Grupo. No primeiro caso, a fruição de bem-estar é diretamente produzida num clima festivo e lúdico, por meio do qual há um ganho subjetivo. No segundo caso, é necessário esforço e uma certa dose de sacrifício pessoal por parte do voluntário em favor da causa do grupo, para que ele possa individualmente se sentir útil e recompensado pelos resultados mais amplos que podem obter dessa maneira. É exatamente no que diz respeito às exigências de compromisso, porém, que parecem surgir os maiores conflitos entre os voluntários, como atestam as falas de Aline e Ari.

Podem existir, eventualmente, outros problemas decorrentes do próprio relacionamento entre pessoas, ou porque o voluntário quer ser, apesar de tudo, visto por outros:

O que não é bom é quando, assim, a comunicação é distorcida, as pessoas ficam... não entendem bem e aí cria-se um... animosidades, melindres né, que é coisa do ser humano, que eu também tenho, que todas têm. É, o lidar com isso né? Que a gente ainda tem muito melindre, muita vaidade né?

[...] É vaidade, porque ele quer estar sempre é... é... sendo elogiado, né? Ele quer tá sempre em evidência. Ele quer Ele às vezes escuta alguma coisa e... acaba interpretando de outra forma... porque aquilo não foi bem pra ele, então ele acaba entendendo de uma outra forma...

[...] às vezes você fala pra uma voluntária assim... às vezes, tem duas, né, e você cumprimenta uma e não cumprimenta a outra... Cê entendeu? Ai daí a uns cinco minutos a outra vem e fala: “puxa, mas a fulana hoje não ligou pra mim, ela entrou e nem me deu bom dia.”. Mas é que quem entrou não percebeu que ela estava lá, por algum motivo ela não percebeu. Mas ela já se melindrou, já achou que a outra fez pouco caso, que a outra já não ligou pra ela. E isso... cria um... um.. se você não vai imediatamente e tenta desfazer esse... esse mal entendido, isso vai rolando e vai ampliando, né? Então, é bem legal quando você consegue loca... é... focar isso rápido e vai lá e já resolve a situação: olha, desculpa, não era bem isso... Mas são situações que você lida muito com elas, né? As pessoas são... são muito frágeis ainda, com relação... É que o trabalho voluntário nosso, dentro dum hospital desse, ele é muito emocional, né?

Os mal-entendidos que geram animosidades entre voluntários são atribuídos por Maria Luiza a duas causas: à vaidade do voluntário e à sua fragilidade pelo fato de o trabalho no hospital ser muito “emocional”. O fato de o voluntário querer estar em evidência e ser elogiado por voluntários mais experientes pode levá-lo a se “melindrar” quando, por algum motivo, isso não ocorre.

Como coordenadora de voluntários, Maria Luiza procura resolver prontamente qualquer problema de comunicação. Os mal-entendidos devem ser contornados com pedidos de desculpas e com humildade por parte dela:

Que quando você tem essa comunicação e de que ela não é... é bem ouvida, né, e que não foi... foi bem passada a comunicação e que se começa a criar rumores e... a gente a acaba não... não... não... é... desentendendo, né, ...criando conflito. A criação do conflito ela é muito simples de se dar... e muito difícil de se resolver depois, porque um dos dois tem que ceder, né? Então, às vezes, eu falo pro pessoal: “gente... a minha palavra aqui dentro é humildade”. Então, tem que ter humildade pra tudo. A gente tá aqui pra aprender o tempo inteiro.

Na mesma linha, Lúcia procura fazer com que outros voluntários se sintam importantes, mesmo quando é o trabalho dela que aparece:

Eu procuro sempre mostrar pra ele isso: que ele nunca é menor, né que... volto de novo ao exemplo do anjo... que todos nós somos anjos, né? Mesmo quando dou uma entrevista, eu falo pra ele: “Eu dei essa entrevista porque você estava atrás de mim.”.

[...] em dezembro eu sai na Revista [ri]. Aí eles, eu mostrei pra eles, pros demais voluntários, que era a Lúcia falando, mas em nome do Grupo Alfa, que é composta de voluntários, né? Mesmo esta pesquisa, quando eles tomam conhecimento, eu falo: “Não, eu tava ali no momento mas eu tava falando, era a voluntária do Grupo Alfa. Quem é o Grupo Alfa? Não sou eu, é um grupo de voluntários, é o corpo de voluntários que nós temos, né? Isso vai gerando um ambiente bom, saudável, né? Não é competitivo, não é pra ser, muito menos no meio do voluntariado. Então, eles até me incentivam, eles falam: “A Lúcia ‘superstar’!... [ri] Não, não, deixe a Lúcia falar que ela está mais inteirada, deixe a Lúcia falar, né?”. Mas é... é muito bom, posso também falar que é muito bom.

A fala de Lúcia, embora ela procure imprimir um movimento contrário, aponta para a possibilidade de uma competição entre os voluntários, para ver quem entre eles aparece mais. A importância de se sentir valorizado no singular e o mal-estar quando isso não acontece também aparece na fala de Ari, quando ele menciona uma palestra proferida por um representante da ONU, num congresso de voluntários hospitalares:

[...] foi uma indelicadeza muito grande. E o cara é representante da ONU, é... “As vovozinhas”...Ele já começou a palestra falando “as vovozinhas, que fica tricotando, tarará, tarará, são muito queridas, são as voluntárias...”. Ele começando a palestra, colocando como se voluntário... voluntária, né, fosse ainda essas vovozinhas que ficavam fazendo sapatinho de nenê de crochê... O cara tá atrasado quinhentos ano... Então, é... é uma visão que ele... então, ele não conseguiu ainda enxergar o que é hoje o voluntariado. E ele foi dar uma palestra num... congresso de voluntários...

*[...] Mas assim, uma pessoa totalmente desinformada em relação ao trabalho, né? [...] eu vejo que é uma pessoa que ainda não entendeu o **quê** eu tô fazendo ali, né?*

Em suma, por mais importante que seja o trabalho coletivo do voluntariado, e por mais satisfação que ele possa proporcionar a cada voluntário, ele não pode prescindir da busca por um ganho pessoal e por um reconhecimento de seu trabalho e de sua singularidade junto a outros voluntários.

IX. VOLUNTARIADO HOSPITALAR E SUBJETIVIDADE

IX. VOLUNTARIADO HOSPITALAR E SUBJETIVIDADE

“Esta concepção privilegia a posição do sujeito na estrutura institucional e não as características ou capacidades individuais e pessoais. Assim os conflitos, os distúrbios, os desvios, as inadequações são considerados, sobretudo, como expressão desta articulação de posições, e não como sintoma de um indivíduo que está na instituição.”

Marlene Guirado
“Psicologia Institucional”, 1987/2004

“- Isso significa que o sujeito não é uma substância...

- Não é uma substância, é uma forma, e essa forma nem sempre é, sobretudo, idêntica a si mesma. Você não tem consigo próprio o mesmo tipo de relações quando você se constitui como sujeito político que vai votar ou toma a palavra em uma assembléia, ou quando você busca realizar o seu desejo em uma relação sexual. Há, indubitavelmente, relações e interferências entre essas diferentes formas do sujeito; porém, não estamos na presença de um mesmo tipo de sujeito. Em cada caso, se exercem, se estabelecem consigo mesmo formas de relação diferentes.”

Michel Foucault
“A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade”
(entrevista com H. Becker, R. Fornet-Betancourt, A. Gómez-Müller, em 20 de janeiro de 1984)

Nos capítulos anteriores demos alguns passos que consideramos importantes para a consecução do objetivo desta pesquisa, ou seja, o de realizar, por meio de entrevistas com voluntários, um estudo analítico que nos permitisse compreender as práticas do voluntariado nos hospitais em seus aspectos subjetivos e institucionais.

A partir de agora, com base nas análises já apresentadas das falas de nossos entrevistados, conduziremos nossas discussões em duas linhas-mestras. A primeira configura o voluntariado como instituição na instituição hospitalar e a segunda como prática de subjetivação e técnica de si.

Tais linhas-mestras, que se entrecruzam, são as resultantes dos recortes que traçamos em nossas análises. Estas, por seu turno, uma vez realizadas, produziram as aberturas que nos permitem, neste momento, avançar em nossas reflexões sobre a subjetividade e o voluntariado nas instituições hospitalares.

9.1. O voluntariado e a instituição hospitalar

A primeira pergunta suscitada pela análise das entrevistas é: como situar o voluntariado como instituição em relação à instituição hospitalar? Antes de sermos tentados a falar em extraterritorialidade, vamos analisar cuidadosamente tudo o que está envolvido nessa questão.

Em primeiro lugar, lembremos que o que define o voluntariado hospitalar é o fato de ele ser um serviço prestado no hospital concreto. Nesse sentido, ele é a instituição hospitalar acontecendo de um outro modo; um modo, por assim dizer, “voluntário”. Ora, podemos dizer com razão que o hospital concreto não se define pela ação do voluntário, mas sim pelos procedimentos que caracterizam a ação dos médicos, enfermeiros, pessoal de apoio e outros profissionais. É exatamente aí, no ponto em que os agentes do voluntariado hospitalar oscilam entre o reconhecimento e o não reconhecimento de si como agentes hospitalares, que se situa um dos principais pontos de tensão na fala de nossos entrevistados.

Não obstante a sua diversidade, o que define o voluntariado hospitalar é um conjunto de práticas que foram desenvolvidas em função dos hospitais e que só podem ocorrer neles. Se podemos, portanto, falar de um lugar para o voluntariado hospitalar em relação ao hospital concreto, este não é nem extra e nem intraterritorial, mas intersticial; ou seja, o lugar do voluntariado no hospital é o lugar do “outro” no mesmo.

Compreenderemos melhor essa posição da instituição do voluntariado em relação à instituição hospitalar se as pensarmos em termos dos objetos que definem suas práticas concretas. Tomamos como objeto principal da instituição hospitalar a cura, que se baseia na oposição doente/são e na constituição de um corpo anatomofisiológico, o qual pode ser desapropriado e manipulado pelos agentes hospitalares em seus procedimentos. O bem-estar e o mal-estar do paciente aparecem, portanto, como fatores colaterais a serem administrados em

prol desse objeto “cura”, mas não constituem necessariamente o objeto das práticas hospitalares.

É a natureza do objeto “cura” que estabelece a natureza dos procedimentos tipicamente hospitalares. A ministração endovenosa de medicação, as punções, as imobilizações, as cirurgias, etc., ou seja, tudo aquilo que necessariamente deverá causar mal-estar ao paciente é permitido, legítimo e até mesmo autorizado formalmente por meio do termo assinado pelo paciente ou responsável legal quando da internação. Estabelecem-se, portanto, entre pacientes e agentes hospitalares, certas relações de poder que dispõem o corpo em favor das práticas da medicina.

É exatamente aqui que vamos recordar a fala do voluntário Ari:

E o que a gente já percebe, e não sei se é por isso, porque a gente não dá injeção na criança, a gente não corta, a gente não faz nada. Então, até por isso, ela percebe que você pode se aproximar dela que cê não se aproximou pra... pra machucar ou causar algum sofrimento, né? [...] por mais boa vontade que o médico tenha, por melhor, ele tá indo ali mexer, ele tá indo cortar, ele tá indo... vai causar um sofrimento ali, pra depois... trazer a cura.

Note-se que, ao comparar sua prática com a dos agentes hospitalares, Ari diz que os voluntários *não fazem nada*. Entretanto, se partimos do fato de que o voluntariado autoriza e habilita seus agentes a uma série de procedimentos, ao mesmo tempo em que os desautoriza e desabilita para os procedimentos hospitalares, podemos dizer que essa instituição tem como objeto algo que, embora diga respeito ao paciente hospitalar, passa ao largo do corpo anatomofisiológico da medicina. A própria fala do voluntário nos dá a pista para a compreensão de tal objeto: para ele, o corpo imaginário do paciente é o corpo das sensações e dos afetos, do mal e do bem-estar.

Esse corpo sensação-afeto, que demanda carinho, diálogo, prazer, se configura na contramão da cura, objeto sustentado pelos procedimentos e pelas relações hospitalares que se voltam para o corpo anatomofisiológico. É aqui, nesse espaço intersticial de constituição de subjetividades, que têm lugar as práticas do voluntariado nos hospitais, seja lá qual a forma que elas venham a assumir. O voluntariado em hospitais tem como objeto, portanto, algo que

se propõe a superar o objeto “cura”. Estamos falando aqui de um “bem-estar” que independe de um corpo anatomofisiologicamente são e que pode ser, inclusive, o bem-estar de um paciente que morre, a satisfação de um último desejo.

Ao mesmo tempo, a intersticialidade do voluntariado em hospitais confere-lhe uma função de suporte às práticas hospitalares. Ele se propõe muitas vezes a assumir, por assim dizer, um papel “lubrificante”, como redutor das tensões que caracterizam as relações hospitalares. Suaviza, portanto, a trajetória que leva todos os atores da cena hospitalar do pólo da doença ao da saúde. Mais uma vez, vamos lembrar a fala de uma voluntária que, dessa vez, será a de Julieta:

[...] A pessoa... me conta: “Ah, não, eu tô fazendo exame, porque eu vou ser operada e...e o meu problema é esse, mas eu tenho fé, vou ficar boa”. E é isso aí e a gente fala: “Ah, puxa, que bom! Você vai sair mesmo, curada. E esse hospital é ótimo, os médicos são muito competentes...”. E a maior parte das pessoas... eh... falam isso: “Eu vim aqui porque aqui é muito bom e o atendimento é ótimo”. E então, falo: “E então, você vai sair curada.”. E é... e é... e é a fé, a... né, e é... essa interação, essa comunicação.

Observe-se como a voluntária alinhava, com suas próprias palavras, as palavras de fé do paciente à confiança na competência dos médicos e no bom atendimento do hospital. O sentido explícito de todo o diálogo é de fazer com que o paciente acredite que o hospital é bom e que ele vai sair curado. Mesmo assim, como já dissemos, não é somente a cura em si que está em questão, mas uma disposição subjetiva de bem-estar, capaz de garantir a adesão ao tratamento.

Do mesmo modo, o acompanhamento personalizado dos pacientes e familiares, o suprimimento de necessidades geradas pelo tratamento e pela internação, a recreação, etc.; todas essas práticas concorrem para amaciar a dureza das relações hospitalares, tornando mais toleráveis os procedimentos aos quais os pacientes são submetidos.

9.2. Subjetividade e Voluntariado Hospitalar

O que chama a atenção nas entrevistas que analisamos é como as práticas do voluntariado, ou o exercício do “amor ao próximo”, acabam por se constituir como práticas de si. Temos, por certo, que render o merecido tributo a Freud por ter sido, talvez, o primeiro pensador a se arriscar no empreendimento de problematizar a ética do amor ao próximo que caracteriza a nossa experiência cristã e a dizer da impossibilidade do altruísmo sem a satisfação pessoal, seja lá em que nível ela se dê. O “eu” sempre antecede o “próximo” nas ações solidárias.

Não podemos, todavia, deixar de reconhecer em Foucault as ferramentas teóricas que nos permitem falar do voluntariado como prática de subjetivação, ou prática de si. E mais uma vez, em Guirado, o sujeito-dobradiça que, como metáfora da subjetividade, instrumentaliza a análise de cada fala singular como lugar do discurso institucional.

Vamos deixar que um outro voluntário fale e nos dê as pistas de que necessitamos para a compreensão do voluntariado como prática de si. Dessa vez citaremos Tiago, quando ele contrapõe o trabalho voluntário a um trabalho utilitário:

[...] trabalho voluntário não pode ser... utilitário, né, coisa assim. [...] não se pode ignorar que o trabalho voluntário é um trabalho de... confronto constante com a sua subjetividade, não é? [...] Então, eu acho que há muito mais no trabalho voluntário, do que simplesmente... a contribuição que a gente leva, não é? Ah... realmente... é um trabalho de... de... é um trabalho terapêutico. [...] Porque senão, vira assim... enfermeira, voluntário, paciente, a gente vai lá, conta a história, sai... São todos seres humanos, todos se confrontando em suas subjetividades, em suas questões... [...] cada um tem uma história.

Tiago havia dito anteriormente em sua entrevista que, entre os profissionais do hospital, considerava as enfermeiras como os mais “humanizantes”, por estarem sempre ao lado do paciente perguntando: “*cê tá bem?*”. Todavia, a fala acima indica que o trabalho utilitário é aquele que, embora contribua de alguma maneira para o bem-estar do outro – e aqui ele menciona explicitamente a enfermeira como exemplo – não é um trabalho “terapêutico”.

Note-se que a expressão “trabalho terapêutico” não se refere à cura do corpo anatomofisiológico e nem ao bem-estar do paciente, mas a algo que ocorre com o próprio

voluntário. Qualquer que seja, portanto, a mudança subjetiva ou o bem-estar que o voluntário venha a proporcionar ao paciente em sua relação com o hospital, nada se compara à mudança subjetiva – a terapia – pela qual passa o próprio voluntário, na relação com o outro.

A implicação subjetiva do voluntário está na própria essência do seu trabalho. Isso é bem resumido na seguinte fala de Márcia, e também é patente nas falas de todos os nossos entrevistados:

O trabalho voluntário... faz muito, muito, muito bem pra quem tá fazendo o trabalho voluntário. Apesar de você tá, tá se disponibilizando a ajudar o próximo, mas o bem que ele faz pessoal, bem pessoal é enorme.

O “bem pessoal” a que se refere Márcia é tudo aquilo que serve para uma ampliação subjetiva, um crescimento ou um engrandecimento que se dá pela disposição de lugares para si e para o próximo numa relação de ajuda. Aquele que se põe no lugar de quem quer e pode fazer algo por um outro que precisa e quer, mas não pode, leva certamente uma vantagem. Torna-se, por assim dizer, o centro de todos os desejos e o objeto de todos os afetos. Isso é o que diz Lúcia numa fala exemplar:

Como é bom, sabe, a gente... Eu chego, sento, eles vêm, sentam no colo: um numa perna, outro na outra, outro na outra perna, outro nessa... [ri e chora].[...] eu vejo ternura neles, deles pra mim, e isso é... é muito bom. [...] Pra mim é o que eu mais gosto, é a recompensa, é a paga, como falam, né, do trabalho, do meu trabalho voluntário.

A gratificação do trabalho voluntário baseia-se, portanto, na constituição de uma posição subjetiva na relação com o outro que é capaz de produzir intenso bem-estar para quem a ocupa. O voluntário está no lugar de quem gratifica, mas a gratificação não é unilateral. Entre aquele que é gratificado e aquele que gratifica não há distância, mas uma quase-identidade. Quando se fala da gratificação do serviço voluntário, não se sabe quem está no lugar de quem. É isso o que leva Tiago a dizer: “eles ‘tão’ fazendo trabalho voluntário... comigo”.

É bem verdade que os voluntários mencionam em suas entrevistas certas situações em que não se pode evitar o mal-estar. Esse é o caso, por exemplo, do voluntário cuja presença é

solicitada no momento em que a família é informada sobre o estado terminal de um ente querido, ou aquele que ao entrar na enfermaria presencia a dor paroxística de um paciente. De uma forma mais branda, podemos falar também de mal-estar quando o contato com o paciente é prejudicado ou mesmo impedido, por qualquer motivo, por um familiar ou profissional de saúde. Todavia, nenhuma dessas situações parece ser capaz de embaçar totalmente o brilho da “paga” do voluntário. Há sempre um saldo positivo em favor do bem-estar.

Esse equilíbrio pode, porém, ser rompido. O voluntariado pode deixar de ser prazeroso quando as tarefas sobrepõem o sujeito; ou, em outras palavras, quando o trabalho produz o esquecimento de si. É isso o que, em suas palavras, diz Maria Luiza:

[...] na hora que você fica com muito trabalho pra fazer e que você não dá conta e que falta, e que teu prazo tá limitado pra entrega dos trabalhos. E aí você fala: “ai, gente, por que que eu tô nisso? O que que eu tô fazendo?”, né? Porque aí você acaba voltando a estudar, a se capacitar... [...] aí no outro dia você levanta no... como se não houvesse falado aquilo e quando você vê, você já tá chegando na instituição.

Pelo excesso de demandas e prazos da instituição o prazer na relação com o outro desapareceu. O modo que a voluntária encontra para lidar com o mal-estar é, nesse caso, a busca de estudo e de capacitação, ou seja, de um trabalho de reajuste subjetivo que possibilite uma espécie de “manutenção de si” como voluntária.

Podemos dizer que a relação eu/outro na perspectiva do “amor ao próximo” diz respeito à constituição de proximidades. A proximidade possível e desejável para cada voluntário é aquela que permite um realinhamento subjetivo na relação com o outro que não coloque em risco o seu próprio ganho, o seu saldo positivo de bem-estar e, ao mesmo tempo, restringe a demanda do próximo àquilo que o voluntário pode dar.

Vamos buscar na teoria alguns instrumentos para dar continuidade a nossas reflexões. Por um lado o amor ao próximo, bem o disse Freud, não pode existir sem um certo risco para o sujeito (vide pg. 55 desse trabalho). Por outro lado, Foucault nos permite perceber que o voluntariado implica uma relação em que alguém se coloca no lugar de quem quer e pode ajudar um outro que supostamente precisa e não pode; ou seja, é uma relação de poder. Como

tal, ele exige que o campo de ação livre dos envolvidos esteja devidamente estruturado para que não haja “abusos” de uma parte ou de outra. É por isso que o voluntariado, como qualquer outra relação de poder, é um jogo estratégico. E por ser um jogo que implica o sujeito, ele está intimamente ligado ao cuidado de si.

Todas as falas analisadas apontam para a necessidade de uma definição de lugares para si e para o outro na relação de proximidade que caracteriza o voluntariado. Aqui não nos referimos apenas a uma identificação com o outro, mas à construção de um lugar para si como aquele que tem o poder e o saber para ajudar e, não obstante, usufruir do bem-estar que a relação de ajuda produz. Todavia, esse poder e esse saber do voluntário devem necessariamente passar por uma constante negociação por espaços, por avanços e por recuos estratégicos, capazes de manter o nível de tensão necessário à proteção do agente e da preservação da prática.

É em tal negociação que os grupos de voluntários adquirem importância, desenhando as coordenadas pelas quais cada voluntário deve se orientar em seu trabalho no hospital. E eles podem contribuir também, de modo mais ou menos explícito, para a constituição de espaços de realização e, ao mesmo tempo, de dispositivos para proteção subjetiva do voluntário. Falaremos sobre isso no próximo subtópico.

9.3. A função dos Grupos

Embora uma discussão acerca dos grupos de voluntariado não tenha sido mencionada explicitamente na formulação do objetivo dessa pesquisa, as análises das entrevistas dos voluntários mostraram que eles cumprem um papel-chave nas práticas do voluntariado, tanto no que diz respeito aos processos de subjetivação, quanto na reprodução do objeto institucional que, como vimos anteriormente, é o bem-estar. Em suas semelhanças e

diferenças, eles são referências importantes para nossa reflexão sobre o voluntariado como instituição nas instituições hospitalares e sobre o hospital, onde o voluntariado acontece.

Os grupos parecem cumprir um papel de destaque na organização dos procedimentos e na transmissão do saber sobre o voluntariado em hospitais. A disciplina de cada grupo permite, com base na experiência acumulada de voluntariado de seus fundadores e coordenadores, a estruturação de campos seguros para a atuação do voluntário.

Todos os grupos dispõem, de algum modo, de procedimentos específicos para a constituição do voluntário como sujeito das práticas institucionais do voluntariado hospitalar. Os grupos Beta, Gama e Delta dispõem de programas formais de seleção, capacitação e de acompanhamento dos voluntários. O Grupo Alfa parece ser a grande exceção, uma vez que seus voluntários se constituem como tal assim que ingressam nele.

O Grupo Alfa parece apostar nos recursos pessoais de cada voluntário, colocando-o na vanguarda da disputa por espaços de atuação no hospital. Não há qualquer procedimento formal para capacitá-los, além do acompanhamento por voluntários mais experientes. Todavia, ao dispor um lugar de destaque para a personalidade de seus voluntários, favorece que eles ganhem um brilho e um poder pessoal à prova de qualquer frustração. Dessa forma, Lúcia e Ari protegem-se no “eu” – “eu vou”, “eu fico”, “eu busco”, “eu levo”, etc. – com o cuidado único de não ultrapassar os limites impostos pelas normas do hospital e do próprio grupo. Do contrário, podem ser “enquadrados”.

O Grupo Beta, por sua vez, aposta no voluntário como força de trabalho organizada pela descrição de funções pré-estabelecidas na tarefa coletiva de acompanhamento dos pacientes. Na sua rotina e disciplina bem marcadas, esse grupo protege seus voluntários apostando em suas características pessoais apenas como “perfil” necessário a certas tarefas. Márcia e Maria Luiza se preservam subjetivamente na função desenhada pela organização do grupo, à qual

têm que se adaptar. Assim, elas só são reconhecidas como quem ajuda quando estão de uniforme em seu posto de trabalho.

O grupo Delta define não uma tarefa mas, por meio de uma caracterização que figura pela via do humor o jogo do reconhecimento e do estranhamento do hospital em relação ao voluntário, desenha um campo de relativa previsibilidade no que se refere às reações do outro e, ao mesmo tempo, um lugar seguro para a sua ação. Esse grupo nos parece o mais explícito no que se refere à proteção do voluntário. Por meio da caracterização, o voluntário pode constituir uma outra identidade, um outro “eu” afeito à exposição, ao estranhamento e ao ridículo. Isso facilita, dá segurança às voluntárias Raquel e Julieta no contato com o outro, porque elas o vivenciam como cena à qual respondem como personagens e não como pessoas.

Deixamos por último o Grupo Gama, porque parece haver na fala de seus voluntários uma disposição discursiva que mais os expõe do que propriamente os protege subjetivamente. As falas de Aline e Tiago mostram, muitas vezes, a solidão do voluntário na cena hospitalar, onde eles amiúde se identificam com o sofrimento dos próprios pacientes. Lembremos, por exemplo, o relato em que Aline se vê tão desamparada quanto a criança que ela é obrigada a limpar e lavar por causa da insuficiência da equipe de enfermagem. Ou os momentos em que a infância com a qual Tiago toma contato no hospital o remete à sua própria infância, ao mesmo tempo em que o paralisa numa posição incômoda e impotente perante o sofrimento presenciado.

Não contamos com elementos para avaliar a que ponto tal posição subjetiva dos voluntários do Grupo Gama tem a ver com a sua longa formação, na qual o aspecto psicológico tem um lugar de destaque. O que podemos afirmar, com base em suas entrevistas, é que eles, mais do que os outros voluntários, se referem a atividades fora do horário trabalho voluntário. Essas atividades podem se concentrar na busca de novos recursos – brincadeiras,

músicas, técnicas de interpretação – que os ajudem a se manter como voluntários ou, no caso específico de Tiago, na reflexão sobre si mesmo e sobre sua história.

Apesar de suas diferenças, o que é comum a todos os grupos é a presença de uma estratégia mais ou menos explícita para lidar com a questão do reconhecimento e da legitimação do voluntariado, assim como a da proteção subjetiva do voluntário no ambiente hospitalar. Cada um deles traça o terreno de realização do voluntariado à sua maneira, por definir as fronteiras da atuação do voluntário ou os modos pelos quais ele pode se oferecer para a ajuda com o mínimo de desgaste possível e, melhor, com a garantia da gratificação de bem-estar que, com certeza, todo o voluntário deseja.

9.4. Para concluir

Em harmonia com o objetivo a que nos propusemos na Introdução desse trabalho, os procedimentos de análise, na perspectiva do sujeito-dobração, permitiram-nos expor as amarras institucionais nas falas dos voluntários mostrando, ao mesmo tempo, os movimentos de subjetivação nele engendrados. Pudemos ali perceber os pontos de tensão ou de repetição da instituição, no discurso que organiza um sujeito que, em sua singularidade, é instância instituinte da prática.

Por meio de tal análise, pudemos vislumbrar o que constitui a subjetividade do voluntário na relação de ajuda. O sujeito-voluntário produzido na singularidade de cada fala é a subjetivação/efeito (produção e transformação) de um certo “cuidado de si”, no sentido dado a essa expressão por Michel Foucault. O “cuidado de si”, nos jogos de verdade do voluntariado, tem o caráter de possibilitar as condições que viabilizam uma “transformação do sujeito” como fator constituinte de sua prática.

A análise das entrevistas mostrou também que o objeto do voluntariado hospitalar é, nos interstícios da cura do corpo anatomofisiológico desenhado pelas relações hospitalares, o

“bem-estar” de um corpo sensação-afeto. Entretanto, as relações que sustentam tal objeto “bem-estar” sustentam também os modos de ser sujeito do voluntariado. É assim que a relação de ajuda produz bem-estar não apenas para o cliente mas também para o voluntário, na medida em que ele se percebe num lugar de poder e de superação do mal-estar.

Toda relação de proximidade, porém, envolve um risco subjetivo porque sempre há a possibilidade de que o jogo se vire contra o próprio voluntário. É aqui que o voluntariado institui jogos de verdade pelos quais dispõe as condições para a constituição de subjetividades e proximidades possíveis.

São necessários, portanto, procedimentos capazes de garantir o ganho de transformação subjetiva e o bem-estar para o voluntário. Os programas de voluntariado hospitalar devem implicar práticas de subjetivação capazes de estruturar a relação de ajuda. Nesse sentido, os grupos têm uma função importante na transmissão de técnicas e saberes que, com base na experiência acumulada de voluntariado, servem à constituição de subjetividades e à proteção do objeto institucional.

O que acabamos de dizer vai ao encontro do que foi dito por Dolto (in SÉVÉRIN, 1979, p. 152):

(...) O gratuito não existe... senão para certas almas piedosas ou militantes que são vítimas de um engodo.

(...) Há sempre uma troca. Há sempre alguma coisa que é dada, contra outra que é recebida. (...) O fato de nos colocarmos na pele do outro, prova que o ato não é tão desinteressado.

É sempre assim que se entra em contato com o outro: encontra-se a si mesmo na pessoa do outro que se torna nosso espelho. É a si mesmo, narcisicamente projetado, que se presta socorro. É a isso que se dá o nome de ato desinteressado.

E é das práticas de subjetivação, ou do “cuidado de si” produzido nos jogos de verdade do voluntariado, que se fazem as proximidades que tornam o amor ao próximo possível, porque livre dos termos absolutos da incondicionalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, J.L.F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras&Letras, 1991. 168 p.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 276 p.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 5ª. edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. 300 p.
- BRANT, M. (Ed.). Voluntariado. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 1º. de abril de 2001. Caderno Especial 1. 8 p.
- CORRULLÓN, M.B.G.; MEDEIROS FILHO, B. **Voluntariado na Empresa: gestão eficiente da participação cidadã**. São Paulo: Petrópolis, 2002. 144 p.
- CUNHA, A.G. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. 2ª. edição Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
- DAL RIO, M.C. **O Trabalho Voluntário: Uma questão contemporânea e um espaço para o aposentado**. São Paulo: SENAC, 2004. 142 p.
- DOHME, V.D. **Trabalho voluntário: primeiros passos para a construção de um trabalho voluntário construtivo, desafiante e agradável**. 2ª. edição. São Paulo: Centro de Voluntariado de São Paulo, 1998. 19 p.
- DOMENEGHETTI, A. M. **Voluntariado: Gestão do trabalho voluntário em organizações sem fins lucrativos**. São Paulo: Esfera, 2001. 184 p.
- FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 99-111.
- _____. (1963). **O nascimento da clínica**. 2.edição. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980. 241 p.
- _____. (1989). Omnes et Singulatim. In: **La vida de los hombres infames**. La Plata (Argentina): Altamira, 1994, p. 179-205.
- _____. (1981). Lacan, o “liberatore” da psicanálise. In: **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. 2ª. edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. p. 329-330. (Ditos e Escritos, v. I).
- _____. **Resumo dos cursos do College de France**. (1970-1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. 134 p.
- _____. (1982) **Tecnologías del Yo**. Barcelona: Paidós, 1995. p. 45-94.
- _____. (1982b) **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 680 p.

FOUCAULT, M. (1983). A Escrita de Si. In: **Ética, sexualidade e política**. São Paulo: Forense Universitária, 2004. p. 144-162. (Ditos e Escritos, v. V)

_____ (1983a). **Discurso Y verdad en la Antigua Grecia**. Barcelona: Paidós, 2004. 224 p.

_____ (1984a). Foucault. In: **Ética, sexualidade e política**. São Paulo: Forense Universitária, 2004. p. 234-239. (Ditos e Escritos, v. V)

_____ (1984b) O cuidado com a verdade. In: **Ética, sexualidade e política**. São Paulo: Forense Universitária, 2004. p. 240-251. (Ditos e Escritos, v. V)

_____ (1984c) A ética do cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: **Ética, sexualidade e política**. São Paulo: Forense Universitária, 2004. p. 264-287. (Ditos e Escritos, v. V)

_____ (1984). O sujeito e o poder. In: DREYFUSS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUILLOUX, D. (et alii). **Dicionário Cultural da Bíblia**. São Paulo: Loyola, 1998.

FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1997. Vol. XIX. 1 CD-ROM.

_____ (1930 [1929]). **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 116 p.

GUILHON DE ALBUQUERQUE, J.A. **Metáforas da Desordem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. 119 p.

GUIRADO, M. (1986) **Instituição e relações afetivas: o vínculo com o abandono**. Edição revista e ampliada. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 254 p.

_____ (1987) **Psicologia Institucional**. 2ª. edição revista e ampliada. São Paulo: EPU, 2004. 130 p.

_____ (1995) **Psicanálise e análise do discurso**. Edição. revista e ampliada. São Paulo: Summus, 2006. 141 p.

_____ **A clínica psicanalítica na sombra do discurso: diálogo com aulas de Dominique Maingueneau**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 132 p.

_____ Prefácio. In: GUIRADO, M.; LERNER, R. (Org.). **Psicologia: pesquisa e clínica**. São Paulo: Anna Blume, 2007. 267 p.

LAROUSSE CULTURAL. **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Universo/Círculo do Livro, 1992.

LEMAITRE, N.; QUINSON, M.T.; SOT, V. **Dicionário Cultural do Cristianismo**. São Paulo: Loyola, 1999.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso**. 3ª edição. Campinas: Pontes, 1997. 198 p.

MARTÍNEZ, J.M.B. **Aspectos de la sociedad romana del Bajo Imperio en las cartas de San Jerónimo**. In **Antigua: Historia y Arqueología de las civilizaciones**. Página mantida pelo Taller Digital de la Universidad de Alicante. Disponível em: <<http://www.cervantesvirtual.com/portal/antigua>>. Acesso em 23/12/2005.

MARTINS FILHO, I.G.S. Aspectos trabalhistas do serviço voluntário e religioso. In: MARTINS FILHO, I.G.S. (org.). **Trabalho Voluntário e Religioso**. São Paulo: LTr, 2002. pp. 32-55.

MÉDA, D. **Le travail: une valeur en voie de disparition**. Paris: Flammarion, 1995. 358 p.

MEDEIROS, A. **Voluntariado – revisitando antigas práticas: a concepção do voluntário sobre sua ação**. 2002. 2 vol. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.

MESGRAVIS, L. **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884): Contribuição ao Estudo da Assistência Social no Brasil**. 1972. 342 f. Tese (Doutorado) - Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1972.

NACHIMOWICZ, I. **Efemérides: historia antigua**. In: <http://efemerides2.webcindario.com/diciembre/diciembre_IV.htm>. Acesso em 23/12/2005.

ORTIZ, M.C.M. **O lugar da mãe no tratamento do câncer infantil**. São Paulo: Arte&Ciência, 2003. 365 p.

PEREZ, C.; JUNQUEIRA, L.P. **Voluntariado e a gestão de políticas sociais**. São Paulo: Futura, 2002. 391 p.

PROGRAMA “VOLUNTÁRIOS”. Site institucional: <<http://www.programavoluntarios.org.br>>. Acessado em 11 de março de 2006

REVEL, J. **Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005. 87 p.

SBERGA, M. P. **Voluntariado Jovem: Construção da identidade e educação sócio-política**. São Paulo: Salesiana, 2001. 262 p.

SELLI, L. ; GARRAFA, V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 39 (3), p. 473-8, 2005.

SESC SÃO PAULO. **Voluntariado e terceira idade**. Disponível em <<http://www.portaldovoluntario.org.br>>. Acesso em 19 de mar. 2006.

SÉVÉRIN, G. **O evangelho à luz da psicanálise: Françoise Dolto entrevistada por Gerard Sévérin**. Rio de Janeiro, Imago, 1979. 159 p.

SÉVÉRIN, G. **O evangelho à luz da psicanálise: Françoise Dolto entrevistada por Gerard Séverin**. Livro 2. Rio de Janeiro, Imago, 1981. 170 p.

SILVA, H.B.D.S. **O voluntariado entre idosos no município de São Paulo**. 2003. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

SILVEIRA, J.D.N. **Satisfação no trabalho e a realização de trabalho voluntário: estudo de casos**. 2002. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Estudos Pós-graduados em Administração, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.

ANEXOS

Anexo A – Roteiro de Entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS VOLUNTÁRIOS

DADOS GERAIS:

1. Idade
2. Sexo
3. Estado civil
4. Escolaridade
5. Filhos? Quantos? Idades?
6. Profissão

TÓPICOS SOBRE O VOLUNTARIADO:

1. Há quanto tempo é voluntário hospitalar?
2. Quanto tempo do dia dedica a esse serviço? De que forma organiza esse tempo?
3. Teve algum fato que o (a) fez querer se voluntário hospitalar?
4. Conte como é um dia aqui no
5. Do que você mais gosta no seu trabalho como voluntário? Explique.
6. Do que você menos gosta? Explique.
7. Relate um acontecimento importante no seu trabalho como voluntário. Frustrações?
8. Como é sua relação com o pessoal do hospital (enfermeiros e médicos)? Dê exemplos.
9. Como é sua relação com os pacientes? Dê exemplos.
10. Como é a relação entre os voluntários de sua associação?
11. Como é a relação entre os voluntários de sua associação e outros voluntários?
12. Você pretende continuar nesse serviço? Por quanto tempo?
13. O que o(a) leva a querer continuar?
14. O que o(a) levaria a desistir?

Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Subjetividade e Voluntariado em Estabelecimentos Hospitalares

Eu, _____

Idade: _____, RG: _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do Projeto de Pesquisa de Doutorado supracitado, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Ms. MARTA CRISTINA MEIRELLES ORTIZ, doutoranda pelo Programa de Pós Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Marlene Guirado.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1 - O objetivo da pesquisa é estudar as motivações para o serviço voluntário em estabelecimentos hospitalares, a partir da de entrevistas com voluntários;

2 - Durante o estudo será feita uma entrevista semidirigida que será gravada.

3 - Os procedimentos aplicados não oferecem riscos à integridade moral, física ou mental dos voluntários;

4 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa;

5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;

6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, exposto acima, incluído sua publicação na literatura científica especializada;

7 - Poderei contatar a Coordenação do Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, através do telefone PSA-IPUSP: (11) 3091-4355/4302.

8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Prof^ª. MARTA CRISTINA MEIRELLES ORTIZ, sempre que julgar necessário pelo telefone; (11) 3663-3929;

9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

São Paulo, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do Voluntário

Pesquisadora: Marta Cristina Meirelles Ortiz