

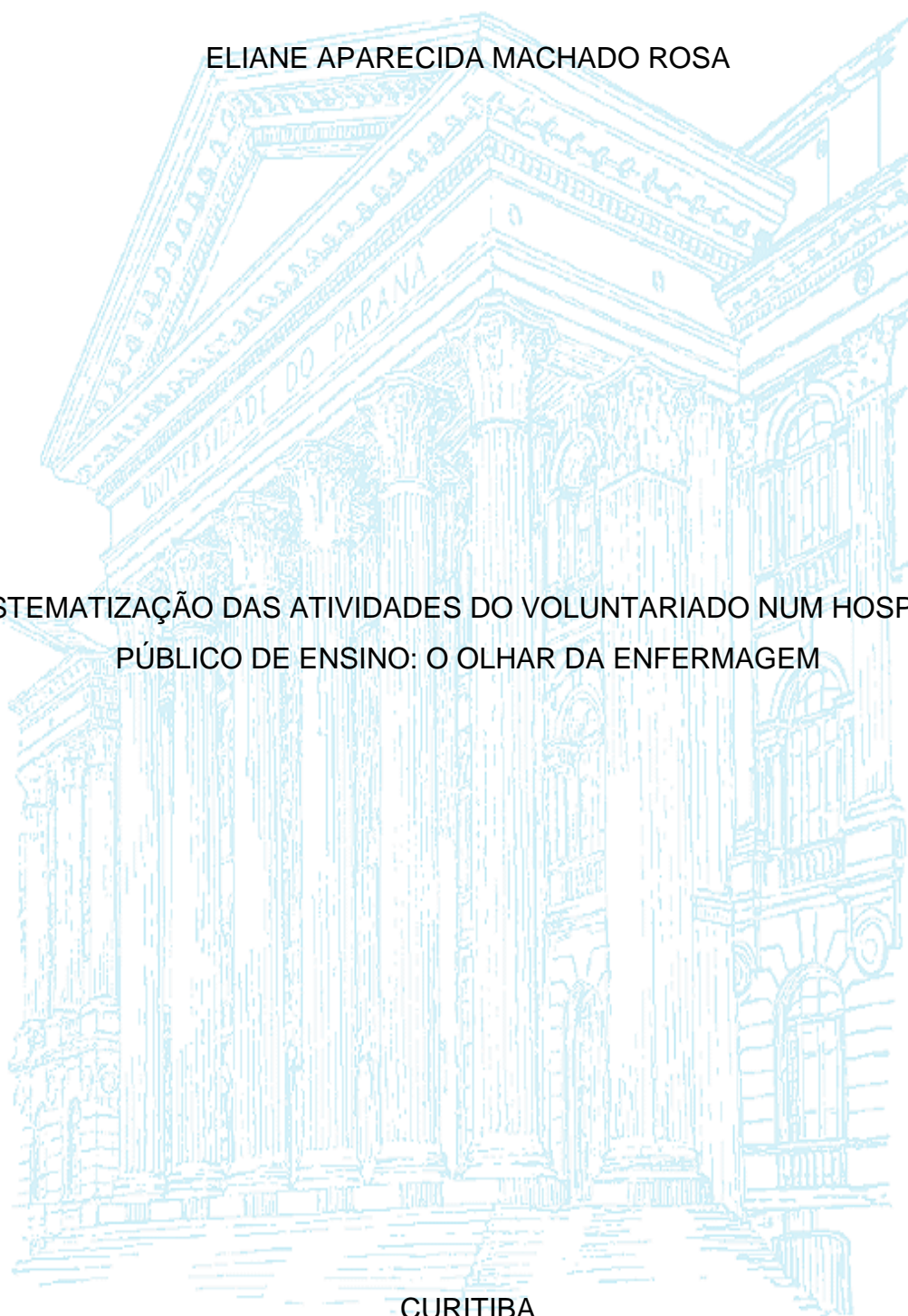
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIANE APARECIDA MACHADO ROSA

SISTEMATIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO VOLUNTARIADO NUM HOSPITAL
PÚBLICO DE ENSINO: O OLHAR DA ENFERMAGEM

CURITIBA

2014



ELIANE APARECIDA MACHADO ROSA

SISTEMATIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO VOLUNTARIADO NUM HOSPITAL
PÚBLICO DE ENSINO: O OLHAR DA ENFERMAGEM

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem, no curso de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Marta Nolasco Chaves

CURITIBA

2014

Rosa, Eliane Aparecida Machado

Sistematização das atividades do voluntariado num hospital público de ensino: o olhar da enfermagem / Eliane Aparecida Machado Rosa - Curitiba, 2014.

173 f. : il.(color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Nolasco Chaves
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Voluntários. 2. Hospitais. 3. Enfermagem. 4. Saúde Coletiva
I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD 610.730698

TERMO DE APROVAÇÃO

ELIANE APARECIDA MACHADO ROSA

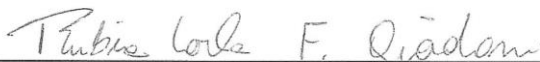
SISTEMATIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO VOLUNTARIADO NUM HOSPITAL PÚBLICO DE
ENSINO: O OLHAR DA ENFERMAGEM

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



Presidente da Banca: Prof^a. Dr^a. Maria Marta Nolasco Chaves

Universidade Federal do Paraná



Membro Titular Externo: Prof^a. Dr^a. Rubja Carla Formighieri Giordani

Departamento de Nutrição/Universidade Federal do Paraná



Membro Titular Interno: Prof^a. Dr^a. Lilians Müller Larocca

Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 31 de Outubro de 2014.

*Dedico este trabalho à minha família,
pelo apoio e compreensão ao longo de todo o processo.*

AGRADECIMENTOS

Senhor, sua presença nessa caminhada foi algo imprescindível.

Agradeço suas mãos, que carinhosamente, me ampararam...

Aos amores da minha vida, meus filhos, que em sua ingenuidade de criança entenderam as ausências e mantiveram o sorriso a cada reencontro.

Ao meu marido, pela companhia, auxílio e compreensão.

Aos meus pais, pela ajuda e apoio incondicional.

À Professora Marta, minha orientadora, por acreditar na proposta e pelos ensinamentos que foram muito além dessa dissertação. Sua disposição e empenho em cada fase do projeto foram determinantes para esse resultado.

Aos demais professores e professoras do Programa de Pós de Graduação em Enfermagem da UFPR, por compartilharem suas experiências e saberes.

A todos os participantes da pesquisa, pela disponibilidade e interesse em contribuir para a realização desse estudo.

Aos voluntários sociais, amigos adquiridos no convívio da prática profissional, para quem dedico sentimentos verdadeiros de respeito e admiração.

Aos gestores dos locais de trabalho, pela compreensão da importância do Mestrado e pela possibilidade de realizá-lo.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para essa dissertação.

*Não deixe que a saudade sufoque,
que a rotina acomode,
que o medo o impeça de tentar.
Desconfie do destino e acredite em você.
Gaste mais horas realizando que sonhando,
fazendo que planejando,
vivendo que esperando, porque,
embora quem quase morre esteja vivo,
quem quase vive... já morreu.*

Luis Fernando Veríssimo

RESUMO

Pesquisa exploratória de caráter qualitativo e quantitativo que teve como objetivo construir uma proposta para a sistematização das atividades dos voluntários sociais em um hospital público de ensino. Para tanto, foi ancorada na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, a qual se fundamenta no Materialismo Histórico e Dialético. Desta teoria foram desenvolvidas as três primeiras etapas: captação, interpretação e elaboração de uma proposta de intervenção na realidade objetiva. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista semi-estruturada com 20 profissionais da enfermagem e 11 voluntários sociais que atuam em um hospital público de ensino na cidade de Curitiba- PR. Para caracterização do Serviço de Voluntários os dados foram obtidos a partir de fontes secundárias e da observação sistematizada, permitindo o levantamento de particularidades como idade, sexo, ocupação e residência dos voluntários. As informações coletadas com as entrevistas possibilitaram a construção de quatro categorias empíricas e seis subcategorias, que foram submetidas a Análise do Discurso. Teve-se como categorias: compreensão dos profissionais de enfermagem sobre o voluntariado; compreensão dos participantes sobre o voluntariado; atividades executadas pelos voluntários e contradições na prática do voluntariado e da enfermagem. As categorias empíricas permitiram perceber que as ações voluntárias são relevantes para o trabalho da equipe da enfermagem, bem como para a instituição, produzindo reflexos positivos nos atendimentos aos usuários, segundo os participantes do estudo. Com base na discussão dos resultados, construiu-se uma proposta de sistematização para as atividades do voluntariado social no hospital, a qual foi apresentada como procedimento operacional padrão. Ao final, considerou-se que o modelo de produção capitalista e sua influência na precarização da assistência à saúde têm produzido reflexos diretos sobre os processos de trabalho no setor, assim como é determinante na compreensão do trabalhador sobre sua prática profissional. Neste viés, questiona-se o incentivo e a apropriação do Estado das ações voluntárias em instituições públicas como forma suprir as demandas as quais estão sob sua responsabilidade. Conclui-se que novas abordagens sobre o objeto aqui investigado, tendo como referência o setor público, são necessárias para que não se desvalorize a prática do voluntário enquanto agente social de transformação. Por fim, salienta-se apenas que seja observado à prática do voluntariado e a relação desta com o trabalho profissional nos diferentes contextos do setor saúde.

Palavras-chaves: Voluntários; Hospitais; Enfermagem; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Qualitative exploratory research that aimed to construct a proposal for systematization of social volunteer's activities in a public teaching hospital. Therefore, it was anchored in the Theory of Praxis Intervention of Community Health Nursing – TIPESC, which is based on Historical and Dialectical Materialism. From this theory were developed the first three stages of the theory - capitulation, interpretation and elaboration of a proposal for intervention in objective reality. The data collected occurred through semi-structured interviews with 20 nursing professionals and 11 social volunteers working in a public teaching hospital in the city of Curitiba – PR. For characterization of the Volunteer Service, data were obtained from secondary sources and systematic observation, allowing the lifting of traits such as age, gender, occupation and residence of the volunteers. The information collected from the interviews allowed the construction of four empirical categories and six subcategories, which were analyzed through Discourse's Analysis. The results lead to the categories: nursing professionals' understanding about volunteering; participants' understanding about volunteering; activities performed by volunteers and contradictions in the practice of nursing and volunteering. The empirical categories enabled realize that voluntary actions are relevant to the nursing staff's work, as well as to the institution, producing positive effects on users' attendances, according to the study's participants. Based on the discussion of the results, it was constructed a systematization proposal for volunteering's activities at the hospital, which was presented as standard operational procedure. At the end, it was considered that the model of capitalist production and its influence on the precariousness of health care have produced direct effects on work processes in the area, as it is crucial in workers' understanding on their professional practice. In this bias, questions whether the incentive and the appropriation of the State over the voluntary actions in public institution are of supplying the demands under its responsibility. We conclude that new approaches to the subject investigated here, with reference to the public sector, are necessary so as not to devalue the practice of voluntary as a social change agent. Finally, it is stressed that it is only observed for volunteering and its relationship with professional work in different areas of the health sector.

Keywords: Volunteers; Hospitals; Nursing; Collective Health.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DE HORAS TRABALHADAS PELOS VOLUNTÁRIOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO, POR ANO, NO PERÍODO DE 2002 A 2011. CURITIBA-PR, 2014.....	44
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE HORAS TRABALHADAS PELOS VOLUNTÁRIOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO, SEGUNDO OS MESES, NO ANO DE 2012. CURITIBA, 2014....	69
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS SETORES, SEGUNDO NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE ATENDIMENTO AOS VOLUNTÁRIOS DA SALA NO ANO DE 2012. CURITIBA-PR, 2014.....	70
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS SEGUNDO SEXO, DE ACORDO COM DADOS DOS TERMOS DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/2012, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	83
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, DE ACORDO COM DADOS DOS TERMOS DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/2012, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	83
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS SEGUNDO ANOS DE PERMANÊNCIA NO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, DE ACORDO COM DADOS DO TERMO DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/2012, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	84
GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, SEGUNDO AS PRINCIPAIS OCUPAÇÕES, DE ACORDO COM DADOS DO TERMO DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/12, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO, CURITIBA-PR, 2014.....	85
GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, DE ACORDO COM DADOS PREENCHIDOS NO TERMO DE ADESÃO ATÉ DEZEMBRO/12, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	86
GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, SEGUNDO BAIRRO DE RESIDÊNCIA NO DISTRITO MATRIZ, DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, DE ACORDO COM DADOS DO TERMO DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/12, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	86

GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, SEGUNDO BAIRRO DE RESIDÊNCIA NO DISTRITO BOA VISTA, DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, DE ACORDO COM DADOS DO TERMO DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/12, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	87
GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, DE ACORDO COM DADOS DO TERMO DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/12, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	87
GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SEGUNDO OCUPAÇÕES DECLARADAS, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	89
GRÁFICO 13 - COMPARATIVO DAS RESPOSTAS DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS E DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM, PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM RELAÇÃO À PERGUNTA SOBRE O TEMPO ENTRE A SOLICITAÇÃO E A CHEGADA DO VOLUNTÁRIO PARA EXECUÇÃO DAS TAREFAS SOLICITADAS, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	91
GRÁFICO 14 - COMPARATIVO DAS RESPOSTAS DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS E DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM, PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM RELAÇÃO À PERGUNTA SOBRE A APRESENTAÇÃO E DISPONIBILIDADE DO VOLUNTÁRIO PARA EXECUÇÃO DAS TAREFAS SOLICITADAS, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	92
GRÁFICO 15 - COMPARATIVO DAS RESPOSTAS DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS E DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM, PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM RELAÇÃO À PERGUNTA SOBRE A EXECUÇÃO DAS TAREFAS SOLICITADAS AOS VOLUNTÁRIOS DA SALA, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	92
GRÁFICO 16 - COMPARATIVO DAS RESPOSTAS DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS E DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM, PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM RELAÇÃO À PERGUNTA SOBRE A RELAÇÃO DE TRATAMENTO ENTRE O VOLUNTÁRIO E O USUÁRIO NA EXECUÇÃO DAS TAREFAS SOLICITADAS, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	93

LISTA DE QUADRO E FIGURAS

QUADRO 1 - MARCOS HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À SAÚDE DA POPULAÇÃO NA INSTITUIÇÃO.....	65
FIGURA 1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DIVISÃO DE GRUPOS DE VOLUNTÁRIOS, PELA NATUREZA DA VINCULAÇÃO JUNTO AO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	68
FIGURA 2 - ORGANOGRAMA DO HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO, APRESENTANDO A DIRETORIA DA ASSISTÊNCIA E SUAS RESPECTIVAS UNIDADES FUNCIONAIS. CURITIBA-PR, 2014.....	72
FIGURA 3 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS NOS DISCURSOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014.....	95

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE FUNCIONÁRIOS DA ENFERMAGEM, SEGUNDO FORMAÇÃO PROFISSIONAL, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2013.....	71
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS SETORES DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA, NEUROLOGIA, CLÍNICA MÉDICA MASCULINA, CLÍNICA MÉDICA FEMININA E CENTRO DE TERAPIA SEMI-INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO, SEGUNDO NÚMERO DE INTERNAÇÕES, NÚMERO DE PACIENTES/DIA, MÉDIA DE PERMANÊNCIA, ÍNDICE DE GIRO E NÚMERO MÉDIO DE LEITOS UTILIZADOS, REFERENTE AO ANO DE 2012. CURITIBA-PR, 2013.....	71
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO, SEGUNDO REGISTROS DO MÊS DE ABRIL DE 2014. CURITIBA-PR, 2014.....	94

LISTA DE SIGLAS

APACN	- Associação de Apoio a Criança com Neoplasia
CAPs	- Caixa de Aposentadoria e Pensão
CMF	- Clínica Médica Feminina
CMM	- Clínica Médica Masculina
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COPLAD	- Conselho de Planejamento e Administração
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
CTSI	- Centro de Terapia Semi-Intensiva
DCC	- Direção de Corpo Clínico
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	- Estados Unidos da América
FIDEPS	- Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
FUNPAR	- Fundação da Universidade Federal
H ₁ N ₁	- Influenza tipo A
IAPAs	- Instituto de Administração da Previdência Social
IAPs	- Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	- Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
IPPUC	- Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
LBA	- Legião Brasileira de Assistência
MHD	- Materialismo Histórico Dialético
NESC-pesq	- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - pesquisa
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
ONG	- Organização Não Governamental
ONU	- Organização das Nações Unidas
ONUBR	- Organização das Nações Unidas no Brasil
OSCIPs	- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	- Organizações Sociais
PA	- Pronto Atendimento
POP	- Procedimento Operacional Padrão
PROJOVEM	- Programa Nacional de Inclusão de Jovens
REHUF	- Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários

RX	- Raio X
SCIH	- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIPESC	- Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	- União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

LISTA DE ABREVIATURAS

HE	- Hospital de Ensino
SV	- Serviço de Voluntários

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 A prática do voluntariado.....	21
2.1.1 A constituição histórica, social e econômica da prática do voluntariado.....	21
2.1.2 A prática do voluntariado na sociedade brasileira.....	28
2.2 A regulamentação do voluntariado.....	36
2.3 Motivações para o voluntariado.....	37
2.4 O voluntariado no hospital.....	39
2.5 A concepção do hospital e a saúde no Brasil.....	44
2.6 O Sistema Único de Saúde e o hospital de ensino.....	49
2.7 A prática da enfermagem no hospital de ensino.....	55
3 METODOLOGIA.....	62
3.1 Tipo de estudo.....	62
3.2 Local de estudo.....	64
3.3 Delimitação do cenário e participantes do estudo.....	66
3.3.1 Serviço de Voluntários.....	66
3.3.2 Setores da Instituição.....	69
3.4 Coleta de dados.....	73
3.5 Análise dos dados.....	76
3.6 Aspectos éticos.....	78
4 RESULTADOS.....	79
4.1 Caracterização do Serviço de Voluntários.....	79
4.2 Perfil dos entrevistados.....	88
4.2.1 Caracterização dos participantes voluntários.....	88
4.2.2 Caracterização dos participantes profissionais da enfermagem.....	89
4.3 Avaliação das atividades realizadas pelos voluntários sociais.....	90
4.4 Atividades desenvolvidas pelos voluntários.....	93
4.5 Categorização do discurso.....	95
4.5.1. <i>Categoria 1 – Compreensão dos profissionais de enfermagem sobre o voluntariado.....</i>	<i>96</i>
4.5.1.1 Contribuição do voluntariado para o trabalho da enfermagem no HE.....	96
4.5.1.2 Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o voluntariado..	98
4.5.2 <i>Categoria 2 – Compreensão dos participantes (profissionais de enfermagem e voluntários) sobre o voluntariado.....</i>	<i>101</i>
4.5.2.1 Identidade a partir da ação voluntária.....	101
4.5.3 <i>Categoria 3 – As atividades executadas pelos voluntários.....</i>	<i>105</i>
4.5.3.1 Delimitação das atividades dos voluntários.....	105

4.5.3.2 Dificuldades na execução das tarefas.....	107
4.5.4 <i>Categoria 4 – Contradições na prática do voluntariado e da enfermagem..</i>	111
4.5.4.1 Precarização da assistência à saúde.....	111
5 ANÁLISE DOS DADOS.....	114
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	136
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
REFERÊNCIAS.....	148
APÊNDICES.....	161
ANEXOS.....	166

1 INTRODUÇÃO

As políticas sociais no Brasil passaram por transformações nas últimas décadas, a maior parte delas relacionadas aos processos de reconfiguração das relações entre o Estado e a sociedade. Nesse sentido, se na década de 80 a implantação dessas políticas buscava “mecanismos de incentivo à participação, democratização do Estado e reivindicação por direitos de cidadania” (IMPERATORI, 2012, p. 12); posteriormente, com o compartilhamento e transferência das responsabilidades sociais do Estado para o cidadão, o direcionamento das políticas mudam, evidenciando práticas até então pouco conhecidas.

Desta forma, até a década de 1990 seria compreensível o desconhecimento sobre os voluntários, quem eram e o que faziam. A questão não se coloca porque a atividade surgiu recentemente. Pelo contrário, os primeiros indícios do voluntariado têm raízes antigas que datam do século XVI (PEREIRA, 2000), período em que as atuações dos voluntários estavam voltadas à participação em grupos religiosos de auxílio aos carentes (MACHADO; PREDEBON, 2011), tendo assim, uma prática restrita, conseqüentemente, com visibilidade também limitada.

Já na sociedade contemporânea, um conjunto de processos influencia e altera o desenvolvimento de ações voluntárias, ou seja, o seu crescimento e expansão. Neste cenário, destaca-se a crise do sistema capitalista com o surgimento do neoliberalismo¹, o fortalecimento do Terceiro Setor², o estímulo a

¹ O Neoliberalismo foi concebido após a Segunda Grande Guerra Mundial, como um movimento de reação teórica e político centrado na intervenção do Estado, abrangendo primeiramente os países capitalistas desenvolvidos. Seu programa de ação visava transformar o mercado na única instância capaz de resolver todos os problemas, tornando-se por isso, uma proposta mundial que deveria ser acatada por todos os países (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1998).

² O chamado Terceiro Setor, “[...] numa perspectiva crítica e de totalidade, refere-se a um fenômeno real, ao mesmo tempo inserido e produto da reestruturação do capital, pautado nos - ou funcional aos - princípios neoliberais: um novo padrão - nova modalidade, fundamento e responsabilidades - para a função social de resposta à questão social, seguindo os valores da solidariedade local, da autoajuda e da ajuda mútua” (MONTANÕ, 2002, p. 186).

criação das Organizações Não Governamentais (ONGs)³, além de ações específicas - nacionais e internacionais - de organização e estímulo ao voluntariado.

O novo contexto para a ação voluntária tem assim uma conformação remodelada, na qual o jovem, o adulto ou o idoso, devido a seu interesse pessoal e espírito cívico, dedicam parte do seu tempo - sem remuneração - a diversas formas de atividades para o bem estar social (ONUBR, 2013). As atuais práticas do voluntariado extrapolam o antigo assistencialismo religioso - comum nas instituições de caridade - passando a desenvolver atividades voluntárias em organizações de diferentes naturezas: filantrópicas, particulares e públicas. Nestas últimas, com centralidade nas ações voltadas para a área da saúde, no caso também, em hospitais universitários ou de ensino.

É neste ambiente que ocorre minha aproximação com o voluntariado social, objeto de estudo deste trabalho. A vivência profissional de quatro anos em um Serviço de Voluntariado de um hospital público de ensino possibilitou mais que o conhecimento e aprendizado sobre as atividades e os processos fundamentais para o desenvolvimento do trabalho, instigou também a necessidade de refletir sobre tema, culminando no retorno à academia. Foi nesta perspectiva que ocorreu minha inserção no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva– pesquisa (NESC-pesq), o que contribuiu para o desenvolvimento do presente trabalho fundamentado no Materialismo Histórico e Dialético.

Assim, para compreender a realidade do estudo foi realizada uma pesquisa histórica do voluntariado social⁴ em um hospital público de ensino de Curitiba. Esse voluntariado já data 24 anos de atuação e tem suas ações voltadas para o auxílio

³ Para Gohn (1997) o termo ONG refere-se a um tipo peculiar de organização da sociedade, na qual um agrupamento de pessoas, organizadas sob a forma de uma instituição da sociedade civil sem fins lucrativos tem como objetivo lutar e/ou apoiar causas coletivas.

⁴ Com relação ao voluntariado na instituição pesquisada, verifica-se que a Resolução 17 de 11/07/2007 do Conselho de Planejamento e Administração – COPLAD estabelece duas formas: o *Social*, definido como aquele “prestado por pessoas da comunidade e que tenha objetivos cívicos, culturais, recreativos ou assistenciais” (UFPR, 2007, p. 1), coordenado diretamente pelo Serviço de Voluntários; e o *Profissional*, aquele “prestado por profissional com formação na área da saúde, incluindo, mas não se limitando, a médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas” (UFPR, 2007, p. 1), que tem sua prática relacionada à formação acadêmica do indivíduo e vinculando-se a Direção de Corpo Clínico (DCC).

dos usuários internados, como também desenvolve atividades que dão suporte ao trabalho dos funcionários da instituição. Entre esses funcionários, destaca-se a equipe de enfermagem pela relação direta que os profissionais possuem com as tarefas executadas pelos voluntários sociais. É a categoria profissional que tem maior contato com os indivíduos voluntários sociais na instituição, o que pressupõe uma efetiva troca de informações, saberes e interesses, que se acredita estar presente no processo de trabalho na instituição (BACKES; KOERICH; ERDMANN, 2007).

Desta forma, ao se verificar que o voluntariado social no hospital de ensino contribui para a assistência à saúde que ali é desenvolvida, contraditoriamente, percebe-se que as ações deste grupo de voluntários têm significativa aproximação com as atividades de responsabilidade dos profissionais, no caso, com a equipe de enfermagem. Outro ponto desta reflexão é que não existe validação das tarefas realizadas pelos voluntários junto aos profissionais, bem como não se tem clareza sobre a percepção da equipe de enfermagem e dos próprios voluntários sobre as tarefas que o voluntariado social executa. Assim, surgem como questões norteadoras para o presente estudo verificar: qual é a percepção dos profissionais de enfermagem e dos próprios voluntários sociais sobre as atividades realizadas pelo voluntariado em um hospital público de ensino? Quais contradições existem na prática do voluntariado social em um hospital público de ensino?

Neste contexto, a relevância da abordagem deste tema e do objeto de estudo delimitado baseia-se nos aspectos quantitativos - referente às atividades realizadas e na essência dos atendimentos oferecidos pelos voluntários. Além disso, ao pesquisar as bases de dados sobre o assunto, verifica-se que grande parte da literatura disponível concentra sua atenção para o voluntariado vinculado às instituições do Terceiro Setor e com foco nas motivações para a atividade, o que confere ao presente estudo o caráter inovador da discussão sobre o tema.

Com relação aos aspectos quantitativos do trabalho do voluntariado, salienta-se a dificuldade em encontrar registros, passíveis de serem comparados, referentes às ações dos indivíduos que se vinculam a esta prática. Ressalta-se que até 2011, tanto no contexto mundial como no contexto nacional, não existia um

consenso quanto à mensuração dos dados relativos às atividades voluntárias, menos ainda um cuidado em manter os valores atualizados (UNITED NATIONS VOLUNTEERS, 2011). Nesse sentido, o lançamento do Manual de Medição do Trabalho Voluntário (*Manual on the Measurement of Volunteer Work*), no referido ano pela Organização das Nações Unidas, teve o objetivo de fornecer subsídios para uma coleta homogênea de informações, e assim, estimular os países a se integrarem por meio de informações atuais sobre a participação do voluntariado nas diferentes sociedades.

Exemplo deste contexto pode ser percebido nas informações divulgadas pela United Nations Volunteers (2011), demonstrando que nos Estados Unidos da América (EUA), em 2004, o Departamento de Estatísticas do Trabalho registrou que 62,8 milhões de pessoas realizaram voluntariado pelo menos uma vez na semana em um período de doze meses. No Canadá, em 2007, pesquisas locais constataram 2,1 bilhões de horas de voluntariado. No mesmo ano, na Austrália, o Departamento de Estatística apontou que 5,2 milhões de pessoas se voluntariaram, somando 713 milhões de horas trabalhadas no período analisado. Tendo estes quadros, a realidade brasileira se configura de forma bastante próxima ao cenário internacional descrito; uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística (IBOPE) em 2011 demonstra que 25%⁵ da população brasileira declara que faz ou já fez serviço voluntário. Em 2001, este percentual correspondia a 18%⁶ da população do país.

No Serviço de Voluntários (SV) realizado o presente estudo, verificou-se que até dezembro de 2012 encontravam-se cadastrados 384 voluntários, que na realização de suas atividades mensais contabilizaram uma média de 2.838h de trabalho voluntario, com a execução de aproximadamente 2.140 tarefas/mês; na somatória dos meses do ano referido estes valores atingiram 34.066h de trabalho voluntario e 24.958 tarefas (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2012).

⁵ Aproximadamente 47,6 milhões de pessoas. Cálculo realizado com base em uma população total de 190,75 milhões (100%) (IBGE, 2010).

⁶ Aproximadamente 30,5 milhões de pessoas. Cálculo realizado com base em uma população total de 169,8 milhões (100%) (IBGE, 2000).

Por outro lado, sobre os atendimentos realizados pelos voluntários, verifica-se que com a inclusão destes sujeitos no ambiente hospitalar, temos simplesmente a incorporação de um atendimento diferenciado aos usuários. Ferreira, Proença e Proença (2012) corroboram com esta informação ao analisarem estudos que apontam a importância das atividades voluntárias neste local, sejam elas como suporte de recursos humanos para a melhoria da qualidade aos atendimentos, como intermediários na relação entre os usuários e o hospital ou nos aspectos relacionados à humanização da assistência hospitalar.

Baseado nesse contexto tem-se como objetivo principal para o presente estudo: construir uma proposta para a sistematização das atividades dos voluntários sociais em um hospital público de ensino. Quanto aos objetivos específicos, o estudo pretende:

- Delinear o perfil dos voluntários que atuam em um hospital público de ensino;
- Identificar a compreensão dos profissionais de enfermagem sobre as atividades realizadas pelos voluntários em um hospital público de ensino;
- Reconhecer a compreensão dos voluntários sobre suas atividades em um hospital público de ensino;
- Descrever as atividades executadas pelos voluntários nos setores de um hospital público de ensino;
- Reconhecer as contradições existentes na prática do voluntariado em um hospital público de ensino.

Como compromisso e finalidade do estudo, se estabelece que os resultados sejam apresentados aos participantes, assim como aos gestores locais como uma proposta para sistematizar as atividades do SV do hospital de ensino (HE).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A prática do voluntariado

Devido às particularidades históricas ligadas à época, bem como as especificidades políticas e econômicas das regiões geográficas mundiais, para uma melhor compreensão do contexto que culminou no surgimento e desenvolvimento do voluntariado, serão abordados separadamente os aspectos internacionais e nacionais relacionados a esta prática.

2.1.1 A constituição histórica, social e econômica da prática do voluntariado

Os aspectos históricos que concebem o voluntariado retomam a criação e o desenvolvimento das políticas sociais (CAVALCANTE *et al.*, 2012). Nesse sentido, antes de abordar a atividade propriamente dita, será realizada uma breve introdução sobre alguns pontos que ajudam a entendê-la, que longe de aprofundar ou esgotar o assunto, aqui se pretende fornecer subsídios para permitir uma compreensão do processo histórico desta realidade.

Inicialmente, os sistemas de proteção social se baseavam, sobretudo, na forma como a sociedade se organizava e em como os indivíduos encaravam os problemas sociais presentes naquela realidade. Rotta e Reis (2007) salientam que as questões sociais eram interpretadas sob a ótica do destino ou castigo e a preocupação em modificá-las eram praticamente nulas, uma vez que era preciso manter o “equilíbrio” na sociedade civil.

Na busca pelo entendimento do termo sociedade civil nos deparamos com definições que, em geral, abordam a dicotomia nas relações entre sociedade e Estado (IMPERATORI, 2012); como pode ser observada na definição de Bobbio (1987, p. 33), que descreve a sociedade civil como uma “esfera das relações sociais não reguladas pelo Estado”, contrapondo o estado de natureza (sociedade natural) ao estado civil (sociedade política ou civil). Por outro lado, Montañó (2002, p. 123)

aponta que, na compreensão de Marx e Engels, a sociedade regulada pelo “Estado não é natural, mas historicamente determinada e caracterizada por certas formas e relações de produção”, e ainda que a relação do estado com a sociedade civil é estabelecida pela estrutura/superestrutura, conformada pelas relações de produção.

Nesta dinâmica, é por meio da sociedade civil, enquanto sociedade burguesa, que se fundamenta a natureza estatal na qual o Estado é o seu produto, logo, não pode ser considerada uma esfera independente. “Ao contrário, se estabelece uma relação complementar e contraditória entre Estado e sociedade civil” (IMPERATORI, 2012, p. 20).

Quando ocorreu a crise do sistema feudal decorrente de vários aspectos, dentre eles o processo de industrialização, culminou na “morte do campesinato”⁷, que é considerado por Hobsbawm (1995, p. 284) como uma “mudança social impressionante”, uma vez que foi responsável por uma sensível diminuição da população agrícola de vários países. O autor ressalta que, nos países industriais desenvolvidos, esse êxodo rural não afetou sua mudança para condição de grande produtor agrícola em relação ao mercado mundial, isso se deve principalmente pela grande quantidade de maquinário que o agricultor passava a ter à disposição.

Essa transição do feudalismo para o capitalismo⁸ foi lenta e complexa, ocorrendo primeiramente na Europa Ocidental. A partir desse estágio dá-se início a uma nova na forma de conceber a inserção das pessoas na sociedade, sendo ampliadas as concepções sobre as relações sociais e o mundo. Rotta e Reis (2007, p. 316) colocam que a partir do século XVIII a “atitude contemplativa diante do mundo foi substituída por uma atitude ativa, de um sujeito que quis ser artífice de seu futuro” e cuja emancipação permitiu buscar explicações racionais para os problemas, superando o misticismo, as crenças e as emoções.

⁷ Entendido para este contexto como o abandono do modo de produção de base familiar agrícola.

⁸ Teixeira e Oliveira (1998, p. 67) citando Marx (1983) colocam que o capitalismo “se apresenta como um sistema que se desenvolve por meio da criação de uma sucessão de formas, que surgem em decorrência da luta do capital para criar uma base adequada às suas exigências de valorização. Assim se explica, na história do capitalismo, o aparecimento das formas de produção, da cooperação simples, que evolui para a manufatura até chegar a grande indústria. Nesta última forma, o capital eliminou todas as barreiras que o impossibilitam de dominar o trabalho”.

Com isso, visualiza-se a expansão do projeto burguês envolvido por uma lógica de progresso, contraditória do ponto de vista no qual, ao mesmo tempo em que se tornou hegemônico, também expôs seus limites. A intensificação desta limitação acontece no século seguinte, quando a falência vai se tornando evidente por meio dos inúmeros problemas sociais e da insegurança que predomina em todas as pessoas, principalmente da classe trabalhadora, que passa a ser vista como uma mercadoria e a sofrer em função disso (ROTTA; REIS, 2007). Vale ressaltar, nesse sentido, o discurso de Marx (1993, p. 152), quando expõe a perda do reconhecimento do trabalho pelos próprios trabalhadores:

[...] o estranhamento do trabalhador em seu objeto se expressa de maneira que quanto mais o trabalhador produz, tanto menos tem para consumir; que quanto mais valores cria, tanto mais se torna sem valor e sem dignidade; que quanto mais bem formado o seu produto, tanto mais deformado o trabalhador [...].

Araujo (2008, p. 30) coloca que essas mudanças “são indícios de novas percepções acerca da relação capital/trabalho e da pobreza” e resalta a posição da Inglaterra, como um dos países que estabeleceu medidas de proteção ao trabalhador para enfrentamento das condições de pobreza e como tentativa de compensá-lo da exploração sofrida em seu trabalho.

Para tentar resolver esta situação a classe trabalhadora se organiza e inúmeras manifestações ocorrem ao longo desse período, esses movimentos produzem reflexos diretamente nas políticas sociais e, conseqüentemente, no Estado, devido a sua negligência até então em buscar soluções concretas para estas questões. No intuito de desqualificar os manifestos Rotta e Reis (2007) colocam que:

[...] a burguesia passou a mobilizar seus intelectuais para “produzir” uma explicação para esse fenômeno, sem afetar a “nova ordem social construída”. A “naturalização”, a “desfuncionalidade”, “os desvios morais”, a “anomia”, o “não trabalho”, a “criminalização” foram explicações usadas pela burguesia [...] (ROTTA; REIS, 2007, p. 319).

Assim, o insucesso das reivindicações dos trabalhadores e o retorno do crescimento econômico fez com que os liberais apresentassem sua contribuição por meio da mobilização de associações voluntárias, propondo que a política social não fosse mais de responsabilidade do Estado, mas dos cidadãos. Para Hobsbawn (1995) este período, embora predominantemente liberal, trouxe consigo um novo elemento: a forte participação do proletariado, marcada profundamente pelo ideário socialista, que tinha como justificativa para este acontecimento o aumento das riquezas da burguesia e o sonho de uma transformação social que eliminasse a exploração do homem pelo próprio homem.

No entanto, as críticas pelo caminho traçado pelo liberalismo, as revoluções e a crise que culminou em desemprego e miséria no final do século XIX, fez com que se abrisse um espaço para discussão, onde após debates e consensos, “notáveis” e trabalhadores elaboraram as primeiras legislações sociais. Porém, o início conturbado do século XX⁹ prejudicou o encaminhamento dos trabalhos e consolidou o socialismo e o capitalismo como opções das sociedades na busca pelo desenvolvimento (ROTTA; REIS, 2007).

Nesse sentido, o modelo socialista adotou o papel do Estado enquanto “provedor dos serviços sociais essenciais, proporcionando a todos os cidadãos o acesso aos mesmos” (ROTTA; REIS, 2007, p. 322). Em contrapartida, o projeto capitalista concebeu o *Welfare State* ou o Estado de Bem Estar, no qual o “Estado capitalista passa a exercer um decisivo papel regulador da economia e da sociedade e a se constituir na principal fonte de provisão e de financiamento do bem-estar social” (PEREIRA, 2000, p. 123).

Porém, o processo inflacionário, juntamente com a diminuição da capacidade de arrecadação e o surgimento de forças políticas e ideológicas - os neoliberais - que combatiam este modelo de organização, provocou uma nova crise, que embora não tenha colocado fim ao Estado de Bem Estar, modificou seu papel e suas funções, tendo como principal efeito a ampliação da intervenção da sociedade nas formas de proteção social (MOTA, 2002).

⁹ As primeiras quatro décadas do século XX foram marcadas por eventos como: a I Guerra Mundial, A Revolução Russa, A Grande Depressão, o advento do nazismo e do fascismo e a II Guerra Mundial (ROTTA; REIS, 2007).

Quando se observa os preceitos do neoliberalismo, encontra-se um Estado que “tem como função principal e específica a instituição de um estado jurídico, no qual a liberdade de cada um possa coexistir com os outros segundo um conjunto de leis expressas num código ou numa constituição” (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1998, p. 198). Sendo assim, o Estado seria resultado da vontade dos indivíduos que compõem a sociedade civil, mas esta abordagem será discutida novamente mais à frente.

Atualmente neste contexto neoliberal, tem-se não apenas a reconstituição do mercado a partir da redução ou eliminação do Estado em diversas áreas, mas o repasse da responsabilidade estatal à sociedade civil, representado em alguns casos pelo Terceiro Setor¹⁰. Para Montañó (2002, p. 233), ao utilizar o referido setor como uma ideologia neoliberal, o *capital* busca tornar a sociedade civil “dócil, desestruturada, desmobilizada, amigável”, e o faz por meio da instrumentalização de instâncias (o próprio Terceiro setor), valores (como o altruísmo) e práticas dos sujeitos (o voluntarismo¹¹).

Com isso, conforme afirma Montañó (2002), estrutura-se uma divisão social da economia na qual os setores passam a ser interpretados como: o Estado (primeiro setor), o mercado (segundo setor) e a sociedade civil (terceiro setor). No entanto, este recorte:

[...] isola e autonomiza a dinâmica de cada um deles, que, portanto, desistoriciza a realidade social. Como se o “político” pertencesse à esfera estatal, o “econômico” ao âmbito do mercado e o “social” remetesse apenas à sociedade civil, num conceito reducionista (MONTAÑO, 2002, p. 53).

Considerando a representativa do Terceiro Setor nos aspectos sociais, políticos e econômicos a partir deste contexto, abordam-se algumas especificidades

¹⁰ Ressalta-se que não existe um consenso sobre o surgimento do Terceiro Setor. Montañó (2002, p. 55) coloca que “isto é uma verdadeira escuridão nas análises dos seus teóricos”.

¹¹ Entendido, filosoficamente, como o desejo ou processo de participação social. Araujo (2008, p. 41) coloca que “[...] essa vontade manifesta pelos agentes sociais voluntários se prende a princípios de religiosidade, de inquietações sociais e de compensação psicológica”.

sobre ele. Machado e Predebon (2011) apontam que as organizações que compõem o Terceiro Setor possuem particularidades e dualidades, que por vezes torna confuso seu enquadramento¹² neste setor. Complementam dizendo que um exemplo dessas dualidades estaria nas determinações que estabelecem “procedimentos rígidos e, de certa forma, controladores da gestão dessas organizações e, por outro lado, o voluntarismo, que possibilita o desenvolvimento e a elaboração de ações estabelecidas de maneira flexível” (MACHADO; PREDEBON, 2011, p. 42).

Ainda, em relação às organizações da sociedade civil, é preciso estabelecer um diferencial entre movimentos sociais e ONGs, uma vez que esses termos são indutores de interpretações contraditórias. Os movimentos sociais constituíram-se como “ações sócio-políticas construídas por atores sociais coletivos” (GOHN, 1997, p. 251), que lutavam contra os mecanismos de opressão e exploração, estabelecendo uma atividade “dirigida para ou contra o Estado” (MONTAÑO, 2002, p. 138), tendo uma atuação significativa principalmente nas décadas de 1970 e 1980. Foi a partir desta última década que os movimentos sociais legítimos passaram a receber apoio das ONGs, as quais surgem apoiadas e estimuladas pelo Estado, como articuladoras e captadoras de recursos para os movimentos sociais.

No entanto, no progredir da década de 1990 ocorre à inversão desses papéis: as ONGs passam a ocupar o papel principal, enquanto os movimentos sociais legítimos perdem apoio, com militantes passando a ter pouca ou nenhuma expressividade. Montañó (2002, p. 139) salienta que as mudanças afetaram também o caráter das lutas, pois se antes o objetivo era a pressão contra o Estado por

¹² O IBGE (2012) utiliza como critérios para classificar as fundações privadas e associação sem fins lucrativos à metodologia do *Handbook on Nonprofit Institutions in the System of National Accounts* (Manual sobre as Instituições sem Fins Lucrativos no Sistema de Contas Nacionais) elaborado pelas Nações Unidas, em conjunto com a Universidade John Hopkins (2002). Esta metodologia propõe o enquadramento simultaneamente nas seguintes especificações: “a) privadas, não integrantes, portanto do aparelho do Estado; b) sem fins lucrativos, isto é, organizações que não distribuem eventuais excedentes entre os proprietários ou diretores e que não possuem razão primeira de existência a geração de lucros – podem até gerá-los, desde que aplicados nas atividades fins; c) institucionalizadas, isto é, legalmente constituídas; d) autoadministradas ou capazes de gerenciar suas próprias atividades; e) voluntárias, na medida em que podem ser constituídas livremente por qualquer grupo de pessoas, isto é, a atividade de associação ou de fundação da entidade é livremente decidida pelos sócios ou fundadores” (IBGE, 2010, p.13).

direitos à cidadania, agora, com as ONGs, passam a ocorrer parcerias e articulações entre esses setores. O autor complementa sua crítica ao afirmar:

[...] despolitiza-se o conflito; retira-lhes o substrato de classe ou econômico; rompe-se a relação direta dos movimentos sociais com o Estado (agora intermediada pela ONG); deixa esta entidade, na maioria dos casos, de se preocupar com o nível de organização e poder dos movimentos sociais, pois agora “não estão sozinhos”, mas “acompanhados” por essas ONGs, seus “representantes” e “mediadores” (MONTANÕ, 2002, p. 146).

Para Gohn (1997), ocorrem perdas, como pode ser percebido no texto:

Com as mudanças, as bases do movimento refluíram e se vive uma grande contradição: a de ter uma sociedade política construída a duras penas pelos movimentos e lutas sociais, com ganhos expressivos para a redemocratização do país, e a inércia desmobilizadora, alimentada por dois elementos: de um lado o novo formato das ações coletivas, que, assim como o sistema produtivo moderno, priorizam poucos e bem capacitados militantes, entrincheirados em aguerridas organizações; por outro lado, a conjuntura política do país, de incertezas, medo da violência exacerbada e descrença na força de alguns valores, como o da participação (GOHN, 1997, p. 318).

Uma vez explicitada algumas considerações sobre o Terceiro Setor, retoma-se a conformação neoliberal de enfrentamento dos problemas sociais. Este modelo, pela nova relação público-privado que se estabeleceu, estimulou práticas como o voluntariado a partir do “uso do tempo livre, do cooperativismo e toda uma práxis¹³ da chamada cidadania solidária” [grifo do autor] (TEIXEIRA, 2007, p. 47). Na Europa isso aconteceu sob a ótica de auxiliar no atendimento às demandas que o Estado não conseguia suprir.

¹³ Egry (1996, p. 87) citando Konder (1992) coloca que a práxis, no sentido marxiano, é a “atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais consequente, precisa de reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática”.

Ressalta-se que neste caso a *solidariedade* não estaria sendo representada a partir do significado do termo em si, mas como uma forma de instrumentalizar a prática voluntária. Montaño (2002) coloca que o uso dessa expressão no debate do Terceiro Setor inspira o voluntarismo, conseqüentemente, na doação; como se isso eximisse sua interpretação como um direito de receber a assistência e serviços, os quais deveriam estar sob a responsabilidade do Estado.

Para Bonfim (2010), a atual conjuntura política, econômica, cultural, social e subjetiva, conduz a visão fragmentada da realidade social na qual cada esfera é considerada isoladamente. Esta visão distorcida explicaria a resolução dos problemas por uma via de consenso (*solidariedade* entre as classes) e não pelo embate nas mudanças econômico/políticas. Este contexto é considerado pela autora citada como um terreno fértil para o desenvolvimento das práticas do voluntariado, principalmente por proporcionarem aos “indivíduos, que por diversos motivos tiveram vínculos sociais desfeitos, a sensação de inserção social, possibilitando-lhes um liame solitário [...]” (BONFIM, 2010, p. 101).

Assim, finaliza-se este tópico emprestando uma passagem do livro de Montaño (2002, p. 269) na qual, citando Marx (1977), o autor reflete sobre a importância do olhar dialético de uma realidade, faz isso colocando que:

O concreto é tanto o ponto de partida como o resultado do processo de conhecimento; sua aparência, caótica no começo, na imediatez da primeira percepção, tanto esconde a essência do fenômeno – cria, ao empirista e ao sujeito atuante, a imagem de identidade entre o imediatamente aparente e sua essência – como é o verdadeiro ponto de partida para seu desvendamento, permitindo atingir a essência e o fundamento do seu movimento.

2.1.2 A prática do voluntariado na sociedade brasileira

Entende-se que a prática do voluntariado na sociedade brasileira surge no século XVI, fundamentadas no modelo das casas de misericórdia portuguesa,

portanto, vinculadas a princípios cristãos e orientadas por ordens religiosas. As instituições de caridade localizavam-se junto às igrejas que prestavam assistência aos necessitados de toda natureza, sem uma organização pré-estabelecida (CENTRO DE VOLUNTARIADO DE SÃO PAULO, 2014). No entanto, para este trabalho, se optou pela descrição das ações voluntárias a partir do século XX devido à relevância dos fatos e da temática que foram estudados por diferentes autores conforme se apresenta a seguir.

No século XX, verifica-se que antes de 1930 o Estado brasileiro não “exercia regulação sobre a área social, não geria o processo de provisão social, deixando esse papel para outras instâncias, como a iniciativa privada não mercantil, a qual dava respostas tópicas e informais às reclamações da pobreza” (REIS, 2006, p. 24). Sob o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930 - 1945) se deu início ao ensaio de uma democracia de bases populares, que fazia concessões à classe média e ao proletariado, com objetivo de integrar o mercado interno ao desenvolvimento da indústria (BRAVO, 2001).

No entanto, com a industrialização e a urbanização, os problemas sociais se agravaram, favorecendo o surgimento de organizações como sindicatos, associações e federações, que tinham o objetivo de defender os interesses coletivos (SILVA, 2010). Nesse contexto, voltando sua atenção às tendências mundiais, o governo promulga a Lei de Declaração de Utilidade Pública fundamentada no princípio da subsidiariedade¹⁴ (NUNES; STURZA, 2011), fazendo com que o atendimento aos necessitados se tornasse uma questão de política pública. Bonfim (2010, p. 84) analisa esses acontecimentos e aponta que estas mudanças se constituíram como políticas paternalistas¹⁵ do Estado, pois envolvia uma dinâmica “permeada de contradição”.

¹⁴ Entendida neste trabalho como descentralização política, com divisão de competências entre as esferas do governo e as instituições filantrópicas.

¹⁵ Segundo Montañó (2002, p. 220) o Estado paternalista seria aquele que promove “uma relação excessiva ao necessitado, o que geraria sua constante e crônica dependência em relação ao Estado, e uma acomodação dos setores carenciados [...]”.

Com isso, o que se tinha durante o regime da ditadura militar, era o Estado usando a intervenção do governo a partir do binômio repressão-assistência, por meio das políticas assistenciais, para aumentar o poder regulador sobre a sociedade, e assim, suavizar as tensões sociais e possibilitar o avanço da acumulação do capital (SILVA, 2010). Apresentando sua opinião, Reis (2006, p. 32) coloca que:

As políticas sociais foram utilizadas, não poucas vezes, para fins eleitoreiros, contribuindo para que seu caráter de política pública e de direito social fosse desvirtuado, pois a sua prática se tornou personalizada e objeto de benesse, o que veio se perpetuando ao longo dos anos.

Na concepção de Soares (2000, p. 209), é justamente sob a égide de um “regime autoritário, nos quadros de um modelo econômico centralizador e socialmente excludente” que se reconhece a atuação de algum tipo de Estado de Bem Estar Social no Brasil. À época de Vargas, foi desenvolvido o Programa Voluntários¹⁶, que teve a participação e mobilização dos voluntários idealizada pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), cuja presidente era a então primeira-dama, Darcy Vargas. No desenvolvimento das ações, Darcy contou com a colaboração de outras primeiras-damas dos âmbitos estaduais e municipais, sendo esta atuação voluntária “orientada, portanto, pela caridade e entendida como virtude de quem a exerce” (IMPERATORI, 2012).

Destaca-se que os governos militares que sucederam o golpe de 1964 “diminuíram consideravelmente as verbas destinadas às obras sociais não lucrativas” (ORTIZ, 2007, p. 24). Nesse sentido, constituindo-se como instrumentos para auxiliar no enfrentamento da crise, a partir da década de 1970, passam a se desenvolver no país as ONGs (SILVA, 2010). Para Silva (2010, p. 1309), estas instituições passam a ter uma atuação relevante, sobretudo, no direcionamento e

¹⁶ Criado no governo Vargas em 1942. É considerado o “primeiro programa institucionalizado de voluntariado brasileiro, orientado por diretrizes de execução de ações de assistência social, realizadas por intermédio de entidades sociais” (IMPERATORI, 2012, p. 42).

consolidação do Terceiro Setor, pois além de “serem responsáveis pela disseminação da noção de cidadania e pela pressão para seu exercício pleno, favoreceram também a entrada de recursos de organizações internacionais”.

Ainda em 1970, foi criado o Programa Nacional do Voluntariado da LBA¹⁷, que tinha como foco de suas ações assistenciais a “população que estava à margem dos benefícios previdenciários, como por exemplo, desempregados e trabalhadores informais e suas famílias” (IMPERATORI, 2012, p. 43); sendo que para Araujo (2008, p. 41), ao utilizar o voluntariado, valendo-se de sua solidariedade doadora para ações como estas, o Estado está “falseando sua missão de executor de assistências sociais”.

No contexto mundial, que é determinante do brasileiro, a falência do *Welfare State* e o ressurgimento das ideais liberais, agora denominados de neoliberalismo, propõe uma reinstrumentalização do Estado por meio da criação de um Estado Mínimo, conforme explorado em tópico anterior deste trabalho. Para Montañó (2002), este fato incide diretamente nas relações de produção e na sociedade civil, produzindo implicações como alteração na relação de contratação, condicionamento dos atores sociais e a desarticulação das lutas sociais.

A concretização deste projeto neoliberal é percebida nos próximos governos brasileiros¹⁸, que seguindo as orientações do Consenso de Washington¹⁹, formularam, entre outras ações, o Plano Diretor de Reforma do

¹⁷ Criado no governo Geisel em 1979; também era coordenado pela primeira-dama com a participação das primeiras-damas estaduais e municipais.

¹⁸ Os governos em questão seriam o do presidente Fernando Collor de Mello (1990 - 1992) e do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995 - 2003).

¹⁹ O Consenso de Washington realizou-se em 1989 e propôs restrições às economias centrais, “como o controle da inflação e adoção de uma política monetária para atrair os grandes investimentos internacionais, este é um dos principais pressupostos da proposta neoliberal” (FAGUNDES, 2006, p. 89).

Aparelho do Estado²⁰, cujo princípio era a ideia de que “as Funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, [...], pois nem tudo que é público é estatal” (REZENDE, 2013, p. 1). Para Imperatori (2012, p. 31):

É nos contexto das atividades não exclusivas do Estado que se constrói o espaço público-não estatal, compreendido como um espaço integrante do aparelho do Estado que, embora não seja do Estado, tem a característica de ser público, uma vez que é de todos e para todos, ou seja, é mais amplo que o estatal.

É sensível durante esse processo a transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade sob o pretexto de parcerias com organizações, que “não é outra coisa senão o repasse de verbas e fundos públicos no âmbito do Estado para instâncias privadas” (Montaño, 2002, p. 146). Este processo, entre outras medidas, se deu por meio da criação de leis como a Lei 9.637/98 que institui às Organizações Sociais²¹ (OSs), o Programa Nacional de Publicização²² e a Lei 9.790/99 que instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse

²⁰ Encaminhado pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso ao Congresso Nacional em agosto de 1995. Trazia como prerrogativa a proposta de divisão do Estado em quatro setores importantes: a) o núcleo estratégico: no qual seriam definidas as leis e as políticas públicas; b) atividades exclusivas do Estado: serviços cujo principal usuário é o próprio Estado; c) os serviços sociais competitivos: nestes ocorreria à livre disputa de mercado entre as instituições privadas; d) o setor de produção de bens e serviços para o mercado: constituído por empresas públicas que garantiam acesso da população a bens e serviços de infraestrutura (REZENDE, 2013).

²¹ As OSs foram concebidas como instrumento de viabilização e implementação de Políticas Públicas. Rezende (2013, p. 4) citando a Lei das OSs coloca que ela tinha como objetivo formal “qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao meio ambiente, à cultura e à saúde”.

²² Montaño (2002, p. 45) coloca que sob o pretexto de chamar a sociedade à participação em torno do controle social e da coordenação dos serviços sociais, desenvolvendo desta forma valores como a democracia e a cidadania, a dita publicização é, “na verdade, a denominação ideológica dada à transferência de questões públicas da responsabilidade estatal para o chamado terceiro setor e o repasse de recursos públicos para o âmbito privado”.

Público²³ (OSCIPs).

Relacionando a reflexão apresentada às especificidades das práticas do voluntariado, Bonfim (2010, p. 98) coloca que a cultura do voluntariado não se constitui como um movimento autônomo, muito menos de amadurecimento da sociedade civil, pelo contrário, trata-se de uma forma de enfrentamento das questões sociais “que tem como primazia a perspectiva privada no combate a tais sequelas”. Para Pimenta, Saraiva e Corrêa (2006, p. 153), quando se tem o reposicionamento nos objetivos das ONGs, que agora passam a trabalhar “filantropicamente para o bem comum e melhorar a qualidade de vida da sociedade”, tem-se também a aproximação do Estado ao Terceiro Setor, de forma “a quase confundi-los”. Araujo (2008, p. 50) estabelece sua crítica nesse aspecto ao colocar que:

[...] o voluntarismo, alimentado pela solidariedade social doadora, na sua mobilização, o faz num sentido de suprir necessidades sociais, de apaziguamento, por uma participação compensatória, visando suprir dificuldades particulares dos excluídos, funcionando muito mais como uma forma de acomodação social.

Neste ínterim, o acontecimento que Soares (2000, p. 210) salienta como sendo uma das importantes modificações²⁴ inseridas nas políticas sociais deste período que contribuiu para o enfrentamento dos problemas é a Constituição de 1988. A partir de sua promulgação, a assistência social e a saúde passaram a se constituir como “direito do cidadão e dever do Estado” (REIS, 2006, p. 34). Bravo

²³ A lei propõe a qualificação das pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, para OSCIPs, instituindo o Termo de Parceria que seria o contrato firmado pelo Poder Público e as entidades qualificadas. Com isso, pretendia-se “transformar as OSs em OSCIPs pelo fato das últimas possuírem maior alcance e abrangência em relação ao projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos” (REZENDE, 2013, p. 6).

²⁴ Outras modificações colocadas pelo autor são: o advento do governo denominado Nova República, possibilidade de ocupação de cargos do governo por pessoas e grupos políticos considerados de oposição, organização de movimentos sociais que reivindicam por mudanças efetivas e a mudança na política econômica que buscava o retorno ao crescimento (SOARES, 2000).

(2001, p. 9) complementa dizendo que ela representou “a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social”. Por outro lado, confrontando com essas colocações, tem-se a interpretação de Bonfim (2010, p. 30) que diz:

A Constituição não conseguiu romper com a tendência que já vinha se configurando na sociedade brasileira e que é a própria fase avançada do capitalismo tardio: a predominância de uma lógica privatista no que se refere ao enfrentamento das manifestações da questão social.

Frente a estas situações, ocorre o desencadear da participação ativa da sociedade nas questões sociais; criam-se na década de 1990 inúmeras ONGs que reposicionam o papel do voluntariado, levando à superação dos modelos anteriores. Os novos voluntários são motivados por valores de participação e solidariedade, doando seu tempo e talento, de maneira espontânea e não remunerada em função de causas sociais e comunitárias (CAVALCANTE *et al.*, 2012). Pimenta, Saraiva e Corrêa (2006), complementam dizendo que “[...] o fenômeno da expansão das organizações não-governamentais ocorre no País no contexto da reforma do Estado, que se baseia no movimento denominado ‘Estado Mínimo’ [...]” (PIMENTA; SARAIVA; CORRÊA, 2006, p. 152).

Esta nova perspectiva de voluntariado guia-se pelo princípio da “aproximação vital”, ou seja, “quanto mais próximos de um problema estiverem às organizações sociais e os serviços, mais adequado será seu encaminhamento para a solução e mais envolvidas estarão as pessoas” (CENTRO DE AÇÃO VOLUNTÁRIA DE SÃO PAULO, 2001, p. 12).

Na sequência, o que se observa é o desenvolvimento de ações, internacionais e nacionais, que incentivam e fortalecem a prática do voluntariado, tais como:

- Movimento Ação da Cidadania Contra Miséria e pela Vida: criado em março de 1993 pelo sociólogo Herbert de Souza (Betinho) com a proposta de mobilizar os cidadãos de forma a estimular o protagonismo²⁵ de atividades imediatas para resolução de problema na sociedade, neste caso específico, para atender a quem tem fome (ARAUJO, 2008);
- Programa Voluntários: criado em dezembro de 1997 pelo Conselho da Comunidade Solidária com a missão de contribuir para a promoção, valorização e qualificação do trabalho voluntário. Além disso, também incentivou o desenvolvimento dos Centros de Referência de Voluntariado, que posteriormente foram disseminados em todo país para articulação e organização das práticas de voluntariado (MACHADO; PREDEBON, 2011);
- Lei 9.608 de 18/02/98: sancionada em fevereiro de 1998, regulamenta o trabalho voluntário, amparando juridicamente as organizações nas questões de vínculo empregatício, ressarcimento financeiro e outros.
- Ano Internacional do Voluntariado: instituído em 2001 pela Organização das Nações Unidas (ONU), a qual posteriormente também desenvolve outras ações como o Manual de Medição do Trabalho Voluntário. Destaca-se que entre os países que se comprometeram com a mensuração dos dados do voluntariado estão: Brasil, Canadá, Polônia, África do Sul, Coreia e França (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2013).

Buscando sintetizar a história do voluntariado no Brasil, Bonfim (2010, p. 81) a interpreta a partir de dois momentos, sendo:

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

Imperatori (2012, p. 54) ressalta ainda que esta é uma prática envolvida por contradições e que “não é possível considerar o voluntariado sem relacioná-lo ao contexto político, econômico e cultural, que atribui significados para tal prática e

²⁵ De acordo com o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2014), protagonismo significa a qualidade do que se destaca em qualquer acontecimento, área ou situação.

propõe novas formas de atuação”. Nesse sentido, o que se observa são diferentes abordagens a partir de diferentes visões e contextos, sendo que a opção pela mais benemerente ou mais politizada é uma escolha particular que apenas atende aos interesses ideológicos e, não o desmerecimento das demais no sentido de desqualificar as ações ou seus atores (Ortiz, 2007).

Assim, acredita-se que uma reflexão mais crítica sobre as práticas do voluntariado permite o entendimento sobre a determinação de ações emergenciais como estas, que não solucionam os problemas, ao contrário, conformam demandas sociais. Além disso, conforme aponta Montañó (2002, p. 18), ao apostar prioritariamente neste tipo de movimento, anula-se o processo democratizador, e no lugar da “superação da ordem como horizonte, temos a confirmação e humanização desta”.

2.2 A regulamentação do voluntariado

Como já citado anteriormente, as atividades voluntárias são regidas pela Lei 9.608 de 18/02/98, que teve como prerrogativa para sua criação a necessidade de legalizar as ações do voluntariado no país. Nesse sentido, na lei está implícita a diferenciação do “serviço voluntário com as relações de emprego, particularmente no que tange aos direitos e obrigações trabalhistas e previdenciárias” (FERRAREZI; REZENDI, 2000, p. 40).

Em sua composição, a lei possui cinco artigos, dos quais um foi revogado em 2008 pela Lei 11.692, que dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM). Após abordar o conceito de serviço voluntário, a lei apresenta as organizações habilitadas ao voluntariado, sendo as entidades públicas de qualquer natureza ou as instituições privadas de fins não lucrativos, desde que suas atividades tenham objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou assistenciais, inclusive de mutualidade (BRASIL, 1998).

Além disso, como forma de documentar a relação voluntário x instituição, a lei traz a obrigatoriedade da celebração do Termo de Adesão que é “um instrumento

ou contrato mediante o qual a entidade formaliza a relação com o voluntário” (FERRAREZI; REZENDI, 2000, p. 39), devendo estar incluso neste documento o objeto e as condições de exercício da atividade voluntária. Outra questão explicitada na lei é a possibilidade de ressarcimento das despesas efetuadas no exercício das atividades, desde que também estejam previamente descritas no termo de adesão.

É importante ressaltar, que a Lei 9.608 não apresenta restrições e nem define especificidades sobre as atividades que podem ser realizadas pelos voluntários. Ao regulamentar as ações do voluntariado, dispõe que esta é uma prática que não gera vínculo empregatício. Esta situação reforça a responsabilidade da instituição que tem o voluntariado, devido à necessidade da criação de diretrizes para esta prática, uma vez que “é fundamental a existência de regras, normatização e limites para as atividades do voluntariado” (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010, p. 948).

2.3 Motivações para o voluntariado

Durante o levantamento do material para o referencial bibliográfico sobre o voluntariado, se observou o tema da ‘motivação’ como uma forte vertente nas pesquisas e publicações sobre o assunto. Além disso, no desenvolvimento da pesquisa percebeu-se a necessidade de conhecer as razões que conduzem as pessoas a ingressarem e se manterem nesta atividade, uma vez que no cenário do estudos encontrou-se voluntários atuando há mais de 20 anos. Também é preciso considerar que existe um diferencial na forma organizar as atividades para um grupo de profissionais e de voluntários. Assim, entendeu-se como necessário abordar, mesmo que brevemente, algumas questões relacionadas à motivação²⁶ para o voluntariado.

²⁶ Definida para fins deste estudo como sendo “tudo o que impele a atividade, seja esta corporal ou mental. Esse impulso à ação pode ser provocado por estímulo externo (ambiente) e pode ser gerado internamente nos processos de raciocínio do indivíduo” (CENTRO DE AÇÃO VOLUNTÁRIA DE SÃO PAULO, 2001, p. 15).

Sobre o diferencial na forma de estruturar as atividades para os voluntários, evidencia-se que o trabalhador, em geral, busca sua subsistência por meio de seu trabalho. Ao estabelecer esse vínculo perante o empregador, assume responsabilidades e metas que serão retribuídas, ao final de um período, por meio de uma remuneração financeira, o que não se aplica ao trabalho voluntário. Caldana, Souza e Camiloto (2012, p. 172) reiteram esse aspecto quando afirmam que as características do vínculo do voluntário com a “instituição se diferenciam, em muito, dos vínculos empregatícios tradicionais”.

Ao investigar os aspectos motivacionais dos voluntários, o Centro de Ação Voluntária – SP (2001) esclarece que o voluntariado é um caminho de mão dupla, pois mesmo sem racionalizar este processo, o voluntário espera algo em troca de sua dedicação. Um retorno que, muitas vezes, se relaciona com necessidades individuais que precisam ser satisfeitas, estando geralmente ligadas a “valores, crenças, cultura, estilo de vida, dentre outras” (CAVALCANTE *et al.*, 2012, p.80).

Mas qual a aplicabilidade prática dessa informação?

Para as instituições que possuem voluntários, um importante fato a ser considerado reside na definição da atividade do voluntário, pois as razões que despertam para voluntariado estão diretamente correlacionadas à sua continuidade. É fácil constatar que a segunda situação só se manterá se a primeira estiver sido satisfeita, ou seja, se o voluntário encontrar a satisfação de seus anseios nas ações que realiza, será mais simples a tarefa de promover sua permanência na organização (CENTRO DE AÇÃO VOLUNTÁRIA DE SÃO PAULO, 2001).

Monteiro, Gonçalves e Pereira (2012) reforçam este argumento colocando que conhecer as reais motivações é necessário para entender as intenções e para desenvolver a gestão, sobretudo nos aspectos de captação e permanência dos voluntários, sendo assim, deve-se ter a preocupação de suprir a demanda da instituição sem negligenciar a escolha do voluntário.

Além disso, alguns estudos estão utilizando esta mesma questão (da motivação), para verificar e/ou estabelecer o perfil destes sujeitos. Exemplo disso é uma pesquisa desenvolvida por Grönlund (2011), na Finlândia, que buscou vincular identidade, valores e a prática de voluntariado. No Brasil, Caldana, Souza e

Camiloto (2012) investigaram, entre outros aspectos, as motivações, para subsidiar a organização e planejamento das ações voluntárias na instituição.

Ao traçar um paralelo entre os dois estudos, observa-se que os resultados são semelhantes: ambos evidenciaram categorias temáticas que passam por questões religiosas, retribuição social, convívio social, incluindo também aspectos pessoais, como desenvolvimento profissional. Em sua conclusão, Grönlund (2011) salienta que os voluntários apresentam uma natureza extremamente flexível, através da qual expressam seus diferentes valores fundamentais. O autor ressalta a importância de ouvir e reconhecer as necessidades particulares, de forma a tornar esta prática mais gratificante para cada indivíduo. Por outro lado, Caldana, Souza e Camiloto (2012) chamam a atenção para a gestão desse grupo e na utilização criteriosa das ferramentas gerenciais, para que não se constituam barreiras às diversidades individuais.

Assim, as motivações que levam à busca pelo envolvimento com o voluntariado podem assumir conotações diversas, e conhecê-las é fundamental para instituições que desejam incorporar a prática em sua realidade ou que já desenvolvam parcerias com este segmento. No entanto, é preciso refletir que a visão crítica do voluntariado lembra que esta não é uma atividade totalmente desinteressada. Embora dissociada de benefícios financeiros, pela lógica da adesão espontânea do indivíduo (CAVALCANTE *et al.*, 2012), seus agentes se candidatam aos “louros da virtude” (ARAUJO, 2008, p. 38).

2.4 O voluntariado no hospital

Ao se refletir sobre a presença da prática do voluntariado no ambiente hospitalar, retoma-se a definição de Ortiz (2007, p. 12) sobre o termo “voluntariado hospitalar”, que o interpreta como:

[...] um conjunto de práticas que ocorrem dentro dos ambientes 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 um mote para polêmicas entre opiniões diversas, que vão desde sua exaltação incondicional até sua execração.

Nesse sentido, é preciso considerar que parte desse contraditório se dá pelo entendimento que o hospital mesmo sendo uma organização social que abrange um universo de vários recursos (humanos e não-humanos), embora se assemelhe em alguns aspectos estruturais às empresas, ao assumir seu papel no reestabelecimento da saúde das pessoas adquire um contorno mais específico (ANUNCIÃO; ZOBOLI, 2008). Além disso, é preciso compreender que os indivíduos que procuram ou são encaminhadas para atendimento hospitalar comumente encontram-se em situação de sofrimento, dor, angústia ou algum outro sentimento presente no processo saúde-doença, o que reforça o compromisso da instituição com o respeito e o reconhecimento da condição humana.

Frente a esta realidade, surge também como preocupação o sofrimento que a atividade neste local pode trazer para o voluntário, pois ao contrário dos profissionais, os voluntários sociais não possuem formação específica para área da saúde, conseqüentemente, para o convívio com pessoas doentes, portanto, na maioria das vezes, não sabem como administrar determinadas situações (MONIZ; ARAUJO, 2008). Moniz e Araujo (2008, p. 151) destacam ainda que “as pesquisas sobre voluntariado em saúde apontam que, em sua maioria, os indivíduos contam apenas com a própria disposição e empenho, sem preparo ou acompanhamento”.

Zanatta e Meneses (2006) salientam que o contato de voluntários com pessoas hospitalizadas, como pacientes portadores de câncer, promove a criação de vínculos que são rompidos perante eventos como a morte e, na impossibilidade de partilharem esta vivência com seus familiares, os voluntários necessitam de amparo emocional e técnico para lidarem com seus próprios medos e continuarem realizando suas atividades.

Em contrapartida, Monteiro, Gonçalves e Pereira (2012, p. 203) colocam que a atuação voluntária junto aos pacientes oncológicos é relevante, posto que “constitui o principal instrumento da ação humanitária, centra-se nas necessidades do doente e da família, devendo o voluntário estar integrado nas atividades das equipes dos cuidados de saúde”. Aspectos semelhantes também foram observados no estudo realizado por Nogueira-Martins, Bersusa e Siqueira (2010), no qual apontam que, embora exista uma variedade de ações realizadas pelos voluntários, em sua essência e conjunto, elas colaboram tornando o cuidado em saúde no ambiente hospitalar mais humanizado.

Nesse cenário, reforça-se o papel da gestão em promover a integração do voluntário com o ambiente hospitalar, garantir capacitações, treinamentos permanentes e apoio para que consigam vivenciar as situações do dia a dia, sem que isso lhes traga algum prejuízo biopsíquico, ou que este indivíduo venha, por meio de uma conduta inadequada, a comprometer a saúde do próprio paciente (MONIZ; ARAUJO, 2008).

Além disso, se faz necessária a reflexão sobre como estão sendo utilizadas as questões do solidarismo, haja vista que na sua essência este movimento visa orientar as pessoas para uma visão crítica da realidade, de forma que sejam capazes de subsidiar as transformações para um agir consciente com vistas a melhores condições de vida para todos, e não voltado apenas para o “caráter compensatório ou de ajustamento social que lhe é dado por ser colocado a serviço do capital” (ARAUJO, 2008, p. 241).

Abordando algumas especificidades sobre o voluntariado no hospital onde foi desenvolvido o presente estudo, verifica-se que ele é regulamentado pela Resolução nº 17 de 11/07/2007 do Conselho de Planejamento e Administração – COPLAD, que estabelece o voluntariado social e o profissional. Reafirma-se que pelas particularidades desta pesquisa, o foco é exclusivamente o voluntariado social.

Retomando alguns aspectos históricos da criação do SV na instituição verifica-se que sua criação data de 31/03/1990, sendo, portanto, anterior à regulamentação local citada. O SV foi considerado “pioneiro na América Latina”, sendo idealizado pelo então diretor do hospital, Dr. Ricardo Akel, e pela Assistente

Social Iwonka Maria Blasi (SERVIÇO de voluntários do HC completa 8 anos, 1998, p. 3), que posteriormente se tornou coordenadora do serviço. Em relação ao objetivo que motivou sua inclusão no local, há registro de que tal ação minimizaria o choque dos usuários atendidos pela instituição ao entrarem em contato com o ambiente hospitalar (CALOR humano de sobra, 1990). Assim, o voluntário atuaria como um guia que ameniza o impacto das pessoas diante de uma realidade totalmente diferente daquela na qual está inserido seu cotidiano, facilitando a adaptação do usuário e contribuindo para a compreensão de alguns processos de cuidados em saúde (CALOR..., 1990).

Inicialmente os critérios para o ingresso no voluntariado eram: calor humano, vontade de ajudar e ter idade acima de 18 anos. Na época, o SV contava com um quantitativo de 130 pessoas e as instruções sobre a forma de executar as atividades eram realizadas pelo próprio pessoal do SV (CALOR..., 1990). Dentre as principais funções destinadas aos voluntários, segundo publicação do jornal institucional de 1992, estavam:

- Humanização do hospital - atendendo o paciente nas suas necessidades de compreensão e solidariedade, oferecendo um ambiente propício à sua recuperação;
- Aumento da capacidade do hospital - atendendo solicitações de serviços específicos dos diversos setores, minimizando custos operacionais, promovendo a utilização racional de instalações, equipamentos e tempo de profissionais;
- Integração do hospital à comunidade externa - funcionando como relações públicas e, também, no sentido inverso, fornecendo ideias e propostas de melhoria;
- Permissão da exploração prévia de carreiras na área da saúde - auxiliando na definição profissional (DOIS anos de voluntariado, 1992, p. 8).

Em um artigo sobre o voluntariado social nesta mesma publicação são apresentados dados quantitativos sobre as atividades realizadas na instituição. A edição apontava que de março de 1990 (criação do SV) até o dia 7 de abril de 1994 já havia sido completadas “89.281 horas e 30 minutos” (VOLUNTÁRIOS

comemoram quatro anos, 1994, p. 5) de voluntariado, sendo que em dezembro de 1999 o SV contava com aproximadamente 200 pessoas.

No desenvolvimento do presente estudo buscou-se material que tivesse registrado a história do SV. Neste ponto é necessário ressaltar que não foram encontradas junto ao serviço e a outros setores da instituição informações históricas mais precisas que permitissem um delineamento mais completo do serviço. Este aspecto se reflete também em relação aos dados quantitativos levantados que apresentam lacunas temporais e de informações, ou seja, em algumas situações são evidenciadas horas de voluntariado e em outras o quantitativo de pessoal, o que corrobora com a informação citada no início do trabalho sobre a falta de um consenso na contabilização das atividades voluntárias no Brasil.

Uma estruturação mais definida sobre os dados é observada a partir do ano de 2002. No período de 2002 a 2011 (GRÁFICO 1) verificou-se a ocorrência de 310.451 horas trabalhadas pelos voluntários no hospital. O decréscimo dos valores observado nos anos de 2007 e 2009 se deve, respectivamente, a um período de transição na coordenação do Serviço e à suspensão das atividades dos voluntários durante um mês, em decorrência da primeira epidemia da Influenza (H₁N₁).

Maiores especificidades sobre o SV e seus integrantes voluntários estão descritas no capítulo de Resultados – Caracterização do SV; retoma-se na sequência a construção da Referencial Teórico.

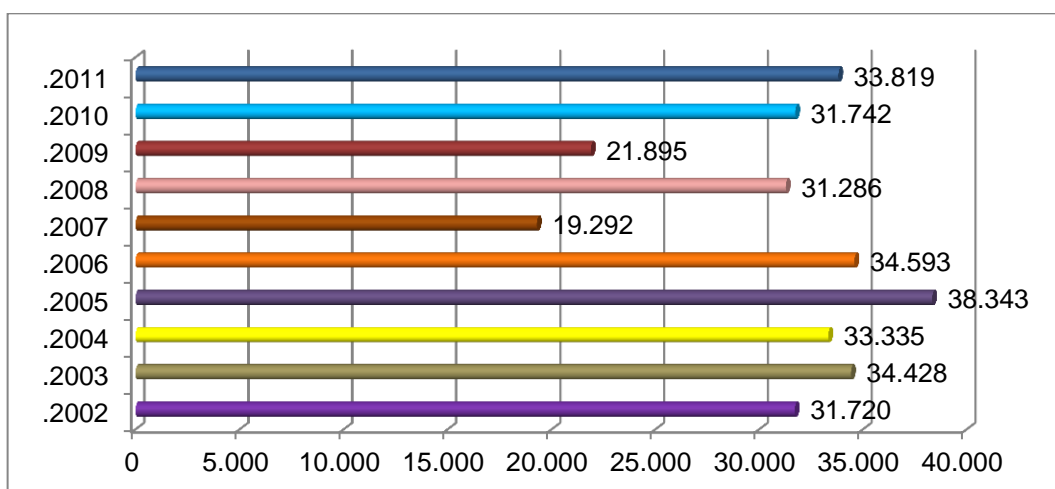


GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE HORAS TRABALHADAS PELOS VOLUNTÁRIOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO, POR ANO, NO PERÍODO DE 2002 A 2011. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: Hospital de Clínicas (2013a)

2.5 A concepção do hospital e a saúde no Brasil

Uma vez definidos alguns aspectos sobre os voluntários, o próximo passo é caracterizar mais adequadamente o ambiente no qual estas pessoas estão inseridas e onde realizam suas atividades. Nesse sentido, a compreensão desse ambiente - um hospital público de ensino - pelas suas especificidades, traz implícitas considerações importantes que devem ser conhecidas pelos indivíduos que nele desenvolvem suas atividades.

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS, o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais. Anunciação e Zoboli (2008, p. 522) complementam esta informação, afirmando que:

O hospital não é uma organização qualquer, pois lida com um elemento extremamente valioso: a vida de pessoas. Porém, sendo organização prestadora de serviços, integra um setor da atividade econômica e incorpora algumas características das empresas em sua estruturação. Assim, parece imprescindível reger o hospital por princípios éticos.

Ao estabelecer um paralelo entre este discurso e os aspectos que englobam a criação do primeiro hospital no Brasil²⁷, verifica-se o quanto houve de avanço na história. Ortiz (2007, p. 51) corrobora com este argumento quando contrapõe as diferenças das práticas hospitalares da Idade Média e da atualidade, afirmando que “as práticas da caridade e a hospitalidade tinham o selo político-ideológico da Igreja Católica, os cuidados médico hospitalares da atualidade trazem a marca do que é próprio à racionalidade regida pelas relações de poder de nossa época”.

Dessa forma, é importante ressaltar que os momentos de transição pelos quais passaram os hospitais relacionam-se, em grande parte, à organização político/administrativa das práticas sanitárias. Sendo assim, destacam-se alguns apontamentos sobre estes aspectos.

Até o século XVIII, o hospital era considerado como um “depositário das misérias humanas” (SANGLARD, 2007, p. 23), em que se acumulava nas enfermarias: loucos, portadores de doenças contagiosas e expostos, que precisavam ser excluídos do meio social ou internados para morrerem (REGO, 2008). Pires (1998, p. 84), fazendo referência a esse período, lembra que o objetivo “principal da assistência era espiritual, e, tanto para pacientes quanto para quem prestasse a assistência, era uma oportunidade de redenção dos pecados e salvação da alma”.

Na sequência, com a reorganização deste local, que teve como base a disciplinalização do ambiente, dá-se origem à busca pela mudança na concepção do hospital para um local de cura e medicalização. No entanto, esta mudança não esteve em um primeiro momento relacionada com a evolução da medicina, até

²⁷ Referência a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada por jesuítas portugueses que vieram catequizar os índios, consequentemente baseada na proposta dos hospitais europeus, que tinha seu foco voltado mais para as questões religiosas do que com a medicina propriamente dita (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1995).

porque neste período o médico exercia sua prática em domicílio. Sobre esse aspecto, Rego (2008, p. 12), fazendo referência a Foucault, coloca que estas mudanças estavam “associadas às políticas de expansão comercial e de fortificação do poderio militar, peculiares ao Estado absolutista e ao mercantilismo”.

Avançando para o século XIX, verifica-se a preocupação com o saneamento dos portos e o controle das epidemias, uma vez que ameaçam as exportações. Para Rego (2008), o governo busca a resolução desse problema a partir da contratação dos serviços da Santa de Casa de Misericórdia e da construção de unidades específicas. No entanto, para este mesmo autor, “ainda não é medicalização do hospital, já que seus objetivos são preponderantemente segregacionistas” (REGO, 2008, p. 13).

Já na segunda metade século XIX, tem-se o início de uma “pedagogia higiênica”, que tinha como foco a elite brasileira, com o objetivo de modificar os hábitos de higiene, uma vez que não havia interesse do Estado em incluir o restante da população no padrão sanitário. A essas pessoas “restava apenas o instrumento de coerção da polícia²⁸, do recrutamento militar ou dos espaços de segregação higiênica das prisões” (SILVA *et al.*, 2010, p. 2540), sendo este modelo autoritário e repressivo justificado em parte pelas descobertas bacteriológicas de Pasteur, que culminaram no conhecimento necessário ao controle das doenças infecciosas. Por outro lado, em relação à medicina, observa-se sua evolução por meio da criação de faculdades, contribuindo para laicização do hospital – perda do caráter caritativo - em contraposição às práticas médicas do período (SANGLARD, 2007).

Dando início ao século XX, Oswaldo Cruz assume a direção da Saúde Pública e dá ênfase ao saneamento urbano, com busca ativa aos focos causadores de doenças. Surge neste contexto a saúde pública como uma nova concepção de assistência à saúde para atender as demandas decorrentes do processo de industrialização e também como uma forma de superação do modelo anterior, pois a teoria unicausal já demonstrava sua incapacidade de responder a vários fenômenos

²⁸ A polícia sanitária tinha suas ações baseadas no discurso da higiene, que “desconsiderava as relações entre doença e condições de vida – predominava a imposição de normas e medidas de saneamento consideradas científicas pelos técnicos e burocratas” (SILVA *et al.*, 2010, p. 2541).

(SILVA *et al.*, 2010). Verificam-se nesse sentido as calamidades pressionando a ação estatal e gerando questões políticas, mas que ainda não se configuram como direitos à saúde.

Estes aspectos refletem também na assistência hospitalar cada vez mais relacionada às políticas de Previdência Social, muito embora tenha ocorrido um aumento significativo no quantitativo de hospitais. No entanto, Imperatori (2012, p. 57) lembra que “as ações do Estado se restringiam a campanhas sanitárias, caracterizando uma separação entre as ações de saúde pública e de assistência médico-hospitalar”.

Após este período, observa-se a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão²⁹ (CAPs), conhecida como a Lei Elói Chaves, que é considerada por BRAVO (2001, p. 3) como o “embrião do esquema previdenciário”. Na década de 1930 surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ampliam as categorias de trabalhadores urbanos cobertos pela assistência, bem como seus benefícios. Não que esse fosse o objetivo, pelo contrário, a preocupação da previdência era “efetivamente a acumulação de reservas financeiras” (BRAVO, 2001, p. 5), mas se pretendia com essa medida evitar futuros movimentos reivindicatórios.

Em relação ao atendimento hospitalar, na década de 1950, já se percebiam sinais da formação das empresas médicas de natureza privada, como pode ser observado a seguir:

²⁹ Para Bravo (2001, p. 3), as “CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. [...] O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral”.

A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos (BRAVO, 2001, p. 5).

Este sistema de saúde privado se fortalece após o golpe militar de 1964, seguida por uma “rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais” (PAIM *et al.*, 2011, p. 17). A partir daí, o que se observa é a criação de modelos de saúde que passam a direcionar o funcionamento dos hospitais, como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)³⁰, que posteriormente culminou no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)³¹, que traziam como propostas a divisão da população em três categorias: os que tinham acesso aos serviços privados, os que eram assegurados pela previdência social e os que não possuíam direito algum.

Com isso, a população brasileira se organizou e passou a se mobilizar em busca da reforma sanitária, defendendo a saúde enquanto questão social e política que precisava ser abordada no espaço público (PAIM *et al.*, 2011). Assim, a partir da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, tem-se a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)³², considerado um precursor do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual “foi norteado pelo princípio de que os recursos federais devessem efetivamente realizar o real acesso à atenção à saúde, por parte de toda a população” (BRASIL, 2011a, p. 23).

³⁰ O INPS “foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros)” (SOUZA, 2002, p. 11).

³¹ Originado a partir do seguinte desdobramento: INPS em “Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)” (SOUZA, 2002, p. 11).

³² Segundo Souza (2002, p. 13) o SUDS foi “implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais”.

Este objetivo é alcançado a partir de 1988 com a promulgação da Constituição Federal, que traz definida no Artigo 196 a questão saúde como um direito de todos e responsabilidade do Estado (BRASIL, 1988) e institui a criação do SUS, vinculado justamente no aspecto da saúde como direito do cidadão (PAIM *et al.*, 2011).

2.6 O Sistema Único de Saúde e o hospital de ensino

Criado com base nas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, em Brasília, tendo como princípios doutrinários: universalidade, igualdade, integralidade; e, como diretrizes organizativas: regionalização, hierarquização, descentralização e a participação social, o SUS representa a conquista dos trabalhadores de saúde, organizações populares, sindicatos, partidos políticos e outros defensores da saúde pública no país. A razão dessa interpretação reside no fato de que “seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização” (BRASIL, 2000, p. 5).

Após a inserção constitucional do SUS, houve a necessidade de novas leis para sua regulamentação, que aconteceu com a publicação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas editadas em 1990, e que conjuntamente formam a Lei Orgânica da Saúde. A primeira dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS e a segunda regulamenta a participação popular na gestão do sistema em cada esfera do governo.

Em relação à organização operacional, ela acontece mediante a edição de Normas Operacionais Básicas³³ (NOB) que “foram instrumentos utilizados para a

³³ Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/1991, NOB/SUS 01/1993 e NOB/SUS 01/1996). Para se habilitar às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais, os estados e municípios ficam condicionados ao “cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde” (BRASIL, 2011a, p. 52).

definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientavam a operacionalidade do Sistema Único de Saúde, a partir da avaliação periódica de sua implantação e desempenho” (BRASIL, 2011a, p. 52). Por outro lado, o processo de regionalização que ampliou o papel dos municípios foi estabelecido pela Norma Operacional da Assistência à Saúde³⁴ (NOAS) (VIEIRA, 2009).

O financiamento acontece basicamente por meio de valores arrecadados através de impostos, contribuições sociais, desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde, e que compõem os recursos dos governos federais, estaduais e municipais. Paim *et al.* (2011, p. 20) ressalta que esta arrecadação “não tem sido suficientes para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público”. O autor também aponta dados que permitem a interpretação de que atualmente o SUS “dispõe de menor volume de recursos públicos para o atendimento às necessidades de saúde da população do que aquele previsto quando o sistema foi criado”.

Converge desta forma a regulamentação da participação do setor privado, a qual se estabelece quando da insuficiência de atendimento por parte do setor público, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos, desde que observados critérios específicos.

Em se tratando do hospital, este novo modelo de saúde altera mais do que a sua conformação, pois muda principalmente a dinâmica de atendimento, que até então se definia tendo a rede assistencial alicerçada sobre as estruturas hospitalares. Agora, com a definição dos atendimentos acontecendo a partir dos níveis de complexidades dos serviços, a porta de entrada no sistema se dá pela atenção básica, entendida nesta realidade como “o eixo orientador do SUS [...]” (BRASIL, 2007a, p. 15).

³⁴ A NOAS/SUS 01/2001 teve como objetivo “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2011a, p. 59). Nesse sentido, estabeleceu entre outras medidas o processo de regionalização SUS como uma estratégia de hierarquizar os serviços de saúde e de buscar maior equidade (BRASIL, 2011a).

Na sequência, tem-se a atenção secundária e terciária – também conhecidas por média e alta complexidade - que se caracterizam como aquelas realizadas por profissionais especializados e que demandam maiores recursos tecnológicos (BRASIL, 2007a). No entanto, é preciso considerar que este sistema de referência e contra-referência³⁵ ainda se estabelece como um desafio a ser vencido pelo SUS (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Quando se aborda a questão da alta complexidade nos atendimentos, percebe-se a necessidade de inserir no assunto os HE, tendo em vista que desempenham um papel relevante à medida que têm como suas principais funções: assistência, ensino e pesquisa. Além disso, por serem capazes de desenvolver atendimentos altamente especializados, com qualidade e tecnologia, voltados à população, constituem-se como um importante suporte técnico aos programas mantidos por diversos centros de referência à gestão de sistemas de saúde pública (ABREU *et al.*, 2012).

Segundo Mérci (2001, p. 149) os HE se caracterizam:

[...] (a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) por prover treinamento universitário na área de saúde; (c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

É importante esclarecer que a caracterização propriamente dita dos HE, acontece a partir de 1991, com a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária (FIDEPS), que passa a designá-los como instituições “para a prática de atividades curriculares na área de saúde, sejam hospitais gerais ou especializados [...]” (BRASIL, 1991).

³⁵ Para Fratini, Saube e Massaroli (2008, p. 67) a “referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência refere-se ao menor grau de complexidade quanto à necessidade do usuário em relação aos serviços de saúde [...]”.

Retomando a questão da inserção e do papel desempenhado pelos HE nas redes de atendimento do SUS, “constata-se que os HE ainda realizam uma grande proporção de atendimentos de média e baixa complexidade, tanto internação como ambulatorial, casos que poderiam ser encaminhados para outros serviços do sistema” (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p. 9). Médici (2001, p. 156) reforça afirmando que reduzir a atuação destas instituições a “meros competidores da rede de saúde existente, duplicando de forma descoordenada e não-integrada todas as funções existentes nos sistemas de saúde, é um mau uso dos recursos que estão sendo destinados a estas instituições.”

Nesse sentido, a realização de procedimentos que não competem ao HE implica diretamente na utilização de recursos e pessoal altamente especializados - portanto de custos mais elevados - em procedimentos simples, o que traz como consequência o fato de se estar deixando de atender casos que realmente seriam da responsabilidade da instituição (MÉDICI, 2001).

Médici (2001, p. 149) salienta ainda que os HE cresceram nos últimos setenta anos “como instituições independentes, distantes do perfil epidemiológico das populações e dominadas pelos interesses dos médicos especialistas”. No entanto, as mudanças nas conformações da saúde a partir dos anos 1970 que trouxeram a definição da atenção primária como direito de todos³⁶, o fortalecimento das técnicas de prevenção, o crescimento da padronização das práticas médicas, a multidisciplinariedade na saúde e o crescimento dos mecanismos de defesa do consumidor e de seu aparato judicial (MÉDICI, 2001), alteraram este processo, trazendo em pauta a discussão dos problemas dos HE.

Chioro (2004) corrobora com esta informação afirmando que estas instituições foram lançadas ao longo dos últimos anos em uma profunda crise, sendo o aspecto financeiro o mais evidente. O autor aponta ainda que os HE “que são

³⁶ Sob este aspecto se faz necessário citar a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada no Casaquistão - URSS, reunida em Alma Ata aos 12 de Setembro de 1978, que enfatizou a importância da Atenção Primária à Saúde, incitando a participação de todos os governos, em especial dos países em desenvolvimento, na busca pela promoção à saúde de todos. Um exemplo do que propõe a referida Alma Ata pode ser observado em seu item III que diz: “A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial” (BRASIL, 2002, p. 9).

públicos não poderiam ter dívidas, mas acumularam esses débitos por meio de suas fundações de apoio” (CHIORO, 2004, p. 8).

Na tentativa de auxiliar na resolução destes problemas, o Ministério da Saúde em consenso com o Ministério da Educação, em uma política governamental para consolidação do SUS, desenvolveram algumas ações como:

- Portaria Interministerial nº 562 de 12 de maio de 2003: constitui uma comissão interinstitucional para avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor (BRASIL, 2003a);
- Portaria Interministerial nº 1000 de 15 de abril de 2004: estabelece critérios para certificação dos HE, tratando da missão acadêmica e do relacionamento com a rede pública de saúde (BRASIL, 2004a);
- Portaria Interministerial nº 1006 de 27 de maio de 2004: cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (REHUF) do Ministério da Educação no SUS (BRASIL, 2004b);
- Portaria Interministerial nº 1702 de 17 de agosto de 2004: cria o REHUF no âmbito do SUS (BRASIL, 2004c);
- Portaria Interministerial nº 2400 de 2 de outubro de 2007: estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino (BRASIL, 2007b).

A partir do momento que modifica a forma de inserção dos hospitais no SUS, esta nova política redefine valores orçamentários, responsabilidades e a efetivação do controle social sobre os serviços de saúde. Com isso, passa a existir metas a serem cumpridas em relação às diretrizes das políticas públicas e também uma preocupação com o aprimoramento em relação ao ensino e à pesquisa, de forma que ela “não se resume ao repasse de recursos para superação da crise financeira” (CHIORO, 2004, p. 8), pelo contrário, tem um sentido bem mais abrangente, como apresentado por Chioro (2004, p. 9):

Visa otimizar a relação dessas unidades de saúde com o SUS por meio da reformulação da política de saúde para esse segmento. Revigorar o setor e qualificar ainda mais o atendimento prestado à comunidade, tanto em relação à assistência hospitalar quanto no desenvolvimento de ensino, formação profissional e pesquisa.

Assim, o repasse dos recursos financeiros às instituições obedece basicamente o sentido de que quanto maior a oferta de serviços ao SUS, maior o incremento de recursos para os HE, de forma a reconhecer e privilegiar a parceria com o sistema público de saúde (CHIORO, 2004).

No estudo não foi abordado em profundidade os aspectos referentes aos critérios necessários para certificação³⁷ dos HE por se entender que este não é o foco principal do trabalho. Destaca-se apenas que para obter a certificação os hospitais devem observar 17 critérios que englobam as atividades de ensino e pesquisa, além da adesão à Política Nacional de Humanização do SUS e a destinação de no mínimo 70% dos leitos ativos e do total de procedimentos praticados ao SUS, entre outros (BRASIL, 2004a). Uma vez certificados, a cada dois anos, os HE são reavaliados por uma Comissão formada por integrantes do Ministério da Educação e da Saúde para nova certificação.

Após a certificação, inicia-se o processo de contratualização, que é a fase em que o representante do HE e o gestor local do SUS estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar, que serão posteriormente acompanhadas e avaliadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (BRASIL, 2004c).

Ao final desta explanação, constata-se que a atuação dos HE é imprescindível para o atendimento às necessidades da saúde da população, principalmente por representarem os recursos mais complexos de saúde. Em se tratando de sua vinculação ao SUS, faz-se necessário atentar para a viabilização da diretriz da integralidade, de forma a poder efetivamente afirmar que todos os usuários têm acesso ao que há de mais moderno e útil para melhorar sua saúde (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

³⁷ A certificação é o processo que estabelece os requisitos necessários para que um hospital possa ser considerado um hospital de ensino. Estes itens são contemplados a partir de quatro dimensões: atenção à saúde, ensino, ciência, tecnologia e gestão. O início da certificação dos HE iniciou-se 2004, sob a coordenação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, sendo regulado pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 2400 de 02/10/2007 (BRASIL, 2007b).

2.7 A prática da enfermagem no hospital de ensino

As ações pesquisadas sobre o voluntariado hospitalar neste estudo, possibilitou perceber que as tarefas realizadas pelo voluntariado e a equipe de enfermagem estão associadas uma a outra. Há nessa aproximação uma linha muito tênue, na qual as atividades se complementam ao realizar a assistência à saúde do usuário, sendo que uma tem a perspectiva técnica da assistência, o que, conseqüentemente, implica em responsabilidade e ética profissional, e a outra, a responsabilidade civil que incentiva às ações desenvolvidas junto ao usuário. Assim, com o objetivo de esclarecer estes aspectos e pontuar questões relevantes, será discutida a prática da enfermagem em um ambiente hospitalar de ensino.

A enfermagem é considerada uma ciência em construção, isto porque vem revendo e inovando suas bases teóricas e metodológicas, de forma a “consolidar um corpo de conhecimentos próprios e uma linguagem específica que permitam aos seus exercentes compreender seu fazer e, assim, prestar cuidados significativos [...]” (VALE; PAGLIUCA, 2011, p. 107), capazes de atender as reais necessidades dos receptores do cuidado.

Com isso, a enfermagem determinou como objeto e finalidade de sua ciência o cuidado. Nesse sentido ela tem se preocupado em desenvolvê-lo de forma ética, humana e pautada na capacidade profissional. Estas questões, na prática, traduzem-se por meio do desenvolvimento de “habilidades e competências para atuar perante a criatividade e as dimensões subjetivas existentes entre os sujeitos envolvidos diretamente nos processos de cuidar, independente do ser que cuida ou do ser que é cuidado” (PESSOA JUNIOR; NÓBREGA; MIRANDA, 2012, p. 605).

Sobre esse aspecto, cabe lembrar que Oguisso, Campos e Moreira (2011, p. 71), refletem sobre a profissionalização da enfermagem e colocam que esta tem suas bases nos pressupostos de Florence Nightingale, pois esta mulher propôs uma nova representação para a categoria, fundamentada na “humanidade, tecnicidade, modernidade, intelectualidade, cientificidade e até mesmo aristocracia e nobreza de idealismo e arte”.

Com esse raciocínio, a perda do caráter empírico e caritativo, juntamente com o estabelecimento de uma profissão amparada por bases científicas, trouxe como consequência a necessidade da implantação de mecanismos capazes de regularizar as ações dos profissionais e prevenir a subjetividade individual. Para auxiliar nesse objetivo um dos instrumentos criados diz respeito à adoção de “normas apoiadas em princípios de virtude, para o benefício geral” (CARDOSO; GONZAGA; MEDEIROS, 2012, p. 169), denominado de Código de Ética, o qual Cardoso, Gonzaga e Medeiros (2012, p. 169) definem como:

Uma espécie de contrato de classe por meio dos quais órgãos de fiscalização do exercício da profissão passam a controlar a execução de tal peça magna, tendo como base as virtudes que devem ser exigíveis e respeitadas no exercício da profissão, e abrangendo o relacionamento com usuários, colegas de profissão, classe e sociedade.

Barros e Lopes (2010, p. 34) também ressaltam a importância da adoção do Código de Ética na prática profissional quando dizem que as ações dos profissionais de enfermagem devem “fundamentar-se nos valores da profissão e no Código de Ética, assegurando a promoção, proteção, recuperação e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais”.

Ainda sobre o aparato legal da enfermagem, é importante citar a Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 1986, que apresenta as competências dos profissionais de enfermagem e estabelece as responsabilidades que devem permear o agir com base nas competências técnicas, éticas, políticas e relacionais. Para Barros e Lopes (2010, p. 63), além de possuir habilidade técnica “é imprescindível que os profissionais de enfermagem conheçam e apliquem as normas regulamentadoras do exercício, dos direitos e das obrigações profissionais”, de forma a estruturar a assistência através de bases conceituais, conseqüentemente, afirmando e delimitando o papel da equipe de enfermagem nas instituições.

É importante destacar que além destas leis maiores existem várias outras resoluções expedidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)³⁸, que abordam temas específicos e que possuem a finalidade de estabelecer diretrizes para situações relacionadas à prática de enfermagem. Nesta relação, faz-se necessário mencionar o papel do Conselho Regional de Enfermagem (COREN)³⁹ enquanto órgão responsável por disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, tendo como base as decisões estabelecidas pelo COFEN (BRASIL, 1973).

Com base nas informações sobre o arcabouço legal do exercício da enfermagem, é possível vislumbrar o ambiente da prática de forma a entender não somente as ações dos profissionais da enfermagem, mas também verificar como acontecem as relações com as demais categorias profissionais e grupos que se inserem nas instituições envolvidas nos processos de saúde e que, portanto, partilham espaços e saberes. Pires (2009, p. 743) reforça esta afirmação quando diz que os diversos “profissionais de saúde, apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, ao exercerem o seu trabalho no âmbito institucional, majoritariamente, desenvolvem-no como parte de um trabalho coletivo”.

Sobre o processo de trabalho da enfermagem, observa-se que ele ainda encontra-se guiado pela influência do modelo taylorista-fordista, que tem como sua principal característica a fragmentação das atividades, e assim, produz consequências nocivas para o profissional e para o receptor do cuidado, uma vez já demonstrada a ineficiência deste pensamento no atendimento às necessidades do usuário (ORO; MATOS, 2013).

Em relação aos pares, esse desgaste se concretiza por meio da divisão das tarefas e suas implicações. De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem têm suas atribuições estabelecidas por meio do grau de complexidade das

³⁸ O COFEN foi criado em 12 de julho de 1973 (Lei 5.905/73), é filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros em Genebra, sendo definido como órgão disciplinador do exercício enfermagem; possui como principais atividades normatizar e fiscalizar o exercício da enfermagem (BRASIL, 1973).

³⁹ O COREN foi criado em 12 de julho de 1973 (Lei 5.905/73), se constitui como órgão disciplinador da enfermagem, sendo subordinado ao COFEN e, de acordo com a referida Lei, deve haver um Conselho Regional em cada Estado e Território.

intervenções a serem desenvolvidas na assistência (BRASIL, 1986). Com isso, cabe ao enfermeiro, enquanto profissional de nível superior, entre outras atribuições, a responsabilidade pela organização e direção dos serviços de enfermagem.

Ainda com relação às atividades desempenhadas pelos integrantes da equipe de enfermagem, é necessário citar que, “em virtude de carência de recursos humanos de nível médio” (BRASIL, 1986, p. 6), exerciam atividades nesta área sem possuírem uma formação específica regulada por lei, os atendentes de enfermagem⁴⁰. No entanto, a partir da conformação dos preceitos da Lei nº 8.080/90⁴¹ e a própria Lei do Exercício do Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/86), esses trabalhadores deixaram de ser contemplados como uma categoria da enfermagem. Nesse sentido, embora a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem apresente problemas por reafirmar “um modelo fragmentado de assistência de enfermagem, ela ainda é o produto de uma longa luta da enfermagem pela profissionalização dos trabalhadores de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade da assistência de saúde [...]” (PIRES, 1998, p. 160).

Assim, com base nessas determinações, ficou destinada aos atendentes de enfermagem a execução de atividades elementares⁴² de enfermagem mediante autorização fornecida pelo COREN e sendo estabelecido o prazo de dez anos, a partir da promulgação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, para a

⁴⁰ Fazendo referência a historicidade da regulamentação dos trabalhadores de nível médio na enfermagem, Göttems, Alves e Sena (2007, p. 1337) colocam que inicialmente cada uma das profissões que compunham a enfermagem era regida por uma regulamentação, sendo então considerados enquanto profissionais da enfermagem seis grupos: “1) enfermeiro; 2) obstetritz; 3) auxiliar de enfermagem; 4) parteira; 5) enfermeiro prático; 6) parteira prática”. Este aspecto começa a ser modificado com a Lei 2604/55 e posteriormente com a Lei 7.498/86 (legislação em vigor).

⁴¹ Ceccim (2003, p. 375) citando a Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990) coloca que esta define o papel da Educação na implementação do SUS, afirmando que “estão incluídos no campo de atuação do SUS ‘a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (Art. 6º, Incisos III e X)’; que ‘deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior’, tendo essas comissões a finalidade de ‘propor prioridades, metas e estratégias para a formação e educação continuada de recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como a relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (Art. 14).”

⁴² As atividades elementares permitidas aos atendentes de enfermagem estão descritas na Resolução 186/95 do COFEN e a autorização para que esses profissionais possam executá-las está regulamentada pela Resolução 185/95 do COFEN.

capacitação e enquadramento nas categorias regulamentadas. No entanto, Göttems, Alves e Sena (2007, p. 1037) ressaltam que a “aprovação da lei não foi acompanhada, imediatamente, de políticas efetivas e universalistas para oportunizar aos trabalhadores o acesso à qualificação profissional”. Tanto procede essa informação que oito anos depois é promulgada a Lei nº 8.967 de 28 de dezembro de 1994, que altera o parágrafo da Lei nº 7.498/86 que dispõe sobre o prazo para a capacitação dos atendentes de enfermagem, permitindo então a esses trabalhadores a continuidade das atividades elementares mediante nova autorização do COREN.

Estabelecendo sua crítica a esse contexto, Pires (1998, p. 160) coloca que:

[...] Apesar de algumas instituições terem deixado de contratar novos “atendentes de enfermagem”, aumentando o número de pessoal qualificado, muitas só trocaram o nome desse trabalhador, investiram pouco na profissionalização dos que já estavam atuando na profissão e continuaram admitindo pessoal para o exercício de algumas atividades consideradas “mais simples”.

Retomando o processo de trabalho da enfermagem, outra situação que também interfere em sua organização, sobretudo no ambiente hospitalar, refere-se ao modelo biomédico de atenção à saúde, que devido ao foco nas práticas curativistas, remete as demais profissões a uma assistência pautada nos diagnósticos médicos (ERDMANN *et al.*, 2009). Nesse contexto, a enfermagem, mesmo estando “instrumentalizada por um referencial próprio, criado e construído pelos profissionais de enfermagem” (BARROS; LOPES, 2010, p. 63), por vezes se constitui como uma prática que tem como função oferecer sustentação às práticas médicas, constituindo-se como “um trabalho complementar na hegemonia médica e, conseqüentemente, sendo assim reconhecido na sociedade” (ERDMANN *et al.*, 2009, p. 641).

Refletindo sobre o trabalho à luz do materialismo histórico e dialético (MHD), que o entende como uma prática que “permite ao ser humano ir além da natureza, contrapondo-se como sujeito no mundo, pois estabelece a relação sujeito-objeto”

(CHAVES; LAROCCHA; PERES, 2011, p. 1702), compreende-se como necessário o pensar sobre este modelo de assistência, pois além de apresentar à sociedade uma visão distorcida da enfermagem, compromete o próprio profissional, que não consegue perceber sua prática como uma ação transformadora.

É importante também considerar que a prática do cuidar, embora não possa ser considerada como uma novidade, tendo em vista que se trata de uma ação existente desde os primórdios da humanidade, configura-se como uma ação indispensável, uma vez que não se conhece até o momento tecnologias capazes de substituí-la na sua integralidade. Sendo assim, questiona-se a razão da falta de visibilidade, desvalorização profissional (ERDMANN *et al.*, 2009) e do não reconhecimento da enfermagem enquanto sua maior executora.

Essa situação nos remete a dialogar sobre o processo de reestruturação produtiva⁴³ e suas consequências para os trabalhadores, uma vez que a referida proposta capitalista coloca a contribuição dos sujeitos em segundo plano, pois concentra sua atenção nos aspectos tecnológicos e na técnica (TRAESEL; MERLO, 2011). Essa dinâmica se estabelece como um espaço de risco para o adoecimento e os acidentes de trabalho, favorecendo “os agravos à saúde dos trabalhadores em decorrência da desorganização laboral, precarização do trabalho, desregulamentação e perda dos direitos trabalhistas e sociais; e a legalização do trabalho temporário” (TRINDADE *et al.*, 2011, p. 329).

Para a área da saúde essa reestruturação produtiva traz implicações ainda maiores, uma vez que se trata de um campo que carrega a especificidade de ter o trabalho humano como um diferencial que impacta diretamente na eficiência e qualidade dos atendimentos. A que se considerar também que o fruto deste trabalho é consumido ao mesmo tempo em que é produzido, portanto, não existe a

⁴³ Entendida como um movimento mundial emergente no pós-década de 70, decorrente da necessidade de transformações na economia, na geopolítica, no processo de produção e nas relações sociais. As mudanças sofreram influências da descentralização da produção, das novas formas de gestão do trabalho e do enorme avanço tecnológico. Por outro lado, a precariedade, a exclusão social e a violência que atingem toda a sociedade são apontadas como consequências da reestruturação das empresas e dos sistemas produtivos (TRINDADE *et al.*, 2011).

apropriação de um produto material independente (PIRES, 1998). Traesel e Merlo (2011, p. 41) exemplificam essa situação quando colocam que:

[...] trabalho de enfermagem, inserido no modelo atual do capital cujo foco está na polivalência, na flexibilidade, nos resultados e na exigência de altos níveis de performance, há uma forte tendência a não valorizar a contribuição deste trabalhador, com fortes impactos sobre a sua saúde.

Além disso, a insegurança relacionada à instabilidade do modelo econômico, “o aumento das demandas para um número reduzido de trabalhadores e o pouco espaço e tempo para a construção de relações de trabalho alicerçadas na cooperação e na solidariedade” (TRAESEL; MERLO, 2011, p. 52), também se constituem como causas do processo de adoecimento e desfavorecem a construção de uma identidade profissional.

Dessa forma, a enfermagem reconhecida como única profissão atuante em todas as instituições assistenciais de saúde, estando presente na rede hospitalar nas 24 horas do dia, 365 dias ao ano (PIRES, 2009), tem sua realidade conformada pela contradição e influência de aspectos macroestruturais, na qual valores de cidadania, compaixão, generosidade e solidariedade são mais uma vez utilizados como mecanismo de ajuste. Assim, entende-se como primordial a necessidade de refletir criticamente sobre a situação de saúde de indivíduos ou populações, de forma a entender as várias nuances que conformam o fenômeno, para então, identificando suas contradições, buscar uma intervenção que seja efetiva para atender as necessidades dos usuários envolvidos (CHAVES; LARROCCA; PERES, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo e quantitativo. A abordagem qualitativa se justifica pela intrínseca necessidade de conhecer as opiniões de determinadas pessoas sobre o objeto de estudo delimitado e reconhecer as contradições existentes na prática do voluntariado em um hospital público de ensino. Assim, faz-se necessário promover a aproximação entre o sujeito e o objeto, de forma que “as ações, as estruturas e as relações tornem-se significativas” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244).

Em relação ao caráter quantitativo, na abordagem metodológica, o mesmo se justifica pela necessidade de se caracterizar o perfil dos voluntários, assim como as atividades executadas pelo grupo nos setores de um hospital público de ensino. Nesse sentido, referenda-se que o método quantitativo possui como diferencial a intenção de garantir a “precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências” (RICHARDSON, 1999, p. 71).

Além disso, como o material histórico disponível sobre o voluntariado na instituição se constituiu de um acervo limitado, algumas informações foram coletadas e estão apresentadas no estudo a partir da observação sistematizada. Para Richardson (1999) nesta forma de observação os dados são registrados a partir de uma estrutura determinada, que prescinde de um conhecimento prévio do investigador, justamente para definir os fatos e situações que serão observados por interessarem à pesquisa.

Assim, para dar conta do tema e do objeto, optou-se por ancorar o presente estudo na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC (EGRY, 1996), que tem como base filosófica o MHD. Com relação à TIPESC temos que seu arcabouço teórico está dividido em duas categorias: *conceituais e dimensionais*.

As categorias conceituais são definidas como um conjunto de “noções e ideias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado” (EGRY, 1996, p.51) e que, por estarem mais próximas do particular, sofrem processos contínuos de redefinição. Entre os aspectos relacionados a esta categoria estão a sociedade, o homem, o processo saúde-doença, a saúde coletiva, a assistência e a educação.

Por outro lado, a categoria dimensional se refere a um conjunto de “noções que lidam com o processo de desenvolvimento da teoria no seu prisma operacional” (EGRY, 1996, p. 80) e que não possuem uma delimitação rigorosa, sendo que, por vezes, uma se sobrepõe a outra. São descritas nesta categoria: a totalidade, a práxis e a interdependência das dimensões estrutural, do particular e do singular na realidade estudada.

Nesse sentido, ao refletir sobre a interdependência, compreende-se que a dimensão estrutural representa os aspectos mais distantes do objeto—macroscópicos ou macroestruturais, a dimensão particular compreende os processos de reprodução social manifesto nos perfis epidemiológicos e a dimensão singular se refere àquilo que é mais específico e próximo do objeto (EGRY, 1996). Ao analisar o objeto de pesquisa, compreende-se que estas dimensões estão relacionadas entre si e em si mesmas, de modo a conformá-lo tal como o percebemos na realidade objetiva.

Na sistematização desta metodologia, para intervenção na realidade escolhida, a autora prevê cinco etapas de desenvolvimento:

1. Captação da realidade objetiva
2. Interpretação da realidade objetiva
3. Construção do projeto de intervenção na realidade objetiva
4. Intervenção na realidade objetiva
5. Reinterpretação da realidade objetiva

Com relação à captação e interpretação da realidade (etapas 1 e 2), se explorou a dimensão estrutural, que permitiu a aproximação com o arcabouço jurídico e político do setor saúde, assim como a historicidade do voluntariado na sociedade brasileira. Por outro lado, a dimensão particular possibilitou conhecer

como são as relações entre o objeto e o ambiente de sua prática – um hospital público de ensino –, da mesma forma permitiu perceber as relações que são estabelecidas entre si e a dimensão estrutural. Na dimensão singular, se buscou constatar as questões inerentes ao próprio objeto – as relações entre os voluntários e os profissionais da equipe de enfermagem dos serviços em que ocorrem as atividades - e ainda, as características dos setores onde os voluntários sociais do hospital público de ensino atuam.

A construção do projeto de intervenção (etapa 3) se deu a partir da síntese dos dados coletados nas entrevistas. Nesta fase foram elencados os processos com potencialidade para intervenção no sentido de construir a proposta de sistematização das atividades desenvolvidas pelos voluntários sociais. Posteriormente, esta proposta será apresentada aos gestores dos serviços envolvidos no estudo por meio de uma oficina.

Em relação às demais etapas propostas pela TIPESC, salienta-se que elas não foram realizadas neste estudo devido ao aprofundamento que se pretendeu dar ao tema e ao objeto; como também em respeito ao tempo delimitado para o desenvolvimento do presente estudo no Programa de Mestrado Profissional.

3.2 Local do estudo

O ambiente escolhido para o desenvolvimento deste estudo é um hospital público de ensino totalmente financiado por recursos públicos. Idealizado inicialmente para dar suporte às atividades de residência aos acadêmicos de medicina, foi posteriormente incorporado como patrimônio da Universidade Federal do Paraná – UFPR (Lei Estadual 1.212 de 1953), antes mesmo de dar início as suas atividades, em 05 de agosto de 1961 (UFPR, 2014a).

Desde sua criação até os dias atuais, muitas foram as inovações e conquistas do hospital (QUADRO 1). Com relação à gestão, as inovações abrangem inclusive a implantação de um modelo gerencial pautado em Unidades Funcionais e Colegiados Gestores, o que aconteceu a partir de 2002. Este modelo tem como

proposta a inserção de todos os sujeitos envolvidos na produção do trabalho nos processos de decisão, independente da função e nível hierárquico dentro da instituição.

QUADRO 1 – MARCOS HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À SAÚDE DA POPULAÇÃO NA INSTITUIÇÃO

1973	Realizado o primeiro transplante renal
1979	Criado o Serviço de Transplante de Medula Óssea, realizado o primeiro transplante da América Latina
1983	Implantado o alojamento conjunto na Maternidade
1991	Realizado o primeiro transplante hepático
1995	Recebe do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a distinção de Hospital Amigo da Criança
1997	Início das atividades do ambulatório de Síndrome de Down
2001	Integração à Rede Nacional de Humanização
2009	Referenciado para atendimento aos casos de gripe influenza H1N1
2011	Recebe a certificação de Hospital Acreditado.

FONTE: UFPR (2014a)

Dentre os aspectos citados, cabe ressaltar que em 2003 o hospital firmou seu compromisso junto à Organização Nacional de Acreditação (ONA) para busca do certificado de Hospital Acreditado, o que significa um compromisso com a melhora contínua nos processos de trabalho que ali ocorrem, objetivando, entre outras coisas, a segurança para pacientes e profissionais e a qualidade da assistência (ONA, 2013). Esta meta é concretizada em 2011, conforme apresentado no QUADRO 1, quando se torna o primeiro do Brasil a adequar-se ao REHUF do Ministério da Educação.

Com relação à estrutura física, a instituição se ergue hoje sobre 63 mil metros quadrados de área construída, sendo que esta estrutura é distribuída em: 211 consultórios e 406 leitos cadastrados (250 em uso no ano de 2014) distribuídos em 59 especialidades médicas. O contingente de recursos humanos no HE abriga

na sua totalidade 2.874 funcionários, dos quais 1958 são servidores concursados e 916 são terceirizados pela Fundação da Universidade Federal (FUNPAR)⁴⁴ que atendem a uma população média/mês de 96 mil usuários do Estado do Paraná e do Brasil, realizando uma média mensal de 1.300 internações e 540 cirurgias (UFPR, 2014b).

3.3 Delimitação do cenário e participantes do estudo

A delimitação do cenário foi realizada em relação ao SV e aos setores da instituição, sendo consideradas para o recorte as especificidades do trabalho realizado pelo voluntário e pela equipe de enfermagem.

3.3.1 Serviço de Voluntários

Analisando os aspectos organizacionais do serviço, de sua implantação até os dias atuais, observa-se que o mesmo passou por uma remodelação em seus processos, sobretudo em relação às práticas dos voluntários, no sentido principalmente de assegurar mecanismos que permitiram quantificar as horas e as atividades realizadas. Nesta forma de planejamento, os voluntários⁴⁵ estão distribuídos a partir de quatro eixos principais⁴⁶ (FIGURA 1). Para essa organização foi considerada as característica das atividades dos voluntários e a forma como são vinculados ao SV, obtendo-se ao final a seguinte divisão: *Sala, Fixos, Capelania e Projetos*.

⁴⁴ A FUNPAR se constitui como uma instituição, sem fins lucrativos, de apoio a UFPR, criada pela Resolução n. 03/79, de 23 de abril de 1979. Exerce desde então participação na gestão técnica, administrativa e financeira de programas e projetos de pesquisa, ensino, extensão, saúde e desenvolvimento institucional (FUNPAR, 2014).

⁴⁵ Total de 384 voluntários contabilizados até dezembro de 2012 (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2012).

⁴⁶ Idealizados pela autora, tendo como base a observação sistematizada do SV.

Os grupos denominados Sala e Fixos são considerados *Próprios* do Serviço, ou seja, são recrutados, treinados e ficam sob a supervisão direta do SV. Já os voluntários da Capelania e Projetos são *Parceiros*, provenientes de ONGs, projetos da Universidade e outras instituições, desenvolvendo suas atividades no hospital a partir da vinculação com o SV, e deste recebendo supervisão indireta.

Assim, considerando a estruturação do SV em relação aos grupos de voluntários, foram inseridos na pesquisa os voluntários da *Sala* (FIGURA 1), uma vez que:

- a) Das 34.066h (100%) de voluntariado realizadas no ano de 2012 (GRÁFICO 2), 14.035h (41,2%) correspondem às horas dos voluntários da *Sala*; as demais 20.031h (58,8) se relacionam ao acumulado dos voluntários Fixos, Capelarias e Projetos.
- b) As atividades desenvolvidas por este grupo abrangem todos os setores da instituição, assim, esta opção torna a amostra mais confiável para uma reflexão sobre os dados obtidos.
- c) Além disso, o fluxo de trabalho deste grupo se baseia nas solicitações de tarefas, via telefone, pelos setores da instituição, o que determina que elas sejam realizadas pelo voluntário que estiver disponível na Sala do SV. Este fato conduz a uma flutuação de voluntários pelos setores, uma vez que, mesmo que um setor solicite várias tarefas, existe a possibilidade que elas sejam executadas por voluntários diferentes, o que pressupõe uma dinâmica diferente a cada atividade.

Uma vez definido o grupo, a inclusão dos participantes voluntários aconteceu intencionalmente, utilizando-se os seguintes critérios:

- Integrante do Grupo de Liderança⁴⁷.
- Mais de dois anos ininterruptos de voluntariado (salvo período de férias e licenças comunicadas).
- Ter atuado no SV no mês anterior à coleta de dados.

Ressalta-se que a intencionalidade do Grupo de Liderança se deve ao entendimento de que os integrantes desse grupo, além de atuarem em suas atividades como voluntários, possuem o diferencial de terem assumido o

⁴⁷ Para facilitar a organização das atividades, o SV trabalha com os voluntários divididos em 10 grupos, de acordo com os dias da semana e os períodos - manhã e tarde. Cada dia e horário conta com no mínimo um e no máximo três líderes voluntários que colaboram para “solucionar problemas e conflitos gerais da sala, recebe sugestões, reclamações e elogios... Deve estar alerta para ‘qualquer tipo de situação’ referente ao andamento do grupo, incentiva e movimenta as pessoas em busca de um equilíbrio, onde todos se sintam parte do processo” (HOSPITAL DE CLÍNICAS, [2012?], p. 1-2).

compromisso junto aos seus pares de representação junto à da coordenação do SV; o que pressupõe um perfil de confiança, segurança e conhecimento, que se acredita ser relevante para a pesquisa.

Por outro lado, a adoção por um período mínimo de voluntariado se relaciona diretamente com a experiência na atividade. Além disso, ao vislumbrarmos que no trabalho formal de um profissional o período de férias se constitui como um direito, para as ações voluntárias, interpreta-se esse período e as licenças, desde que comunicados à coordenação do SV, como um diferencial 'próprio' da atividade, não se constituindo como um critério para exclusão do participante.

A opção da atuação no mês anterior à coleta de dados se justifica pela compreensão que o contato recente com as atividades possibilitaria ao participante responder com mais assertividade as questões. Nesse sentido, como os voluntários em geral cumprem a carga horária de suas atividades uma vez na semana, contabilizando uma frequência mensal média de quatro atuações, foi estabelecida como quantidade mínima duas presenças no mês para ter essa condição satisfeita.

Sendo assim, foi incluído um líder voluntário de cada dia da semana e horário (manhã e tarde), totalizando dez participantes e verificando-se na sequência a saturação dos dados. Nos dias em que havia mais de um líder, considerou-se os demais critérios para a escolha do participante.



FIGURA 1– REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DIVISÃO DE GRUPOS DE VOLUNTÁRIOS, PELA NATUREZA DA VINCULAÇÃO JUNTO AO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014
 FONTE: A autora (2014)

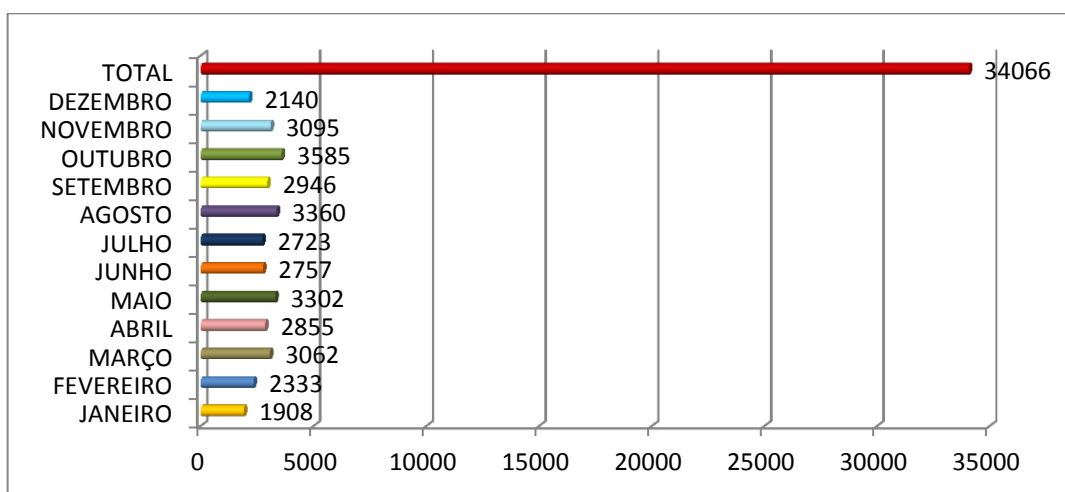


GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DE HORAS TRABALHADAS PELOS VOLUNTÁRIOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO, SEGUNDO OS MESES, NO ANO DE 2012. CURITIBA, 2014

FONTE: Hospital de Clínicas (2012)

3.3.2 Setores da Instituição

Tendo em vista a existência de um tempo limite para conclusão da pesquisa e o fato dos voluntários da *Sala* atender a todos os setores da instituição, foi necessário estabelecer critérios para selecionar os setores e, conseqüentemente, os participantes. Assim, recorreu-se ao seguinte processo:

1. O quantitativo de tarefas solicitadas aos voluntários da *Sala*, no ano de 2012 (GRÁFICO 3), sendo incluídos os vinte primeiros setores com maior número de solicitações de atividades aos voluntários.
2. Contato com a equipe de enfermagem. Tendo em vista que este estudo pretende verificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre as atividades realizadas pelos voluntários, excluiu-se dos setores pré-selecionados os que não possuem equipe de enfermagem e/ou aqueles em que não acontece o contato significativo⁴⁸ do voluntário com esta equipe.
3. Contato com o usuário. Considerando que das 24.958 (100%) tarefas realizadas pelos voluntários da sala no ano de 2012, 16.190 (65%) são atividades de condução de usuários (em maca, cadeira ou andando) e 8.768

⁴⁸ Interpretou-se como significativo para fins deste estudo, o contato do voluntário com o profissional de enfermagem, no qual houve uma interação pessoa-pessoa, mesmo que esta tenha sido para orientar a tarefa a ser executada pelo voluntário, o que supera a entrega de uma requisição ou um exame.

(35%) correspondem ao transporte de exames e hemoderivados, foram excluídos da seleção os setores cuja essência das atividades não proporciona o contato dos voluntários com os usuários.

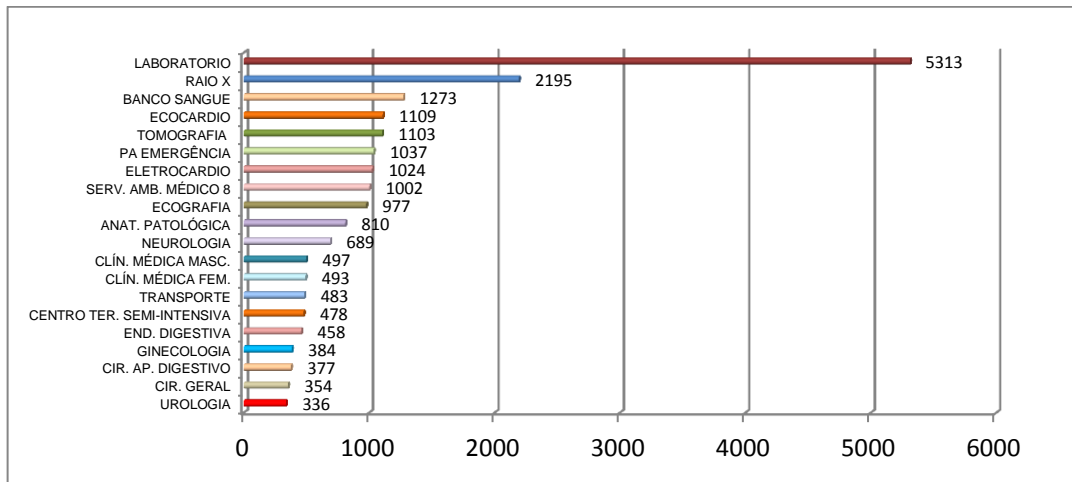


GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS SETORES, SEGUNDO NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE ATENDIMENTO AOS VOLUNTÁRIOS DA SALA NO ANO DE 2012. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: Hospital de Clínicas (2012)

Obedecidos estes requisitos, ao final do processo foram selecionadas os cinco primeiros setores: Pronto Atendimento (PA) Adulto – Emergência, Neurologia, Clínica Médica Masculina (CMM), Clínica Médica Feminina (CMF) e Centro de Terapia Semi-Intensiva (CTSI), dos quais se apresenta uma breve explicação na sequência, antes de se prosseguir com a escolha dos participantes.

Devido ao modelo gerencial adotado pela instituição, os setores encontram-se vinculados às Unidades Funcionais e estas às respectivas Direções. Relacionando os setores envolvidos no estudo nesta dinâmica, observa-se que todos se vinculam à Direção de Assistência e se inserem em três Unidades Funcionais (FIGURA 2), sendo:

- Unidade de Urgência e Emergência: setores de PA Adulto Emergência e CTSI;
- Unidade de Neurologia, Neurocirurgia e Psiquiatria: setor de Neurologia.
- Unidade Clínica (em implantação): setores de CMM e CMF.

Com relação às equipes de enfermagem que integram esses setores, dados de 2013 mostram a seguinte realidade:

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE FUNCIONÁRIOS DA ENFERMAGEM, SEGUNDO FORMAÇÃO PROFISSIONAL, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2013

	P.A. Emerg.	Neurologia	C.M.M.	C.M.F.	C.T.S.I.
Aux. de Enfermagem	41	14	14	12	37
Téc. de Enfermagem	11	5	1	4	7
Enfermeiro	6	2	3	3	7
Total	58	21	18	19	51

FONTE: Hospital de Clínicas (2013b)

Por outro lado, fazendo referência há algumas especificidades nos atendimentos oferecidos por esses setores, verificam-se os seguintes dados:

TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS SETORES DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA, NEUROLOGIA, CLÍNICA MÉDICA MASCULINA, CLÍNICA MÉDICA FEMININA E CENTRO DE TERAPIA SEMI-INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO, SEGUNDO NÚMERO DE INTERNAÇÕES, NÚMERO DE PACIENTES/DIA, MÉDIA DE PERMANÊNCIA, ÍNDICE DE GIRO E NÚMERO MÉDIO DE LEITOS UTILIZADOS, REFERENTE AO ANO DE 2012. CURITIBA-PR, 2013

	P.A.Emerg.	Neurologia	C.M.M.	C.M.F.	C.T.S.I.
Número de Internações	378	622	350	372	477
Número de Pacientes/Dia	2775	4137	4340	4397	3741
Média de Permanência	7,4	6,65	12,51	11,73	7,75
Índice de Giro	3,13	2,88	1,54	1,86	4,64
Número Médio Leitos Utilizados	10	18	19	17	9

FONTE: Hospital de Clínicas (2013c)

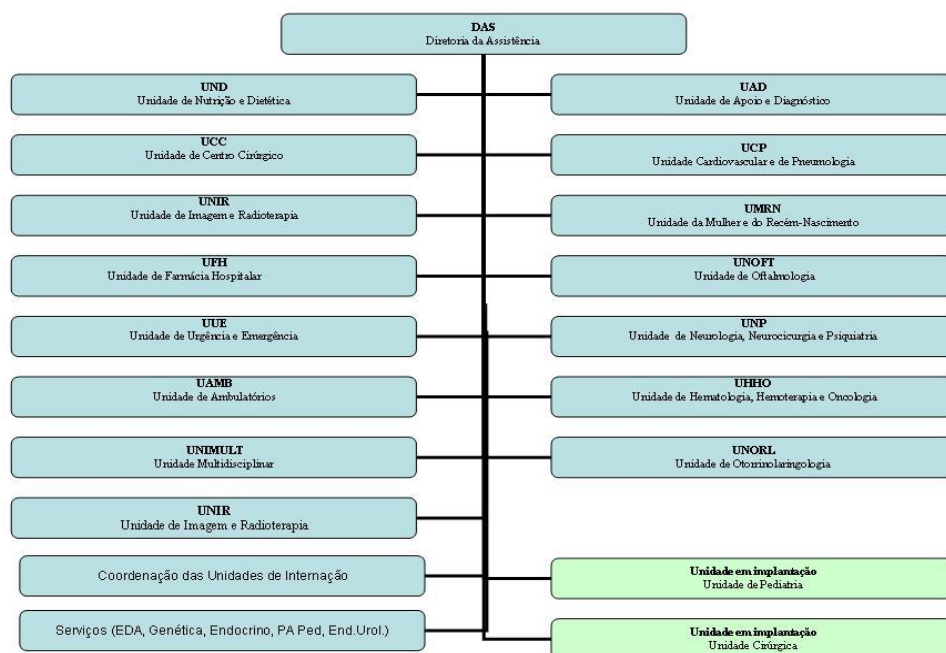


FIGURA 2 – ORGANOGAMA DO HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO APRESENTANDO A DIRETORIA DA ASSISTÊNCIA E SUAS RESPECTIVAS UNIDADES FUNCIONAIS. CURITIBA-PR, 2014
 FONTE: UFPR (2014c)

Assim, uma vez apresentado este contexto, dar-se-á prosseguimento à seleção dos participantes profissionais, que tiveram como critérios:

- a) Inclusão da equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros). Uma vez que não existe uma orientação do SV que indique ao voluntário procurar um determinado membro da equipe quando da execução das atividades. Além disso, considerando a própria demanda institucional, a recepção do voluntário no setor é realizada pelo profissional que está disponível no local. Estes fatos permitem inclusive verificar se todos os integrantes da equipe estão preparados para receber e orientar o voluntário.
- b) Exclusão dos profissionais do turno da noite. Devido à inexistência de atividades dos voluntários da *Sala* neste período. Apenas um pequeno grupo de voluntários realiza atividades específicas neste turno – a recreação (voluntários Fixos) – mas, que não se constitui como parte da amostra de entrevistados para este estudo.
- c) Contato do profissional com o voluntário. O profissional selecionado deveria ter contato com o voluntário, sendo considerada neste caso a condição de solicitante da tarefa ao SV ou mesmo a recepção/orientação do voluntário.

- d) Quantitativo mínimo de dois profissionais por turno e máximo definido pela saturação dos dados; estabelecendo, portanto, uma amostra de quatro participantes por setor, totalizando 20 integrantes.
- e) Profissionais efetivos dos setores. As especificidades de cada local influenciam a dinâmica e a organização do trabalho, conseqüentemente, afeta também a relação com os voluntários. Com isso, para uma percepção mais acertada de cada setor, definiu-se a necessidade da efetividade de cada participante no setor.
- f) O participante deve ter tido continuidade no seu trabalho no mês anterior à coleta de dados. Devido à possibilidade de fracionamento das férias dos profissionais, fato esse não considerado na concepção do projeto, foi aceito como atuação no mês anterior a coleta de dados o mínimo de 10 dias trabalhados ou plantões equivalentes a esse período. Ressalta-se que esse valor corresponde ao período mínimo de dias aceitos para o fracionamento de férias na instituição. Além disso, cabe destacar que no intervalo de 21/12/13 a 05/01/14 houve recesso das atividades voluntárias na instituição, portanto, mesmo que tivesse ocorrido a atuação do profissional, o contato com o voluntário não teria se concretizado.

3.4 Coleta de dados

Para atender os objetivos propostos nesse estudo, a coleta de dados ocorreu por meio de três modalidades: a partir de informações de banco de dados secundários; da observação sistematizada do processo de trabalho no SV; e de entrevista semiestruturada com os participantes do estudo – os profissionais da enfermagem e os voluntários sociais.

Os dados secundários foram obtidos a partir do levantamento de informações do Termo de Adesão⁴⁹ dos voluntários, que é renovado anualmente, é o documento que vincula o indivíduo à Instituição e traz algumas informações pertinentes à execução das atividades do voluntariado, tais como: direitos e deveres, local da atividade e horário (ANEXO 1).

Assim, foram analisados 181 formulários, considerando como data limite para inclusão destes na pesquisa 10/12/2012. Para apresentar uma caracterização

⁴⁹ Obrigatoriedade estabelecida pela Resolução 17 de 11/07/2007 do Conselho de Planejamento e Administração – COPLAD.

mais abrangente do SV foram inseridos os termos dos voluntários *Próprios* do Serviço, ou seja, *Sala* e *Fixos*, embora a delimitação dos voluntários participantes no estudo incluía apenas os voluntários da *Sala*.

Outro aspecto que merece ser ressaltado está relacionado ao fato de que, excluindo-se algumas situações específicas - como, por exemplo, a dificuldade na escrita, na qual o voluntário recebe auxílio para o preenchimento - o formulário é entregue ao voluntário para que complete os dados, sendo orientado a devolver o documento ao SV posteriormente. Logo, o teor das informações do termo de adesão é de responsabilidade do voluntário. Além disso, por se tratar de um formulário com um objetivo específico, existe uma limitação nas informações solicitadas, o que impede uma exploração mais minuciosa do perfil dos voluntários.

Além do termo de adesão, existe no SV uma Ficha Cadastro, preenchida no início das atividades do voluntário na instituição. Este registro possui uma variedade maior de dados, no entanto, quando foi realizado o levantamento, verificou-se que nem todos os voluntários possuíam essa ficha arquivada, optando-se assim por restringir a coleta somente às informações do termo.

Por outro lado, a captação de dados para a pesquisa aconteceu por meio de entrevista semi-estruturada, definida por Richardson (1999, p. 207) como “uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas. É um modo de comunicação no qual determinada informação é transmitida de uma pessoa A a uma pessoa B”.

Foi utilizado um roteiro específico por participante - profissional de enfermagem e voluntário -, composto por dois tópicos: o primeiro referente à identificação do sujeito e o segundo abordando questionamentos sobre o objeto delimitado para o estudo. No segundo item, foram utilizadas perguntas fechadas e perguntas abertas, que trataram de evidenciar a percepção dos participantes da pesquisa sobre as atividades realizadas pelo voluntariado (APÊNDICES 1 e 2).

Para verificar se o instrumento contemplaria as propostas do estudo, foi realizado o teste piloto. A experiência foi aplicada no mês de dezembro com um profissional de enfermagem escolhido aleatoriamente entre os setores delimitados e dois voluntários, sendo um da amostra selecionada e o outro não. Justifica-se a

inclusão desse voluntário, que não se caracteriza dentre os critérios estabelecidos para a pesquisa, pela significância do tempo de voluntariado do mesmo, sendo assim, considerou-se pertinente e enriquecedora sua participação. Nesse sentido, salienta-se que o número de participantes de voluntários passou de dez para 11. Essas entrevistas constituem parte integrante do total coletado e analisado, uma vez que não houve necessidade de alteração do instrumento aplicado.

Concluída essa etapa, as entrevistas restantes aconteceram no período de 13/01 a 17/03/14, nas dependências da própria instituição, considerando a disponibilidade de espaço físico nos setores e de tempo dos entrevistados. Em todo o processo se respeitou o direito à desistência, ao sigilo e ao anonimato. O tempo médio para as entrevistas foi de 20 minutos.

Para o agendamento das entrevistas com os membros da equipe de enfermagem foi realizado contato prévio com o enfermeiro responsável pelo setor em cada turno de trabalho explicando a pesquisa e solicitando a indicação de possíveis participantes de acordo com os critérios adotados. Em seguida, foi explicada a pesquisa ao profissional indicado e, assim, questionado o interesse em participar. Após, foi realizado o agendamento para a entrevista propriamente dita. Cabe registrar que em um dos setores, por decisão do enfermeiro responsável, não foi realizada a conversa inicial do pesquisador diretamente com o profissional, sendo este contato e o agendamento realizado diretamente pelo enfermeiro.

Em relação ao agendamento com os voluntários, foi realizado o contato pessoalmente ou por telefone, explicando a pesquisa e questionando o interesse em participar. Na sequência, foi definido o dia e o horário da entrevista, a qual aconteceu em sua maioria, no período em que o voluntário realizava suas atividades na instituição, por opção pessoal deste. Destaca-se o consentimento da coordenadora do SV em relação à utilização do espaço físico do setor, bem como da disponibilização do horário do voluntário para a realização da entrevista.

No desenrolar da entrevista, percebeu-se uma dificuldade e/ou resistência por parte de alguns profissionais em manifestar suas percepções, fazendo-se necessário o auxílio de perguntas de apoio para melhor fluidez das informações. Além disso, dois participantes não permitiram a gravação das entrevistas, ocorrendo

então à transcrição das falas em paralelo à conversa. O registro manual da entrevista concorrendo com a condução do diálogo se revela um ponto negativo na pesquisa, tendo em vista a perda dos detalhes da fala do entrevistado, mas perante a solicitação do participante, fez-se o registro e, posteriormente, leu-se o conteúdo para que houvesse autorização do entrevistado para uso das informações registradas.

Ao término da coleta, os dados foram agrupados para posterior análise.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram submetidos à Análise do Discurso proposta por Minayo (2010), que atribui a criação desta proposta ao filósofo francês Michel Pêcheux na década de 1960. Macedo *et al.* (2008, p. 650) afirma que ao inserirmos esta análise na perspectiva da área saúde, estamos concebendo-a como um “meio de aproximação e inclusão da linguagem em um sistema abstrato no qual os indivíduos se expressam oralmente e por escrito e, assim, produzem sentidos para evidenciar suas compreensões sobre a determinação do processo saúde-doença.”

Para trabalhar a Linguagem a partir deste método de análise, Minayo (2010) coloca que, segundo Pêcheux, faz-se necessária a articulação de três regiões do conhecimento:

[...] o *Materialismo Histórico*, como teoria das formações sociais e suas transformações e também das ideologias; a *Linguística como teoria dos mecanismos* sintáticos e dos processos de enunciação; a *Teoria do Discurso* como teoria da determinação histórica dos processos semânticos (MINAYO, 2010, p. 318).

Pretende-se com esse processo refletir sobre as condições que envolvem a produção, bem como, capturar a significação dos textos, visando “compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de

seus sentidos” (MINAYO, 2010, p. 319). Macedo *et al.* (2008) corrobora afirmando que para alcançar este objetivo não basta simplesmente analisar o conteúdo escrito, pelo contrário, deve-se também incluir as condições de produção, ou seja, a compreensão do contexto de cada discurso.

Nesse sentido, Minayo (2010) ressalta a importância de se conhecer alguns conceitos que serão utilizados no desenvolvimento desta análise, de forma a proceder à correta apreciação do material:

- *Texto*: enquanto o *Discurso* é um conceito teórico-metodológico, sendo considerado como a linguagem em interação, o texto é um conceito analítico, interpretado como discurso acabado para fins de análise, no entanto, se analisado enquanto objeto teórico é infinitamente inacabado.
- *Leitura e Silêncio*: um discurso pode ter múltiplas interpretações por ser uma junção de fragmentos menores que não têm um início específico, sendo assim, sua leitura e significação será produzida pelos seus interlocutores e leitores. Já o silêncio não pode ser interpretado como algo nulo ou transparente, pois também traz em si condições de produção que precisam ser compreendidas, e este processo pode ocorrer por meio da análise do que foi dito e do que deixou de ser dito.
- *Tipos de discurso*: esta relacionada à forma como o locutor se expressa e interage, considerando como base seu estilo próprio. Os discursos são classificados de acordo com a variância que apresentam de simetria, reversibilidade e polissemia. São categorizados em três tipos: lúdico, polêmico e autoritário.
- *O caráter recalcado da matriz do sentido*: dois níveis de recalçamento marcam a fala: o “esquecido número um”, que se refere a uma zona inconsciente, no sentido de que a ideologia por sua constituição é inconsciente; e o “esquecido número dois”, que seria a zona pré-consciente/consciente, uma vez que pode ser compreendida e reformulada pelo locutor.

Considerando estes aspectos, Macedo *et al.* (2008, p. 652) coloca que o processo de análise significa, basicamente, evidenciar as diferenças dos discursos por meio “das falas interrompidas, na gramática irregular e na mudança do sentido das palavras”, e isso é alcançado por meio da:

[...] leitura exaustiva do material, para explorá-lo e construir o tratamento e a interpretação dos dados. Neste momento, o pesquisador identifica o contexto da produção do discurso para codificá-lo, identificar suas unidades de registros, bem como as categorias que dele emergem (MACEDO *et al.*, 2008, p. 652).

Com base no exposto, ressalta-se a importância de perceber a área saúde como parte integrante de um todo, em que está inserida a realidade nas suas diferentes dimensões (estrutural, particular e singular), uma realidade que se constitui histórica, social, política e economicamente. Nesse sentido, o entendimento de um discurso exige a compreensão das relações sociais que ele expressa, ou seja, o seu entendimento sobre as contradições e os conflitos existentes em uma dada realidade, uma vez que ela é construída a partir de um emaranhado de fios ideológicos que expressam o contexto de uma época e de um grupo social (MINAYO, 2010).

3.6 Aspectos éticos

No presente estudo os aspectos éticos e legais foram respeitados conforme regulamenta a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, foi considerado o direito ao anonimato, ao sigilo e à desistência sem prejuízo para os envolvidos. O aceite para participar no estudo, bem como a entrevista propriamente dita, se deu por meio da anuência do participante com a sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES 3 e 4).

Para dar conta da legislação acima mencionada, a presente proposta de pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas da UFPR sob o nº 20841913.8.0000.0096 (ANEXO 2).

O local definido para ocorrer à entrevista foi de escolha do participante. Com isso, buscou-se respeitar os limites e disponibilidade de cada um que se prontificou a participar do estudo. No cotidiano do trabalho muitos profissionais têm dificuldades de se ausentarem do seu posto, nestes casos foram utilizadas salas reservadas nos setores.

No caso do participante voluntário foi selecionado um espaço específico no próprio SV. No desenvolvimento da entrevista, o local escolhido garantiu os princípios éticos anteriormente descritos.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização do Serviço de Voluntários

Retoma-se nesse ponto a caracterização do SV iniciada brevemente no referencial teórico e na metodologia. Para tanto, segue uma descrição de cada grupo de voluntários, construída a partir da observação sistematizada da autora, com suas respectivas atividades, tendo por base a disposição destes na Figura 1, conforme já apresentado na delimitação do cenário e dos participantes do estudo no capítulo de Metodologia.

Próprios do Serviço:

- *Sala*⁵⁰: são os voluntários que atendem as demandas de todo o hospital mediante solicitação do setor requerente via ramal telefônico. Neste fluxo as tarefas são registradas em formulário específico, em duas vias, sendo a primeira destacada e levada pelo voluntário que realizará a tarefa e a outra permanecendo no SV para controle e posterior transcrição para um banco de dados que irá compor o relatório mensal do serviço. As atividades compreendem basicamente: a condução de pacientes para exames, o transporte de amostras, exames e hemoderivados. As atividades que envolvem diretamente usuários, para fins de registros, são categorizadas com relação à forma como são executadas considerando para isso as condições em que o usuário será transportado em: *andando*, *cadeira* ou *maca*; sendo esta escolha definida pelo setor solicitante. Por outro lado, quando a atividade envolver o transporte de materiais e hemoderivados, a forma de execução será registrada como *bandeja*, pois nessas atividades o voluntário, ao executar a tarefa, utiliza-se de uma maleta na qual é acomodado o material a ser transportado. Tratando especificamente do transporte de hemoderivados, existe um Procedimento Operacional Padrão (POP) institucional que apresenta algumas informações sobre sua realização. Retomando as atividades, esclarece-se que são raras as atividades que não estão contempladas nessa descrição, mas quando solicitadas, são avaliadas pela coordenadora do SV que determina sua viabilidade pelos voluntários e a forma como deverão ser registradas.

⁵⁰ Representam 137 do quantitativo total de 384 voluntários (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2012).

- *Fixos*⁵¹: refere-se ao grupo de voluntários que executam atividades em setores específicos do hospital, atendendo com exclusividade o respectivo setor. O teor das tarefas, em alguns casos, difere das realizadas pelos demais voluntários, estando diretamente relacionada ao setor em questão. Exemplo disso são as voluntárias do Centro Obstétrico, que além das atividades 'normais' (realizadas na *Sala*), também auxiliam os funcionários do setor dando suporte às pacientes durante o parto e amamentação. É importante ressaltar que existe um pequeno grupo⁵² de voluntários que realiza atividades em dois locais (sala e um setor fixo) dividindo as horas semanais de voluntariado entre os mesmos.

Parceiros:

- *Projetos*⁵³: são os voluntários que possuem como foco de suas ações a realização de atividades lúdicas com as crianças e adultos internados. A exceção nesse caso é o grupo Shalon, que confecciona materiais para o Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, como por exemplo rolinhos de algodão utilizados nos procedimentos cirúrgicos. Estão incluídos neste grupo: Instituto História Viva, Cuidando com Arte e Alegria, Associação de Apoio a Criança com Neoplasia - APACN, Risologistas, Trupe da Saúde, Sórir, Prócura, Anjos da Enfermagem, Terapia Intensiva de Amor e Shalon.
- *Capelania e Mãos Sem Fronteiras*⁵⁴: a Capelania compreende as confissões católica, batista e luterana que realizam basicamente atuações de cunho religioso. O grupo Mãos Sem Fronteiras se constitui como uma organização não governamental, presente no hospital desde 2005, que utiliza uma técnica de auto tratamento - parte das disciplinas bionaturais complementares a medicina tradicional - através do uso consciente das mãos.

Ainda com relação às atividades realizadas pelos voluntários, foi desenvolvido pelo SV um descritivo, nomeado de 'Quadro de Orientações' (HOSPITAL DE CLÍNICAS, [2008?]), com recomendações sobre as atividades que podem ou não ser executadas pelos voluntários (ANEXO 3), com a finalidade de orientar e normatizar as tarefas junto aos setores do hospital e aos próprios voluntários. Além disso, todas as atividades estão descritas sob a forma de POP disponíveis no Serviço. De uma forma geral, preconiza-se que as tarefas realizadas

⁵¹ Representam 44 do quantitativo total de 384 voluntários (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2012).

⁵² Representam 13 do quantitativo de voluntários Fixos - 44 (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2012).

⁵³ Representam 124 do quantitativo total de 384 voluntários (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2012).

⁵⁴ Representam 79 do quantitativo total de 384 voluntários (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2012).

pelos voluntários aconteçam dentro do espaço físico do hospital, não tenham caráter técnico e/ou administrativo, bem como não envolvam situações de emergência.

O processo de recepção para novos integrantes é realizado pelo próprio SV duas vezes ao ano e foi reformulada há pouco tempo com o objetivo de apresentar e aproximar a realidade hospitalar do candidato a voluntário. Este procedimento tem a finalidade de subsidiar uma decisão consciente sobre a realização do voluntariado em um ambiente hospitalar. As etapas são as seguintes:

- Participar da palestra no Centro de Ação Voluntária⁵⁵: organizada e executada pelo próprio centro e realizada duas vezes por semana. Na temática são abordados alguns aspectos sobre o que é ser voluntário – responsabilidades e direitos, a Lei do Voluntariado, entre outros temas relacionados à ação voluntária.
- Participar da palestra no hospital: a atividade é organizada pelo próprio SV e tem como objetivo apresentar algumas particularidades do voluntariado na instituição e do próprio serviço. Colabora realizando orientações o Serviço de Epidemiologia, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e o Serviço de Psicologia;
- Participar de uma conversa com a coordenadora do Serviço: a finalidade é conhecer melhor o candidato a voluntário, explorando o perfil e as aspirações em relação às atividades. Objetiva-se com isso definir o local mais adequado para inseri-lo, considerando sempre que possível, a vontade inicial de cada um. Além disso, também são repassadas orientações sobre o funcionamento do SV e das atividades dos voluntários.
- Realizar o “hospitur” – que é um passeio guiado por um voluntário experiente em locais estratégicos do hospital para estabelecer um contato mais próximo com o ambiente;
- Realizar o treinamento de 60 dias – durante este período o candidato dá início à realização das atividades sob a supervisão de um voluntário mais experiente, que vai explicando os fluxos práticos das atividades.

⁵⁵ O Centro de Ação Voluntária de Curitiba foi criado em 1998 a partir da mobilização de organizações públicas, privadas e do terceiro setor em prol do desenvolvimento de um centro de voluntariado. Atualmente no Brasil, são mais de 60 centros atuando em prol do desenvolvimento social. A missão do referido Centro é promover o voluntariado transformador, por meio da educação para a cidadania, contribuindo para o bem comum e a construção de um mundo melhor (CENTRO DE AÇÃO VOLUNTÁRIA DE CURITIBA, 2014).

É necessário esclarecer que, ao iniciar o treinamento, o voluntário preenche e assina o Termo de Adesão, além de entregar uma cópia da sua carteira de vacina⁵⁶ e uma foto 3x4. A carga horária semanal do voluntário, definida pelo SV, é de no mínimo quatro e no máximo de oito horas, podendo ser dividida em mais de um dia, conforme disponibilidade do voluntário e o interesse do SV.

Terminado o treinamento, o voluntário realiza uma nova conversa com a coordenadora do SV, explicitando seu desejo de continuar ou não no voluntariado e no local onde está atuando. Na sequência, o voluntário é convidado a preencher uma avaliação sobre este período para fins de contribuição e melhoria nos processos. Após, é realizada toda a tramitação burocrática da efetivação do voluntário, que inclui a inserção dos dados no sistema informatizado do hospital.

Ressalta-se que a inclusão das informações referente à caracterização do SV foi encerrada em agosto de 2013. Na sequência, houve a nomeação de uma nova coordenadora para o serviço e alguns processos e dinâmicas descritos neste estudo, foram revistos e encontram-se modificados.

Assim, uma vez apresentado o SV como um todo, serão apresentadas a seguir, algumas particularidades sobre o grupo de voluntários *Próprios do Serviço (Sala e Fixos)*, extraídas do termo de adesão.

Dos 181 voluntários, 141 são mulheres e 40 homens, conforme apresentado no GRÁFICO 4 a seguir.

⁵⁶ As vacinas referidas nesse item, dizem respeito às imunizações contra tétano, difteria e hepatite B, conforme estabelece Norma Regulamentadora 32 em relação à vacinação dos trabalhadores da área da saúde. (BRASIL, 2014a).

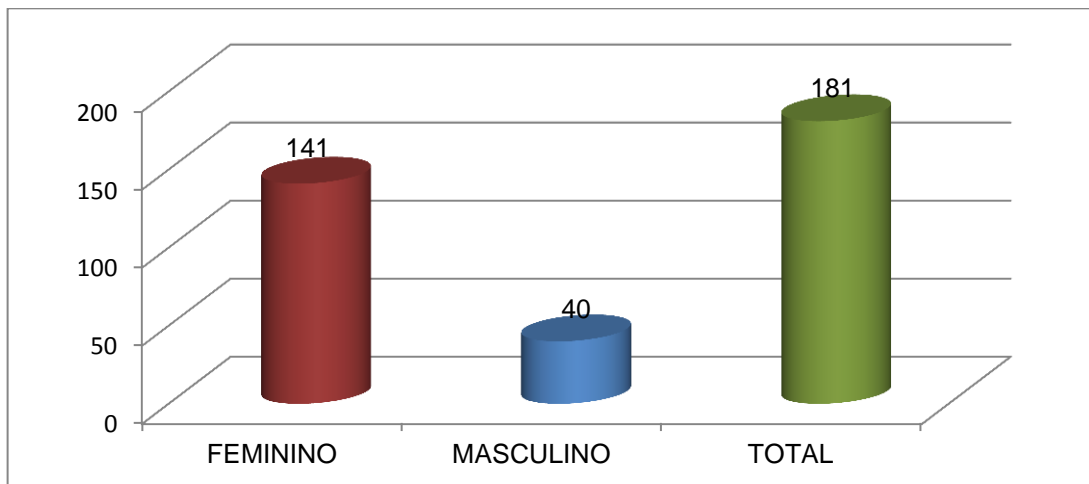


GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS SEGUNDO SEXO, DE ACORDO COM DADOS DOS TERMOS DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/2012, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: Hospital de Clínicas (2012)

As idades dos voluntários variam de 18 a 86 anos, compreendendo o maior quantitativo a faixa etária entre 61 e 70 anos, conforme GRÁFICO 5 a seguir.

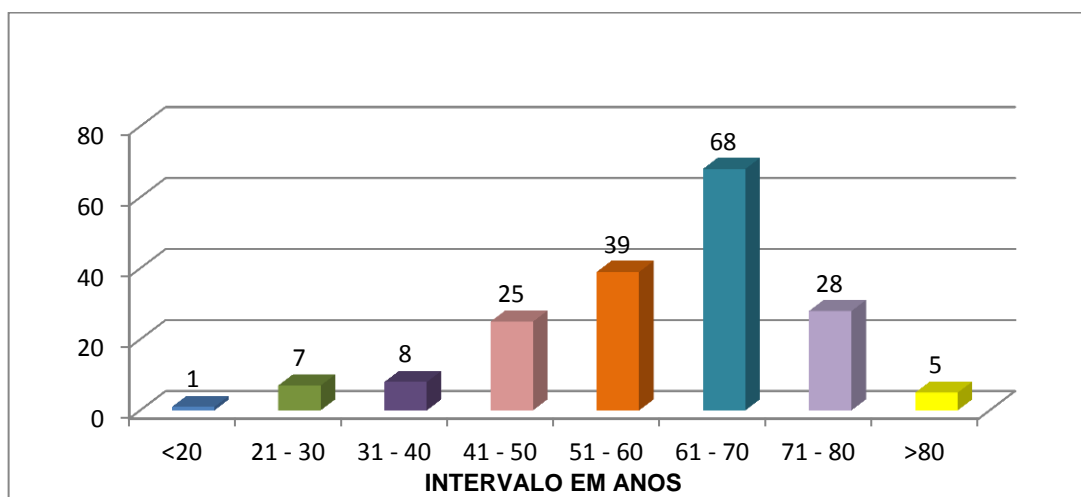


GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, DE ACORDO COM DADOS DOS TERMOS DE ADESÃO, PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/2012, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: Hospital de Clínicas (2012)

Quanto ao tempo de permanência no voluntariado da instituição, teve-se a variação que vai de 23 anos até menos de um ano na atividade. A maior

concentração de voluntários está no grupo de menos de um ano de voluntariado, conforme demonstrado no GRÁFICO 6 a seguir. Destaca-se que ainda permanecem no grupo de voluntários duas pessoas que ingressaram na criação do Serviço.

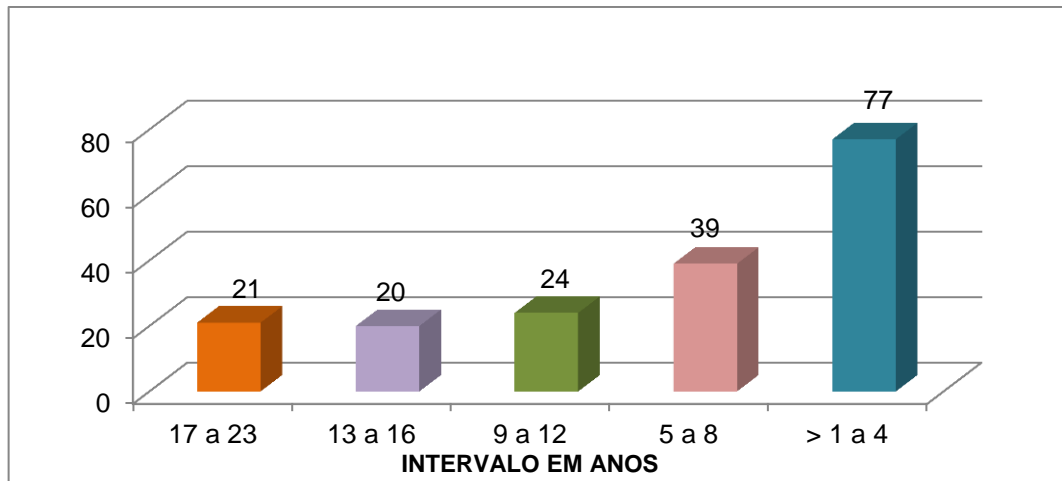


GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS SEGUNDO ANOS DE PERMANÊNCIA NO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, DE ACORDO COM DADOS DO TERMO DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/2012, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014
 FONTE: Hospital de Clínicas (2012)

Com relação à ocupação principal das pessoas voluntárias, os resultados apontaram uma significativa variedade. No entanto, a maior parcela é a de pessoas que declararam não terem ocupação fora das atividades do lar, seguida da parcela que declarou já estar afastada das atividades do mercado de trabalho, conforme os dados apresentados no GRÁFICO 7.

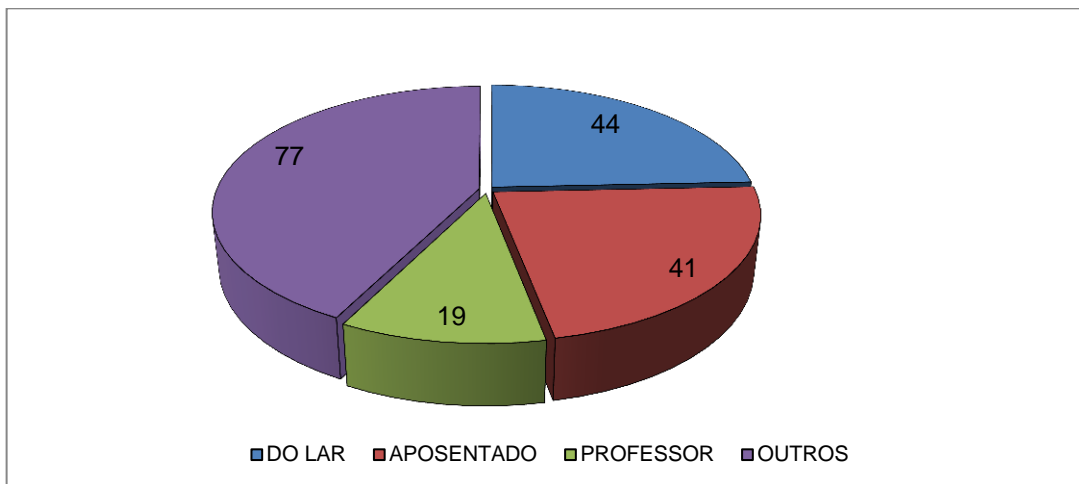


GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, SEGUNDO AS PRINCIPAIS OCUPAÇÕES DE ACORDO COM DADOS DO TERMO DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/12, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: Hospital de Clínicas (2012)

NOTA: Foram classificadas como “Outros” 45 profissões diferentes, cujo quantitativo acumulado de cada uma não ultrapassa seis.

Com relação ao local de residência dos voluntários, se verificou que 165 voluntários são moradores de Curitiba e Região Metropolitana, com um predomínio maior os bairros do Centro de Curitiba, conforme dados apresentados no GRÁFICO 8. Na sequência, nos GRÁFICOS 9 e 10, para melhor visualização, os dados sobre as residências dos voluntários foram desdobrados, apresentando os bairros de moradia nos dois distritos de Curitiba, conforme dados do termo de adesão.

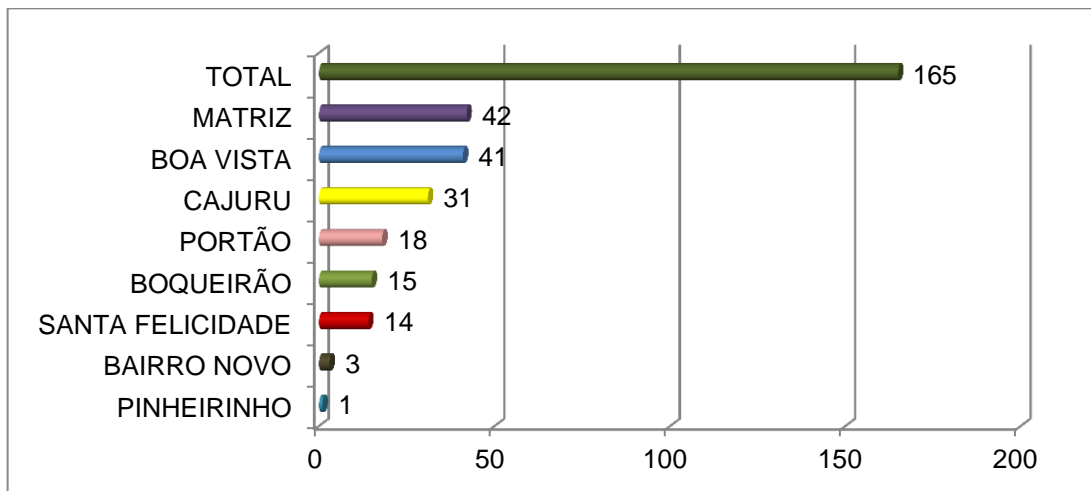


GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, DE ACORDO COM DADOS PREENCHIDOS NO TERMO DE ADESÃO ATÉ DEZEMBRO/12, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: Hospital de Clínicas (2012)

NOTA: Dados agrupados de acordo com divisão administrativa dos bairros de Curitiba (IPPUC, 2005)

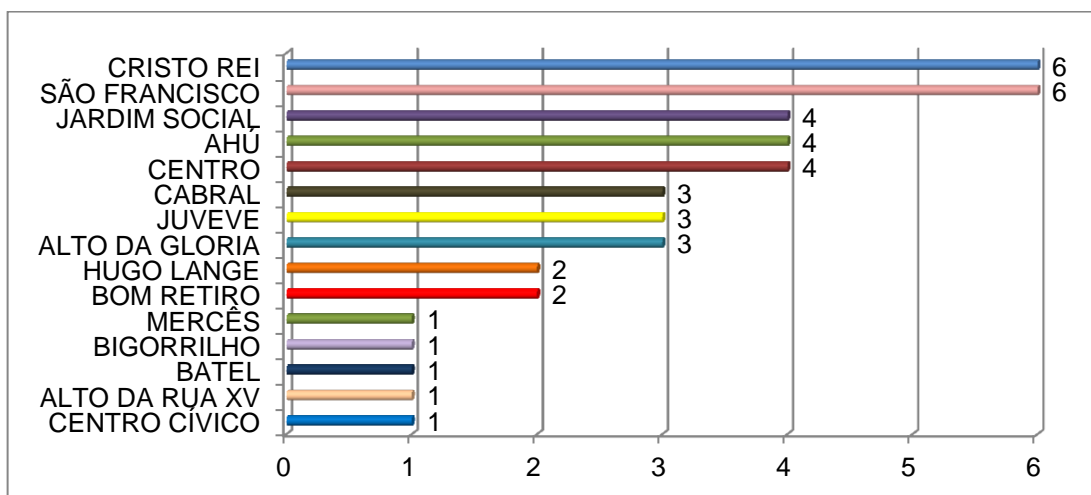


GRÁFICO 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, SEGUNDO BAIRRO DE RESIDÊNCIA NO DISTRITO MATRIZ, DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, DE ACORDO COM DADOS DO TERMO DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/12, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: Hospital de Clínicas (2012)

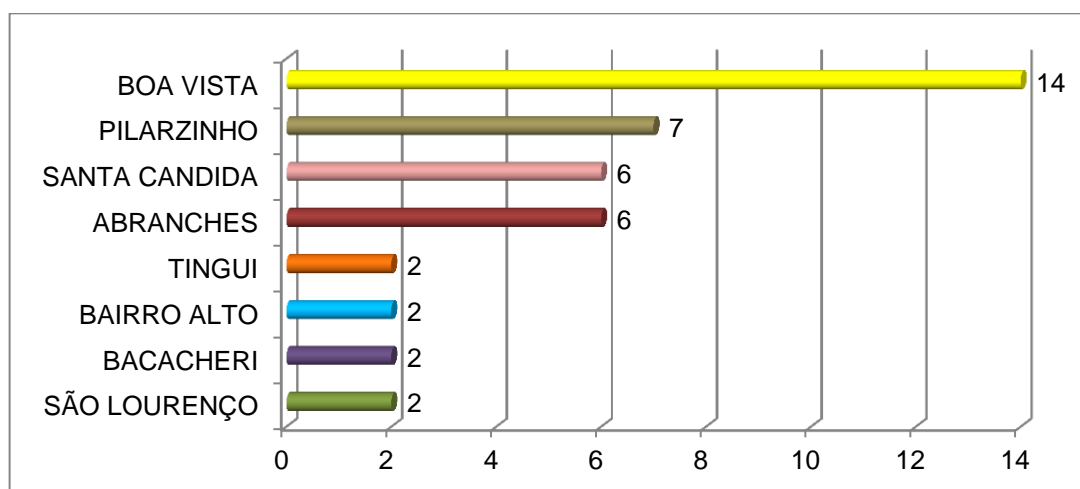


GRÁFICO 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, SEGUNDO BAIRRO DE RESIDÊNCIA NO DISTRITO BOA VISTA, DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, DE ACORDO COM DADOS DO TERMO DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/12, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: Hospital de Clínicas (2012)

Os dezesseis voluntários pertencentes a outros municípios encontram-se discriminados no GRÁFICO 11 a seguir.

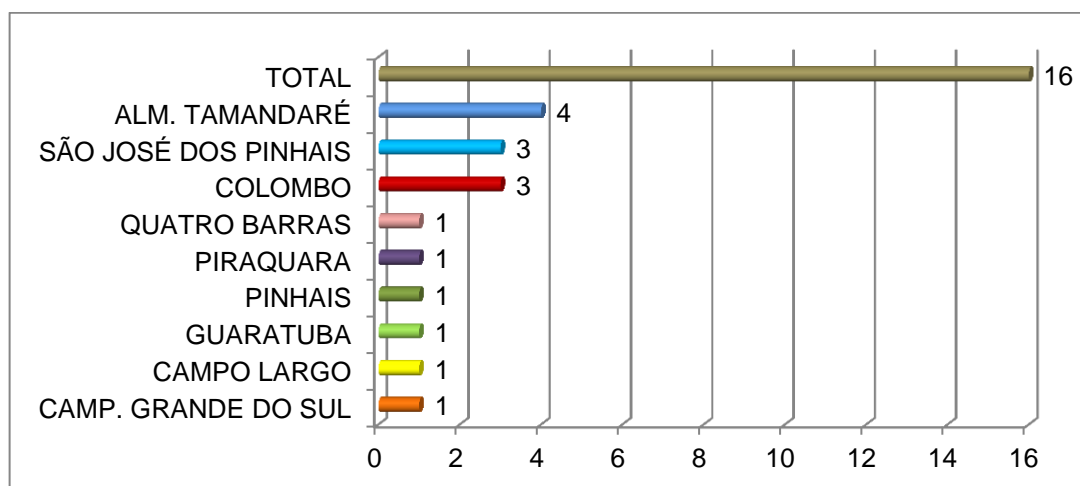


GRÁFICO 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PRÓPRIOS DO SERVIÇO DE VOLUNTÁRIOS, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, DE ACORDO COM DADOS DO TERMO DE ADESÃO PREENCHIDOS ATÉ DEZEMBRO/12, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: Hospital de Clínicas (2012)

4.2 Perfil dos entrevistados

4.2.1 Caracterização dos participantes voluntários

Segundo os dados dos onze voluntários sociais participantes da pesquisa, temos que:

- Sexo: dez são mulheres e um é homem.
- Faixa etária: duas faixas etárias apresentam a mesma concentração de voluntários (cinco): a de pessoas entre 51 a 60 anos; e a de 61 ou mais anos de idade. Já a faixa que compreende as idades de 41 a 50 teve apenas um voluntário. Percebeu-se que a concentração dos participantes, a partir da faixa etária de 50 anos, converge com o apontado na caracterização dos voluntários no HE.
- Escolaridade: existe uma igualdade nos valores para o ensino médio completo e superior completo, sendo cinco voluntários para cada um dos itens. Apenas um voluntário declara possuir o ensino superior incompleto.
- Estado Civil: dez participantes voluntários se declararam casados, enquanto apenas um se declarou viúvo.
- Tempo no voluntariado: cinco voluntários entrevistados declaram ter entre 5 e 8 anos de trabalho voluntário na instituição; três voluntários estão entre 17 a 23 anos no voluntariado; dois atuam no intervalo de 13 a 16 anos; e um está na atividade entre 1 a 4 anos.
- Profissão: entre as ocupações referidas pelos voluntários entrevistados, três intitulam-se “do lar” e dois afirmam ter formação de “assistente social”. Os outros seis estão divididos entre seis profissões diferentes com uma frequência de um para cada uma delas, conforme dados apresentados no GRÁFICO 12 a seguir.

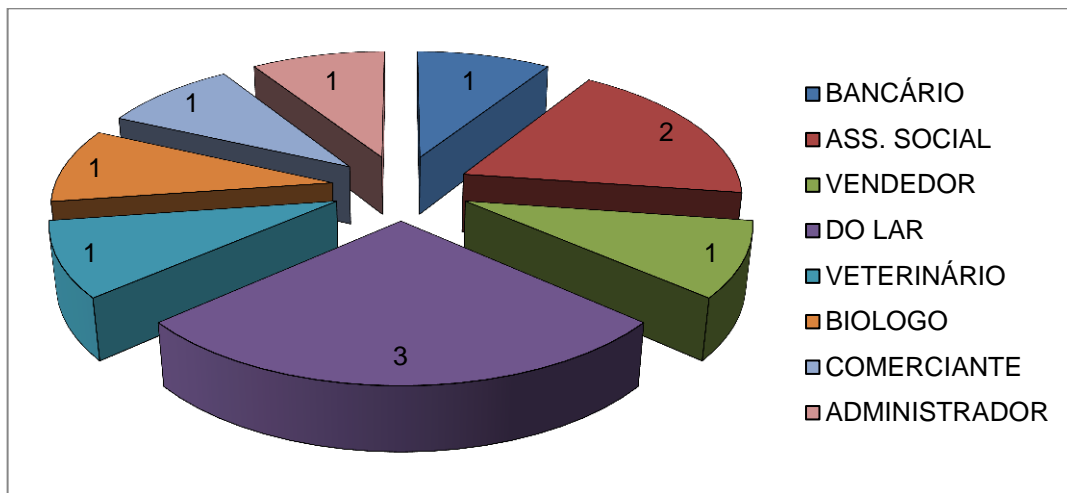


GRÁFICO 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SEGUNDO OCUPAÇÕES DECLARADAS, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014
 FONTE: A autora, 2014.

4.2.2 Caracterização dos participantes profissionais da enfermagem

Quanto aos profissionais da enfermagem, foram incluídos na pesquisa 20 participantes, que se caracterizam conforme as especificidades a seguir:

- Sexo: predomínio do sexo feminino entre os participantes da enfermagem, sendo 17 mulheres e três homens.
- Faixa etária: considerando o grupo como um todo, independente de sexo, a faixa etária com maior quantitativo (oito participantes) é a de 41 a 50 anos. Na sequência, houve uma igualdade entre as faixas que vão de 31 a 40 e de 51 a 60 anos com quatro funcionárias cada uma. Nas demais, 20 a 30 e 61 ou mais, teve-se dois profissionais para cada faixa etária.
- Categoria profissional: a categoria profissional da enfermagem mais presente no estudo foram os auxiliares de enfermagem, com 17, seguida pelos técnicos de enfermagem, com dois entrevistados e, por último, um enfermeiro.
- Tempo na instituição: sete profissionais declaram estar na instituição no período entre 1 e 5 anos. Oito profissionais - quatro para cada uma das categorias – estão no hospital de 6 a 10 anos ou de 16 a 20 anos. Na sequência, tem-se o período de 21 ou mais anos com três profissionais e, de 11 a 15 anos com dois profissionais.

- Tempo no setor em que atua: existe uma igualdade no quantitativo de profissionais que estão nos setores nos intervalos de 1 a 5 e 6 a 10 anos, contabilizando nove em cada um. No intervalo de 11 a 15 anos há dois profissionais.

4.3 Avaliação das atividades realizadas pelos voluntários sociais

Na entrevista com perguntas fechadas, foi solicitado aos participantes que avaliassem as atividades que são realizadas pelos voluntários sociais na instituição. Para tanto, foram utilizadas quatro perguntas, conforme descrição abaixo. As alternativas para resposta permitiam a classificação em: Ruim, Bom, Muito Bom e Excelente.

Questões:

1. Como você avalia o tempo entre a solicitação e a chegada do voluntário para a execução das tarefas solicitadas?
2. Como você avalia a apresentação e disponibilidade do voluntário para a execução das tarefas solicitadas?
3. Como você avalia a execução das tarefas solicitadas aos voluntários da sala?
4. Como você avalia a relação de tratamento entre o voluntário e o usuário na execução das tarefas solicitadas?

No instrumento de entrevista destinado aos voluntários, além dessas, havia uma questão que versava sobre a forma de execução das tarefas, perguntando ao voluntário qual/quais já havia realizado. Nesse sentido, cabe lembrar o conteúdo descrito na Caracterização do Serviço, que esclarece que os voluntários da *Sala*, na realização das atividades que envolvem a condução de usuários, conforme definição do setor, realiza este transporte de quatro formas: *andando, cadeira, maca e bandeja*. As respostas obtidas a partir desse questionamento apontam que todos os voluntários participantes do estudo (11 = 100%), durante o tempo em que estão no serviço, já realizaram todas as formas de condução de usuários.

Retomando a avaliação a partir das perguntas descritas acima pelos participantes, obteve-se como respostas:

Questão 1 - Tempo entre a solicitação e a chegada do voluntário para a execução das tarefas solicitadas:

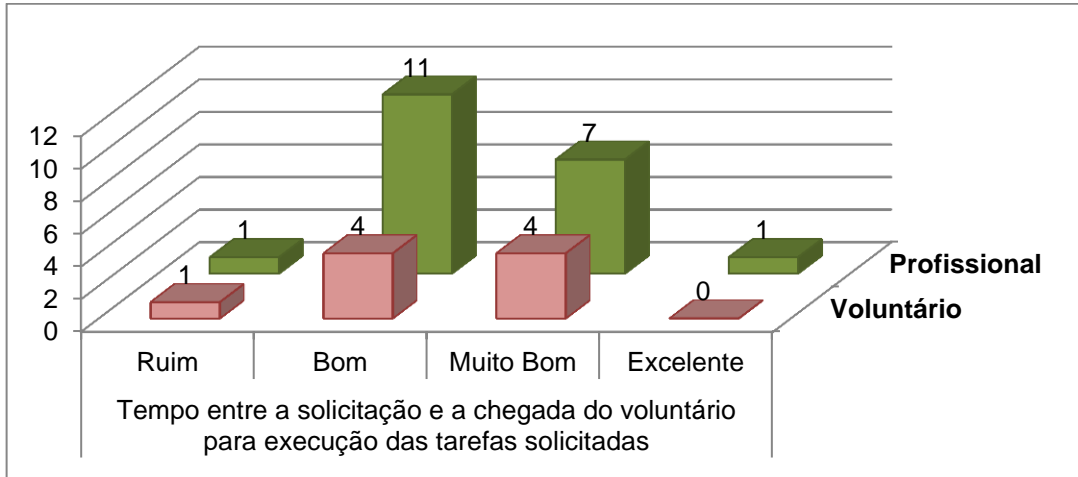


GRÁFICO 13 – COMPARATIVO DAS RESPOSTAS DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS E PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM, PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM RELAÇÃO À PERGUNTA SOBRE O TEMPO ENTRE A SOLICITAÇÃO E A CHEGADA DO VOLUNTÁRIO PARA EXECUÇÃO DAS TAREFAS SOLICITADAS, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: A autora (2014)

NOTA: Dois voluntários tiveram como resposta “Depende”, referindo-se a fatores inerentes à vontade do voluntário que influenciam no tempo de execução da tarefa. Em função disso, a somatória das respostas para essa questão não fecha com o quantitativo total de voluntários (11)

Questão 2 - Apresentação e disponibilidade do voluntário para a execução das tarefas solicitadas:

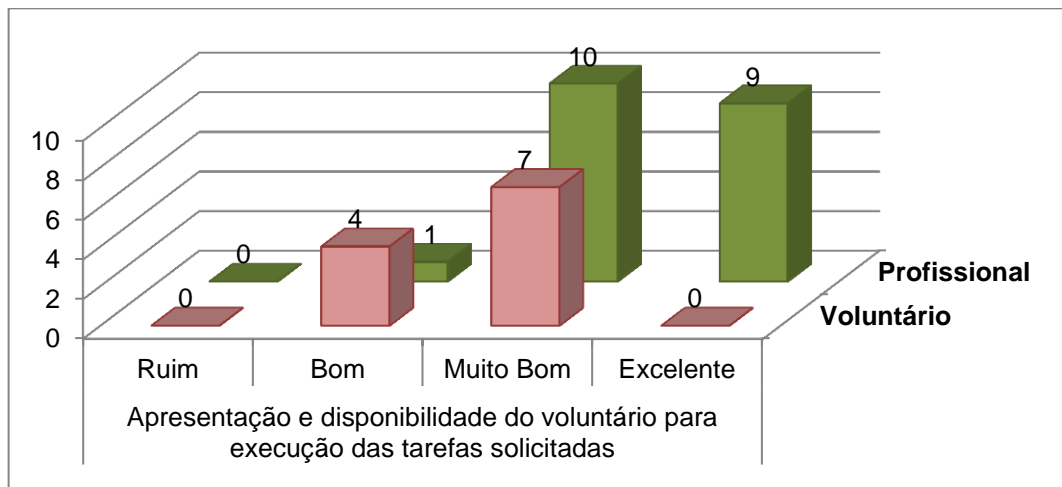


GRÁFICO 14 – COMPARATIVO DAS RESPOSTAS DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS E DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM, PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM RELAÇÃO À PERGUNTA SOBRE A APRESENTAÇÃO E DISPONIBILIDADE DO VOLUNTÁRIO PARA EXECUÇÃO DAS TAREFAS SOLICITADAS, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014
 FONTE: A autora (2014)

Questão 3 – Execução das tarefas solicitadas aos voluntários da sala:

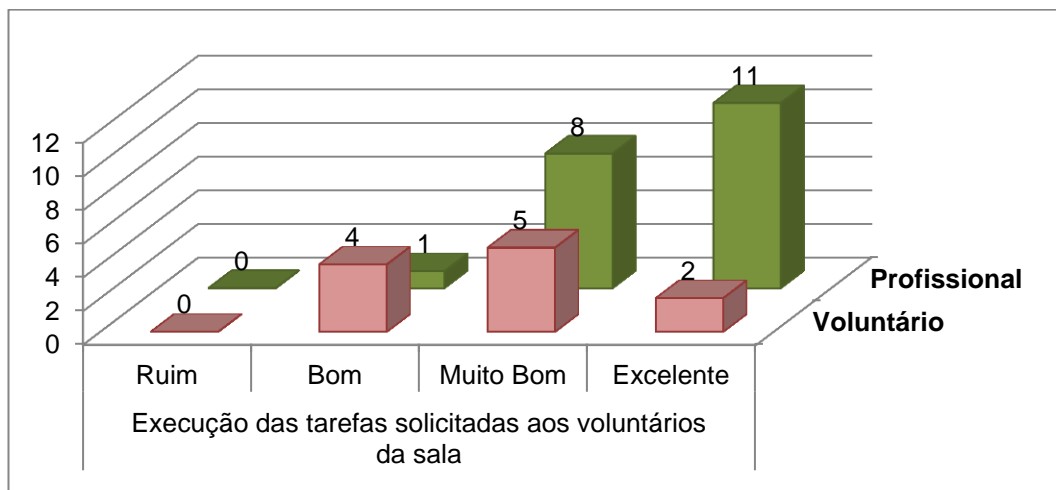


GRÁFICO 15 – COMPARATIVO DAS RESPOSTAS DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS E DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM, PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM RELAÇÃO À PERGUNTA SOBRE A EXECUÇÃO DAS TAREFAS SOLICITADAS AOS VOLUNTÁRIOS DA SALA, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014
 FONTE: A autora (2014)

Questão 4 – Relação de tratamento entre o voluntário e o usuário na execução das tarefas solicitadas:

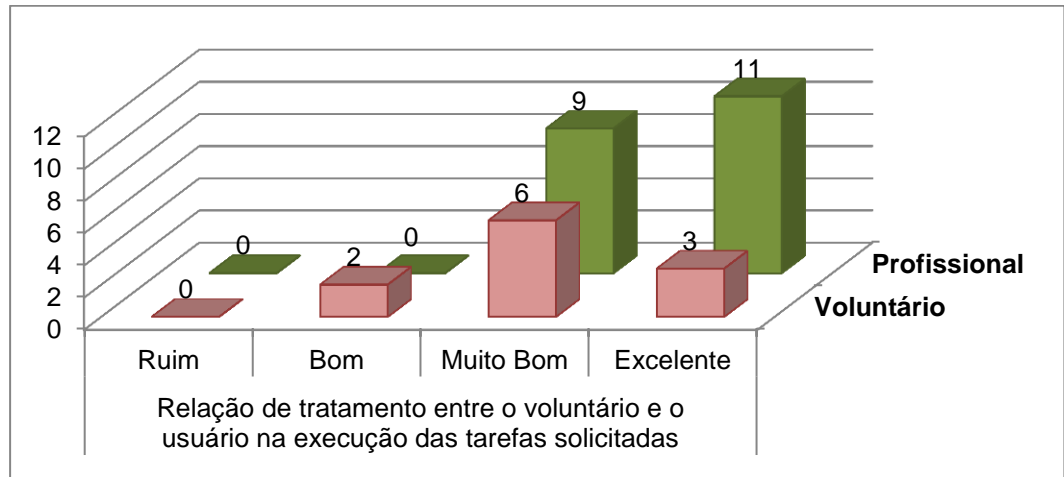


GRÁFICO 16 – COMPARATIVO DAS RESPOSTAS DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS E DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM, PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM RELAÇÃO À PERGUNTA SOBRE A RELAÇÃO DE TRATAMENTO ENTRE O VOLUNTÁRIO E O USUÁRIO NA EXECUÇÃO DAS TAREFAS SOLICITADAS, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014
 FONTE: A autora (2014)

4.4 Atividades desenvolvidas pelos voluntários

Para descrever as atividades realizadas pelos voluntários sociais da *Sala* no local de estudo e contabilizar sua frequência, utilizou-se como base as tarefas realizadas durante o período de um mês. Após o agrupamento dos dados, teve-se a representação disposta na TABELA 3.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO, SEGUNDO REGISTROS DO MÊS DE ABRIL* DE 2014. CURITIBA-PR, 2014

Atividades	Freq. (%)**
Condução de usuários, internados ou não, nas dependências do hospital, estando o usuário andando	19,8
Condução de usuários, internados ou não, nas dependências do hospital, estando o usuário de cadeira	27,6
Condução de usuários, internados ou não, nas dependências do hospital, estando o usuário de maca	12,6
Condução de usuários que estão andando, não internados, para os ambulatórios próximos ao hospital	0,1
Transporte de amostras para o laboratório	23,3
Transporte de materiais (amostras) para anatomia patológica	3,6
Transporte de amostras e hemoderivados para os setores/banco de sangue	10,5
Transporte de prontuário ou requisições	0,4
Transporte de medicamento para os setores	0,4
Transporte de alimento para o setor de transporte	1,7
Total	100,0

FONTE: Hospital de Clínicas, (2014)

NOTA: * A escolha pelo mês de abril de 2014 se deu pelo fato de sido o último mês que se pode coletar dados no local, com isso considerou-se pertinente a escolha pelo período de dados mais recentes. ** Frequências obtidas com base no quantitativo de 1603 atividades (100%) realizadas pelos voluntários sociais da *Sala* no mês de abril de 2014. O quantitativo total de atividades do referido mês foi de 1679. No entanto, para os fins específicos da pesquisa, foram retiradas desse valor as 'atividades canceladas' (63) e atividades realizadas em um setor específico (13) que possui um voluntário fixo, mas que tem a contabilização de suas tarefas na mesma planilha que os voluntários da *Sala*. Assim, se obteve ao final, 1603 atividades/mês.

Além dessas atividades, no referido mês também foi realizada pelos voluntários duas atividades de acompanhamento a uma criança internada na instituição. Esta ocorrência se deu em função da necessidade do responsável pela criança de se ausentar do local. No entanto, por ser uma atividade esporádica que apresenta uma baixa incidência quando comparada as demais, optou-se em não inseri-la na tabela e, assim, não contabilizar sua frequência ao total de atividades do mês.

Com relação às atividades, verifica-se por meio dos dados uma predominância das atividades vinculadas à condução de usuários, independente da forma de condução, em relação às tarefas de transporte de materiais e hemoderivados. Em contrapartida, considerando apenas as atividades que não

envolvem usuários, o transporte de amostras para o setor do Laboratório é a tarefa com maior percentual, seguida pelas atividades do setor do Banco de Sangue.

4.5 Categorização do discurso

Como forma de sistematizar os dados coletados nas perguntas abertas do instrumento de entrevista, o material empírico obtido foi organizado em categorias. Essas tiveram como base as categorias analíticas propostas para este estudo, logo, categorias analíticas conforme o referencial teórico construído, o qual teve a finalidade de dar conta dos objetivos propostos. Com isso, têm-se os discursos dos participantes dispostos em quatro categorias principais, que se desdobram em seis subcategorias, conforme representado na FIGURA 3.

Para apresentar os resultados, foram seguidas as regulamentações quanto ao anonimato dos participantes. Nesse sentido, os profissionais da enfermagem terão suas falas identificadas pela letra 'E' seguida de um respectivo número ordinal. Já os voluntários serão codificados pela letra 'V' e um número ordinal. A numeração que identifica cada um dos participantes foi escolhida aleatoriamente e tem apenas o intuito de referenciar as contribuições desse indivíduo na pesquisa.

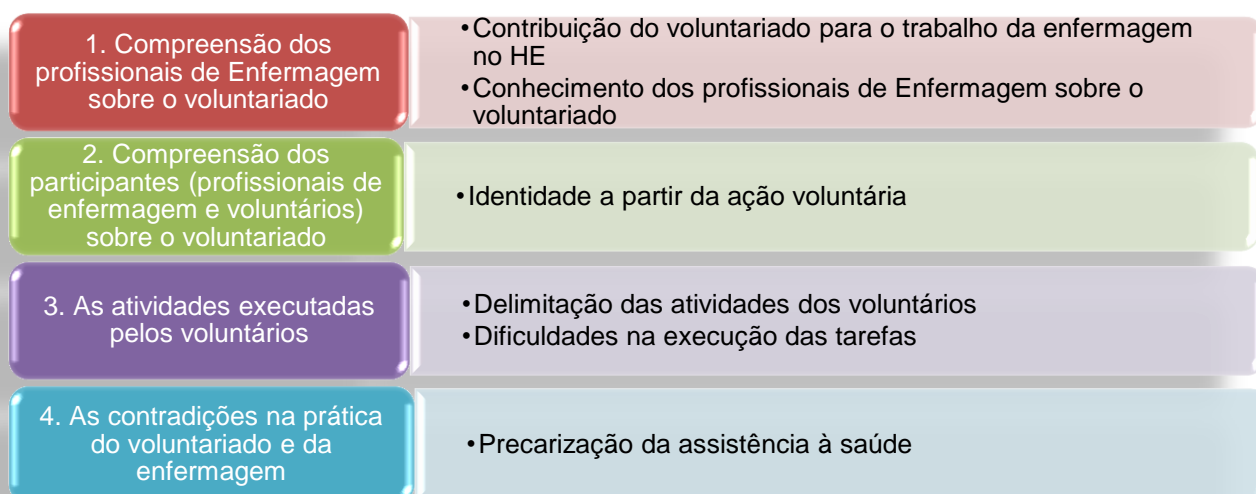


FIGURA 3 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS NOS DISCURSOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. CURITIBA-PR, 2014

FONTE: A autora (2014)

4.5.1 Categoria 1 – Compreensão dos profissionais de enfermagem sobre o voluntariado

Esta categoria se desdobra em duas subcategorias: ‘contribuição do voluntariado para o trabalho da enfermagem no HE’ e o ‘conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o voluntariado’, as quais passam a ser abordadas na sequência.

4.5.1.1 Contribuição do voluntariado para o trabalho da enfermagem no HE

Nessa subcategoria há uma convergência na opinião dos profissionais entrevistados com relação ao voluntariado na instituição. A compreensão desses participantes é que o voluntário contribui para o trabalho da equipe de enfermagem, como pode ser observado na fala de E₁₁ quando se referindo ao trabalho voluntário coloca que “[...] é muito útil aqui pelo tipo de trabalho, pela correria que tá aqui às vezes. Nossa, às vezes, tem momento que tá tudo tão agitado, um monte de exames, que o voluntário é um divisor de águas naquele momento”. Para E₈ “[...] a relação é bem saudável, bem produtiva, nós da enfermagem só temos a ganhar com esse serviço deles”.

Ainda sobre esse aspecto, em alguns discursos dos profissionais sobre a contribuição do voluntário chega a ser apontado um grau de dependência da equipe de enfermagem em relação ao trabalho realizado pelo voluntário no que se refere ao cumprimento das tarefas cotidianas, como segue: “[...] acho que sem eles (os voluntários) a enfermagem não trabalharia.” E₅; “[...] eu não consigo imaginar como seria pra nós sem os voluntários, [...] dependemos muito do voluntariado porque tem um volume muito grande de exames [...]” E₄.

Convergindo com a referência à ajuda, encontra-se no discurso dos profissionais a preocupação com a demanda de atividades a serem cumpridas, conseqüentemente, com os usuários, como descrito por E₂ “Isso (referindo-se as atividades dos voluntários) ajuda muito o nosso trabalho porque a gente consegue

dedicar mais atenção aos que ficam (pacientes), enquanto que a gente sabe que aquele (paciente) que o voluntário leva tá sendo cuidado até o local de exame”.

Seguindo a lógica do comentário desse profissional, retomam-se as razões que teriam motivado a criação do SV no hospital, as quais são explicitadas por V₁₁ quando ressalta que: *“A intenção, o intuito era de [...] evitar que os enfermeiros, os técnicos, saíssem da unidade pra fazer esse trabalho que nós (os voluntários) fazemos [...] eles seriam muito mais importantes lá. [...] eles (os funcionários) tinham que se deslocar, [...] então ficava desfalcado (referindo-se ao setor) [...]”.*

Em consequência desse processo de suporte dos voluntários às atividades da enfermagem, verifica-se que o reconhecimento da categoria a esse grupo é uma atitude percebida e explicitada por alguns voluntários, conforme mostra a fala de V₅ *“[...] existem aqueles que são extremamente gentis. Tem gente (referindo-se à equipe de enfermagem), alguns que chamam a gente de anjos, tem outros que chamam de querida, tem outros que agradecem como se fosse uma coisa extremamente pessoal”.* Outro voluntário entrevistado também tem essa percepção e coloca *“[...] como elas (profissionais da enfermagem) dizem normalmente ‘você nos ajudam demais, você são nossos anjos’[...]”* V₄.

No entanto, nas falas há referências aos primeiros momentos da atividade dos voluntários na instituição, que nem sempre foi harmônica. Alguns membros da equipe de enfermagem e voluntários que estão na instituição há mais tempo e que acompanharam o início das atividades do voluntariado no hospital, colocam que: *“Tinha muitos funcionários que não aceitavam (os voluntários), porque o voluntário se batia e a coisa tava engatinhando, então às vezes a informação não era passada corretamente pro voluntário e ele se batia ou levava o doente pro lugar errado.”* E₇; *“No começo teve uma certa, meio assim, meio desconfiança do nosso trabalho pelos funcionários achando que a gente estava sendo preparada pra tirar o lugar deles [...]”* V₁₁.

Atualmente, a relação da enfermagem com o voluntário adquiriu novos contornos, superando as barreiras iniciais, como observado nas falas que seguem: *“[...] eles são super prestativos e a gente (equipe de enfermagem) tem muita consideração por eles [...], então a gente tem uma parceria com eles [...] porque a*

gente sabe que o trabalho deles é totalmente voluntário, então a gente procura colaborar também pra que eles fiquem saudáveis [...]” E₂₀; “Aqui eles (os voluntários) são bem respeitados, são muito respeitados (...), quando eles perguntam alguma coisa, eu em particular, me sinto na obrigação de parar o que eu estou fazendo e explicar o que é [...]” E₁₁.

Porém, é necessário destacar que ainda existem algumas fragilidades nessa convivência, que são percebidas pelos discursos de alguns voluntários: *“Muitas vezes a gente enfrenta situações, assim, que as enfermeiras tão assim, meio bravas, nervosas, então têm aquele bloqueio [...]” V₃; “[...] eu já vi voluntários chegando na sala (dos voluntários), loucos da vida porque foram maltratados pela enfermagem [...]” V₁₀. Em contraponto, V₂ faz a interpretação dessas dificuldades no relacionamento da enfermagem com o voluntário dizendo que “[...] eu observo que o voluntário não tem muita paciência com o serviço de enfermagem, não entende que elas tão lá trabalhando e tem alguns contratempos [...], na verdade, a prioridade, quem tá trabalhando aqui é o pessoal da enfermagem, você (voluntário) que tem que respeitar [...]”.*

4.5.1.2 Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o voluntariado

Ao fazer uma aproximação com a subcategoria anterior, esta surge como uma contradição, uma vez que tendo as ações voluntárias relevância para o desenvolvimento das atividades dos profissionais de enfermagem e, estando os voluntários presentes na instituição há 24 anos, pressupõe-se que deveria existir um conhecimento sólido dos profissionais sobre o voluntariado. No entanto, as entrevistas possibilitaram verificar justamente o contrário. Alguns profissionais alegam insuficiência de conhecimento sobre o voluntariado, como pode ser percebido nos discursos que seguem: *“[...] eu acho que a gente sabe muito pouco como funciona o voluntariado (cita a instituição), a gente não vai em busca e também as informações não chegam” E₅; “Praticamente nada (sobre o voluntariado), porque a gente não se envolve mesmo, a gente só chama (refere-se a solicitação de*

tarefas aos voluntários)” E₁₆; “Não sei como que é feito esse recrutamento (dos voluntários), como que é feito esse convite [...]” E₁₁.

Estas falas analisadas isoladamente permitiriam pensar que se trata apenas de uma ‘falta de conhecimento’, como alegam os próprios profissionais, sobre mais uma entre tantas atividades que acontecem diariamente na instituição. No entanto, esse desconhecimento abrange aspectos operacionais sobre o trabalho dos voluntários. Sendo assim, os entrevistados da enfermagem demonstraram não ter clareza das atividades que são desenvolvidas pelo grupo de voluntários.

Nesse sentido, é necessário considerar que esta situação tem agravantes que afetam diretamente o processo de assistência da enfermagem pela relação que foi estabelecida ao longo dos anos com os voluntários no sentido de potencializar as atividades destes profissionais. Esses aspectos são percebidos na fala de E₁₅ quando cita tarefas que o voluntário poderia realizar, mas coloca que não tem conhecimento se são atividades permitidas a esse grupo: *“[...] eu não conheço (outras atividades dos voluntários), de repente porque a gente não procura, mais é aquilo que eu te falei, cortar cabelo, cortar a unha, dar alimentação, coisas assim que a enfermagem nem sempre tem tempo de fazer, mais eu não sei bem como isso funciona”*. Essa dificuldade dos profissionais também é notada pelos voluntários em função de situações específicas vivenciadas no dia a dia da prática de suas ações, conforme conta V₉ *“[...] pedem o voluntário na unidade, mas o paciente, ele tá com oxigênio e aí nós não podemos (conduzir), fazer esse procedimento sozinhos, a gente sempre tem que ter o médico, a enfermeira e as vezes eles esquecem”*.

Para explorar um pouco mais as falas dos participantes sobre o voluntariado, foi questionado em algumas entrevistas sobre a aptidão dos voluntários para desempenhar as atividades solicitadas e, no momento, teve-se uma divergência de compreensões. Como fica demonstrado nas respostas dos profissionais da enfermagem a seguir: *“A maioria sim, pelo menos os que eu percebi sim; não vi nenhum (voluntário) que não tivesse (falando da aptidão para a tarefa solicitada).”* E₁₀; *“[...] eu não tenho bem certeza, eles (os voluntários) se comportam como que estivessem preparados, até eu me surpreendo que se comportam como que tivesse até uma certa experiência.”* E₁₁; *“Só acho que a gente (equipe de enfermagem) tem*

que tomar cuidado, porque transportar paciente também não é assim, tem que ter discernimento, às vezes falta um pouco.” E₅.

Quanto perguntado este mesmo aspecto, da aptidão para as tarefas, aos voluntários, também emergiram opiniões variadas: *“[...] a parte que a mim cabe eu me considero preparado, é coisa simples, é conduzir paciente, levar material; nós tivemos treinamento pra isso inclusive, então, bem tranquilo.” V₂; “Eu acho que às vezes eu não estou preparada.” V₆; “Eu não sei, eu não sei se eu sou a pessoa certa pra isso, só sei que eu me coloco aqui sempre com muito amor [...]” V₁₀.*

Além disso, ficou evidente na maioria dos discursos da enfermagem falas que mostram que, nesses anos de voluntariado na instituição, nunca foram detectados grandes problemas nas atividades realizadas pelos voluntários: *“Eu não tenho nenhuma crítica.” E₁₁; “Eu não tenho nenhuma queixa deles [...]”. E₁₅; “Sempre que eu percebi eles trabalhando, não houve dessabores”. E₁₇; “Não tenho nenhuma reclamação.” E₁₉.*

Entende-se que sentir-se ou não capacitado para desempenhar uma determinada atividade possui relação direta com treinamentos, capacitações e orientações que instrumentalizam o indivíduo para dar conta daquilo que está sob sua responsabilidade. Assim, nesse momento buscou-se explorar esses aspectos na entrevista para verificar como profissionais e voluntários percebem o processo de capacitação para o trabalho voluntário no hospital.

Com isso, observa-se diferenças entre as opiniões dos profissionais de enfermagem e voluntários sobre o tema, como apresentado nos discursos: *“[...] tem uns (voluntários) que tãõ em treinamento [...] então eles não são jogados aqui (refere-se ao setor) ‘a vai lá e se vira’, creio eu que tenha um acompanhamento dos voluntários que estão a mais tempo, enfim, não são jogados aos leões.” E₄; “Agora tem menos reunião (refere-se ao SV). Eles (os voluntários) estão mais organizados, a delegação das tarefas esta melhor.” E₁; “Eu acho que sempre deve ter treinamento pra voluntários que entram novos e sempre renovar as atitudes do voluntário no transporte, tanto de material de laboratório como com o paciente.” V₁₁; “[...] era uma coisa mais simples (se referindo à forma como era realizado o treinamento*

anteriormente para os voluntários novos), mais fácil e mais gostosa, sabe. Agora é reunião prá lá, reunião prá cá, palestra prá lá, palestra prá cá.” V₄.

4.5.2 Categoria 2 – Compreensão dos participantes (profissionais de enfermagem e voluntários) sobre o voluntariado

Nesta categoria são abordados os aspectos relacionados à compreensão dos participantes sobre o voluntário no desempenho de suas ações, sendo as percepções dos entrevistados evidenciadas a partir dos discursos que integram a subcategoria ‘identidade a partir da ação voluntária’.

4.5.2.1 Identidade a partir da ação voluntária

Na análise desta temática, observou-se que nesses 24 anos de existência do SV no hospital ocorreram modificações, tanto nos aspectos organizacionais, quanto estruturais, e essas mudanças são percebidas pelos participantes da enfermagem e do voluntariado: “[...] vejo assim, é um serviço que cresceu bastante e melhorou muito [...]” E₆; “Melhorou bastante, porque agora ficou mais fácil, quer dizer, tem mais pessoas (voluntários) [...].” E₇; “[...] porque o voluntário hoje ele não [...] leva só exame de laboratório, ele também tem um serviço mais social, no sentido assim de estar em contato com o paciente, de conversar com ele, às vezes até prestar um serviço ao acompanhante [...]” V₉.

Ainda nessa perspectiva de transformação do SV, destaca-se no discurso de V₁₁ as novas ações assumidas pelo grupo de voluntários: “[...] nós só tínhamos esse trabalho nosso de levar cadeira, maca; então não tinha visita de apoio, [...] não tinha voluntários fixos, como tem na maternidade, [...] no RX (raio X), no PA (pronto atendimento), [...] foi melhorando bastante o benefício dos pacientes”. Complementando a análise desse tema, apresenta-se a fala de V₁₀ que ressalta sua percepção, extrapolando os limites da instituição, sobre o desenvolvimento do

voluntariado com base na veiculação de informações sobre essa prática nos meios de comunicação, como segue: *“Eu acho que a própria valorização do voluntário, de uns anos prá cá, acho que cresceu, isso tá na mídia, sabe, como uma coisa socialmente aceitável e até desejável [...]”*.

Avançando um pouco mais na discussão, aborda-se a relação estabelecida entre os voluntários e os usuários, uma vez ser esta uma temática que também se destacou nas falas dos participantes. Assim, nota-se uma interpretação positiva por parte dos profissionais de enfermagem sobre este aspecto: *“[...] a alegria que eles têm faz bem para o paciente, entende, o hospital ele não deixa de ser sério, porque é alegre [...], então isso faz bem para o paciente, esse desprendimento, essa coisa que o voluntário tem, [...] então eu acho que a relação do voluntário com o paciente não tem que mexer, é leve [...] E₂₀; “[...] elas (as voluntárias) vão conversando, a maioria delas vão conversando com o paciente de forma alegre, bem disposta, assim, sempre bem disposta”. E₆.*

Além disso, a fala dos profissionais de enfermagem traz a ideia de que, ao acompanhar o usuário, o voluntário transmite segurança ao profissional e ao próprio usuário: *“[...] enquanto o voluntário tá transportando o paciente, a gente (enfermagem) fica sossegada, sabendo que o paciente vai ser levado até o local do exame [...]. Então isso (a condução pelo voluntário), me dá mais segurança eu sei que sempre são bem atendidos (os pacientes); eu sempre vejo os voluntários atendendo bem os pacientes.” E₂; “A gente chama o voluntário, o voluntário vem acompanha, leva no agendamento, porque pra gente pode parecer uma coisa ‘eu sei que ali é o agendamento’ [...], mas a pessoa que tá ai fora (usuário) não sabe, às vezes tem uns que não sabem nem pegar o elevador [...]” E₄.*

A última colocação do profissional (E₄) traz à tona a diversidade de pessoas que circulam diariamente pela instituição e, por se constituir como um centro de referência especializado do setor saúde, as diferenças sociais, econômicas e culturais dos usuários encaminhados para os serviços são muito variadas, como também lembra E₁₇: *“[...] o sujeito (refere-se aos usuários) vem de todos os lugares, de diferentes lugares do Estado, da cidade, do estado e às vezes do país [...]”*.

Nas falas dos voluntários, constata-se que sua visão sobre os usuários é permeada de carinho e atenção, conforme se observa nos discursos que seguem: *“[...] cada paciente que eu trabalho [...], eu pude dar ali, em poucos minutos, [...] amor, carinho, uma palavra de fé, às vezes eles estão tristes, aborrecidos, desanimados.”* V₃; *“[...] é um hospital público, então o paciente ele é carente, a família é carente, então o profissional ele tem que ter paciência, tem que ter bondade, tem que ter humanidade, porque o cliente que a gente tem aqui são pessoas carentes que precisam muito de atenção e isso a gente vê que o hospital oferece.”* V₉.

Estreitando um pouco o olhar para as mudanças no SV, com foco no aspecto individual dos voluntários, conseqüentemente, em suas aspirações e motivações para a prática, são verificados sentimentos diversos na mesma realidade. Ora os voluntários falaram da ação que desenvolvem como satisfação na ajuda ao outro, ora falaram sobre a própria satisfação ligada à prática do voluntariado: *“[...] é uma coisa assim bastante gratificante pra mim, que cada paciente que eu trabalho pra mim é um objetivo alcançado.”* V₃; *“[...] olha eu gosto de trabalhar aqui, me sinto bem, senão não viria mais.”* V₅; *“[...] eu estou aqui pra me doar e nunca pensei em criar uma dificuldade.”* V₁; *“Eu gosto de ajudar e ao mesmo tempo eu sou ajudada [...]”* V₆; *“[...] na verdade, eu vejo que tem muito voluntário nessa condição, ele tem problema e ele vem na verdade se ajudar.”* V₂; *“[...] pessoas que vem para se candidatar [...] para ganhar status; outros [...] referência para trabalhar fora, [...] para o currículo dele [...]”* V₁₁.

Sobre o aspecto de haver um retorno institucional que potencialize a satisfação pessoal do voluntário na ação, é de conhecimento que, anteriormente a instituição oferecia alguns benefícios aos voluntários, como observado na fala a seguir: *“[...] outros (voluntários) que vinham ai porque achavam que ‘a no hospital eu tenho médico’ (se referindo a atendimento médico para o voluntário na instituição), que realmente tínhamos o médico para os voluntários no ambulatório [...]”* V₁₁. No entanto, esses atendimentos médicos que eram realizados no ambulatório dos funcionários da instituição para os voluntários, foram desativados. Agora, os

voluntários realizam suas consultas nos ambulatórios destinados aos usuários, seguindo o fluxo de atendimento normal voltado a todos que utilizam o SUS.

Por outro lado, cabe ressaltar que explorando o discurso dos profissionais de enfermagem, diferentemente das percepções dos voluntários, as motivações para o voluntariado estão relacionadas, basicamente, ao sentimento de doação: *“Pra mim são uns heróis; porque nós (profissionais da enfermagem) recebemos pelo que fazemos e às vezes aqui tem funcionário de mau humor, tratam mal o voluntário e, pra mim, o voluntário sai de casa, gasta o dinheiro de ônibus e vem aqui pra prestar o serviço sem remuneração nenhuma [...] E7; “[...] ele tem em primeiro lugar é um amor grande no coração, porque quem não tem não faz isso, não se doa dessa maneira, de deixar o seu tempo [...]” E4; “[...] é um serviço que eu me sinto encantada por ele [...]” E11.*

Outras questões relacionadas ao perfil dos voluntários que foram apontadas pelos profissionais da enfermagem são: Alegria: *“[...] eles são muito felizes, eu vejo que o dia deles é bacana, eles estão sempre sorrindo [...]” E12;* Conhecimento da instituição: *“Tem situações que eles conhecem mais do que a gente, tem caminhos ou exames que às vezes eu mesmo [...] não conheço [...]” E10;* Responsabilidade: *“[...] a gente vê que eles são bem responsáveis, assim, sabem o nome de paciente, identificação, qual o setor que eles tão indo.” E3;* Juventude: *“[...] achei muito interessante o fato da idade ser bem diferenciada, ter gente jovem. Porque antes eu tinha uma visão de voluntário assim, pessoas mais velhas, aposentadas, que já tivesse feito tudo na vida e tal, daí se pegou lá aposentado sem nada pra fazer e veio se voluntariar.” E11.*

Antes de finalizar esta subcategoria, cabe destacar que não foi apontado nos discursos dos voluntários questionamentos ou percepções quanto à utilização dessa prática enquanto suporte as demandas do Estado. O que se observa são algumas colocações que refletem o auxílio do voluntariado na realidade institucional, como segue: *“Necessário (o voluntário) pra suprir a mão de obra que falta, porque nós (os voluntários) suprimos aquela mão de obra que, é mão de obra mesmo, que trabalha mesmo, que empurra maca, cadeira de rodas, essa coisa que a enfermagem não*

tem tempo pra fazer. [...]” V₄; “[...] o pessoal (os voluntários) tá indo lá (no setor) pra fazer o trabalho pra eles (enfermagem) [...]” V₁₁.

4.5.3 Categoria 3 – As atividades executadas pelos voluntários

A terceira categoria cuida da discussão das atividades que são realizadas pelos voluntários sociais da *Sala*. Para tanto, este item se constitui de duas subcategorias denominadas de ‘delimitação das atividades dos voluntários’ e ‘dificuldades na execução das tarefas’.

4.5.3.1 Delimitação das atividades dos voluntários

Inicia-se esta abordagem apresentando quais são as atividades realizadas pelos voluntários da *Sala*, segundo as falas dos profissionais de enfermagem: “[...] o que eles (os voluntários) fazem pra nós (enfermagem) é reduzir o nosso stress, caminhada, tudo, porque eles levam os pacientes pra todo o lado do hospital.” E₁; “[...] eles (os voluntários) dão uma mão bem grande pra gente (enfermagem) [...], de levar paciente pra exame, levar, buscar, nesse sentido.” E₁₅; “[...] o traslado de pacientes, a orientação de pacientes pra encontrar as coisas, os lugares, a unidade que ele (o usuário) tem que ser encaminhado, são fundamentais (os voluntários), porque não há disponibilização de servidores pra orientação, então [...] tem pouca gente pra executar essas funções.” E₁₇; “Transporte de papelada, de material biológico pra laboratório, levar pacientes - a locomoção de pacientes de um setor a outro pra realizar um tipo de procedimento, exames, consultas [...]” E₈.

Com base nesse contexto, pode-se descrever, resumidamente, que as atividades realizadas pelos voluntários sociais compreendem: a condução de pacientes e o transporte de amostras e hemoderivados. No transporte de pacientes, algumas situações mais específicas, como a condução de usuários colonizados, são apontadas por um profissional de enfermagem como uma ação que poderia ser

realizada pelo voluntário e que contribuiria para a atuação da enfermagem: *“Uma coisa que a gente (enfermagem) sente falta, que pra nós faz falta, é uma época parece que tinha, não sei se ainda tem, é voluntários que transportam pacientes contaminados”* E₆.

Essa colocação faz refletir sobre a delimitação das atividades dos voluntários. Assim, em relação à restrição das tarefas realizadas pelos voluntários, buscou-se identificar nas falas dos profissionais de enfermagem sua percepção sobre a necessidade e/ou importância de delimitar as ações dos voluntários na instituição: *“Eles (os voluntários) têm que ter a limitação, paciente com oxigênio e isolamento eles não podem transportar [...], porque se acontece uma emergência como eles vão lidar? Deve ser restrita (as atividades dos voluntários) as condições do paciente.”* E₁; *“Eles (os voluntários) não se negam a fazer o serviço, a não ser em casos especiais, paciente contaminado, paciente grave, que precisa da assistência da enfermagem direta, mas do contrário eles são bem, bem colaborativos.”* E₁₀.

Avançando um pouco mais nesse tema, procurou-se identificar como acontece a avaliação dos usuários pelos profissionais de enfermagem, no sentido da definição se os usuários podem ou não serem conduzidos por um voluntário. Neste caso, depara-se com a fala de E₁₉ que coloca que: *“A gente (enfermagem) avalia as condições do paciente antes de ser conduzido”*. Porém, é preciso considerar que muitas vezes os usuários são internados no hospital sem um diagnóstico fechado sobre sua patologia, como bem lembra E₄ *“[...] porque o paciente interna com a gente pra investigar, e pra se fazer a investigação tem que se fazer exames [...]”*; o que traz uma imprevisibilidade ainda maior para as situações.

Por outro lado, a visão de alguns profissionais sobre as atividades realizadas pelos voluntários, considerando-as de uma forma geral, agrava um pouco mais as preocupações sobre esse assunto, uma vez que as ressalvas feitas acima sobre as condições dos usuários não são observadas em suas falas: *“[...] ele (o voluntário) auxilia nas atividades, no desenvolvimento das atividades, principalmente aquelas de baixa complexidade, mas que consomem muito tempo [...]”* E₈; *“[...] é um paciente que tá bem, que pode ir sentado na cadeirinha de rodas, não vai querer levantar,*

não vai querer nada, vai ser pra eles (os voluntários) uma coisa tranquila que eles vão conseguir fazer numa boa". E₁₂.

Além disso, cabe sinalizar que, às vezes, os profissionais de enfermagem assumem condutas que divergem de suas opiniões sobre a importância da delimitação de atividades para os voluntários. Essas situações podem ser evidenciadas por meio de atitudes que cobram posicionamentos dos voluntários que não são de sua responsabilidade, ou mesmo, na solicitação de atividades não permitidas aos voluntários, conforme se observa: “[...] lá no lugar que eu (voluntário) fui as enfermeiras falaram ‘mas como assim, nunca avisaram pra gente que o frasco mudou’, que não podia receber naquele frasco; eu disse ‘mas então, isso ai é falta de comunicação entre vocês’, porque eu não sei de nada, meu serviço aqui é transportar o frasco, agora se ele tá correto ou não tá, não é meu.” V₆; “As dificuldade, às vezes, é quando determinados setores não colaboram muito com as normas que devem ser seguidas”. V₈.

Com relação à visão dos voluntários sobre a restrição nas atividades realizadas por eles, existe um entendimento de que esse é um aspecto necessário para a continuidade das ações do voluntariado na instituição: “[...] a gente (os voluntários) tem que seguir normas, isso é normalíssimo, mas também temos assim uma liberdade, [...] a gente tem que saber também os limites, o que a gente pode, o que não pode, não dá pra extrapolar.” V₇; “[...] eu tenho um nível de consciência, de respeito, eu obedeço [...], eu não faço nada fora das normas que a gente (os voluntários) deve seguir”. V₈.

4.5.3.2 Dificuldades na execução das tarefas

Entendido os aspectos referentes à delimitação das atividades dos voluntários e algumas de suas implicações para os profissionais de enfermagem, trabalha-se agora as dificuldades encontradas pelos voluntários no desenvolvimento de suas atividades na instituição. As dificuldades apontadas foram organizadas em três tópicos: recursos para o trabalho, comunicação e voluntário.

A primeira situação que se evidencia nos discursos dos voluntários e, que se confirmam também nas falas dos profissionais de enfermagem, dizem respeito as *dificuldades nos recursos para o trabalho*, contemplando as questões relacionadas aos equipamentos e pautadas na estrutura física da instituição, conforme segue: “As cadeiras rolantes facilitam bastante quando elas são boas, é o que tá até acontecendo um pouquinho; porque às vezes as pessoas são muito pesadas e aí emburrar não é fácil. [...] cama é insuportável, quando você tem que transportar cama, porque inclusive ela é baixa; mas as macas funcionam bem, embora você possa ir mais devagar porque ela rola menos, mais de um modo geral, o que melhorou bastante foi as cadeiras de roda”. V₅; “[...] o próprio estado do equipamento que a gente tá utilizando, digamos uma cadeira de rodas que não funciona muito bem, uma maca que a rodinha não esteja muito bem, às vezes o próprio peso elevado do paciente que fica um pouco mais difícil pra gente conduzir, principalmente se o equipamento não estiver de acordo”. V₇

Na fala do profissional sobre o tema, evidencia-se: “[...] o problema são as cadeiras e macas que são muito pesadas para transportar; eu acho que eles (os voluntários) têm muita dificuldade com os elevadores, porque tem que ficar esperando, isso atrasa bastante para eles”. E₁. Já E₆, conta sua própria experiência enquanto profissional sobre as dificuldades, dizendo que: “[...] a gente (enfermagem) tem várias interferências nesse trabalho externo, é o elevador que não tem sempre a disposição, é quando você chega lá no setor e você não é atendido de imediato, [...] então você fica lá aguardando, demora [...]” E₆.

Além dos recursos para o trabalho, também são apontados pelos voluntários contratempos em relação à falta de *comunicação*, ou mesmo uma *comunicação* ineficaz com os profissionais da enfermagem, dos quais decorrem re-serviços e a ‘perda de tempo’ dos voluntários, como se observa em: “[...] de não informa direito, falta à requisição, isso ai já aconteceu; ou levar o paciente pra fazer exame e não mandar a requisição, a gente (voluntário) pedir e dizer (referindo-se ao profissional da enfermagem) que já tá lá”. V₁; “[...] desde que eu entrei a grande dificuldade é essa, a unidade pede o serviço, você chega lá, foi cancelado e não avisa sabe. Então você perde tempo, entendeu, você deixa de atender”. V₉.

Sobre esses aspectos, percebe-se nos discursos dos profissionais de enfermagem que há consciência de que algumas de suas atitudes prejudicam o desenvolvimento das atividades dos voluntários: *“Até a gente (enfermagem) precisa, às vezes, da paciência deles (os voluntários), porque eles chegam aqui e não deu tempo pra levar o paciente, às vezes não deu tempo de arrumar e eles sempre entendem [...]”* E₉; *“Eu acho que, às vezes, nos (enfermagem) atrasamos eles, às vezes o paciente não tá preparado, falta o prontuário”*. E₁.

O último tópico relacionado às dificuldades foi referente ao próprio voluntário. Nele se abrange tanto a organização do SV, quanto algumas questões referentes aos próprios indivíduos voluntários. Nas falas dos voluntários observa-se que, em geral, as colocações surgem em relação às características pessoais e atitudes dos voluntários: *“[...] a gente (os voluntários) procura sempre atender, anotar primeiro a solicitação corretamente porque tem uma certa dificuldade as vezes, quando a pessoa (o voluntário) não anota já ali na solicitação correto, o andar, a tarefa em si”*. V₁; *“[...] nunca trabalhei como voluntária em outros lugares, mas conheço pessoas (voluntários) que também às vezes se chateiam com pequenas coisas, mas falhas em todo lugar tem [...]”*. V₈; *“Eu acho que faz parte da característica de alguns, que são mais briguentos [...], faz parte da característica de alguns voluntários”*. V₅

Por outro lado, as considerações dos profissionais de enfermagem sobre as dificuldades são mínimas e contemplam aspectos mais abrangentes, que envolvem, tanto a organização das atividades dos voluntários, como questões mais próprias do voluntário: *“[...] que seja sempre reforçado com a direção em si e chefias, que nem sempre eles têm aquela experiência de entender o que é pra fazer [...], que seja sempre muito bem explicado; que na verdade aqui (faz referência ao setor) se faz, pelo menos eu faço.”* E₁₁; *“[...] agora tem voluntário, que também lógico igual tem funcionário, chega aqui não tá de boa, devia ter ficado em casa, mas isso é raro para o voluntário, entende, agora funcionário é comum”*. E₇; *“É assim, tem uns que vem e então eles (os voluntários) recusam a fazer certas coisas, por ser idoso, então lá de onde vem já deve saber, que então não deve ir a tal setor [...]”*. E₁₄;

Nas entrevistas, também se buscou explorar a percepção, assim como o posicionamento dos profissionais, frente à prevenção e/ou resolução de eventuais problemas nas atividades executadas pelos voluntários. Para tanto, questionou-se como são realizadas as orientações pelos profissionais de enfermagem para os voluntários. Nos discursos, emergiram contradições como se apresenta a seguir: “[...] quando a gente (enfermagem) tem um paciente que tem alguma orientação à gente fala, a gente passa pra eles ‘olha, esse paciente assim, assim’, mas os pacientes mais dependentes a gente nem manda, não pode mandar”. E₃; “Como o trabalho é centralizado, você liga lá (refere-se à sala do SV) e é determinado qual é o voluntário que vai fazer, mesmo assim, se tem alguma orientação especial, sim a gente (enfermagem) fala ‘olha, este paciente’ [...]” E₁₇; “Não (refere-se à orientação da tarefa ao voluntário), só se tiver alguma situação que realmente precise, algum cuidado a mais, daí sim, mas ao contrário geralmente não.” E₁₀; “Difícilmente (refere-se a prática da orientação), porque já é em cima dá hora, você chama eles (os voluntários) pra vim ao setor levar um paciente pra exame, paciente já tá na maca, então quase não se dá uma orientação, quase nada [...]” E₁₄.

Nas falas dos voluntários transparecem afirmações sobre a orientação da equipe de enfermagem para a execução das atividades, que são convergentes com as afirmações dos profissionais: “Só quando for necessário, ai fala, digamos que se um paciente tá sedado e vai numa maca, mas se ele não está muito legal, então já alertam a gente (os voluntários), avisam; em casos específicos, não sempre.” V₇; “[...] não é comum, mas quando têm cuidados mais específicos, a gente (os voluntários) recebe um alô, uma coisa assim mais determinada pra aquela tarefa [...]” V₈; “A é difícil, bem raro. A não ser que seja uma coisa específica, uma coisa fora da rotina, daí eles (enfermagem) falam”. V₁; “[...] isso ai não fazem nada, não falam, dificilmente” V₆.

Em consonância com essas informações, alguns discursos dos profissionais permitem inferir a interpretação do voluntário como um funcionário “[...] o profissional de enfermagem às vezes acha que o voluntário é empregado da instituição, que ele tem obrigações [...]”. E₅; “[...] poderia (os voluntários) ter um pouquinho de

conhecimento no atendimento do paciente de risco [...]” E₁₈; “[...] no setor não é feita orientação, porque a gente vê como uma coisa dispensável [...]” E₈.

4.5.4 Categoria 4 – Contradições na prática do voluntariado e da enfermagem

Nesta categoria explora-se dialeticamente a contradição na prática dos voluntários e dos profissionais de enfermagem no processo de trabalho em saúde na instituição estudada, a qual será discutida na subcategoria ‘precarização da assistência à saúde’.

4.5.4.1 Precarização da assistência à saúde

Para o entendimento desse tópico, primeiramente faz-se necessária à retomada de algumas questões referentes à prática da enfermagem no hospital, que são observadas nos discursos dos próprios profissionais: *“[...] porque nosso trabalho (cita o setor) é um trabalho sobrecarregado, porque a gente (enfermagem) tem um número reduzido de profissionais e existem contratemplos, tem um que pega licença porque fica doente, tem o que tá de férias, então geralmente o nosso serviço tá sobrecarregado” E₂; “[...] porque a gente (enfermagem) não tem todo o tempo disponível, toda hora tá saindo do setor pra encaminhar paciente, às vezes a gente trabalha com escala, não tá completa e também é um hospital muito grande [...]” E₁₈; “[...] mas se é maca tem que sair dois funcionários, ai tem mais uma cadeira, pela dificuldade dos elevadores, demora. Também mesmo que o paciente esteja bem eu tenho medo de deixar ir sozinho e o paciente se perder.” E₁₉.*

Pelos discursos dos profissionais, verifica-se que as dificuldades vivenciadas no cotidiano estão relacionadas à sobrecarga de trabalho e o dimensionamento de pessoal, que acabam influenciando diretamente a execução de procedimentos de responsabilidade da equipe de enfermagem. Este aspecto é reforçado pelo discurso de um profissional quando coloca que cuidados básicos aos usuários, como banho e

medicação, aliados às demais atividades nas rotinas do trabalho, são vistos como um cotidiano estressante devido ao volume de atividades atribuídas ao profissional: “[...] pra gente é muito desgastante, vai vem, vai vem, vai vem e volta (refere-se a condução dos usuários), tem tudo àquilo que a gente faz: cuidados de banho, medicação, os pacientes ficam ali, não é só esse transporte [...]” E₂₀.

Nesse contexto, o suporte oferecido pelos voluntários vai ao encontro das necessidades dos profissionais no sentido de ajudá-los na execução das atividades que estão sob sua responsabilidade. Dessa forma, o voluntariado na instituição se reforça ainda mais como uma prática constante, conforme já trabalhado na primeira categoria e explicitado nos discursos que seguem, do profissional de enfermagem e voluntários: “[...] acho que se hoje ele (o voluntariado) fosse retirado, seria uma falta muito grande que ia fazer, e ia acabar interferindo até na nossa escala de trabalho [...]” E₆; “[...] a gente (os voluntários) sente que as pessoas precisam da gente [...]” V₅.

Desses apontamentos é possível inferir que as ações do voluntariado foram naturalizadas e incorporadas à prática hospitalar, tornando-se uma ação ‘indispensável’: “[...] eu diria assim, é quase que essencial (o voluntariado) no nosso trabalho, faz parte já, já tá inserido no nosso dia a dia, porque durante o dia todo a gente (enfermagem) solicita o trabalho deles [...]” E₆; “A gente (enfermagem) liga ‘o tem paciente tal, em tal lugar, preciso que traga’ eles sempre perguntam ‘de maca ou de cadeira de rodas?’; eles (os voluntários) também já acostumam, é uma rotina pra eles também.” E₁₂.

A percepção dos voluntários sobre a situação não é diferente: “Elas (enfermagem) se acostumaram conosco e nós (voluntários) nos acostumamos com elas. Porque agora a gente se conhece, a gente se conhece pelo nome, se vê, é uma troca legal essa [...]” V₄; “[...] nós (os voluntários) já vamos sabendo (refere-se às informações necessárias para executar a tarefa), porque o setor já telefonou, já citou nome, de onde tá saindo, pra onde esta indo, então nós já chegamos no local conhecedores do que vamos fazer” V₇.

Por outro lado, quando questionado nas entrevistas com os profissionais de enfermagem se haveria uma relação entre as ações e atribuições da equipe de

enfermagem e as ações e atribuições do voluntariado no hospital, observou-se divergência nas opiniões, como se verifica nas falas a seguir: *“A eles (os voluntários) fazem um trabalho bem específico, no caso, eles só fazem o encaminhamento de paciente, então eles não fazem nenhum trabalho de enfermagem [...], então uma coisa não tem nada a ver com a outra.”* E₁₃; *“[...] os voluntários são de grande importância pra enfermagem, [...] quando você não tem como se deslocar pra aquela atividade porque tem uma outra, e sendo uma atividade permitida ao voluntário fazer, é excelente que ele esteja aqui pra te ajudar”* E₁₇.

Os profissionais que entendem que existe uma relação entre as atividades realizadas pelos voluntários e as atribuições da equipe de enfermagem apontam diferenças nos atendimentos realizados por um e por outro: *“Se não tivesse eles (os voluntários) a gente que tinha que fazer esse trabalho e às vezes a gente tá tão ocupada, daí a gente pega e chama eles pra fazerem.”* E₁₆; *“[...] a única diferença é que o serviço ficou menos personalizado em relação ao doente, o tempo que você (enfermagem) [...] leva um doente para um procedimento qualquer, você conversa com o doente, você faz pergunta, você tem um diálogo, mais diálogo com o doente, agora com o voluntário você tira uma parte desse envolvimento entre você e o paciente [...]”* E₇.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Apresentado os resultados, dar-se-á continuidade ao estudo com a análise dos dados empíricos à luz da literatura científica selecionada sobre a temática e o objeto de estudo. A fim de facilitar a estruturação desse capítulo, a discussão está organizada de acordo com as subcategorias apresentadas no capítulo anterior.

A primeira subcategoria a ser debatida é a '*contribuição do voluntariado para o trabalho da enfermagem no HE*'. Nesse sentido, uma vez que a pesquisa apontou que a contribuição do voluntariado para o desenvolvimento das ações de enfermagem é uma prática concreta no hospital, busca-se inicialmente compreender como ocorre a interação entre os voluntários e a instituição.

Explorando essa relação é importante destacar que a inserção de voluntários em qualquer organização deve vir amparada de um preparo prévio de ambas as partes, para recebê-los e geri-los, sendo portanto uma decisão compartilhada que deve constituir-se, inclusive, como parte do planejamento local (DOHME, 2001). Além disso, Dohme (2001, p. 23) coloca que “a decisão de ter voluntários não pode estar calcada somente na necessidade de pessoal ou na impossibilidade de pagar um salário a profissionais.”

Analisando a questão da inserção do voluntariado na instituição, na busca pelos aspectos históricos da criação do SV, pouco material escrito foi encontrado, o conteúdo obtido com a pesquisa se resumia basicamente às notícias veiculadas no jornal institucional, que em geral são decorrentes de alguma data comemorativa ou evento realizado pelo SV. Nesse sentido, justifica-se o não aprofundamento dessa temática em função da falta de registros institucionais sobre o assunto.

Ao abordarem a relação entre voluntários e profissionais da área de saúde Moniz e Araújo (2008) verificaram a percepção dos profissionais sobre o voluntariado hospitalar. Entre os 29 participantes da pesquisa tinham-se profissionais das seguintes áreas: enfermagem, médicos, psicólogos, assistente social, secretários e outros funcionários enquadrados na categoria de chefias, direção ou administração. Em seus resultados, quando avaliam a adequação dos profissionais de saúde aos voluntários, os autores apresentam a enfermagem

classificada como a segunda categoria com melhor adequação aos voluntários, em primeiro estavam os assistentes sociais. Ao final do trabalho, os autores concluem que, de uma forma geral, a avaliação dos profissionais sobre o voluntariado é positiva, mas ressaltam que foram identificadas limitações e apontadas críticas sobre as atividades do grupo na instituição.

Com base nessas informações, verifica-se a convergência dos dados do presente estudo com os levantados pelo trabalho desenvolvido por Moniz e Araújo (2008), uma vez que também se identificou como satisfatória a interação entre voluntários e equipe de enfermagem. Porém, ao abordar as especificidades do dia a dia no desenvolvimento das atividades dos voluntários, foram constatadas contradições e conflitos no discurso dos participantes.

Considerando que a partir das relações humanas se processam diversas atitudes, direciona-se agora o olhar ao reconhecimento dos profissionais as atividades dos voluntários, tendo em vista que este foi um aspecto também explicitado nas entrevistas. Interpretando como se processa esse reconhecimento pelas ações voluntárias, Imperatori (2010, p. 144) ressalta que:

[...] Primeiramente, esse pode ser atribuída à estrutura do setor no qual os profissionais trabalham, englobando a formação da equipe e quantidade de profissionais, a infraestrutura física e os recursos disponíveis para atendimento aos usuários. Quanto maior for essa estrutura, maior a possibilidade do voluntariado não ser essencial para o desenvolvimento das ações pelos profissionais. Por outro lado, quanto menor for essa estrutura, será demandada uma maior participação do voluntariado nas atividades cotidianas do setor.

Assim, é importante reafirmar o entendimento de que o auxílio oferecido pelos voluntários à equipe de enfermagem deve ser permeado pela compreensão de que aos profissionais cabem as atividades técnicas de assistência à saúde e aos voluntários estariam designadas as ações não técnicas. Neste sentido, “se reconhece que nas práticas de saúde há um espaço de cuidado que vai além da prática profissional e inclui conversas com os pacientes, troca de experiências e a

realização de atividades de entretenimento e recreação no hospital” (IMPERATORI, 2012, 138).

Em relação a relevância para o voluntário de ter suas atividades reconhecidas, retoma-se que o voluntariado não é uma prática desinteressada, “o altruísmo e a solidariedade estão evidenciados, além de outros pontos importantes como pertencer e desenvolver relações interpessoais, habilidades e competências, obter reconhecimento e apreciação e realizar-se como sujeito” (CAVALCANTE *et al.*, 2012, p. 81), mas discutiremos esse item com maior profundidade na categoria que trata da ‘identidade a partir da ação voluntária’.

Com base nesse contexto, reflete-se sobre o fato de que a existência de qualquer ação humana coletiva promove interações, “alegrias, frustrações, competições, [...] e o convívio com essas emoções só será tranquilo através da vivência de valores éticos e sociais” (DOHME, 2001, p. 196). Assim, a perspectiva do trabalho em saúde, considerando todas suas especificidades, deve centrar-se no entendimento das necessidades individuais e no reconhecimento do trabalho do outro, estabelecendo “uma relação entre os envolvidos mediada pela comunicação e sustentada pela ética” (DUARTE *et al.*, 2012, p. 87).

A segunda subcategoria abordou o ‘*conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o voluntariado*’ e possibilitou verificar que conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as ações dos voluntários na instituição é limitado; fato este que repercute sobre o desenvolvimento das atividades no cotidiano dos grupos.

Em relação ao conhecimento sobre o funcionamento do voluntariado, parece “pertinente pensar que se por um lado o voluntário deve compreender o funcionamento e as necessidades do hospital, por outro lado, este deve compreender a importância e potencialidade do voluntário para a organização” (MONIZ; ARAUJO, 2008, p. 155).

Ao se confrontar os resultados sobre o grau de conhecimento dos profissionais com o referencial teórico adotado, verificou-se que a limitação apontada pelo estudo converge com a situação evidenciada por Imperatori (2012) sobre o desconhecimento dos profissionais em relação ao voluntariado. Em sua

pesquisa, a autora buscou analisar a participação do voluntariado na prática da política de saúde partir da compreensão de voluntários, profissionais da saúde e direção hospitalar, tendo como cenário um Hospital Universitário de Brasília. Na discussão dos dados obtidos na pesquisa, a autora coloca que a maioria dos profissionais entrevistados desconhece a história e a institucionalização do voluntariado no hospital, sendo apresentada como justificativa para o fato a “ausência de institucionalização da associação junto ao hospital e divulgação dessas informações” (IMPERATORI, 2012, p. 117). A autora salienta ainda que os profissionais relataram um maior conhecimento das atividades desenvolvidas pelos voluntários junto aos usuários, isto devido ao contato promovido pelo cotidiano de trabalho. Além da rotina no hospital, laços pessoais e de amizade foram descritos como facilitadores desse processo de conhecimento.

Buscando na instituição pesquisada os meios utilizados para orientar profissionais e os demais membros da comunidade hospitalar sobre o voluntariado, observou-se: a palestra inicial realizada na entrada de novos residentes ao hospital, que acontece anualmente, e faz uma breve apresentação do SV; informações disponíveis no site institucional, principalmente sobre o recrutamento de novos voluntários e repasses decorrentes de eventos promovidos ou que tenham a participação dos voluntários. Também, como já citado no item referente à Caracterização do SV (capítulo de Resultados) houve o repasse aos setores do hospital das orientações sobre as atividades que podem ou não serem executadas pelos voluntários.

Além disso, informações que podem influenciar as atividades dos voluntários, como agendamento de reuniões e treinamentos que comprometem o atendimento aos setores, é devidamente comunicada aos interessados, constituindo-se como rotinas presentes no local de estudo. As intercorrências na execução das atividades pelos voluntários são resolvidas prontamente pela coordenação do SV, o que também não deixa de se constituir como um repasse informal de orientações.

Nesse sentido, constata-se que existem condutas pontuais sendo realizadas pelo SV para orientação institucional, a qual se entende estar cumprindo os objetivos

para as quais foram criadas. Aponta-se, no entanto, a necessidade de buscar novas formas de orientar e manter informado os profissionais sobre os aspectos operacionais das atividades do voluntário, tendo em vista ser esta questão convergente no discurso dos profissionais participantes do estudo.

Com relação ao preparo dos voluntários para executar as atividades sob sua responsabilidade, houve divergência nas percepções dos entrevistados. Tanto os profissionais quanto os voluntários apresentaram falas que, ora alegavam haver o preparo e aptidão para a tarefa solicitada ao voluntário, ora foram referidas opiniões que os voluntários não tinham o preparo e aptidão desejados. Nesse tópico cabe destacar o limite do instrumento utilizado para a entrevista, pois não se solicitou ao entrevistado voluntário que descrevesse uma situação na qual não sentiu apto a executar ou, na entrevista com os profissionais, uma descrição de alguma situação na qual percebeu a falta de preparo ou aptidão do voluntário. O tema emergiu ao serem solicitadas as descrições das atividades dos voluntários e, nesse sentido, a percepção dos entrevistados sobre a execução das atividades descritas. Assim, surgiram discursos que descreveram as dificuldades na execução das tarefas e, para alguns entrevistados, a necessidade de treinamentos que possibilitasse a superação das situações descritas.

Ferreira, Proença e Proença (2012) ao abordarem a questão do treinamento para voluntários ressaltam a importância de que eles sejam adequados e de interesse dos voluntários, visto que também podem auxiliar na satisfação e manutenção do voluntário na instituição. Complementam tratando das instituições que trabalham com voluntário e deveriam ter o planejamento das ações desse setor incluídas no planejamento estratégico institucional, tendo em vista a contribuição que essas pessoas podem oferecer para melhora do atendimento aos usuários.

Além disso, cabe citar a ressalva feita por Dohme (2001) sobre a capacitação de voluntários que diz que:

Quando se fala em capacitação, pensa-se no indivíduo isoladamente, mas também as equipes precisam ser treinadas. Afinal, um indivíduo pode ganhar prêmios e notoriedade, mas para ganhar um campeonato é necessário o esforço de toda a equipe (DOHME, 2001, p. 119).

Ao refletir sobre a discussão dos autores, sobre a adequação do treinamento aos voluntários e as características do trabalho em equipe, destaca-se a importância da interação entre os voluntários, a equipe de enfermagem e a instituição onde estes desenvolvem suas atividades. Justifica-se essa colocação pelo entedimento que ações de integração permitiriam o entrosamento na comunidade hospitalar, o que poderia ser um estímulo a curiosidade e à busca de informações sobre os acontecimentos que envolvem esses sujeitos e o ambiente.

Com relação à terceira subcategoria, '*identidade a partir da ação voluntária*', verifica-se a necessidade retomar alguns aspectos históricos do voluntariado para melhor compreender a realidade descrita. Até pouco tempo atrás, o voluntariado tinha como base de suas ações a caridade, a compaixão e o amor ao próximo (ARAUJO, 2008). No entanto, na década de 90, a reconfiguração das políticas sociais implicou "[...] em um novo perfil de ação para o voluntariado" (IMPERATORI, 2012, p. 44), que agora é interpretada como a expressão da cidadania participativa, responsabilidade e emancipação pessoal (ARAUJO, 2008).

Sobre esses aspectos, evidenciou-se que no local de estudo houve crescimento da prática do voluntariado e da diversidade de atividades entre os grupos vinculados ao SV. Situação que converge com a realidade mundial, na qual o estímulo ao voluntariado tem se caracterizado como uma prática concreta nos últimos anos (MONIZ; ARAÚJO, 2008). Nesse sentido, há uma necessidade de se compreender até que ponto o Estado, em decorrência das demandas sociais, não está "utilizando estrategicamente no seu discurso o argumento do valor humanitário do solidarismo doador" (ARAUJO, 2008, p. 67) para promover o engajamento da sociedade civil nas questões relacionadas à resolução dos problemas sociais que são de sua responsabilidade.

Outra questão evidenciada no estudo dispõe sobre a relação entre o voluntário e o usuário, a qual, para uma compreensão mais acurada, verifica-se a necessidade de se apresentar algumas informações pertinentes à instituição. Nesse quesito, cabe lembrar que por ser um centro de referência para vários atendimentos e por constituir-se como uma instituição totalmente pública, circula por esse local diariamente um quantitativo elevado de usuários (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2014),

que por vezes sentem-se inseguros diante da dimensão do hospital e de algumas tecnologias em saúde que não lhes são familiares.

Buscando compreender essa insegurança, é importante destacar que a organização dos serviços públicos de saúde (SUS) está estruturada como uma rede de atenção que vai da baixa à alta complexidade. Nessa rede, as doenças mais comuns da população, que geralmente exigem medidas terapêuticas mais simples, são desenvolvidas por serviços de atenção básica ou primária de saúde (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010). Nessa perspectiva, os HE se constituem como serviços de referência para a assistência de atendimentos de média e alta complexidade (MÉDICI, 2001). Assim, quando se pensa sobre o processo de assistência à saúde realizada neste local, se compreende que essas pessoas já provêm de um encaminhamento de outros serviços da rede, conseqüentemente, os usuários do HE estão em busca de tratamento e/ou respostas para suas demandas clínicas há algum tempo, o que pode contribuir para fragilizar esses indivíduos.

Nesse sentido, a disponibilidade dos voluntários no atendimento aos usuários do HE pode amenizar o impacto da chegada em um espaço físico desconhecido, uma vez que, conforme afirma Imperatori (2012, p.135) devido à “elevada carga de trabalho, os profissionais não possuem uma escuta individualizada e acolhedora com os pacientes, tendo suas ações restritas às práticas técnicas”, o que converge com a fala dos profissionais entrevistados.

Tendo em vista a relação do voluntário com o usuário, se faz necessário citar o estudo realizado por Selli, Garrafa e Junges (2008) que investigou as motivações que conduzem as pessoas à prática do voluntariado e identificou os usuários como os maiores beneficiários das atividades voluntárias realizadas no ambiente hospitalar. A pesquisa foi realizada com 110 voluntários atuantes em serviços de saúde de referência para o tratamento de câncer no Rio de Janeiro. Ao final, os dados encontrados permitiram aos autores afirmar que 50,5% dos voluntários consideram o paciente como o maior beneficiário de seu trabalho; já 41,9% atribuíram a si mesmos (voluntários) os benefícios da atividade e 7,6% nomearam a instituição e a sociedade como beneficiária.

As informações obtidas no estudo de Selli, Garrafa e Junges (2008) permitem estabelecer um paralelo com os dados evidenciados nesta pesquisa, na qual se observou que o perfil dos voluntários oscila entre o sentimento de doação, de servir ao próximo e os benefícios pessoais obtidos com a atividade, que contemplam a questão do bem estar pessoal e da socialização.

Sobre os apontamentos que a pesquisa revelou sobre a faixa etária dos voluntários, constata-se que, embora exista a integração de voluntários mais jovens no SV da instituição, o percentual mais expressivo de voluntários se concentra na faixa etária de 61 a 70 anos (dados da Caracterização do SV). Nesse sentido, cabe lembrar que o envelhecimento da população é uma característica que vem ocorrendo no mundo todo. E, para dar conta dessa dinâmica, cada vez mais é incentivado na sociedade formas de proporcionar as pessoas um envelhecimento ativo, o que para Garcia e Moreno (2010) tem como fundamentos a participação social e a cidadania dos indivíduos.

Com vistas ao envelhecimento ativo, Ribeiro e Faustino (2013, p. 1193) ressaltam que esse aspecto supera a concepção biomédica, “calcada na intervenção clínica e puramente assistencial, em que o indivíduo é reconhecido como o único responsável por sua saúde”. Assim, o voluntariado surge como uma alternativa para promoção à saúde dos idosos, entendida dessa forma também pela OMS, uma vez que ao reinserir o indivíduo na sociedade, previne-se o isolamento social decorrentes da saída do mundo do trabalho e dos círculos sociais conformados por ele (RIBEIRO; FAUSTINO, 2013; MONTEIRO; GONÇALVES; PEREIRA, 2012). O conhecimento adquirido por essas pessoas ao longo dos anos, atrelado às suas experiências de vida são pontos positivos para a prática do voluntariado, influenciando até mesmo voluntários mais jovens (GARCIA; MORENO, 2010).

Com base no exposto e refletindo sobre a presença de pessoas mais jovens em ações voluntárias, Groönlund (2011) coloca que este perfil de grupo teria suas motivações voltadas para práticas que lhes tragam prazer. Dohme (2001) complementa dizendo que a procura pelo voluntariado pode se vincular ao desejo de exercitar determinada profissão, tornando-se uma oportunidade para conhecer melhor a área. Destaca ainda que alguns buscam “experiência profissional ou

estabelecer contatos por meio do serviço” (DOHME, 2001, p. 19), fato este explicitado no depoimento de um entrevistado deste estudo ao discorrer sobre as razões de algumas pessoas para procurarem do voluntariado na instituição.

Em suma, o voluntariado tem se constituído como uma prática em ascensão na instituição, cujos participantes possuem perfis diversificados, mas que de uma forma geral, o contato com os usuários tem uma influência significativa sobre a motivação dessas pessoas. Para Groönlund (2011) nessa perspectiva o voluntariado pode ser interpretado como palco para o desenvolvimento de uma identidade reflexiva, mesmo que muitas vezes o indivíduo associe às atividades voluntárias o atendimento de suas próprias necessidades.

Quando se pensa sobre a *‘delimitação das atividades dos voluntários’*, a quarta subcategoria, é preciso lembrar que entre os apontamentos para esta abordagem está à necessidade de refletir sobre algumas atividades que são realizadas pelos voluntários - como a condução dos usuários. Nesse sentido, a preocupação surge em função da estabilidade da pessoa que será conduzida e quanto ao preparo dos voluntários para agir diante de situações que fogem à rotina, uma vez que, normalmente, esses agentes não possuem conhecimentos específicos na área da saúde (MONIZ; ARAUJO, 2008).

Por tratar-se de um tema delicado, inicia-se a discussão com o resgate do arcabouço legal disponível sobre o assunto. Com relação à Lei 9.608 de 18/02/98, Lei do Voluntariado, verifica-se que em seu artigo 2º ela estabelece que “O serviço voluntário será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício” (BRASIL, 1998). Ressalta-se que este é o artigo da lei que faz menção as atividades dos voluntários, no entanto, como pode ser observado, não são abordadas maiores especificidades sobre o assunto. Com isso, entende-se que as atividades realizadas pelos voluntários, bem como as condições para realiza-la, serão definidas pela própria instituição, que fará sua descrição no termo de adesão do voluntário.

Buscando na instituição estudada o amparo legal das atividades, encontra-se a Resolução 17/07 do COPLAD, que estabelece o voluntariado social no hospital e traz as seguintes recomendações:

Art. 2º O serviço voluntário será exercido mediante a celebração de Termo de Adesão contendo o plano de trabalho, conforme modelo constante no Anexo 1 desta Resolução.

Art. 3º Um servidor de carreira [...] deverá constar como Supervisor Responsável do voluntário, subscrevendo o Termo de Adesão.

Parágrafo único – O Supervisor Responsável assumirá o compromisso de acompanhar, coordenar e supervisionar os trabalhos realizados pelo voluntário, responsabilizando-se pelos mesmos.

Art. 5º As atividades do Voluntário deverão ser previamente aprovadas pela Direção do Hospital, após o cumprimento do procedimento previsto neste artigo.

I- Em relação às atividades prestadas pelo voluntário social a que se refere o art. 1º, § 1º, I:

a) requerimento pessoal com justificativa e *curriculum vitae* para a Unidade de Administração de Pessoal; b) elaboração de Plano de Atividades a serem desenvolvidas durante o período de atuação pelo voluntário, conforme o Programa de Humanização do Hospital, aprovado pelo Comitê de Humanização; c) Termo de Adesão de acordo com esta Resolução (UFPR, 2007, p. 1-2).

Com esse material, verifica-se que a instituição estabelece parâmetros sobre como devem ser organizadas as ações do voluntariado, destacando a necessidade do termo de adesão e também os critérios para nomeação do coordenador responsável pelo SV do hospital (UFPR, 2007). Com relação às atividades, a Resolução deixa a cargo do SV a criação do plano de trabalho dos voluntários, explicitando que este deve ser aprovado pela direção do hospital.

Em relação ao SV, constatou-se que a celebração do termo de adesão, bem como sua renovação anual, é uma prática rotineira. Já o plano de trabalho dos voluntários não se encontra descrito no termo de adesão, mas existe a ressalva nesse instrumento, sobre sua disponibilização no SV, bem como do repasse dessas informações aos voluntários no início de suas atividades na instituição. Nesse sentido, cabe destacar que o SV utiliza o mesmo termo para todos seus voluntários (*Próprios do Serviço e Parceiros*), o que justifica a não descrição das atividades dos voluntários no documento, uma vez que cada grupo realiza atividades diferentes.

Considerando particularmente as atividades dos voluntários da *Sala*, observa-se que o plano de trabalho realizado pelo SV compreende: os POPs que abordam os fluxos das atividades desenvolvidas por esse grupo - que foi encaminhado e aguarda a aprovação da Direção responsável; o Quadro de Orientações (HOSPITAL DE CLÍNICAS, [2008?]), no qual constam as atividades que podem ou não ser desenvolvida pelos voluntários; e o POP que orienta o transporte de hemoderivados, de autoria do Comitê Transfusional da instituição.

Sobre esse aspecto, ao se examinar as delimitações impostas pelo Quadro de Orientações (HOSPITAL DE CLÍNICAS, [2008?]), não é permitido aos voluntários:

- Retirar paciente do leito, macas e/ou cadeira de rodas;
- Transporte de exames urgentes como: gasometria, líquido e medula óssea e outros que caracterizem urgência;
- Transportar pacientes em óbito;
- Acompanhar pacientes para exames externos;
- Participar de procedimentos médicos;
- Realizar tarefas Administrativas.

Outras atividades descritas no Quadro (HOSPITAL DE CLÍNICAS, [2008?]) que podem ser realizadas pelos voluntários, desde que haja o acompanhamento de um profissional ou que exista um voluntário treinado para a atividade, são:

- Auxiliar na condução de pacientes de UTI, em estado grave ou com oxigênio, desde que estejam acompanhados de um profissional;
- Auxiliar na remoção de pacientes, após a realização de exames de Hemodinâmica, quando acompanhados por um profissional;
- Conduzir pacientes que integram a relação de usuários colonizados por bactérias Multiressistentes, encaminhada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), quando houver voluntário treinado.

Sobre esse último item descrito, salienta-se que a observação sistematizada do SV possibilitou verificar que o treinamento, para condução de usuários colonizados, foi realizado uma única vez para os voluntários, sendo que muitas pessoas que participaram não se encontram mais atuantes no voluntariado. Assim, essa é uma atividade que não é mais realizada pelos voluntários, tanto que é

encaminhado diariamente por e-mail pelo SCIH uma relação com o nome dos usuários internados na instituição que se encontram colonizados, a fim de evitar que sejam anotadas e realizadas tarefas com usuários que apresentam essas características.

Destaca-se que nos discursos de alguns participantes - profissionais da enfermagem - houve a sugestão para que os voluntários transportassem os usuários colonizados, nesse caso se reflete sobre a falta de clareza dos limites das atividades do voluntário nos serviços do HE. Essa situação permite identificar as influências do modelo de produção capitalista (BONFIM, 2010) nos processos de trabalho em saúde, as quais levam, muitas vezes, à precarização da assistência no setor. Esta questão será discutida na quarta categoria a ser apresentada na sequência deste capítulo.

Os demais instrumentos citados, que são utilizados para descrição do plano de trabalho dos voluntários não apresentam outras delimitações para as atividades, preocupando-se em organizar os fluxos de atendimento. Sobre a questão da organização das atividades dos voluntários, Dohme (2001, p. 21) reforça que:

[...] Embora o trabalho voluntário seja uma ação espontânea, não coagida por qualquer agente ou necessidade externa, isso não significa que ele dispense regras, planejamento e organização. A existência da relação de trabalho voluntário exigirá algumas posturas, decisões e adesões de ambas as partes: do voluntário e da organização social que o acolherá.

Para Bonfim (2010, p. 94), a situação é ainda mais complexa, ultrapassando esses aspectos administrativos, pois, ao estabelecer estratégias de gestão e organização, o voluntariado mantém a lógica do mundo do trabalho e isso “se constitui num dos elementos que lhe atribui nova funcionalidade, visando contemplar os interesses e as dinâmicas do atual padrão de acumulação”.

O que não se evidenciou na coleta de dados foi a problematização e inquietação dos funcionários em relação à transferência e/ou substituição de algumas atividades que deveriam estar sendo desenvolvidas pela enfermagem, mas

que, atualmente, são ações executadas e/ou partilhadas com os voluntários. Ao contrário, o que a presente pesquisa constatou foi o discurso dos profissionais apontando o voluntariado como um alívio à sobrecarga de trabalho. Cabe destacar, que esta situação difere do contexto inicial do voluntariado na instituição, quando as ações realizadas pelo grupo eram vistas com desconfiança pela equipe de enfermagem da época, o que foi percebido nas falas de alguns voluntários e também de um profissional da enfermagem.

Concluindo estas questões relacionadas às atividades dos voluntários, ressalta-se a afirmação de Araujo (2008, p. 37) quando diz que o voluntário às vezes não se dá conta de que o compromisso assumido com a realização da atividade voluntária lhe exige “um papel que prescinde de uma capacitação para realizar as tarefas a que se propõe”. Somada a esta reflexão, Anunciação e Zoboli (2008, p.526), refletem que o hospital não é simplesmente uma “empresa que presta serviços, mas que lida com elementos preciosos: saúde e vida; os quais são, ao mesmo tempo, bens e direitos. É por eles que o hospital tem obrigação de zelar”.

Em relação a quinta subcategoria, *‘dificuldades na execução das tarefas’*, no que se refere aos recursos para o trabalho, é preciso considerar que a situação financeira e administrativa do hospital é semelhante a de outros hospitais de ensino, como complementa Chioro (2004, p. 8) ao dizer que o próprio Ministério da Saúde “reconhece que a crise dos hospitais universitários não é apenas financeira, sendo necessária enfrentá-la estruturalmente em todas as suas dimensões”.

Abordando especificamente a questão do financiamento, Barata, Mendes e Bittar (2010, p. 14) colocam que “novas formas de financiamento dos HE devem ser implantadas, permitindo que estes hospitais recebam mais recursos financeiros e, desta forma, desempenhem adequadamente suas principais missões”. Em se tratando das questões de gestão, é preciso dizer que a instituição passou por conflitos decorrentes da decisão de adesão ou não à Empresa

Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)⁵⁷, a qual tem como argumento para sua criação “a importância de um modelo jurídico-institucional que permita mais agilidade e eficiência para a gestão destes hospitais” (IMPERATORI, 2012, p. 98). O impasse da adesão do hospital a EBSERH foi resolvido no dia 28/10/2014, com a aprovação do contrato de cogestão com a empresa pelo Conselho Universitário, sendo que a assinatura propriamente dita pelas entidades competentes aconteceu no dia 30/10/2014 em Brasília.

Não cabe nesse estudo aprofundar a discussão sobre os prós e contras da EBSERH para a instituição. No entanto, é necessário refletir sobre a contradição que se estabelece na relação público-privado que se traz à tona com a inserção da empresa, que pode repercutir com a possibilidade de uma ausência ainda maior do “Estado no fortalecimento da saúde como direito” (IMPERATORI, 2012, p. 122).

Em relação às demais dificuldades citadas nas tarefas: comunicação e voluntário, salienta-se as considerações de Duarte *et al.* (2012, p. 90) quando diz que “a manutenção do diálogo constante entre os diferentes agentes são instrumentos importantes para compartilhar os valores institucionais e para orientar a construção da assistência”. Nesse sentido, a comunicação ineficaz permeada de incertezas operacionais, identificada na pesquisa, traria consequências indesejadas em qualquer contexto que fosse analisada.

Por outro lado, também é preciso ponderar sobre a organização e planejamento do voluntariado, uma vez que se constituiu como um dos aspectos apontados pela enfermagem. Bonfim (2010, p. 93) ao analisar algumas produções sobre esse tema, reflete que por ter assumido um papel importante na resolução das questões sociais, observa-se “a necessidade de se ‘profissionalizar o voluntariado’, ou seja, submeter o voluntário às formas de planejamento e gestão mais modernas,

⁵⁷ A Lei nº 12.550 de 2011, autoriza o Poder Executivo a criar a EBSERH, uma empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação. Segundo a referida Lei sua finalidade é “a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária” (BRASIL, 2011b, p. 1).

possibilitando assim o máximo de seu aproveitamento dentro da instituição.” A autora complementa que:

[...] É interessante observar aqui que a atividade voluntária mantém a lógica racional do mundo do trabalho (veja estratégias de gestão e organização, formas de ‘remuneração’ etc.) e isso, por sua vez, se constitui num dos elementos que lhe atribui nova funcionalidade, visando contemplar os interesses e a dinâmica do atual padrão de acumulação (BONFIM, 2010, p. 94).

Em contrapartida, Zanatta e Menezes (2006, p. 117) ao explicitarem o voluntário como um trabalhador da saúde, o faz justificando esse entendimento “na medida em que se estabelece um compromisso com o grupo e com a sua participação”, a qual se reflete na formação de vínculo institucional e entre os próprios pares. Dessa forma, considera-se a situação de visualizar o voluntário como um profissional passível de vieses interpretativos decorrente da posição assumida pelo observador.

Assim, quando se considera o contexto da profissionalização do voluntário tendo como base os apontamentos construídos a luz dessa última perspectiva, observa-se que realmente não haveria contestações, uma vez que a vinculação é uma prática necessária. No entanto, se a reflexão abranger os aspectos decorrentes do modelo de produção, no qual “o Estado incorporou em seus programas sociais uma política de divisão de responsabilidades” (CALDANA; SOUZA; CAMILOTO, 2012, p. 171), surgirão conflitos, posto que o voluntário se assemelhará a um trabalhador.

Em relação às demais dificuldades percebidas pelos voluntários na realização das tarefas, que contemplam as questões de ordem mais pessoal, compreende-se que se classificam como subjetivas e pontuais, não se constituindo como itens que poderiam ser inferidos ao voluntariado na instituição, que é o contexto que a pesquisa propõe. Arrisca-se apenas a interpretar que podem estar relacionadas a motivações pessoais insatisfeitas pela prática do voluntariado ou mesmo decorrentes de fatores estressantes do cotidiano.

Outro aspecto explorado nesta pesquisa foi referente à prática não consensual da equipe de enfermagem com relação à orientação aos voluntários para a realização das atividades. Para entender essa situação, seria necessário conhecer qual é a causa que impede os profissionais de destinar algum tempo para a orientação dos voluntários. Seria uma sobrecarga de trabalho ou seria a inexistência de ocorrência nas atividades realizadas pelos voluntários? Tal questão fica sem resposta no presente estudo, pois necessitaria ser explorada com maior profundidade para ser esclarecida.

A última subcategoria a ser analisada refere-se à '*precarização da assistência à saúde*'. Em relação as dificuldades expostas pelos profissionais de enfermagem sobre o processo de trabalho vivenciado no local de estudo, verificou-se que essa situação é compartilhada também por outras instituições, nas quais se verificam "más condições de trabalho, recursos limitados, superlotação e longas esperas nos serviços de emergência [...]" (MAGALHÃES; AGNOL; MARCK, 2013, p. 2).

Buscando compreender essas questões é importante citar o estudo realizado por Magalhães, Agnol e Marck (2013) em um hospital universitário de grande porte do Sul do Brasil, que procurou relacionar a carga de trabalho da enfermagem com a segurança do paciente. Entre os resultados obtidos com a pesquisa, os autores apresentam que:

[...] aumento do número de pacientes atribuídos à equipe de enfermagem por dia foi significativamente associado com o aumento da incidência de quedas do leito, incidência de infecções associadas ao cateter venoso central, absenteísmo e rotatividade de profissionais. Também se evidenciou que o maior número de pacientes atribuídos aos auxiliares/técnicos de enfermagem por dia está relacionado à menor taxa de satisfação dos pacientes com a equipe de enfermagem (MAGALHÃES; AGNOL; MARCK, 2013, p. 8).

Abordando especificamente as questões referentes ao dimensionamento de pessoal, cabe lembrar que a partir da promulgação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498 de 1986) o atendente de enfermagem não é mais

reconhecido como uma categoria profissional para a enfermagem, ficando autorizada a essas pessoas apenas a execução de atividades elementares, mediante autorização do COREN, conforme já abordado no referencial teórico desse trabalho. Como consequência desse processo, houve uma redistribuição de atividades entre as demais categorias, principalmente dos auxiliares e técnicos, que tiveram um aumento em sua demanda de tarefas.

Cabe ressaltar que os acontecimentos contextualizados acima coincidem temporalmente com o período da proposta neoliberal no país, conseqüentemente, com as alterações nos processos produtivos e na forma de interpretar as questões sociais. Sobre esse contexto neoliberal, Faria e Dalbello-Araujo (2011) colocam que as mudanças estavam voltadas para a:

[...] desregulamentação e a flexibilização do processo de trabalho, gerando precarização. Estas alterações atingiram também os setores públicos e os serviços de saúde numa maré de ações para enxugar os gastos e propiciar maior eficiência do Estado (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2011, p. 146).

Corroborando com essas informações, Bonfim (2010) coloca que ao término dos anos 1990, além dos problemas com a efetivação das propostas das questões sociais obtidas com a Constituição de 1988 e a precarização das condições de vida da classe trabalhadora, ocorreu o incentivo às atividades voluntárias. Para a citada autora, nesse contexto o voluntariado é entendido como “um dos elementos necessários à atual fase de reestruturação do capital (englobando aqui os seus elementos produtivos, políticos, econômicos e ideológicos) e, desta forma, necessário à construção de uma nova sociabilidade” (BONFIM, 2010, p. 42).

Retomando a questão da saída dos atendentes de enfermagem e a lacuna nas atividades deixada por eles no processo de trabalho em saúde, bem como a inserção e ampliação da prática do voluntariado, o que se observa é que, além do repasse de tarefas entre os membros da enfermagem, algumas “[...] atividades que eram exercidas pelos atendentes estão sendo realizadas pelos voluntários.” (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010, p. 948). Estes autores

exemplificam a informação citando que, em alguns hospitais, atividades do cotidiano da enfermagem como o auxílio à alimentação dos usuários estão sendo realizadas por voluntários. Questionam na sequência a “adequação dessa atividade apropriada para o voluntário, à supervisão dessa atividade e quem faria anotações no relatório de enfermagem sobre a aceitação ou não da dieta” (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010, p. 948).

Tendo como base esse contexto, propõe-se uma reflexão voltada à prática do local de estudo, envolvendo as atividades realizadas pelos voluntários - especificamente a condução de usuários internados entre os setores da instituição, as características que envolvem essas atividades, tendo como base a discussão realizada na subcategoria anterior e o início do voluntariado no hospital. Nesse sentido, cabe destacar que na busca de subsídios teóricos para analisar esses dados, tanto no que se refere ao arcabouço legal da enfermagem, quanto às arguições realizadas aos Conselhos responsáveis pela enfermagem (COFEN e COREN), não se constatou nenhuma disposição específica anterior ao ano de 2011 que explicitasse o impedimento da execução do transporte intra-hospitalar de usuários pelos voluntários.

Assim, a única referência averiguada sobre assunto data de 24 de março de 2011, quando se constitui a Resolução nº 376/2011 aprovada pelo COFEN, que dispõe sobre a participação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Com base nessa resolução foi definido que a enfermagem “participa do processo de transporte do paciente em ambiente interno aos serviços de saúde” (BRASIL, 2011c, Art. 1º), desde a etapa de planejamento até a etapa de transporte, sendo esta última compreendida “desde a mobilização do paciente do leito na Unidade de origem para o meio de transporte, até sua retirada do meio de transporte para o leito da Unidade receptora” (BRASIL, 2011c, Art. 1º, item II).

Em seu 2º artigo, a resolução apresenta os profissionais da equipe de enfermagem que deverão estar presentes no transporte do usuário, devendo ser considerado para tanto o nível de complexidade da assistência requerida, sendo:

I – **assistência mínima** (pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento de suas necessidades), *no mínimo, 1 (um) Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem;*

II – **assistência intermediária** (pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com dependência parcial das ações de Enfermagem para o atendimento de suas necessidades), *no mínimo, 1 (um) Técnico de Enfermagem;*

III – **assistência semi-intensiva** (pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com dependência total das ações de Enfermagem para o atendimento de suas necessidades), *no mínimo, 1 (um) Enfermeiro;* e

IV – **assistência intensiva** (pacientes graves, como risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de Enfermagem permanente e especializada), *no mínimo, 1 (um) Enfermeiro e 1 (um) Técnico de Enfermagem.* (grifos nossos) (BRASIL, 2011c, Art. 2º).

No entanto, no Artigo 3º da resolução consta uma ressalva de que não cabe a equipe de enfermagem a condução do meio no qual o usuário está sendo transportado (BRASIL, 2011c). Dessa forma, considerando esses artigos citados, entende-se que, mesmo que ainda tivéssemos exercendo efetivamente suas atividades na instituição, o atendente de enfermagem não poderia realizar o transporte interno de usuários sem a presença de outro integrante da equipe (auxiliar, técnico ou enfermeiro), uma vez essa condução não consta entre as ‘atividades elementares de enfermagem’, cabendo-lhes então o auxílio na condução do meio. Nesse sentido, reflete-se se esta situação também se aplicaria às atividades de condução de usuários realizadas pelos voluntários na instituição.

A criticidade dessa situação conduz ao questionamento sobre como o modo de produção pode influenciar a organização dos processos de trabalho em saúde. Para Montaño (2005, p. 232) essa realidade capitalista, fundamentada nos postulados neoliberais, produz a re-instrumentalização das relações de produção que:

[...] processa-se mediante o esvaziamento da legislação trabalhista, a alteração da relação de contratação – terceirização, precarização do vínculo empregatício, a anulação dos acordos coletivos -, a reorganização do processo de trabalho etc., tudo isto operado a partir da reestruturação produtiva. .

Com isso, o trabalhador naturaliza fluxos de trabalho sem que isso lhe cause estranheza ou se torne motivo de contestações. Se as ações em questão estiverem contribuindo para amenizar a carga de trabalho, a movimentação por mudanças é menos provável ainda. Além disso, é preciso considerar que muitas decisões organizacionais acontecem a partir de processos verticalizados, para os quais Duarte *et al.* (2012, p. 91) chama atenção dizendo que “um modelo de gestão cuja tônica seja a verticalização das tomadas de decisão pode trazer limitações”. Nesse sentido, entende-se que os trabalhadores possam não sentir-se parte do processo, conseqüentemente, não identificam como responsabilidade individual sua uma decisão majoritária sobre a qual não foi convidado a deliberar.

Sobre esse aspecto, salienta-se a proposta de mudança conferida pela Política Nacional de Humanização⁵⁸ definida pelo Ministério de Saúde, que entende que “humanizar a atenção e a gestão em saúde implica: acesso com acolhimento, atenção integral, responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários, democratização da gestão e controle social participativo” (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010, p. 943). Esclarece-se que na instituição estudada existe um Comitê de Humanização em atividade.

Outra questão a ser contextualizado a partir dos dados da pesquisa está ligada ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as leis que regulamentam a profissão. Antes cabe lembrar que as profissões de livre exercício no país são regulamentadas por leis, as quais se constituem como formas de se inserir ou excluir direitos e deveres aos profissionais (OGUISSO; SCHMIDT; FREITAS, 2010). Para esses mesmos autores, ao estabelecer essa estrutura, o arcabouço legal das profissões atua não apenas como instrumento de proteção aos seus membros, mas também aos receptores das ações. Nesse sentido, complementam dizendo que se deve “[...] estimular a participação dos profissionais no desenvolvimento da profissão, pois conhecendo melhor as debilidades da lei do

⁵⁸ A Política Nacional de Humanização foi lançada em 2003 com o intuito de por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças no modo de gerir e cuidar. Para isso, esta vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, tendo equipes regionais de apoiadores que se articulam as secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2014b).

exercício profissional podem atuar para modifica-la, aperfeiçoa-la e adequá-la à realidade social” (OGUISSO; SCHMIDT; FREITAS, 2010, p. 9).

Além disso, como descrito no Código de Ética da Enfermagem, os profissionais devem aprimorar constantemente seu comportamento ético, um processo abrange sua responsabilidade no plano das relações de trabalho (BRASIL, 2007c). Para dar conta desse item, entende-se como imprescindível o conhecimento sobre regulamentações da profissão, uma vez que elas abordam temas que abrangem diretamente o exercício da função. Nesse sentido, destaca-se o Artigo 38 do Código de Ética da Enfermagem que diz que o profissional deve “responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe” (BRASIL, 2007c). Cabe destacar as colocações de Cardoso, Gonzaga e Medeiros (2012, p. 168) quando dizem que “sempre que atitudes são adotadas, balizadas em causas empíricas ou sem base científica, tende-se a cometer iatrogenia e um contexto permeado pela possibilidade, sempre latente, de falhar, tanto no procedimento como na conduta”.

Além disso, em outro trecho do referido Código de Ética da Enfermagem, mais precisamente no Artigo 80, verifica-se que entre as proibições referentes às relações com as organizações empregadoras, não é permitido ao profissional “delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de enfermagem ou de saúde, que não seja o enfermeiro” (BRASIL, 2007c). Corroborando com essa ideia, Cardoso, Gonzaga e Medeiros (2012, p. 168) colocam que:

[...] o paradoxo da responsabilidade, que envolve todo Código de Ética, em sociedades com padrões operacionais altamente diversificados, não consiste em tomar decisões sob condições incertas, mas decidir com base em certezas aparentes.

Assim, considerando a reflexão apresentada constata-se a necessidade de reorganizar as atividades realizadas pelos voluntários sociais para que possam continuar atuando na instituição e beneficiando a todos - usuários e profissionais da enfermagem - com sua presença, sendo observado, no entanto, as disposições

legais cabíveis às ações sob a responsabilidade deste grupo. Nesse sentido, desenvolveu-se uma proposta de intervenção que compreende a sistematização das atividades dos voluntários sociais no hospital estudado, que será apresentada no próximo capítulo.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tendo como base o contexto abordado anteriormente e as diretrizes do Programa de Mestrado Profissional, apresenta-se agora a proposta de intervenção desse estudo que retoma seu objetivo principal que é “construir uma proposta para a sistematização das atividades dos voluntários sociais em um hospital público de ensino”.

Ressalta-se que a proposta foi construída tendo como base o Quadro de Orientações (HOSPITAL DE CLÍNICAS, [2008?]) das atividades realizadas pelos voluntários na instituição. Além disso, considerando que os processos de trabalho no hospital são organizados na forma de POP, optou-se em fazer a apresentação nesse formato para otimizar sua utilização, se de interesse do hospital. Coloca-se como primordial a necessidade de discutir em outros fóruns institucionais sua coerência e aplicabilidade na realidade institucional, bem como possíveis adequações.

Nome do Procedimento:

ATIVIDADES DOS VOLUNTÁRIOS SOCIAIS DA SALA

Objetivo do Procedimento:

- Sistematizar os fluxos de atendimentos realizados pelos voluntários sociais da *Sala*;
- Orientar voluntários e equipes de enfermagem quanto às atividades que podem ser desenvolvidas pelos voluntários sociais da *Sala* no âmbito institucional.

Introdução

Denominam-se voluntários sociais da *Sala* os voluntários que permanecem na sala do Serviço de Voluntários e que tem suas atividades vinculadas as demandas dos setores da instituição, as quais são solicitadas a este grupo via ramal telefônico.

Registro das tarefas

As tarefas são anotadas em formulário específico do Serviço de Voluntários devendo-se observar as seguintes recomendações:

1. Ao fazer a solicitação de tarefas os profissionais deverão repassar as informações com calma e clareza, observando as atividades que os voluntários estão autorizados a realizar.
 - 1.1 As informações que deverão ser repassadas pelos setores para anotação das tarefas compreendem: setor de origem – com andar e prédio, setor de destino – com andar e prédio, nome completo do usuário; modo de condução do usuário (cadeira, andando, maca) ou material para exame/hemoderivado (bandeja), nome do solicitante.
2. Com relação às especificidades do atendimento, destacar as que se referem à forma como o usuário será conduzido e sua condição enquanto internado ou não.
3. Sempre que a tarefa for cancelada, deverá ser comunicado o mais breve possível ao Serviço de Voluntários.

Execução, pelos voluntários sociais, de atividades que envolvem usuários

A- Condução de usuários internados:

1. Na chegada do voluntário social ao setor, os profissionais de enfermagem deverão recebê-lo e orientá-lo para a tarefa, que deverá ser realizada conjuntamente com um membro da equipe de enfermagem, conforme disposto Resolução nº 376/2011 do COFEN.
 - 1.1. A mobilização do usuário do leito para o meio de transporte no setor de origem, e deste para o leito no setor destino, não poderá ser realizada e nem ter o auxílio do voluntário social.
 - 1.2. Caberá ao voluntário social auxiliar o profissional de enfermagem na condução do meio de transporte do usuário, seja ela cadeira, maca ou cama hospitalar.
 - 1.3. Sempre que houver a necessidade do encaminhamento do prontuário do usuário internado, este deverá ser de responsabilidade do profissional que acompanhará o voluntário social.

B- Condução de usuários não internados:

1. O voluntário social poderá auxiliar no deslocamento de usuários não internados, que necessitem circular pelo hospital para realização de consultas e exames, sem o acompanhamento de um profissional da enfermagem.
 - 1.1. Os usuários que serão conduzidos pelos voluntários sociais deverão apresentar-se bem clinicamente, ou seja, sem sinal/sintoma que indique a necessidade de acompanhamento por parte de um profissional.
 - 1.2. Caberá ao setor solicitante da tarefa verificar as condições do usuário que será transportado, sendo que intercorrências decorrentes de uma avaliação negligente serão de responsabilidade do solicitante.
 - 1.3. No âmbito interno do hospital o transporte poderá acontecer estando o usuário andando, de cadeira ou maca. Nessas últimas, cadeira ou maca, a mobilização do usuário para o meio de transporte ou deste para outra forma de acomodação, não poderá ser realizada pelo voluntário.

Observação:

- 1.4 Em se tratando de ambulatórios externos ao hospital, os voluntários sociais somente poderão realizar o acompanhamento dos usuários que apresentarem condições físicas para deambular sem nenhum auxílio (bengala, muleta, andador ou congêneres), salvo o uso de bengala por deficientes visuais.

Execução, pelos voluntários sociais, do transporte de amostras, sangue, documentos e medicamentos:

1. As amostras de materiais biológicos, para o setor de Laboratório, Banco de Sangue e Anatomia Patológica, deverão ser manipuladas, exclusivamente, pelos profissionais de cada setor, incluindo nesse sentido o acondicionamento e a retirada dos frascos de exames da maleta de transporte.
 - 1.1. No caso de intercorrências com o material biológico, como vazamento na maleta, o voluntário social deverá retornar ao setor de destino onde um profissional fará a retirada do material e a desinfecção da maleta de transporte conforme orientação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição.

- 1.2. No transporte das bolsas de hemocomponentes ou seus derivados (por exemplo, albumina), a conferência da guia de solicitação cabe ao profissional de cada setor, devendo o voluntário social apenas realizar o transporte de um setor a outro.
- 1.4. Para o transporte de amostras, hemocomponentes e derivados, o voluntário social deverá utilizar-se da luva de procedimento conforme rotina instituída pelo SCIH da instituição.
2. Com relação ao transporte de prontuário ou qualquer outro formulário de usuário internado, este poderá ser realizado pelo voluntário social mediante o registro das informações em livro de protocolo a ser definido pelo Serviço de Voluntários, que poderá ficar disponível no próprio serviço para facilitar o fluxo das tarefas.
 - 2.1 O recebimento do prontuário ou outro formulário transportado pelo voluntário social terá seu recebimento confirmado pelo profissional do setor de destino, mediante assinatura no livro de protocolo.
3. O transporte de medicamentos por voluntários deverá seguir as mesmas recomendações do item 2 no que se refere ao registro das informações em livro de protocolo destinado a este fim.

Atividades não permitidas aos voluntários sociais

1. Realizar o transporte de usuários internados, estando estes andando, em cadeira de rodas, maca ou cama hospitalar, sem o acompanhamento de um profissional da enfermagem.
2. Auxiliar na condução de usuários internados ou não, colonizados por bactérias multirresistentes, mesmo que esteja acompanhado por profissional de enfermagem.
3. Mobilizar usuários internados ou não, do leito para o meio de transporte ou deste para qualquer outra forma de acomodação.
 - 3.1. Também não cabe ao voluntário social a mobilização de usuário internado ou não, do interior de ambulâncias ou veículos para o meio de condução ou vice-versa.
4. Transportar usuários em óbito.
5. Acompanhar usuários internados ou não, em ambulâncias ou congêneres, para exames ou deslocamentos externos, independente da distância a ser percorrida.
6. Participar diretamente de procedimentos médicos ou de enfermagem.

Observações

1. Ressalta-se que para a execução das atividades permitidas aos voluntários sociais, cabe ao coordenador do Serviço de Voluntários a responsabilidade de verificar as condições físicas e mentais de cada voluntário, a fim de preservar a segurança dos usuários e dos próprios voluntários.
2. Em qualquer atividade realizada pelo voluntário social deverão ser observadas as recomendações do SCIH quanto à lavagem de mãos, a utilização das luvas de procedimentos, a desinfecção das maletas de transporte e a vestimenta do voluntário, compreendido nesse item o jaleco, o calçado e os acessórios.

Equipamentos e materiais

- Bloco de tarefas
- Caneta
- Telefone
- Maletas transparentes e vermelhas
- Livro de protocolo
- Álcool 70%
- Papel toalha
- Equipamentos de Proteção Individual
- Água e sabão

Referências

- Resolução nº 376/2011 (COFEN) - Dispõe sobre a participação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde.
- POP – DCC – CT nº 003 / 2013 – Transporte de hemocomponentes. (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2013).
- Ordem de Serviço nº 006/2009 DGHC – Fluxo de encaminhamento de Óbito (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2008).

NOTA:

1. Incluiu-se como atividades que podem ser realizadas pelos voluntários o transporte de material biológico, pois não se evidenciou nenhum dispositivo legal que explicitasse o impedimento dessa ação por esse grupo. Reitera-se, no entanto, a necessidade do cumprimento das orientações dos órgãos/serviços competentes quanto às precauções padrão.

2. Semelhante a essa situação, apontou-se nessa proposta que o transporte, sem o acompanhamento de um profissional da equipe de enfermagem, dos usuários ambulatoriais, independente da forma de condução, continua a ser alternativa de atividade para o voluntariado. Tal possibilidade se deve a compreensão que a Resolução nº 376/2011 do COFEN restringe aos profissionais de enfermagem a responsabilidade pela condução dos usuários que se encontram internados no hospital, não fazendo menções a outras situações de assistência.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve sua motivação baseada nas inquietações decorrentes do processo de trabalho, que problematizou a necessidade de sistematização das ações realizadas pelos voluntários sociais na instituição. Para dar conta do objeto selecionado – as atividades dos voluntários - a partir da opção filosófica e metodológica, foi necessária a investigação das várias dimensões que conformam esse fenômeno. Nesse sentido, o referencial teórico construído ao longo dessa caminhada, aborda temas como: a prática do voluntariado, abrangendo aspectos internacionais e nacionais; a regulamentação do voluntariado; motivações para voluntariado; o voluntariado no hospital; a concepção do hospital; o Sistema Único de Saúde e o hospital de ensino e, por fim a prática da enfermagem.

Salienta-se que a literatura utilizada sobre o voluntariado permitiu verificar que essa prática, iniciada no século XVI, teve sua visibilidade e crescimento impulsionado após a adoção do modelo de produção neoliberal dos anos 1990. A justificativa para o fato se deu pelo repasse de algumas responsabilidades sociais do Estado para a sociedade, o qual culminou com a aproximação das relações público-privadas e o incentivo das organizações, inclusive no cenário mundial, às práticas do voluntariado. Dessa forma, rompeu-se com o modelo anterior das ações voluntárias baseadas na benemerência, aceitando então, o discurso do solidarismo e da cidadania como seus pressupostos.

Ainda sobre o desenvolvimento do voluntariado, identificou-se a criação de uma Lei específica para regulamentar essa prática. No entanto, avançando um pouco mais no tema, se verificou que ela não contempla especificidades sobre as ações, as quais então se deduziu ficar a cargo das instituições que inserem em suas dinâmicas os voluntários. Com isso, foi preciso inserir na discussão desse estudo questões que contemplassem a realidade hospitalar para possibilitar a compreensão mais acurada de suas particularidades e também por ser esse o palco do nosso objeto.

Assim, apresentaram-se algumas mudanças organizacionais pelas quais foram submetidos os hospitais, abrangendo os aspectos do HE e também a inserção

do voluntariado nesse ambiente. Refletiu-se com isso, sobre a complexidade das ações de saúde nesse local, principalmente por tratar-se de um ambiente diretamente vinculado a práticas que visam reestabelecer à saúde, bem como o preparo dos voluntários para conduzir determinadas situações, uma vez que não possuem capacitação profissional para atuar nessa área.

Além disso, ao inferirmos um pouco mais sobre as ações desempenhadas pelos voluntários no hospital, percebeu-se a pertinência do tema com a prática da equipe de enfermagem. Nesse sentido, se configurou como uma necessidade apresentar o processo de trabalho dessa categoria, ainda que brevemente, bem como alguns aspectos legais que a regulamenta, por se constituírem como pontos imprescindíveis para a continuidade da pesquisa.

Para melhor compreensão da realidade do voluntariado na instituição, foi realizada a caracterização do SV, por meio de observação sistematizada e do material disponível na instituição. Os dados históricos foram limitados pela quantidade de material encontrado sobre o assunto. Por outro lado, para apresentação dos voluntários, em função da disponibilidade dos documentos e tempo definido para conclusão da pesquisa, foram inseridos no trabalho apenas os voluntários *Próprios do Serviço*, que totalizaram 181 integrantes. Essas informações, obtidas a partir de banco de dados secundários, foram delimitadas pelo contingente de informações descrito nos instrumentos, os quais permitiram caracterizar os voluntários quanto ao sexo, faixa etária, permanência na atividade, profissão e local de residência.

A coleta dos dados empíricos constituiu-se por uma entrevista semi-estruturada com 31 participantes, sendo 11 voluntários sociais e 20 profissionais de enfermagem, obedecidas as recomendações do Comitê de Ética e os critérios definidos anteriormente para inserção dos participantes. A partir das informações coletadas, emergiram como resultado quatro categorias principais e seis subcategorias, as quais foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo.

Entre as considerações que a análise propiciou destaca-se a constatação que a prática do voluntariado tem uma importância significativa para a instituição, principalmente no que tange ao suporte oferecido aos funcionários da instituição, em

especial a enfermagem, que pode ser considerada a categoria profissional de maior contato com os voluntários. Nesse sentido, verificou-se que ao longo dos 24 anos de implantação do SV na instituição, construiu-se uma relação entre voluntários e equipe de enfermagem que, inicialmente, foi conturbada pela falta de clareza de papéis dos voluntários na instituição, e hoje, se encontra pautada em critérios de dependência, no que se refere ao cumprimento de tarefas complementares às que são desenvolvidas pelos profissionais.

Por outro lado, a pesquisa também mostrou uma insipiência, em relação ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a prática do voluntariado, que se repercute por meio de problemas operacionais no dia a dia dos voluntários e nos apontamentos de novas demandas aos voluntários que vão de encontro ao arcabouço legal do exercício da prática profissional da equipe de enfermagem. Além desses, outros problemas também foram identificados como empecilhos para ações voluntárias no hospital, os quais foram discriminados como recursos para o trabalho, comunicação e voluntário, sendo que algumas questões apontadas como dificuldades poderiam ser contornadas ou amenizadas com a revisão de medidas simples, como a comunicação entre os profissionais de enfermagem e os voluntários e a orientação dos voluntários para a realização das tarefas.

No que se refere ao preparo dos voluntários para executar as atividades propostas, não se observou uma convergência de opiniões nos dados coletados; fato este também observado no questionamento frente aos treinamentos e capacitações. Ressalta-se ainda sobre esse aspecto, a constatação de que a orientação dos profissionais de enfermagem aos voluntários para execução das tarefas, não se configurou como uma prática cotidiana. Neste sentido, ficou a reflexão sobre a naturalização da presença do voluntariado na instituição, uma vez que essa questão não foi objeto de investigação do estudo. No entanto, os resultados permitiram perceber a incorporação da presença do voluntário na instituição enquanto força de trabalho que complementa as ações sob a responsabilidade da equipe de enfermagem. Logo, esta questão poderia nortear uma investigação futura.

Discutiu-se ainda que as atividades desempenhadas pelos voluntários, discriminadas com base nos dados de um 'mês de trabalho' e no discurso dos profissionais, esbarram sensivelmente no desempenho das atribuições da enfermagem. No entanto, esse aspecto não se constituiu na pesquisa como um problema ou algo que mereça ser retomado pelos profissionais que o detectaram, embora, tenha sido possível identificar em alguns discursos da equipe de enfermagem que esse repasse de tarefas produz influências na relação do profissional com o usuário. Além disso, identificou-se a sugestão, por parte dos profissionais, de novas demandas aos voluntários que vão de encontro às regulamentações da profissão. Estas questões produziram a reflexão a cerca do conhecimento dos profissionais sobre as legislações do exercício da própria categoria.

Essas questões propiciaram a discussão de que a precarização da assistência à saúde tem conduzido os profissionais a se adequarem a determinadas condições de trabalho. Tal situação, muitas vezes, leva os profissionais a naturalizarem determinadas realidades de trabalho, tornando-os acrícos às condições as quais são submetidos. Por outro lado, a necessidade crescente da população pela assistência à saúde pública e o distanciamento do Estado das questões sociais, conduziu a adoção de medidas emergenciais como o apoio da sociedade civil, concretizada aqui como a prática do voluntariado em uma instituição de saúde que promove ações de alta complexidade.

Analisando especificamente a identidade dos voluntários construída com base na ação voluntária, as informações obtidas com a pesquisa convergiram com as demais literaturas consultadas, que ao explorar a motivação para o voluntariado consideram que embora esta atividade não vislumbre o retorno financeiro como objetivo principal, existe sim uma moeda de troca e, esta se relaciona intimamente com a vivência pessoal de cada participante. Além disso, verificou-se que a consciência que determina a ação voluntária provém de sentimentos de solidariedade. No entanto, a relação do voluntariado enquanto subsídio de aporte as demandas do Estado, foi um item que não emergiu no discurso dos entrevistados. Quanto à relação do voluntário com o usuário, se verificou no discurso dos

participantes que esse contato é um diferencial importante para ambas as partes. Para o voluntário, se constitui como uma das razões para a ação voluntária e, para o usuário, os entrevistados afirmaram contribuir nos aspectos operacionais e também relacionais, considerando principalmente a questão da disponibilidade de tempo.

Assim, identificado todo esse processo, verificou-se a necessidade de revisar a delimitação das ações do voluntariado na instituição, conseqüentemente, reorganizar algumas atividades que são realizadas pelos voluntários sociais. Com base nesses fatos, foi construída a proposta de intervenção no intuito de amenizar as discrepâncias entre os pressupostos das legislações profissionais e a manutenção das ações do voluntariado na instituição. Ressalta-se mais uma vez, que este trabalho teve o objetivo de compreender, sob outro prisma, fundamentado no pensamento crítico, as ações do voluntariado na instituição e, a partir desta compreensão, propor condições para uma nova dinâmica de trabalho que contemple as ações do voluntariado e as atividades dos profissionais de enfermagem na instituição.

Com relação aos limites deste estudo, destaca-se o tempo determinado para o desenvolvimento da pesquisa e a pouca literatura encontrada, uma vez que parte das publicações sobre o voluntário apresenta as ações no Terceiro Setor e encontram-se vinculadas às motivações das pessoas para a ação. Com isso, sugerem-se como possibilidades futuras novos estudos que contemplem a temática aqui explorada.

Por outro lado, reflete-se que ao olhar para um objeto delimitado com profundidade, é necessário compreender sua inserção nas várias dimensões da realidade em que se encontra. Uma tarefa bastante complexa. Além disso, o processo de construção nessa perspectiva costuma reservar surpresas que modificarão o planejamento inicial do estudo, conseqüentemente, conduzirão a outras interpretações do fenômeno explorado. Portanto, cabe a questão e a resposta a ela - Fácil?! Não, mas, por vezes, necessária para entender o objeto na sua realidade e esta nas suas diferentes dimensões.

Concluindo essas considerações afirma-se que o voluntariado não se constitui como uma temática simples de ser trabalhada, como possa parecer a

primeira a vista, considerando para esse apontamento, principalmente, as diferentes compreensões sobre o tema. Nesse sentido, ressalta-se que não se desvaloriza essa prática ou sua importância enquanto agente social de transformação, ao contrário, nas ações do voluntariado se percebe a disposição para o trabalho de pessoas que merecem respeito e admiração. O que deve ser observado, no entanto, é o contexto em que esta prática ocorre, e ainda, a relação desta com o trabalho profissional.

REFERÊNCIAS

ABREU, N. R. A. *et al.* Análise do processo de humanização em um hospital público. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 12, n. 3, p. 615-630, set./dez. 2012.

ANUNCIAÇÃO, A.L.; ZOBOLI, E. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 522-528, nov./dez. 2008.

ARAÚJO, J.M. **Voluntariado**: na contramão dos direitos sociais. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 34-41, jan./fev. 2007.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, jan./mar. 2010.

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco** (Cofen), v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.

BOBBIO, N. **Estado, Governo e Sociedade**: para uma teoria geral da política. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1986.

BONFIM, P. **A “cultura do voluntariado” no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei n. 5.905/73 de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jul. 1973. Seção I, p. 6.825.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção I, p. 9.273-9.275.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 311 de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: COFEN, 13 fev. 2007c.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 376 de 24 de março de 2011. Dispõe sobre a participação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: COFEN, 04 abr. 2011c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Coleção para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 1988.

BRASIL. Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 dez. 2011b. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei n. 9.608 de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 fev. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 562, de 12 de maio de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 de maio 2003a. Seção 2, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.1000, de 15 de abril de 2004. Estabelece critérios para a certificação e o reconhecimento dos hospitais de ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 abr. 2004a. Seção 1, p. 13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1702, de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de saúde – SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 ago. 2004c. Seção 1, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 out. 2007b. Seção 1, p. 102.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1006, de 27 de maio de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 maio 2004b. Seção 1, p. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**.

Disponível em:

<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>
. Acesso em: 05/08/2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**: projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n. 15, de 08 de janeiro de 1991. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 10 jan. 1991. Seção 1, p. 603.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Legislação** – Normas Regulamentadoras. Disponível em: <portal.mte.gov.br/legisla%C3%A7%C3%A3o/normas-regulamentadoras-1htm>. Acesso em: 15/05/2014a.

BRAVO, M. I. S. **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CALDANA, A. C. F.; SOUZA, L. B.; CAMILOTO, C. M. Sentidos das ações voluntárias: desafios e limites para a organização do trabalho. **Revista Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 170-177, 2012.

CALOR humano de sobra. **Jornal do Hospital de Clínicas – JHC**, Curitiba, dezembro, 1990. n. 16, p. 7

CARDOSO, A. S.; GONZAGA, N. C.; MEDEIROS, C. C. M. A prática de enfermagem: uma reflexão à luz da Teoria Kantiana e do Código de Ética. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 166-170, jan./mar. 2012.

CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão Hospitalar um desafio para o hospital brasileiro**. Cooperação Brasil-França. Paris: École Nationale de La Santé Publique, 1995.

CAVALCANTE, C. E. *et al.* Por que sou voluntário? Etapa de construção de escala. **Pretexto**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 76-90, abr./jun. 2012.

CECCIM, R. B. Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 373-404.

CENTRO DE AÇÃO VOLUNTÁRIA DE CURITIBA. **Sobre o CAV**. Disponível em: <<http://www.acaovoluntaria.org.br/index.php?area=sobre>>. Acesso em: 27/08/2014.

CENTRO DE AÇÃO VOLUNTÁRIA DE SÃO PAULO. **Gerenciamento de voluntários: estruturação e implementação de programas de voluntariado em organizações sociais**. São Paulo, 2001.

CENTRO DE VOLUNTARIADO DE SÃO PAULO. **Linha do tempo**. Disponível em: <<http://www.voluntariado.org.br>>. Acesso em: 02/06/2014.

CHAVES, M. M. N.; LAROCCA, L. M.; PERES, A. M. Enfermagem em saúde coletiva: a construção do conhecimento crítico sobre a realidade de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, Esp. 2, p. 1701-1704, 2011.

CHIORO, A. Hospitais de Ensino: uma resposta estrutural à crise. **Boletim ABEM** Rio de Janeiro, p. 8-9, set./out.2004.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA 2008-2013. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/protagonismo>>. Acesso em: 28/11/2014. Nota: Verbete Consultado: Protagonismo.

DOHME, V. **Voluntariado**: equipes produtivas, como liderar ou fazer parte de uma delas. São Paulo: Mackenzie, 2001.

DOIS anos de voluntariado. **Jornal do Hospital de Clínicas – JHC**, Curitiba, n. 33, p. 8, maio 1992.

DUARTE, E. D. *et al.* O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 86-94, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a10.htm>>. Acesso em: 28/05/14.

EGRY, E. Y. **Saúde Coletiva**: construindo um novo método em Enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

ERDMANN, A. L. *et al.* A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 637-643, jul./ago. 2009.

FAGUNDES, H. As repercussões do voluntariado e da solidariedade nas políticas sociais no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 12, n. 1, p. 87-102, jun. 2006.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Precarização do Trabalho e Processo Produtivo do Cuidado. **Mediações** – Revista de Ciências Sociais, v. 16, n. 1, p. 142-156, jan./jun. 2011.

FERRAREZI, E.; REZENDE, V. **Organização da sociedade civil de interesse público – OSCIP**: a lei 9.760 como alternativa para o terceiro setor. Brasília: Comunidade Solidária, 2000.

FERREIRA, M. R.; PROENÇA, T.; PROENÇA, J. F. Organisational influence on volunteer satisfaction and attitudes towards HRM practices: the case of hospital volunteers. **Internacional Review on Public and Nonprofit Marketing**, vol. 9, n. 1, p. 27-42, 2012.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e Contra Referência: contribuição para integralidade em saúde. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá (UEM), v. 7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008.

FUNDAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (FUNPAR). **Funpar**. Disponível em: <www.funpar.ufpr.br:8088/funpar/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=27>. Acesso em: 29/0/2014.

GARCIA, I. M.; MORENO, M. B. Ocio, tempo libre y voluntariado en personas mayores. **Revista de la Universidad Bolivariana**, v. 9, n. 6, p. 61-84, 2010.

GOHN, M. G. **Teoria dos Movimentos Sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

GÖTTEMS, L. B. D; ALVES, E. D.; SENA, R. R. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 1033-1040, set./out. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000500023&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13/05/2014.

GRÖNLUND, H. Identity and Volunteering Intertwined: reflections on the values of young adults. **Voluntas**, v. 22, p. 335-355, 2011. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11266-011-9184-6#page-1>>. Acesso em: 12/06/2013.

HOBBSAWN, E. **Era dos Extremos**: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Comitê Transfusional. **Procedimento Operacional Padrão (POP – DCC – CT) n. 003/2006** – Transporte de hemocomponentes. 6ª revisão: 11/01/2013. Curitiba, 2013.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Direção Geral. **Ordem de Serviço n. 006/2009** – Fluxo de encaminhamento de óbito. Curitiba, 2008.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Serviço de Planejamento (SEPLAN). **Relatório de unidades de produção por centro de custo – Serviço de Voluntários**. Curitiba, 2013a.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Serviço de Planejamento (SEPLAN). **Relatório de internação – janeiro a dezembro 2012**. Curitiba, 2013c.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Serviço de Voluntários. **Grupos de Lidença**. Curitiba, [2012?]. Arquivo do Serviço de Voluntários.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Serviço de Voluntários. **Quadro de Orientações**. Curitiba, [2008?]. Arquivo do Serviço de Voluntários.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Serviço de Voluntários. Relatório Mensal de Abril. Curitiba, 2014.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Serviço de Voluntários. **Relatório Mensal**. Curitiba, 2012.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Unidade de Administração de Pessoas (UAP). **Relação de quantidade de cargos por lotação**. Curitiba, set. 2013b.

IMPERATORI, T. K. **Sociedade civil, voluntariado e direito à saúde**: uma análise sobre a Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília. 187 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **As Fundações Privadas e Associações sem fins lucrativos no Brasil: 2010**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Fundacoes_Privadas_e_Associacoes/2010/fasfil.pdf>. Acesso em: 16/11/2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2000**, Brasil, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>>. Acesso em: 03/07/2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**, Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 03/07/2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO E ESTATÍSTICA (IBOPE). **Projeto voluntariado Brasil 2011**. Brasil, 2011. Disponível em: <<http://www.ibope.com.br/pt-br/conhecimento/relatoriospesquisas/Lists/RelatoriosPesquisaEleitoral/OPP%20110274%20-%20CVSP%20Voluntariado%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 01/06/2013.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA (IPPUC). **Mapa das regiões administrativas de Curitiba e bairros**, 2005. Disponível em: <<http://www.curitiba-parana.com/geografia-mapas/mapa-regionais.htm>>. Acesso em: 10/10/2013.

MACEDO, L. C. *et al.* Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 649-657, 2008.

MACHADO, C. M.; PREDEBON, E. A. Gênero, Voluntariado e Voluntarismo no Estado do Paraná. **Revista de Administração FACES Journal**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 38-53, abr./jun. 2011.

MAGALHÃES, A. M. M.; AGNOL, C. M. D.; MARCK, P. B.. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente: estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. espec., jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf> Acesso em: 01/03/2014.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1993.

MEDICI, A. C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 2, n. 47, p. 149-156, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 30/05/2013.

MONIZ, A. L. F.; ARAUJO, T. C. C. F. Voluntariado hospitalar: um estudo sobre a percepção dos profissionais de Saúde. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v. 13, n. 2, p. 149-156, 2008.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MONTEIRO, S.; GONÇALVES, E.; PEREIRA, A. Estudo das motivações para o voluntariado numa mostra de voluntários hospitalares em contexto oncológico: relação com bem-estar psicológico e qualidade de vida. **Psychology, Community & Health**, Portugal, v. 1, n. 2, p. 201-211, 2012.

MOTA, L. A. Dádiva e sociabilidade no Brasil. **Revista Antropológicas**, Recife, v. 13, n. 2, p. 107-123, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BERSUSA, A. P. S.; SIQUEIRA, S. R. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 942-949, 2010.

NUNES, J. B. A.; STURZA, J. M. O espaço local e a descentralização da saúde: elementos basilares para (re)democratização do estado e conquista da cidadania. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde - USCS**, São Caetano do Sul, ano 10, n. 21, jul./dez. 2011.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. S.; MOREIRA, A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**, 2 (supl.), p. 68-72, 2011.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J.; FREITAS, G. F. Fundamentos teóricos e jurídicos da profissão de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.1, n. 1, p. 9-13, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBR). **O trabalho voluntário e as Nações Unidas**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/faca-parte-da-onu/voluntariado/>>. Acesso em: 09/09/2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Destaca a importância de estatísticas para enfrentar a incerteza econômica**. Disponível em: <<http://www.oit.org.br>>. Acesso em: 26/04/2013.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **O que é acreditação**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>>. Acesso em: 02/06/2013.

ORO, J.; MATOS, E. Possibilidades e limites de organização do trabalho de enfermagem no modelo de cuidados integrais em instituição hospitalar. **Texto Contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 500-508, abr./jun. 2013.

ORTIZ, M. C. M. **Voluntariado em hospitais: uma análise institucional da subjetividade**. 223f. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

PAIM, J. *et al.* O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios . **The Lancet** - Série Brasil, p. 11-31, maio 2011.

PEREIRA, P. A. P. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil. **Ser Social**, Brasília, n. 6, p. 119-132, 2000.

PESSOA JUNIOR, J. M.; NÓBREGA, V. K. ; MIRANDA, F. A. N. O cuidado de enfermagem na pós-modernidade: um diálogo necessário. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 603-606, jul./set. 2012.

PIMENTA, S. M.; SARAIVA, L. A. S.; CORRÊA, M. L. (Orgs.). **Terceiro Setor: dilemas e polêmicas**. São Paulo: Saraiva, 2006.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

REGO, S. A. A medicalização do hospital no Brasil: notas de estudo. **Cadernos ABEM**, v. 4, p. 11-15, out. 2008.

REIS, C. N. Acumulação Capitalista e Políticas Sociais no Brasil: marchas e contramarchas de uma trajetória em curso. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 12, n. 1, p. 9-49, jun. 2006.

REZENDE, C. A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal**. Disponível em: <<http://fopspr.files.wordpress.com/2008/08/o-modelo-de-gestao-do-sus-e-as-ameacas-do-projeto-neoliberal.pdf>>. Acesso em: 20/11/2013.

RIBEIRO, M. S.; FAUSTINO, A. M. Ações de promoção da saúde para pessoas idosas no Brasil e América Latina: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 1177-1196, 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**, São Paulo: Atlas, 1999.

ROTTA, E.; REIS, C. N. Desenvolvimento e políticas sociais: uma relação necessária. **Revista Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 314-334, jul./dez. 2007.

SANGLARD, G. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Revista Esboços**, UFSC, n. 16, 2007.

SELLI, L.; GARRAFA, V.; JUNGES, J. R. Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1085-1089, dez. 2008.

SERVIÇO de Voluntários do HC completa 8 anos. **Jornal do Hospital de Clínicas – JHC**, Curitiba, ano 11, n. 7, p. 3, março, 1998.

SILVA, C. E. G. Gestão, legislação e fontes de recursos no terceiro setor brasileiro: uma perspectiva histórica. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 6, p. 1301-1325, nov./dez. 2010

SILVA, C. M. C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

SOARES, L. T. **Os custos do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000. (Questões da nossa época, n. 70).

SOUZA, R. R. O Sistema de Saúde Público Brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002, São Paulo. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 1-44. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20fade%20Brasileiro%28CEST%29.pdf>. Acesso em: 30/11/2013.

TEIXEIRA, F. J. S.; OLIVEIRA, M. A. (Orgs). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; 2. Ed., Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1998.

TEIXEIRA, S. M. Políticas Sociais no Brasil: A história (e atual) relação entre o “público” e o “privado” no sistema brasileiro de proteção social. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 13, n. 2, p. 45-64, jul./dez. 2007.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 40-55, 2011.

TRINDADE, L. L. *et al.* Mas afinal o que é reestruturação produtiva? In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O TRABALHO NA ENFERMAGEM, 3., 2011, Bento Gonçalves. **Anais...** Brasília: ABEN, 2011, p. 327-330. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/3siten-trabalhos/files/0062.pdf>>. Acesso em: 12/04/2013.

UNITED NATIONS VOLUNTEERS. **State of the world's volunteerism report 2011**. New York: United Nations publication, 2011. Disponível em: <http://www.unv.org/fileadmin/docdb/pdf/2011/SWVR/English/SWVR2011_full.pdf>. Acesso em: 01/06/2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Conselho de Planejamento e Administração (COPLAD). **Resolução n. 17, de 11 de julho de 2007**. Dispõe sobre o serviço voluntário nos Hospitais Universitários da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Hospital de Clínicas (HC). **Linha do Tempo**. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=content/linha-do-tempo>>. Acesso em: 02/06/2014a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Hospital de Clínicas (HC). **HC em números**. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=node/83>>. Acesso em: 29/08/2014b.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Hospital de Clínicas (HC). **Diretoria da Assistência**. Disponível em: <<http://hc.ufpr.br/q=node/95>>. Acesso em: 29/08/2014c.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2011.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1565-1577, 2009.

VOLUNTÁRIOS comemoram quatro anos. **Jornal do Hospital de Clínicas – JHC**, Curitiba, ano 7, n. 3, p. 5, abril 1994.

ZANATTA, D.; MENESES, M.P. O trabalhador voluntário e seus sentimentos ante a doença e o sofrimento. **Aletheia**, Canoas, n. 23, p. 113-121, jan./jun. 2006.

APENDICES

APÊNDICE 1- ROTEIRO DE ENTREVISTA – EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	162
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA – VOLUNTÁRIOS SOCIAIS.....	163
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	164
APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: VOLUNTÁRIO SOCIAL.....	165

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA – EQUIPE DE ENFERMAGEM

I – CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO:

Idade: _____

Cargo ocupado no setor: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Tempo de trabalho na instituição (em anos): _____

Tempo de trabalho no setor (em anos): _____

Turno: _____

II – CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS:

5. Como você avalia o tempo entre a solicitação e a chegada do voluntário para a execução das tarefas solicitadas?
() Ruim () Bom () Muito Bom () Excelente
6. Como você avalia a apresentação e disponibilidade do voluntário para a execução das tarefas solicitadas?
() Ruim () Bom () Muito Bom () Excelente
7. Como você avalia a execução das tarefas solicitadas aos voluntários da sala?
() Ruim () Bom () Muito Bom () Excelente
8. Como você avalia a relação de tratamento entre o voluntário e o usuário na execução das tarefas solicitadas?
() Ruim () Bom () Muito Bom () Excelente
9. Fale sobre o serviço de voluntários do Hospital de Clínicas.
10. Como você vê a relação entre as ações e atribuições da equipe de enfermagem e as ações e atribuições do voluntariado no hospital.

APÊNDICE 2- ROTEIRO DE ENTREVISTA – VOLUNTÁRIOS SOCIAIS

I – CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO:

Idade: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Escolaridade: () Da 1ª a 4ª série do ensino fundamental (antigo primário)

() Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio)

() Ensino médio (2º grau) incompleto

() Ensino médio (2º grau) completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

() Pós-Graduação

Profissão (se aposentado, quando trabalhava): _____

Estado Civil:

() Solteiro(a) () Casado(a)/Contrato Social () União Estável

() Viúvo(a) () Separado

Tempo de atividade no voluntariado (em anos):

() 1 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 12 anos () 13 a 16 anos

() 17 a 23 anos

II – CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS:

Com relação à forma de execução das tarefas, quais você já realizou:

() Cadeira () Maca () Andando () Bandeja

1. Como você avalia a execução das tarefas realizadas pelo voluntariado?

() Ruim () Bom () Muito Bom () Excelente

2. Como você avalia o tempo entre a solicitação e a chegada do voluntário para a execução das tarefas solicitadas?

() Ruim () Bom () Muito Bom () Excelente

3. Como você avalia a apresentação e disponibilidade do voluntário para a execução das tarefas solicitadas?

() Ruim () Bom () Muito Bom () Excelente

4. Como você avalia a relação de tratamento entre o voluntário e o usuário na execução das tarefas solicitadas?

() Ruim () Bom () Muito Bom () Excelente

5. Como você percebe as atividades realizadas pelo voluntariado no hospital. Fale sobre as suas dificuldades e facilidades na execução das atividades.

6. Fale sobre a sua relação com a equipe de enfermagem no desenvolvimento de suas atividades no hospital.

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: EQUIPE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, profissional da equipe de enfermagem, esta sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado "A sistematização das atividades do voluntariado em um hospital público de ensino: a contribuição da enfermagem", desenvolvida pela mestrandia Eliane Aparecida Machado Rosa, sob a orientação da Professora Doutora Maria Marta Nolasco Chaves, da Universidade Federal do Paraná. A pesquisa tem como objetivo geral: **Sistematizar as atividades dos voluntários sociais em um hospital público de ensino.** As pesquisas promovem avanços importantes e sua participação é fundamental.

Caso você concorde em participar, será realizada uma entrevista semi-estruturada, em seu local de trabalho ou outro de sua preferência, em dia e horário que melhor lhe convier, com duração aproximada de 40 minutos, durante a qual você será convidado a falar sobre sua experiência e conhecimento com relação ao voluntariado social do hospital. Será garantido seu anonimato e o sigilo das informações.

A entrevista, se você autorizar será gravada e lhe será permitido ouvi-la ou lê-la, depois de transcrita, bem como discutir seu conteúdo junto à pesquisadora, se assim o desejar. Todo o material ficará sob guarda das pesquisadoras por um período de 5 (cinco) anos e os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Após este período todo o material coletado será destruído.

Sua participação é voluntária e por ela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar, de retirar seu consentimento a qualquer momento. Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante ou depois do estudo. Todas as despesas necessárias para realização da pesquisa (deslocamento, reprodução de material, fitas, entre outras) não são de sua responsabilidade.

A pesquisadora Eliane Aparecida Machado Rosa, enfermeira, poderá ser contatada para esclarecimentos sobre sua pesquisa, a qualquer tempo, pelos telefones: (41) 9137 4369 – 3653 7152, Rua Argemiro Rodrigues de Paula, 29 - Jardim dos Eucaliptos, Piraquara - PR- CEP: 83.311-080.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos legais enquanto participante da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas pelo telefone: (41) 3360-1841.

Para aceitar participar da pesquisa nas condições descritas acima, você deve ler e depois assinar a declaração a seguir:

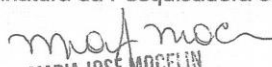
Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientada (o) sobre a finalidade e objetivo da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo. Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar do estudo.

Declaro que concordo com a utilização de todos os dados por mim fornecidos, nesta pesquisa.

_____, ____/____/____

Nome e assinatura do(a) participante

Nome e assinatura da Pesquisadora ou quem aplicou o TCLE


MARIA JOSÉ MOZELIN
 Membro do Comitê de Ética em Pesquit
 em Seres Humanos do HC/UFPR
 Matrícula 7462

Rubricas:
 Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o
 TCLE _____

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: VOLUNTÁRIO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, voluntário social, esta sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado "A sistematização das atividades do voluntariado em um hospital público de ensino: a contribuição da enfermagem", desenvolvida pela mestranda Eliane Aparecida Machado Rosa, sob a orientação da Professora Doutora Maria Marta Nolasco Chaves, da Universidade Federal do Paraná. A pesquisa tem como objetivo geral: **Sistematizar as atividades dos voluntários sociais em um hospital público de ensino**. As pesquisas promovem avanços importantes e sua participação é fundamental.

Caso você concorde em participar, será realizada uma entrevista semi-estruturada, em seu local de trabalho ou outro de sua preferência, em dia e horário que melhor lhe convier, com duração aproximada de 40 minutos, durante a qual você será convidado a falar sobre sua experiência e conhecimento com relação ao voluntariado social do hospital. Será garantido seu anonimato e o sigilo das informações.

A entrevista, se você autorizar será gravada e lhe será permitido ouvi-la ou lê-la, depois de transcrita, bem como discutir seu conteúdo junto à pesquisadora, se assim o desejar. Todo o material ficará sob guarda das pesquisadoras por um período de 5 (cinco) anos e os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Após este período todo o material coletado será destruído.

Sua participação é voluntária e por ela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar, de retirar seu consentimento a qualquer momento. Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante ou depois do estudo. Todas as despesas necessárias para realização da pesquisa (deslocamento, reprodução de material, fitas, entre outras) não são de sua responsabilidade.

A pesquisadora Eliane Aparecida Machado Rosa, enfermeira, poderá ser contatada para esclarecimentos sobre sua pesquisa, a qualquer tempo, pelos telefones: (41) 9137 4369 – 3653 7152, Rua Argemiro Rodrigues de Paula, 29 - Jardim dos Eucaliptos, Piraquara - PR- CEP: 83.311-080.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos legais enquanto participante da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas pelo telefone: (41) 3360-1841.

Para aceitar participar da pesquisa nas condições descritas acima, você deve ler e depois assinar a declaração a seguir:

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientada (o) sobre a finalidade e objetivo da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo. Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar do estudo.

Declaro que concordo com a utilização de todos os dados por mim fornecidos, nesta pesquisa.

_____, ____/____/____

Nome e assinatura do(a) participante

Nome e assinatura da Pesquisadora ou quem aplicou o TCLE


MARIA JOSE MUCELI
 Membro do Comitê de Ética em Pesqui.
 em Seres Humanos do HC/UFPR
 Matrícula 7462

Rubricas: Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE ADESÃO DOS VOLUNTÁRIOS.....	167
ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA.....	169
ANEXO 3 – QUADRO DE ORIENTAÇÕES.....	172

ANEXO 1 – TERMO DE ADESÃO DOS VOLUNTÁRIOS

TERMO DE ADESÃO

(Resolução nº 17/07 – COPLAD)

1. DAS PARTES:**1.1 BENEFICIÁRIA**

_____, pessoa jurídica de direito público, nos termos da Lei _____, organizada sob a forma de a _____, com sede a Rua _____, Curitiba, Estado do Paraná, Brasil, inscrita no CNPJ sob nº _____, através do _____

1.2 VOLUNTÁRIO:

Nome: _____ Data Nasc. _____
 RG _____ CPF nº _____ Nacionalidade _____
 Nome da Mãe: _____ Pai: _____
 Profissão _____ e-mail: _____
 Endereço: Rua: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
 Telefone: _____
 Contatos: _____

2. DA NATUREZA:

Pelo presente Termo de Adesão o VOLUNTÁRIO acima qualificado declara sua intenção de ofertar seus serviços voluntários à BENEFICIÁRIA, nos termos da Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, e Resolução nº 17/07 do Conselho COPLAD.

3. DO PLANO DE TRABALHO**3.1 OBJETO - Voluntário Social**

O trabalho VOLUNTÁRIO consistirá nas atividades descritas nos Projetos das Unidades e Serviços disponíveis no Serviço de Voluntários, dos quais os voluntários tomam ciência a partir da assinatura deste Termo, sendo também repassado o Quadro de Orientações com as atividades que NÃO devem ser realizadas pelos Voluntários.

3.2 DAS CONDIÇÕES DE EXERCÍCIO DO SERVIÇO VOLUNTÁRIO

3.2.1 A duração do Voluntariado terá o prazo máximo de _____ a contar da data de assinatura deste Termo, podendo haver prorrogação que estará vinculada a assinatura de um novo termo.

Local das Atividades: _____

Departamento ou Unidade Profissional: _____

Dia da Semana: _____

Horários: _____

4. INEXISTÊNCIA DE ÔNUS

4.1 O serviço de voluntariado ora comprometido não implica em qualquer ônus para BENEFICIÁRIA, eis que o VOLUNTÁRIO presta colaboração gratuita e espontânea, por sua livre vontade, movido pelo altruísmo, conhecendo os termos e o espírito da Lei supracitada.

4.2 Ficam vedados quaisquer pagamentos ao voluntário, inclusive a título de honorários ou "prolabore", ficando proibidos também quaisquer ressarcimentos, incluídos àqueles decorrentes de gastos pessoais ou decorrentes do uso de equipamentos particulares do voluntário durante os trabalhos descritos neste Termo de Adesão.

5. INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO

O VOLUNTÁRIO declara repelir qualquer vínculo obrigacional com a BENEFICIÁRIA, inclusive trabalhista, relacionando-se ambas as partes exclusivamente no campo do serviço voluntário, nos precisos termos da Lei nº 9.608.

6. DO SUPERVISOR RESPONSÁVEL

O trabalho do VOLUNTÁRIO será acompanhado, coordenado e supervisionado pelo servidor:

Nome:

Matrícula:

Cargo/ Função: _____, abaixo subscrito, que se responsabilizará pelas atividades do voluntário.

7. COMPROMISSOS

7.1 O VOLUNTÁRIO compromete-se a zelar pela conservação da coisa pública e pela economia de material, dando ciência de que responderá civil e penalmente pelos danos causados ao patrimônio da _____, que seja sob sua guarda ou responsabilidade, devendo restituir os bens que lhe forem entregues nas mesmas condições que os recebeu.

7.2 O VOLUNTÁRIO declara estar ciente de sua sujeição ao cumprimento de ordens superiores, bem como conhecer, respeitar e cumprir as normas que regem a BENEFICIÁRIA, as cláusulas do presente Termo de Adesão e a Lei nº 9.608/98.

7.3 O VOLUNTÁRIO se compromete a comunicar o Serviço de Voluntários e agendar o acompanhamento dos profissionais da Assessoria de Marketing Institucional do _____ para reportagens, entrevistas, filmagens e registros fotográficos de pacientes; e, também solicitar a autorização por escrito pelo paciente ou responsável, em formulário próprio da Assessoria de Marketing Institucional, para filmagens e registros fotográficos de pacientes, conforme Ordem de Serviço nº _____.

7.4 O VOLUNTÁRIO autoriza em caráter irrevogável, sem quaisquer ônus a Instituição, o uso irrestrito de sua imagem através de fotografia ou filmagem, para veiculação em meio impresso e/ou eletrônico.

8. CANCELAMENTO

Este Termo de Adesão poderá ser cancelado a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes, bastando para isso que uma delas notifique a outra com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Curitiba, ___ de _____ de _____.

Voluntário

Supervisor Responsável

Chefe do Departamento ou
Gerente Unidade Funcional

Testemunha: _____
Nome: _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A sistematização das atividades do voluntariado em um hospital público de ensino: a contribuição da enfermagem

Pesquisador: Eliane Aparecida Machado Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20841913.8.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 375.069

Data da Relatoria: 27/08/2013

Apresentação do Projeto:

A atuação do voluntário, independente do local de atuação, é regulamentada pela Lei 9.608 de 18/02/98, que não apresenta restrições e nem define as atividades que podem ser realizadas por estas pessoas, deixando claro apenas que esta é prática que não gera vínculo empregatício. Esta situação reforça o papel da instituição, de responsabilidade sobre a criação de diretrizes para esta prática, uma vez que -é fundamental a existência de regras, normatização e limites para as atividades do voluntariado. (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010, p. 948).

Objetivo da Pesquisa:

2 Objetivo Geral:

Sistematizar as atividades dos voluntários sociais em um hospital público de ensino.

2.1 Objetivos Específicos:

- delinear o perfil dos voluntários que atuam em um hospital público de ensino;
- identificar a compreensão dos profissionais de enfermagem sobre as atividades realizadas pelos voluntários em um hospital público de ensino;
- reconhecer a compreensão dos voluntários sobre suas atividades em um hospital de público de ensino;

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

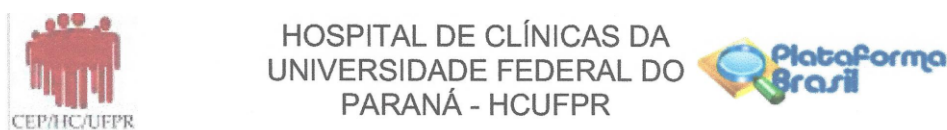
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 375.069

- descrever as atividades executadas pelos voluntários nos setores de um hospital público de ensino.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exploratória de caráter qualitativo. A captação de dados para a pesquisa será realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Critérios de inclusão e exclusão apresentados adequadamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado em relação as questões éticas, podendo ser considerado aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 375.069

As atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

CURITIBA, 28 de Agosto de 2013

Assinador por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

ANEXO 3 – QUADRO DE ORIENTAÇÕES

ADMINISTRATIVA/UNIDADES/SERVIÇOS	
<p>Material para o laboratório deverão estar prontos e ser entregues ao voluntário no balcão.</p> <p>Material para exames de Laboratório, Banco de Sangue, Anatomia Patológica e outros serviços deverão ser recebidos por um responsável na Unidade.</p> <p>Falhas no preenchimento de requisições dos materiais enviados ao Laboratório, Banco de Sangue, Anatomia Patológica e outros Serviços, deverão ser resolvidas entre o emissor e o receptor (unidade e serviço). O voluntário é responsável somente pelo transporte do material para local previamente indicado.</p> <p>Voluntários fixos deverão contar com um orientador responsável na unidade.</p> <p>O registro de frequência do(s) voluntário(s) deverá estar em local de fácil acesso.</p>	<p>Evitar possíveis trocas de materiais e requisições.</p> <p>Agilizar a solução de problemas administrativos entre os Serviços e liberar o Voluntário para ajudar outras Unidades.</p> <p>Solucionar problemas administrativos entre os serviços, diretamente com o responsável, liberando o voluntário para realizar outras tarefas.</p> <p>Orientar sobre normas do setor. Colaborar na realização das tarefas do voluntário, bem como promover a conscientização dos funcionários da importância e necessidade do trabalho voluntário.</p> <p>Controle efetivo da frequência do voluntário.</p>
VOLUNTÁRIO NÃO FAZ	
Retirar paciente do leito, macas e ou cadeira de rodas.	Zelar pela integridade física do paciente.
Transporte de exames urgentes como: gasometria, líquor e medula óssea e outros que caracterizem urgência.	Comprometimento ou perda do material por demora no transporte
Transportar pacientes em óbito.	Ordem de serviço _____ (normaliza o fluxo de óbitos).
Acompanhar pacientes para exames externos.	Evitar envolver-se em possíveis acidentes.
Participar de procedimentos médicos	Evitar erros por falta de conhecimento.
Tarefas Administrativas	Evitar erros por falta de conhecimento.

UNIDADES	OBJETIVO
Ao fazer a solicitação repasse as informações com calma e clareza.	Evitar falhas e erros na comunicação.
Avisar, no momento da solicitação, se a remoção será feita em cama de UTI .	Enviar voluntários com capacidade física para conduzir o paciente.
Alertar, no momento do contato telefônico, se o paciente faz parte da listagem dos Multiresistente	Enviar voluntário treinado para conduzir, adequadamente, o paciente.
O cancelamento da tarefa, se necessário, deverá ser feito, com rapidez, por telefone.	Evitar o deslocamento do voluntário sem necessidade em detrimento de outras atividades.
Receber com atenção o voluntário e contribuir para que a tarefa seja executada com agilidade.	Agilizar a execução da tarefa, evitar mal entendidos ou falhas na comunicação, bem como liberar o voluntário para outras atividades.
O paciente e o seu prontuário deverão estar sempre junto à enfermagem aguardando a chegada do voluntário.	Evitar que o paciente sofra algum acidente e que haja desperdício de tempo, disponibilizando o voluntário para outras tarefas.
Ao retornar, paciente e prontuário, deverão ser recebidos por um responsável na unidade.	Evitar acidentes caso o paciente se levante sozinho no corredor ou quarto, bem como Extravio ou perda de prontuário.
Pacientes de UTI ou em estado grave ou com oxigênio só serão conduzidos, por voluntários, se estiverem acompanhados de um profissional.	Prezar pela saúde do paciente bem como proporcionar-lhe confiança e bem estar.
Após realizar exames de Hemodinâmica o voluntário só poderá ajudar na remoção do paciente se estiver acompanhado por um profissional.	Zelar pela saúde bem estar do paciente.
Materiais para Laboratório deverão estar bem fechados e embalados adequadamente.	Evitar vazamento, contaminação e perda do material durante o transporte.
Materiais para anatomia patológica, deverão ser cuidadosamente embalados, principalmente os que possam causar má impressão ou mal estar ao condutor.	Evitar constrangimento ao voluntário e ou outros usuários do HC, pois, a visualização ou manuseio desse material não faz parte das suas rotinas.