

**INVESTIR-SE:
lógicas de engajamento voluntário no trabalho humanitário em saúde**

***SELF-RECRUITING:
logics of volunteer engagement in humanitarian work in health***

Jaqueline Ferreira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo

Este artigo apresenta dados de etnografia realizada em um centro de atendimento médico parisiense da organização não governamental humanitária Médecins du Monde, destinada a atender populações excluídas socialmente. O centro conta com o trabalho voluntário de profissionais da saúde e trabalhadores sociais. Assim, discutem-se as lógicas de engajamento nesse trabalho, que se configura como “humanitário”. Tais voluntários compõem um grupo diversificado, apesar disso, é possível estabelecer pontos de referência para compor lógicas relativas a esse engajamento. A implicação deles no trabalho voluntário depende de suas motivações, bem como de sua relação com as atividades e as dinâmicas de relações estabelecidas com os usuários. Identifica-se um conjunto de representações que foram descartadas e negadas de forma unânime pelos voluntários: as de ordem política e as de ordem religiosa. Essa negação parece uma forma de eliminar as ambiguidades e a busca do reconhecimento e legitimidade social do *métier*.

Palavras-chave: trabalho voluntário, engajamento, medicina humanitária, humanitário.

Abstract

This article presents data from ethnography accomplished into a Parisian medical center, belonging to the humanitarian non-governmental organization Médecins du Monde, that assists socially excluded populations. The center relies on volunteer health professionals and social workers. Thus, we discuss the logics of engagement in this work, which is considered “humanitarian”. These volunteers comprise a diverse group, despite it is possible to establish benchmarks in order to compose logics for such engagement. The implication of them in volunteer work depends on their motivations and relations with the activities, and with the dynamics of relationships with users. We identify a set of representations that were discarded and denied unanimously by the volunteers: the political and religious ones. This denial seems a way to eliminate the ambiguities and the pursuit of social recognition and legitimacy of the *métier*.

Keywords: volunteer work, engagement, humanitarian medicine, humanitarian aid.

Investir-se: lógicas de engajamento voluntário no trabalho humanitário em saúde

O presente trabalho é resultado de uma etnografia realizada em um centro de atendimento médico de uma organização não governamental francesa, a Médecins du Monde (MDM), fundada em 1980 por médicos dissidentes do Médecins sans Frontières (MSF), então denominados French Doctors¹. Tais organizações contam com a mídia como recurso para difundir seu discurso e ideologia. Igualmente, seus militantes e ex-militantes produziram uma extensa bibliografia, relatando missões, trazendo reflexões e críticas sobre esse movimento, tal como o fez o próprio fundador do MSF, Bernard Kouchner (1980, 1986).

Em 1986, em seguida aos debates sobre a crescente pobreza na França, a MDM tomou a iniciativa de iniciar uma missão local, com a abertura de um centro de assistência médica e social, em Paris. O centro existe até hoje, e o objetivo dessa missão é prestar assistência médica às pessoas excluídas do acesso comum à saúde, bem como propiciar sua inclusão em tal acesso. No entanto, esses voluntários pouco acreditavam nas possibilidades de sua reinserção social. A expressão frequentemente usada por eles – “não se pode lhes dar muita esperança” – resume bem esse aspecto. Mesmo assim, esses voluntários, a despeito de todos os obstáculos, não mediam esforços para prestar ajuda, e buscavam obter reconhecimento e dar legitimidade a um trabalho que, na maior parte dos casos, não aportava um auxílio concreto aos usuários. Com isso em mente, busquei discutir as lógicas de engajamento em tal trabalho, que se configura como humanitário, dialogando com a literatura do próprio movimento e com a literatura socioantropológica. Para a compreensão ampla da questão, inicialmente, contextualizo o movimento humanitário e o ambiente da pesquisa, bem como minha inserção nesse campo, para, em seguida, abordar os aspectos relativos a essas lógicas de engajamento propriamente ditas.

O Humanitário em foco

Médecins sans Frontières (MSF) e Médecins du Monde (MDM) são reconhecidos internacionalmente por realizar missões em países pobres, que sofrem com conflitos armados ou calamidades públicas, mediante o envio de profissionais a campo. Seu objetivo é não só tratar vítimas como também testemunhar os atentados aos direitos humanos dessas populações. O Humanitário, tal como ele é concebido atualmente no mundo, é diretamente relacionado a essas organizações não governamentais (ONGs). No entanto, o Humanitário moderno nada mais é do

¹ Essa pesquisa resultou em minha tese de doutorado e foi publicada sob o título *Soigner les Mal-Soignés; Ethnologie d'un centre de soins gratuits* (Ferreira, 2004).

que a atualização de ideias e atitudes em face da pobreza a que estiveram, por muito tempo, relacionadas as reflexões éticas e religiosas, como testemunham os grandes movimentos de beneficência criados por Saint Vicent de Paul no século XVII (Ruffin, 1990).

O próprio conceito de Humanitário contempla a ideia de beneficência, filantropia e caridade, como bem mostra Michel Mollat (1993, p. 37):

Humanitário vem substituir tanto uma nuance sentimental ao conteúdo racional do termo filantrópico, caro ao século das Luzes, como também o significado paternalista da palavra beneficência e à limitação sociológica do termo solidariedade. A conotação propriamente humana da palavra “humanitário” resulta das atitudes cristãs de compaixão (*compatir* = sofrer com) e caridade que levam o homem a se ocupar do sofrimento de outros homens por simpatia e por amor (*caritas*).

Os séculos XIX e XX assistiram ao desenvolvimento da ideia da universalidade dos direitos humanos, em que a ideia do próximo passou a ser compreendida em sentido amplo, ou seja, abrangendo todo ser humano. Dessa maneira, a concepção de que o sofrimento deve ser aliviado, não importa quem seja a vítima nem onde ela esteja, leva a tratar o problema da pobreza nos países subdesenvolvidos como global. Consequentemente, durante todo o século XX, assistiu-se às tentativas de intervenção filantrópica nos países não europeus, tanto de caráter laico como religioso, sob nova perspectiva, uma vez que a assistência a eles nos séculos XVII e XVIII se caracterizou por um modelo religioso, segundo o qual a conversão era a principal motivação, com ações centradas na saúde e educação, e cujas figuras emblemáticas eram o médico e o missionário.

O século XX compreendeu que a assistência não é questão de doação, mas um direito, exigência de equidade por parte dos pobres e dever moral dos ricos. Sendo assim, a assistência privada é preferível, uma vez que ela pode ignorar e até mesmo se opor ao Estado. Esses imperativos animam as ONGs que prestam ajuda aos países pobres. Nasceu então a primeira organização de caráter humanitário e com princípios não-políticos e não-religiosos: a Cruz Vermelha, que serviria de modelo, inspirando uma nova geração de organizações humanitárias modernas (Brauman, 1999). Criada em 1864, por Henri Dunant, filantropo suíço, seu propósito inicial era socorrer os feridos de guerra, e seu princípio era a neutralidade política, ou seja, não questionar ou tomar posição diante dos conflitos entre os países.

No entanto, esses princípios de neutralidade política geraram descontentamento em muitos profissionais médicos que testemunharam injustiças sociais nas missões em que atuavam. Em 1971, Bernard Kouchner e um grupo

de médicos que tratavam vítimas da guerra de Biafra (1967-1970), desejando se engajar politicamente nas lutas dos países em que atuavam, romperam com a Cruz Vermelha e fundaram os Médecins sans Frontières. Mais tarde, em 1980, outra dissidência interna dessa ONG fez com que Bernard Kouchner e um grupo de médicos fundassem os Médecins du Monde (Kouchner, 1980). Apesar da divisão, as duas organizações têm os mesmos objetivos: tratar doentes, vítimas de guerras e catástrofes e testemunhar as injustiças, de maneira que a solidariedade não seja limitada por fronteiras internacionais, interesses estatais ou imperativos diplomático-estratégicos.

Dessa maneira, Médecins sans Frontières e Médecins du Monde marcam o nascimento das grandes estruturas humanitárias fundadas exclusivamente por médicos e que se caracterizam pelo envio de pessoal a campo. Elas primam por uma medicina de urgência, que intervém em regiões de conflitos ou catástrofes naturais, onde a rapidez da ação é fundamental, como também por missões de desenvolvimento dos países pobres, mediante os princípios da Saúde Pública. O caráter humanitário que anima essas organizações, portanto, compreende toda a ação empreendida para prestar ajuda a qualquer ser humano, sem distinções. Segundo Ruffin (1986), mesmo que essa conotação ainda englobe a noção de caridade, ela se desenvolve em sentido inverso: enquanto a caridade aceita a ordem das coisas, o Humanitário visa a transformá-la, o que termina por aliá-lo ao projeto político e social.

As segmentações sucessivas que marcaram a história e a produção desse novo discurso do Humanitário trouxeram a perspectiva sobre o que constitui a boa intervenção: o reconhecimento de certas populações como vulneráveis e dos problemas que ultrapassam o domínio do simples registro médico e entram no âmbito dos Direitos Humanos.

O cenário da pesquisa e a inserção em campo

No ano de 2000, após contato com a coordenação do centro, comecei meu trabalho de campo no local onde a pesquisa se desenvolveu ao longo de dois anos consecutivos. No momento da pesquisa, o centro contava com o trabalho voluntário de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, dentistas) e trabalhadores sociais (assistentes sociais, funcionários públicos). O trabalho médico desses profissionais inscreve-se em uma prática denominada Medicina Humanitária. A população recebida era, sobretudo, formada por estrangeiros que viviam em situação de clandestinidade, ou seja, os imigrantes *sans papiers* (em sua maioria africanos originários do Mali, da Costa do Marfim, do Congo, do Senegal), franceses moradores de rua e desempregados em fase final do auxílio desemprego.

O processo de trabalho no centro consistia, primeiramente, na recepção dos pacientes em um guichê onde eles eram identificados. Tratando-se da primeira consulta, eles eram encaminhados para a sala contígua à sala de espera, onde havia voluntários preparados para entrevistá-los para o preenchimento do *dossier social* (prontuário com dados relativos à identificação e condições socioeconômicas como renda, moradia, trabalho e regularidade de vistos, por exemplo). Esses espaços e processos eram chamados de “acolhimento”. Após, os pacientes aguardavam atendimento dos cuidados de enfermagem ou consulta médica na sala de espera.

Realizei observação em todos os espaços: acolhimento, sala de espera, sala de enfermagem e consultas médicas², buscando analisar a interação entre os voluntários e os usuários-pacientes. Em meu trabalho de campo, acompanhei, em seu trabalho cotidiano, 15 voluntários da área social e 24 profissionais de saúde, na maioria médicos generalistas, ginecologistas, dermatologistas e psiquiatras, com os quais realizei entrevistas individuais.

Esses voluntários eram homens e mulheres oriundos de diferentes meios sociais, com formações e idades diferentes, de tal sorte que é difícil isolar a influência de certas variáveis. Esse perfil é confirmado pelos estudos sobre o assunto, como o de Dauvin e Siméant (2002). No entanto, a particularidade do voluntariado nesse centro é o fato de que a maioria se encontrava aposentada: 28 deles tinham vindo trabalhar no centro após o encerramento de suas atividades profissionais, e 11 ainda se encontravam na vida profissional ativa. Essa proporção de aposentados indica a disponibilidade de tempo e o envelhecimento do voluntariado no centro Parmentier. Os aposentados consagravam, em média, dois ou três meios turnos semanais no centro, enquanto os profissionais em exercício consagravam, em média, meio turno semanal.

Para o recrutamento, o contato pessoal boca a boca era preponderante. Não havia seleção para o exercício do voluntariado no centro. Todos eram aceitos e, se se adaptassem ao trabalho, eram convidados a permanecer. Dessa maneira, inicialmente, o trabalho não era seletivo: todos os que procuravam o centro para trabalho voluntário eram acolhidos. No entanto, havia uma maneira de ser e de se portar como voluntário no centro, que fazia com que ele finalmente se tornasse bastante seletivo. Nessas condições, a aquisição dos conhecimentos sobre as atividades era feita no decorrer do processo de trabalho, em que a experiência prévia com pessoas em condições de vulnerabilidade social e econômica era valorizada, mas não era requisito fundamental para inserção no centro. Da mesma forma, certa habilidade para lidar com esse tipo de população era igualmente valorizada.

2 O fato de minha formação inicial ser em Medicina propiciou-me acompanhar as consultas. Sobre as particularidades dessa observação, bem como sobre questões metodológicas nela envolvidas, ver Ferreira (2011).

Trata-se de uma atividade em que é necessário controle emocional, agir com segurança e, ao mesmo tempo, transmitir confiança, ou seja, um capital moral não redutível a diplomas. Por outro lado, falar outras línguas é útil na recepção de usuários que não falem bem o francês. Também é muito valorizado um exercício profissional que leve em conta pessoas na exclusão social. Isso mostra como diferentes variáveis e características de voluntários terminam por selecionar as atividades a serem realizadas no centro.

A diversidade de pessoas resulta em diferentes formas de implicação no trabalho no centro, a depender de suas motivações, relações com sua atividade e com as dinâmicas de relações estabelecidas com os usuários. É isso que analisarei agora.

Lógicas de engajamentos

A maioria dos trabalhos sobre voluntariado na França questiona a questão da motivação, e os voluntários estão familiarizados com o assunto. Paugam (1994), por exemplo, analisa o engajamento segundo as perspectivas: engajamento interessando (desejo de dar um sentido a sua vida, encontrar uma ocupação, culpa por ter vida privilegiada, conhecer pessoas singulares que sofrem ou outras pessoas com o mesmo desejo de engajamento) e engajamento ético e humanista (escolha política, filosófica ou religiosa). Outros autores, como Ferrand-Bechman (1992) e Ravon e Raymond (1997), vão no mesmo sentido.

Por outro lado, Lipovetski (1992) e Boltanski (1993) mostram que o voluntariado não é incompatível com uma cultura individualista moderna. Nesse sentido, Smith (1960) refere que o mérito de uma ação é reconhecido na medida em que angaria a simpatia e gratidão direcionadas à pessoa que realizou o ato. Compartilho da perspectiva desses últimos autores, uma vez que, de acordo com as minhas observações, o engajamento no voluntariado humanitário é motivado pela possibilidade de fortalecimento de um capital social, bem como pela possibilidade de reconhecimento de seu trabalho por parte dos assistidos e da sociedade em geral. De sorte que, finalmente, o que está em questão é o reconhecimento do mérito do trabalho voluntário, um trabalho cujo pagamento não pode ser outro que não o simbólico. Isto ficará mais claro com a exposição das situações observadas e analisadas a seguir.

Apesar das diversas nuances, indivíduos heterogêneos com subjetividades e trajetórias de vida diversas, podemos estabelecer pontos de referência para o estabelecimento de lógicas desses engajamentos, que se constituem segundo as situações e interações. Apoiar-me-ei nos traços mais significativos das práticas dos voluntários, para o desenvolvimento dessas lógicas para fins de análise.

Foi possível observar que havia voluntários, tanto de saúde como sociais, nos quais sobressaía uma lógica pragmática relacionada à suas atividades. Eles explicavam sua motivação e seu engajamento no Humanitário sob uma perspectiva de prolongamento de suas atividades profissionais. Trata-se de colocar seus conhecimentos a serviço de pessoas que deles necessitavam e de obter em troca outros conhecimentos, sociabilidade etc.

Por outro lado, havia aqueles que investiam em uma lógica mais “relacional” com os usuários e no engajamento da vida associativa. Os voluntários mais próximos dessa lógica referiam que seu engajamento correspondia a um desejo de ajudar as populações desfavorecidas, o que significava, para eles, uma missão social e moral a cumprir. Essa lógica ultrapassava os limites do centro. Eles acompanhavam os pacientes em suas internações e visitavam-nos nos finais de semana. Esses voluntários ocupavam-se pessoalmente dos problemas dos usuários, valorizavam a escuta e o estabelecimento da confiança. As trocas permitiam conhecer os usuários, suas trajetórias, suas dificuldades. Esses voluntários desejavam exercer suas atividades levando em conta a vulnerabilidade dos usuários. Eles se preocupavam com seus antecedentes familiares, sociais, condições que os fizeram deixar seu país, por exemplo. Seus discursos defendiam a compreensão para com os usuários. Era importante saber se “pôr em seu lugar”.

Essas lógicas são aspectos essenciais que se distinguem somente por contraste. Tal distinção não comporta julgamento de valor nem o privilégio de uma lógica em relação à outra, ou seja, uma lógica mais próxima do “relacional” não implica que uns voluntários sejam menos “profissionais” do que outros. Da mesma maneira, não se pode dizer que os voluntários mais próximos de uma lógica “pragmática” não levam em conta a situação social dos pacientes. Na verdade, trata-se de categorias analíticas que foram colocadas em perspectiva, de forma a simplificar a diversidade de indivíduos e situações que vivenciei no trabalho de campo. O objetivo de estabelecê-las é analisar certas condutas, sem reduzi-las às características individuais dos voluntários, mas considerá-las representações sociais. Igualmente, não se trata de considerar um engajamento como mais importante em relação a outro. Nesses dois casos, tanto uma atividade como a outra são essenciais ao centro. Também não se trata de fixar os indivíduos nessas lógicas. As implicações dos voluntários em suas atividades podem mudar de acordo com as relações estabelecidas com os usuários e de acordo com o tempo. Ainda, o mesmo voluntário pode ter diferentes atitudes em diferentes momentos, tendo em vista que o cotidiano é permeável a nuances diversas, que suscitam a complexidade das situações.

Esses traços podem ser encontrados no conjunto dos voluntários, de forma que há diversas maneiras como diferentes indivíduos podem obter benefícios da atividade exercida no centro. Utilizarei os traços mais significativos das lógicas de

engajamentos estabelecendo o retrato específico de dois voluntários, Thérèse e Marc. No decorrer do texto, depoimentos de outros voluntários também ilustrarão meu propósito.

Thérèse

Thérèse era uma mulher de setenta anos, viúva, sem filhos, que morava em um subúrbio parisiense. Ela nasceu no interior da França, e sua família era de classe média. Ela era católica praticante, com tendência político-partidária de direita.

Formada em enfermagem, trabalhou em um centro de assistência social infantil durante sua vida profissional ativa. Com o fechamento desse centro, ela trabalhou em outro destinado a crianças que sofreram maus tratos. Em 1982, após a morte de seu marido, Thérèse aposentou-se e começou um trabalho voluntário em uma biblioteca de seu bairro, que não lhe agradou, então, terminou por abandoná-lo. Em 1987, tomou conhecimento do centro Parmentier: “Eu li no jornal que Médecins du Monde havia aberto um centro médico que atendia excluídos de assistência médica. Eu telefonei e eles me convidaram a ir até lá”. Assim, ela começou a trabalhar no centro nessa época, inicialmente como enfermeira, mas, finalmente, graças a sua experiência anterior na área social, foi convidada a trabalhar no acolhimento, onde permaneceu.

Pode-se aproximar Thérèse de um voluntário engajado em uma lógica mais próxima do “relacional”. Trata-se de uma mulher enérgica, sempre atenta e pronta a resolver os problemas quotidianos do centro. Ela sabia gerir os conflitos mais difíceis com os usuários: fossem episódios de violência (o que todos os voluntários mais temem), fosse o encaminhamento de questões difíceis de resolver, como encontrar alojamento, encaminhar documentos etc. Também era chamada a intervir em situações tensas, que administrava com tranquilidade. Ela era referência para dar informações e, tendo em vista essa capacidade de resolver situações difíceis e sua facilidade de contato com os pacientes, suscitava sentimentos de respeito e admiração dos outros voluntários. Sua experiência lhe conferia a tarefa de fazer a “formação” de voluntários recém-chegados.

Ela estabelecia relações pessoais com os usuários e pacientes, sabendo aconselhá-los, transmitir-lhes confiança. Com alguns *habitués*, mantinha relação próxima, visitava-os nos finais de semana, nos centros de reabilitação de alcoolismo. Também participava das reuniões da ONG, o que ela entendia fazer parte de sua atividade de voluntária.

Marc

Marc tinha por volta de sessenta anos, era casado, com dois filhos, e trabalhava no acolhimento social havia aproximadamente cinco anos, desde sua aposentadoria: “Eu decidi não ficar completamente inútil, porque eu ainda não estou senil [risos]. Eu conversei com a coordenadora, e desde então venho duas vezes por semana, salvo quando me canso de Paris e vou para o interior”.

Ele nasceu no norte da França e pertencia a uma família de camponeses. Era católico e, do ponto de vista político-partidário, intitulava-se de direita. Trabalhou durante sua vida profissional na Caixa de Alocações Familiares (Caisse d'Allocations Familiales), ou seja, serviço de prestação de ajuda governamental às famílias em situação de vulnerabilidade econômica e social.

Ele ocupava-se do acolhimento, como Thèrese, onde informava os usuários sobre seus direitos, de forma sistemática. No caso de alguns recusarem ajuda, ele retrucava: “Azar o seu, se você não quer seus direitos”. Ao mesmo tempo, ele lhes ensinava estratégias: com quem falar para conseguir uma audiência, de que maneira obter mais facilmente o que desejava: “Não conte que fui eu que lhe falou”.

Marc estabelecia bom contato com os usuários. Mais difícil, segundo ele, era a violência: “Já aconteceu de precisarmos chamar a polícia, mas normalmente eles vão embora antes”. Suas atividades de voluntário eram restritas ao centro, e ele não acompanhava nenhuma relacionada com a vida associativa. Ele manifestava desejo de reduzir suas atividades no centro: “Precisamos mudar de tempos em tempos”.

Esses retratos apresentam traços que podem ser encontrados em outros voluntários. A construção desses retratos se apoia em extremos, e esses exemplos foram escolhidos em função de uma nítida distinção entre eles relativa às diversas maneiras como diferentes indivíduos podiam exercer o voluntariado no centro.

Os exemplos igualmente mostram, por outro lado, que a decisão de se orientar para o voluntariado está relacionada à aposentadoria. No entanto, isso não explica seu engajamento na exclusão social. Parece que as atividades exercidas durante a vida ativa influenciam essa decisão, mas também a experiência e a capacidade pessoal em lidar com situações de vulnerabilidade extrema são determinantes. Isso é explícito no caso de Thérèse, pois foi o que a levou a uma clara conversão do trabalho terapêutico em trabalho social: “Eu sempre tive interesse de trabalhar com o social. Era também a assistência à saúde, mas, sobretudo, o social. Eu tive a sorte de encontrar o que me interessa”.

As rupturas, doenças e perdas não são negligenciáveis, e podem explicar esses engajamentos. No entanto, questionar diretamente os voluntários sobre sua

motivação se revela, em geral, embaraçoso³. Uma voluntária do acolhimento chamou minha atenção sobre o assunto, talvez para me prevenir: “Todos aqueles que me entrevistaram me perguntam sobre minhas motivações. Eu não gosto de falar de motivações”⁴.

A origem social dos voluntários é também variável determinante para estabelecer o tipo de engajamento no trabalho. Participar das atividades de maneira intensa implica dispensar dinheiro para deslocamento na cidade, alimentação, por exemplo. Assim, se certos voluntários possuem meios de vir de outras cidades, outros têm recursos mais limitados.

Certamente, as características dos membros do centro variam segundo os voluntários do acolhimento e os da assistência terapêutica. Mesmo que todos sejam voluntários, eles são reconhecidos diferentemente, segundo suas atribuições no centro. Assim, aqueles que realizam as atividades relacionadas com sua profissão são designados de acordo com ela. Então, a referência é “médico”, “enfermeira”, “assistente social”, enquanto os que exercem suas atividades sem referência a uma profissão específica são designados simplesmente como “voluntários”. Essa divisão corresponde também a uma distinção estabelecida pela competência específica, e, nesse ponto de vista, os profissionais de saúde são valorizados. No entanto, isso não significa que uma competência seja mais legítima do que outra, nem que os voluntários sociais não exerçam ação terapêutica, nem que os profissionais de saúde não se ocupem do social.

Todavia, não há relação hierárquica entre a equipe de assistência e o social. Ao que tudo indica, a posição de voluntário e, sobretudo, de aposentado, que lhes é comum, elimina qualquer hierarquia entre eles. Uma voluntária, certa vez, repreendeu um médico, pois ele prescreveu analgésicos a um paciente, sem recebê-lo na consulta: “Sim, mas ele estava com dor”, defendeu-se o médico. Uma voluntária do acolhimento social, aposentada, referiu-me: “Os médicos aqui não têm poder. São aposentados e nem podem fazer receitas”⁵. Mesmo assim, era difícil observar conflitos abertos entre os voluntários. O ambiente era amistoso.

Dos 21 profissionais de saúde voluntários que acompanhei de perto, 12 foram para o centro após a aposentadoria e 11 ainda estavam na vida profissional ativa. De forma geral, todos eram bem-sucedidos profissionalmente e não estabeleciam relações com os pacientes fora do centro, contrariamente aos voluntários do

3 As rupturas biográficas, como luto, divórcio, viuvez, em relação ao engajamento voluntário nas organizações humanitárias, também foram analisadas por Dauvin e Siméant (2002).

4 De fato, a maioria dos trabalhos sobre voluntariado na França que questiona a questão da motivação é conhecida pelos voluntários.

5 Na França, após a aposentadoria, os médicos perdem o direito de exercer a medicina profissionalmente e, dessa forma, prescrever receitas. Nesse sentido, o exercício humanitário é uma forma de permanecer atuante na prática médica,

acolhimento. Seu trabalho concentrava-se nos consultórios médicos ou na sala de enfermagem.

Medicina Humanitária: disponibilidade ou disposição?

Como bem refere Dauvin e Siméant (2002, p. 74):

A variável profissional é central na análise da entrada no humanitário: isto implica em mobilizar esquemas explicativos distintos, segundo os indivíduos e suas profissões: o que analisamos na trajetória de um médico humanitário? O que o fez tornar-se médico ou o que o fez entrar no humanitário?

Tanto no caso dos voluntários do acolhimento como no caso dos médicos e enfermeiros do centro, é difícil isolar certas variáveis, dada a diversidade de indivíduos e trajetórias profissionais. No entanto, o tempo de trabalho humanitário parece ser uma variável mais discriminante do que as outras. Assim, os voluntários com longa trajetória no humanitário eram mais propensos a estar fortemente engajados em relação àqueles que ali estavam havia menos de cinco anos. Contudo, tendo em vista que a maior parte dos mais antigos (e que estavam no centro desde sua abertura) estava aposentada, cabe questionar se se trata de questão geracional. Portanto, é essencial analisar a trajetória deles.

Parece que os mais antigos foram particularmente sensibilizados pelo impacto do nascimento dos French Doctors, como eram conhecidos os primeiros médicos humanitários, e mais tarde pela abertura do centro Parmentier. Bernard, médico aposentado, por exemplo, participou ativamente da elaboração dos estatutos do nascimento da Medicina Humanitária:

Eu conheci inicialmente Médecins sans Frontières porque eu participei da elaboração de seu estatuto de criação. Eu estava pronto para partir em uma missão naquela época, mas nunca fui. E depois me interessei pelos Médecins du Monde antes mesmo de minha aposentadoria, pois eu conheci o centro Parmentier e sempre tive vontade de trabalhar no humanitário. Eu admiro os colegas que ainda trabalham e que têm tempo de consagrar um meio turno aqui (Bernard, informação verbal).

Bernard, à época da pesquisa, contava com 72 anos e durante sua vida ativa profissional foi médico oftalmologista. Após a sua aposentadoria dedicava três turnos da semana ao trabalho no centro. Era sempre prestativo e amável com colegas e usuários frequentadores do centro.

Louis, também médico aposentado, tinha 79 anos e era médico anestesista na sua vida ativa. Trabalhava no centro desde sua abertura durante três turnos semanais, e lamenta que seu engajamento só tenha sido possível após sua aposentadoria.

Eu confundia um pouco Médecins du Monde e Médecins sans Frontières. Eu acompanhei, é claro, o início das ONGs médicas francesas na época de Biafra, onde se começou a falar pela primeira vez nos French Doctors. Mas como eu tinha uma grande carga de trabalho no hospital e ambulatório, eu precisei esperar pela aposentadoria para dar um pouco de tempo (Louis, informação verbal).

Mas, se é verdade que a disponibilidade de tempo é fator importante para o engajamento no voluntariado, cabe interrogar por que ela é importante no humanitário. Ao observar a trajetória desses profissionais, há sempre referência a engajamento em causas sociais ou militância política. Uma enfermeira voluntária de 80 anos, trabalhando no centro havia 20 anos, por exemplo, participou ativamente da Resistência durante a guerra, e um médico voluntário, com o mesmo tempo de voluntariado, participou ativamente da mobilização histórica do inverno de 1954, em favor dos excluídos. Essa inclinação é revelada por muitos, desde a opção pela medicina, como explica Marie: “Eu sempre tive uma convicção na minha profissão: tratar daqueles que têm menos, me dirigir aos mais pobres, aos mais desfavorecidos. Eu acredito que isso sempre foi um ideal. Eu o concretizei indo à África, eu conheci um pouco o que era a pobreza”.

Marie é médica, tem 52 anos, é casada, tem dois filhos, e permanece em atividade profissional em um consultório particular e no hospital. Está no humanitário há 12 anos. Participou de uma missão humanitária na África e, desde que retornou à França, retomou suas atividades como alergologista. Ela representa os médicos que não se sentem à vontade com a dimensão terapêutica estrita da profissão e que almejam trabalhar em causas sociais.

Quando eu voltei da África, eu me instalei como alergologista, mas me faltava alguma coisa. É claro que, no consultório, também tem um trabalho a fazer, mesmo se, do ponto de vista financeiro, não há problemas, há sempre pessoas sofrendo. Quando as pessoas estão doentes, são todas iguais. Mas são pessoas que têm acesso à saúde. Para mim, era importante tratá-las, é evidente, mas eles sempre encontrarão alguém para isso, enquanto aqui, se não houver médicos voluntários, essas pessoas estarão sem assistência, e isso não é certo (Marie, informação verbal).

Foi assim que Marie procurou o centro Parmentier para satisfazer esse desejo de ajudar os outros. Ela trabalhava ali uma tarde por semana. Para Marie, a prática

do voluntariado em uma organização de medicina humanitária é um meio de confrontar a exclusão dos serviços de assistência que atingem as pessoas em situação de precariedade: “Eu farei tudo para ajudá-los”, disse ela. Em sua prática cotidiana no centro, ela se ocupava pessoalmente de necessidades outras que as terapêuticas de seus pacientes, procurando roupas, tíquetes de metrô, informando-lhes seus direitos, por exemplo. Ela tinha bom contato com os pacientes, e muitos voltavam ao centro para vê-la.

Nesse sentido, Herzlich (1993) já observou que, muitas vezes, uma dimensão religiosa na motivação dos médicos pela escolha profissional é substituída por uma dimensão humanista. Por outro lado, esses exemplos lembram o conceito weberiano de vocação, ou seja, vocação é a expressão de valores e de paixões que animam o indivíduo. A motivação profissional, para Weber (1964), busca explicar uma ação manifesta, indo além da simples compreensão do sentido visado. É nesse sentido que o autor analisa a escolha profissional como resultado de condições materiais que tornam possível a autonomia financeira, aliadas a um engajamento que dá “sentido à vida”. A propósito da atividade política, por exemplo, o autor refere: “Pode-se fazer política de uma maneira ‘ocasional’, mas, igualmente, pode-se fazer da atividade política uma profissão secundária ou a profissão principal, tanto como a atividade econômica” (Weber, 1964, p. 134).

Marie, apesar de sua especialidade de alergologista, exercia no voluntariado a atividade de generalista. A medicina generalista é valorizada no centro, pois é considerada a prática mais adequada para esses pacientes, que vivem problemas físicos e sociais. A medicina geral é considerada “medicina de proximidade”, pois dá conta da totalidade dos problemas dos pacientes, e forma de estabelecer melhor relação médico-paciente. Nesse sentido, os estudos de Baszanger (2002) sobre como essa construção se dá no universo conceitual dos jovens médicos que praticam a medicina generalista mostra como eles constroem a noção de “médico total do homem total”, buscando relacionar a técnica às intervenções educativas, enfatizando a relação médico-paciente.

Louis também refere: “Antes da minha aposentadoria eu era anestesista reanimador, mas eu também tive a oportunidade de fazer medicina generalista, então aqui eu me converti em médico generalista”. A “conversão” a que refere Louis é corrente entre esses médicos que percebem, na medicina generalista, uma prática médica mais humanista, e se sentem reconhecidos nela.

Isso é significativo, tendo em vista que, no meio médico hospitalar, a medicina generalista passa por crescente desvalorização. Vários estudos tratam desse assunto. A perspectiva de Muel-Dreyfus (1984), em um artigo clássico, atribui a falta de legitimidade do médico generalista atualmente às diferentes representações de intimidade e do acesso ao privado, que hoje já não são almejadas por ele. Por outro

lado, Jaisson (2002) mostra que a valorização da medicina especializada atualmente se deve à hierarquização dos problemas de saúde, o que leva os pacientes a procurar os médicos generalistas somente para “males de pouca importância”.

De fato, no centro, os especialistas eram mais próximos de uma implicação “pragmática do trabalho”. Para eles, o voluntariado estava em relação direta com sua profissão, de maneira que se tratava de pôr seus conhecimentos a serviço de um centro médico-social. Assim, os voluntários que se adequavam a essa lógica privilegiavam o fato de colocar seu *savoir-faire* no centro. A inserção de Fernand como psicoterapeuta ilustra esse aspecto. Fernand tinha 48 anos, era psicanalista, casado, tinha um filho e estava em plena vida ativa. Realizou estudos sobre a escola freudiana e, paralelamente, graduou-se em Filosofia. Antes de trabalhar no centro, estava engajado como voluntário em uma associação para criar um centro para adolescentes suicidas. Ele trabalhava no centro havia três anos durante um turno por semana, pois soube que precisavam de um psicólogo para acompanhamento dos pacientes.

Eu sempre trabalhei com o sofrimento. Eu trabalhei muito com a psicose e depois com tudo o que tinha a ver com o suicídio, isto é, eu sempre me questioneei sobre o sofrimento psicológico. Quando eu encontrei essas pessoas na exclusão, a relação para mim é o sofrimento, o que me interessa é como isso se produz. Essas pessoas têm diferentes histórias de rupturas, que vão levar a uma degradação física, psíquica. Eles não têm mais nada, estão em um impasse total. O que me interessa é lhes fazer falar, e eu tenho experiência com isso (Fernand, informação verbal).

Dessa maneira, os voluntários, fazendo parte dessa lógica, apreciam o privilégio que representam os aspectos pragmáticos de seu *métier*, e o trabalho no centro é uma possibilidade de ampliar seu horizonte profissional. Fernand, por exemplo, enfatizava a completude que ele encontrava com a proximidade das pessoas em sofrimento: “Eu continuo trabalhando com o sofrimento das pessoas. Você vê, é uma vocação, certa maneira de ser psiquiatra, é um engajamento. Eu sou totalmente engajado nesse trabalho”.

A mesma disposição podia ser remarcada em outros psiquiatras do centro, como Claudine, que trabalhava com crianças que passaram por maus-tratos, e Jean-Paul, com torturados políticos. Ambos concordam que o trabalho com a população do centro é extensão de seu trabalho externo, e que seus conhecimentos, adquiridos ao longo de sua trajetória profissional, são aplicáveis à população do centro. Claudine, por exemplo, explica a dificuldade de obter dados da história de um paciente da Costa do Marfim, que fugiu de seu país em razão de conflitos políticos: “Não dá para insistir. É preciso esperar que ele adquira confiança. As crianças que sofreram agressão são

também assim. Elas não querem falar, pois isso as faz reviver a agressão. Quando ele tiver confiança, ele falará”. Assim, para esses médicos, o sofrimento é compreendido na verossimilhança das histórias traumáticas, rupturas, solidão.

Ampliar conhecimentos sobre outras realidades é também motivação enfatizada pelos médicos como mais próxima da implicação pragmática. O exercício da medicina humanitária, para Claire, médica ginecologista – mesmo que ela fale da importância do altruísmo –, e a possibilidade de conhecer outras realidades foram o que mais a motivou para o humanitário. O fato de possuir consultório médico a impediu de partir em longas missões em países distantes, e a alternativa encontrada por Claire foi participar de missões de curta duração na África e, mais tarde, no centro Parmentier.

Eu me inscrevi no Médecins du Monde e Médecins sans Frontières ao mesmo tempo. Médecins sans Frontières me propôs uma missão no Sri Lanka, mas eu já tinha meu consultório e não poderia me ausentar seis meses, e eu queria conhecer esse humanitário na França. Eu tinha vontade de fazer outra coisa, e quando se vem aqui é uma troca, é uma descoberta. Eu tenho certeza que me aporta o tanto que eu apporto (Claire, informação verbal).

Claire, 53 anos, era casada, tinha dois filhos e trabalhava uma tarde por semana no centro havia cinco anos. Ela enfatiza a diferença entre seus pacientes do consultório e os do centro, o que para ela era enriquecedor do ponto de vista profissional:

A população do centro é diferente, e as patologias também. Aqui, as patologias são mais sérias, sobretudo em ginecologia. O que você encontra aqui em uma tarde eu não vejo em uma semana no meu consultório. Aqui as patologias frequentes são os fibromas, principalmente nas mulheres africanas. É uma questão étnica. As francesas que atendo no consultório sofrem principalmente de “cancerofobia” (Claire, informação verbal).

Dessa maneira, o trabalho é valorizado, no sentido de uma distinção, pela possibilidade de encontrar verdadeiras patologias, contrastando com aquelas de pacientes de clínica privada, que Claire classificava como psicossomáticas.

O trabalho com o humanitário é também realçado pela realidade de trocas culturais. Claire continua: “Para mim, o trabalho na África e no centro Parmentier é uma troca. Na África, eu conheci uma cultura diferente, que me aporta a possibilidade de compreender alguns aspectos das crenças das mulheres africanas que eu vejo aqui”.

De fato, como pesquisadora, observei que não é negligenciável a curiosidade profissional em relação ao Outro. A chegada de pacientes imigrantes fazia com que os médicos se deparassem com patologias singulares, assimiladas como “exotismo médico”. Uma vez, por exemplo, todos os médicos foram convidados por um colega para ir à sala de enfermagem ver uma paciente africana que havia contraído filariose⁶.

Todos referem como motivação para o trabalho no centro a sociabilidade que o ambiente oferece – motivação já apontada por outros autores, conforme referido anteriormente nesse trabalho. Segundo Claire: “A equipe é simpática e há muitos médicos aposentados que nos transmitem sua experiência. É enriquecedor”. De fato, as pausas para o café na farmácia eram momentos de troca de experiências, de informações sobre os pacientes, assim como de descontração após uma longa jornada, e onde eu também era recebida por todos. Todos se interessavam por minha pesquisa e se mostravam prontos a colaborar, o que, sem dúvida, propiciou momentos ricos de trocas.

Enfim, todos os voluntários encontravam, a sua maneira, formas de satisfação no centro. O trabalho é socialmente reconhecido, em função das representações a respeito do humanitário. Fernand referiu: “Eu posso dizer que sou feliz aqui”.

Assim, é possível encontrar diferentes discursos sobre a inclinação para o voluntariado nessa atividade. Uma lógica privilegia o “dom de si” e a evocação de princípios humanistas. Esses voluntários desejavam exercer a atividade, levando em conta a situação de precariedade dos usuários. Eles ocupavam-se pessoalmente de seus problemas, valorizavam a escuta e o estabelecimento de uma relação de confiança com os pacientes. Essa relação lhes permitia conhecer os usuários, suas trajetórias e dificuldades. A outra lógica privilegia as possibilidades de trocas e sociabilidades proporcionadas. Em relação à interação com os pacientes, foi possível observar as duas lógicas em conjunto. Assim, havia aqueles que privilegiavam a escuta, o acolhimento do paciente que se encontrava em situação de exclusão social, conforme mencionado, e outros se centravam na clínica geral, valorizando as etapas de anamnese, exame físico, terapêuticas menos tecnológicas e que eles consideravam mais apropriadas para essa população.

Enfim, a implicação no trabalho era a maneira como o profissional se identificava com sua prática, percebia e gerenciava seus investimentos. Isso englobava noção de responsabilidade, satisfação e participação.

É tempo de analisar, agora, as representações que eram recusadas pelo conjunto dos voluntários.

6 Doença parasitária muito frequente em países tropicais, sobretudo na África.

A negação do aspecto religioso

Como bem refere Pouchelle (1995), a razão pela qual os cuidados médicos tornaram-se pagos desde o século XVIII era o desejo de se diferenciarem do religioso. Entretanto, o trabalho humanitário, mesmo se hoje há a tendência crescente à profissionalização e à remuneração, é embasado no voluntariado. O voluntariado é, por definição, trabalho sem remuneração e desinteressado. Dessa maneira, é incontornável nos interrogarmos sobre a relação desses voluntários com a religião.

Para os voluntários do centro, mesmo que servir e praticar assistência gratuita a pessoas vulneráveis possa estar próximo da caridade, seu discurso tenta, de todas as formas, distanciar-se da religião. Ao que tudo indica, a relação direta e visível com a religião, mesmo que a maioria se declarasse católica praticante, desvalorizava o sentido de sua prática. A palavra “caridade” e todo o léxico religioso que lhe é associado eram percebidos como depreciativos. Qualquer alusão à religião era motivo de mal-estar, e sistematicamente rejeitada por esses voluntários, a tal ponto que, conforme me relataram, uma religiosa que lá trabalhou não revelou essa identidade.

No que se refere aos cuidados terapêuticos, tratava-se da afirmação de uma competência técnica e científica. Segue-se um exemplo ilustrativo disso. Muitos moradores de rua apresentavam ferimentos nos pés, por muito caminhar. A primeira medida, nesse caso, era lavar os pés deles. Assim, a cena de uma enfermeira ou estagiário lavando pés dos moradores de rua era recorrente na sala de enfermagem, o que conferia a ela cheiro característico.

Arborio (1995) e Crochet (1992) já observaram que as tarefas de limpeza estão intimamente associadas à hierarquia que existe na profissão de enfermeira. Os autores observaram que o contato permanente com as excreções corporais, com o que é considerado impuro, “polui igualmente o *status* social”. Dessa forma, esse tipo de cuidado esteve sempre associado à ideologia da caridade cristã e da benevolência. Isso ilustra a desvalorização da profissão e é a razão pela qual os voluntários procuravam evitar essa associação. A referência de Nicole, enfermeira, para justificar essa prática é sua necessidade terapêutica: “Não se trata de lava-pés dos santos”. No mesmo sentido, Hélène, médica, rejeita a ideia de caridade: “É uma troca, não é simplesmente doação”.

Certamente, as trocas e a busca de satisfação individual que dominam as associações humanitárias já foram objeto de outros estudos (Lipovetski, 1992; Boltanski, 1993). A noção que define o “*don*” como troca é familiar aos antropólogos desde os estudos de Mauss (1993) e consolidada nos trabalhos de Douglas (1999) e Godbout (2000), por exemplo. Todavia, é importante ressaltar a insistência dos voluntários em enfatizar esse aspecto. Para eles, antes que “doar” o voluntariado

implica “trocar”. Essa noção de troca surge igualmente no caráter incontestável do voluntariado, que é o “tempo doado” ao outro: “As pessoas me perguntam por que não uso meu tempo comigo mesmo. Mas eu respondo que meu trabalho retorna tudo o que eu dou”, refere Claire.

Da mesma forma, a noção de “tempo doado” pode ser convertida em “tempo ocupado”, como era o caso dos voluntários aposentados⁷. De fato, no princípio de meu trabalho de campo, um médico aposentado me justificou sua escolha de trabalhar no centro aos risos: “Tenho tempo”.

Assim, os voluntários procuram se diferenciar dos agentes religiosos, afirmando a possibilidade de trocas e a execução de tarefas marcadas pela técnica, enquanto a simples benevolência é relativa à culpabilidade cristã. Consequentemente, incorpora-se uma racionalidade que legitima a ação do voluntário. Todavia, o trabalho no centro permitia-lhes exercer suas atividades dentro de uma prática humanista em relação aos desfavorecidos.

A negação do aspecto político

Os voluntários das ONGs que participam de missões em países distantes e os discursos dessas ONGs reivindicam o direito de testemunhar e defender as populações assistidas. Já os voluntários do centro apresentavam clara manifestação de hostilidade à “publicidade demagógica” das organizações humanitárias, veiculada pela mídia. Tratava-se de um dos elementos de conflito com a administração geral da ONG. Dauvin e Siméant (2002) já haviam observado que o engajamento no campo dos atores do humanitário é frequentemente distinto do engajamento da organização à qual eles pertencem:

Os membros das ONGs humanitárias não falam sempre humanitariamente das coisas humanitárias, nem conhecem ou partilham sistematicamente o discurso de suas organizações. Suas ações no campo se relacionam às decepções pessoais e a razões não intencionais e não se aproximam ao que mostram às campanhas publicitárias (Dauvin; Siméant, 2002, p. 377).

De fato, as relações entre voluntários e equipe administrativa da missão não são sem conflitos. Assim, remarca-se uma lógica associativa e uma lógica dos voluntários no campo. Em resumo, enquanto a equipe administrativa da organização pensava em termos de eficácia e do impacto da missão no plano social, impacto que

⁷ Guillemand (1972) busca explicar as condutas e os comportamentos dos aposentados em relação à vida profissional precedente. Assim, aqueles que mantêm vida social ativa são os que tiveram vida profissional privilegiada, enquanto, para os outros, a aposentadoria significa a morte social.

se refletiria no nível das doações, os voluntários levavam em conta a natureza dos contatos que eles nutriam com os usuários.

Os voluntários do centro não participavam de manifestações contra a exclusão, nem de militância em outras associações. Suas atividades eram limitadas ao centro. Os voluntários do centro não orientavam suas atividades em um registro de luta contra a exclusão ou pela causa dos *sans papier*, por exemplo. Seu trabalho com a exclusão era considerado, sobretudo, trabalho de orientação sobre seus direitos e assistência médica em situações agudas. Nesse sentido, pode-se falar de uma negação da “militância”.

A pesquisa revelou que a maioria dos voluntários tinha tendência político-partidária de direita, mas isso não era relacionado com sua atividade no centro. Para eles, importante era o trabalho *in loco* e a noção de “ineficácia do político”.

Considerações finais: um *métier* de reparação

A referência ao voluntariado, modo de ocupar o próprio tempo e o tempo de outro, era frequente. Também é incontestável que o engajamento dos voluntários no centro estava relacionado a uma prolongação das atividades profissionais após a aposentadoria. Da mesma forma, o trabalho no centro favorecia a sociabilidade entre as pessoas.

A relação pessoal com os usuários, sobretudo os moradores de rua *habitués*, correspondia a uma relação ideal para esses últimos, pois lhes permitia resgatar uma identidade mais valorizadora. Para os voluntários, isso dava dimensão maior a seu trabalho, o que justificava suportar todas as dificuldades quotidianas. Essa interação tornava a atividade mais enriquecedora e conferia dimensão humanista a ela. A anedota seguinte dá a dimensão do trabalho do voluntário.

Khaled é um jovem algeriano, clandestino, que vive na França sozinho. Ele vinha semanalmente ao centro para falar com uma voluntária, para contar seu processo de regularização no país. Um dia ele lhe fez a seguinte pergunta:

Khaled – Se eu deixar de vir durante algum tempo, o que você vai pensar?

Voluntária: – Não vou pensar nada, vou pensar que você tinha outras coisas a fazer.

Khaled: – Não, não, se eu não vier, você tem que se preocupar, você é a única pessoa que eu conheço e com quem eu converso. Eu só conto com você.

Assim, o papel dos voluntários podia ir muito além do incontestável papel de assistência e de informação: seu trabalho consistia em preencher um vazio, um trabalho quotidiano e invisível de reparação física e moral.

Observei como a implicação no trabalho do centro era diversificada. Se os engajamentos se apresentavam imprecisos, isso não correspondia a um concurso de circunstâncias inexplicáveis. Cada um tinha sua própria convicção. Trata-se de uma combinação de variáveis que vai dar a realidade desse trabalho: um *métier* ambíguo que se define pelo gerenciamento da moral e da técnica. Os indivíduos eram portadores de um capital cultural singular e encontravam lugar nesse espaço. No caso dos aposentados, eram indivíduos que ainda tinham capacidade física e intelectual, no entanto, esse capital não era mais manejável no mercado de trabalho. De outro lado, havia sempre a possibilidade de realizar as atividades que não puderam ser feitas durante a vida profissional. Uma legitimidade aceitável, uma vez que a profissional não é mais.

No que diz respeito aos profissionais que ainda estavam em atividade, eram pessoas que podiam valorizar o aperfeiçoamento da competência profissional, de modo a obter mais satisfação profissional. Da mesma maneira, o centro representava a oportunidade de se distanciarem de ambientes profissionais rígidos (consultórios, hospitais) para exercer suas atividades, sempre conservando as competências profissionais adquiridas neles.

Da mesma forma, trabalhar em Médecins du Monde trazia reconhecimento social. Ao mesmo tempo, para os profissionais de saúde, esse trabalho representava a possibilidade de exercer sua atividade, levando-se em conta o sofrimento do outro e conservando sua identidade profissional, que atualmente é reconhecida por seu processo de “desumanização”. Enfim, ao que tudo indica, o engajamento voluntário corresponde à reconversão de um capital social que, graças às características do centro, encontrava lugar para se inscrever⁸.

Os voluntários entendiam sua prática com os excluídos como centrada na “orientação” sobre os direitos, negando qualquer aproximação com a militância política. Igualmente, a benevolência e a natureza das relações que se estabelecem entre eles e os usuários é reivindicada como troca, e é negada qualquer relação com a caridade. Ao que tudo indica, a negação dos aspectos religioso e político seria uma maneira de extinguir as ambiguidades do *métier*. Resta saber se, para esses voluntários, essas negações seriam uma maneira de reificar suas competências.

Certamente, esses discursos sobre as negações sugerem muitas reflexões. Os próprios representantes das organizações humanitárias são os primeiros a formular críticas sobre essa questão. Entretanto, eu gostaria aqui de retomar a discussão de Bourdieu sobre “campo de competências”. O autor evoca os campos de competências propostos por Max Weber para mostrar que, atualmente, os limites de definição do que é religioso são imprecisos. Por essa razão, as lutas pelo monopólio da cura do

8 A noção é tomada de Bourdieu (1979), segundo a qual o capital social é o conjunto de relações que podem ser mobilizadas pelos indivíduos ou grupos, no âmbito de sua trajetória profissional e social.

corpo e da alma estão em processo de transformação. A dicotomia da alma e do corpo é, assim, também reconstruída, de forma que, se antes o corpo era do domínio dos médicos e a alma, dos clérigos, hoje esses limites não são mais nítidos. A citação seguinte permite ilustrar tal propósito:

Assim, onde havia um campo religioso distinto, agora temos um campo religioso conhecido somente biograficamente, uma vez que numerosos médicos tornaram-se psicanalistas, sociólogos, trabalhadores sociais, etc. e exercem novas formas de cura das almas com um estatuto laico e sob uma forma laicizada (Bourdieu, 1987, p. 120).

Partilho essa análise e interpreto as associações humanitárias como parte desses novos campos de competência, destinados a socorrer populações vulneráveis. Desse modo, constata-se que há muitas formas de fazer política e religião.

Busquei nesse trabalho estabelecer lógicas de motivação e de engajamento dos voluntários desse centro humanitário. Essas lógicas, como já apontado, não visam aprisionar os indivíduos em classificações irreversíveis, mas sobretudo ilustrar os traços mais significativos, de forma que, a partir de uma realidade complexa, possam emergir categorias de análise.

O que observamos é que, de fato, existiam várias possibilidades de relações entre voluntários e usuários. A despeito de conflitos sempre presentes, havia lugar para relações pessoais e até mesmo afetivas. E, igualmente, a possibilidade desses voluntários experienciar uma utilidade social, o que confere a esse espaço um papel original e importante.

Concluindo, é importante reconhecer que a dificuldade dos voluntários em realizar um trabalho de integração social desses usuários relativiza o papel proposto pelo centro humanitário. Todavia, as inúmeras possibilidades de relação (pessoal, afetiva, profissional), e a utilidade social ali experienciada pelos voluntários permitem dimensionar a importância e originalidade do papel desempenhado pelo centro. Além disso, as margens de indeterminação que contribuem para o apaziguamento das hierarquias profissionais permitem redefinir competências profissionais para o estabelecimento de práticas que ultrapassam os limites entre cuidado/técnica, físico/moral. Observamos assim como o capital social e profissional desses voluntários encontra seu lugar nos limites fluidos do trabalho no centro.

Referências

ARBORIO, Anne-Marie. Quand le 'sale-boulot' font le métier: les aides-soignants dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*, v. 13, n. 3, 1995, p. 93-124.

- BASZANGER, Isabelle. Médecine générale: le temps des redéfinitions. In: BASZANGER, Isabelle; BUNGNER, Martine; PAILLET, Anne. **Quelle médecine voulons-nous?** Paris : La Dispute, 2002. p. 19-34.
- BRAUMAN, Rony. **L'action humanitaire**. Paris: Flammarion, 1999.
- BOLTANSKI, Luc. **La souffrance à distance**. Morale humanitaire, médias et politique. Paris: Métailié, 1993.
- BOURDIEU, Pierre. La dissolution du religieux. In: **Choses dites**. Paris: Minuit, 1987. p.117-123.
- CROCHET, Soizick. Rituels d'hygiène. La savonnette, le perroquet et la sécurité sociale. **Ethnologie Française**, n. 22, 1992, p. 19-25.
- DAUVIN, Pascal; SIMEANT, Johanna. **Le Travail Humanitaire: les acteurs des ONG, du siège au terrain**. Paris: Presses de Science Politique, 2002.
- DOUGLAS, Mary. **Comment pensent les institutions** Paris: La Découverte/MAUSS, 1999.
- FERRAND-BECHMAN, Dan. **Bénévolat et Solidarité**. Paris: Syros-Alternatives, 1992.
- FERREIRA, Jaqueline. A consulta médica como drama social. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2011, p. 215-224. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_215-224.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2014.
- _____. **Soigner les Mal-Soignés**. Ethnologie d'un centre de soins gratuits. Paris: L'Harmattan, 2004.
- GODBOUT, Jacques. **Le don, la dette et l'identité**. Homo donateur versus homo conomicus. Paris: La Découverte/MAUSS, 2000.
- GUILLEMAND, Anne-Marie. **La retraite: une mort sociale**. Sociologie des conduites en situation de retraite. Paris: Le Mouton-Le Haye, 1972.
- HERZLICH, Claudine. **Cinquante ans d'exercice de la médecine en France**. Carrières et Pratiques des médecins français. Paris: Doin, 1993.
- JAISSON, Marie. L'honneur perdu du généraliste. **Actes de La Recherche en Sciences Sociales**, v. 143, 2002, p. 31-35.
- KOUCHNER, Bernard. **Charité Business**. Paris: Le Pré aux Clercs, 1986.
- _____. **L'Île de Lumière**. Paris: Ramsay, 1980.
- LIPOVETSKI, Gilles. **Le crépuscule du devoir**. L'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques. Paris: Gallimard, 1992
- MAUSS, Marcel. Essai sur le don. Forme et Raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: **Sociologie et Anthropologie**. Paris: PUF, 1993.
- MOLLAT, Michel. Naissance de l'acte humanitaire en direction des exclus du Moyen Âge, Idée Compulsionnelle et de rachat de l'Occident chrétien. **Ingérence**, Revue bisannuelle de MDM, n. 1, 1993, p. 35-40.
- MUEL-DREYFUS, Francine. Le Fantôme de la Médecine de Famille. **Actes de La Recherche en Sciences Sociales**, n. 54, 1984, p. 70-71.
- PAUGAM, Serge. L'essor des associations humanitaires. Une nouvelle forme de lien social? **Commentaire**, v. 17, n. 68, 1994, p. 905-912.
- POUCHELLE, Marie Christine. Transports hospitaliers, extravagances de l'âme. In: LAUTMAN, Françoise.; MAITRE, Jacques (eds). **Gestions religieuses de la santé**. Paris: L'Harmattan, 1995.

RAVON, Bertrand.; RAYMOND, Roland. Engagement bénévole et expérience de soi: l'exemple des Restos de Coeur. In: ION, Jacques; PERONI, Michel (coord.). **Engagement public et exposition de la personne**. Saint-Etienne: Ed. de l'Aube, 1997. p. 99-109.

RUFFIN, Jean-Christophe. Aux Racines de l'humanitaire. In: TSIKOUNAS, Michel. **Les ambiguïtés de l'humanitaire**. De Saint Vincent de Paul aux French doctors. Paris: Panoramiques, 1990. p. 25-27.

RUFFIN, Jean-Christophe. **Le Piège Humanitaire**. Paris: Hachette Pluriel, 1986.

SMITH, Adam. **Theorie des sentiments moraux**. Paris: Aujourd'hui, 1960.

WEBER, Max. **Le Savant et le Politique**. Paris: Plon, 1964.

Recebido em 24/08/2013

Aprovado em 14/04/2014