



Belo Horizonte
Abril/Maio 87
Ano 7
Nº 19

JORNAL DO PSICÓLOGO

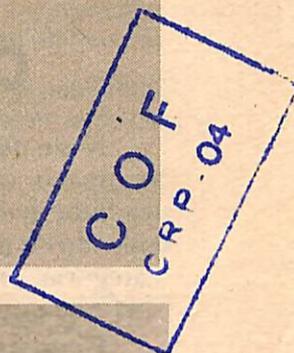


CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
4ª REGIÃO

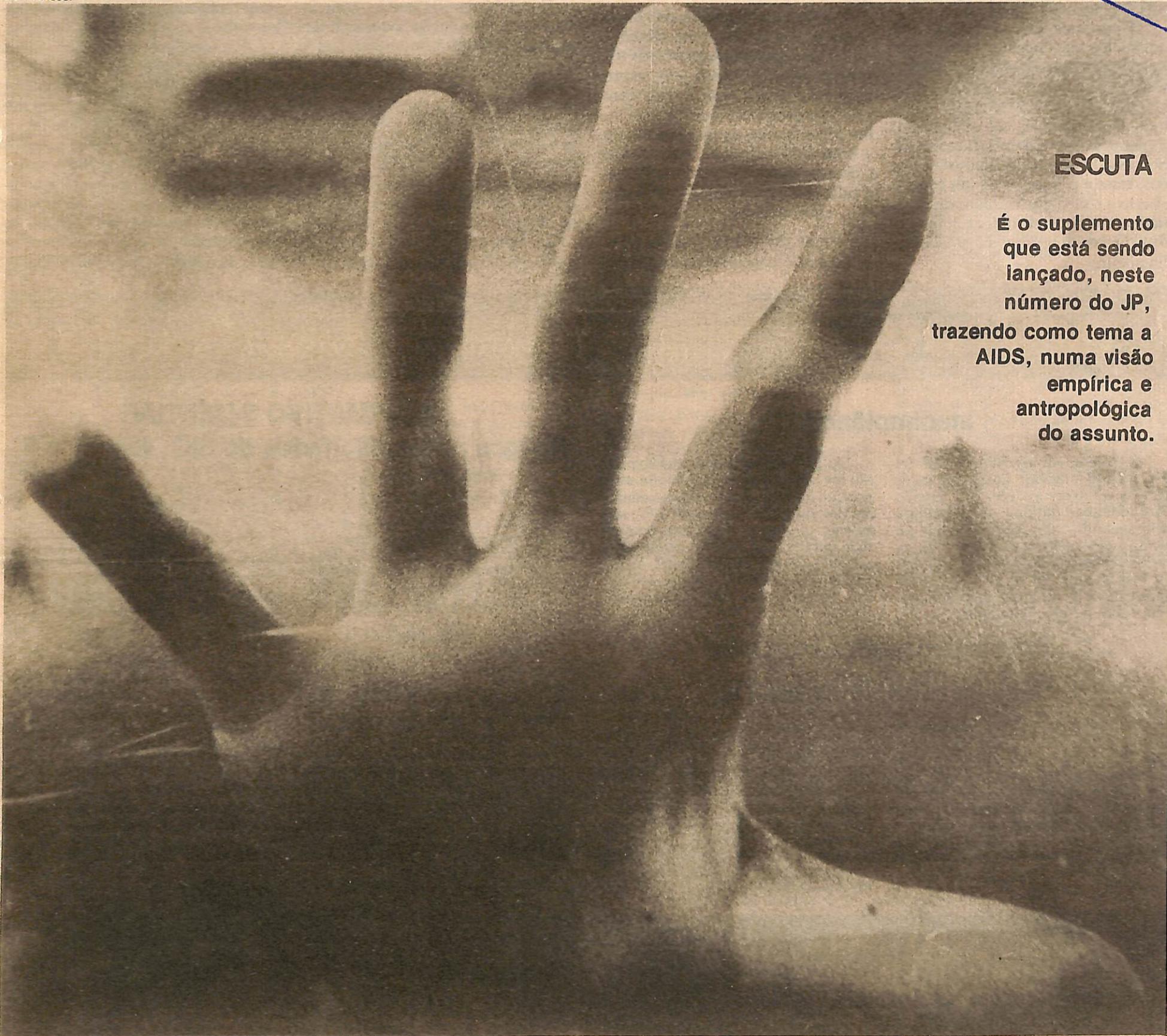


NESTE
NÚMERO

- Meio ambiente: entrevista com o Secretário Hiram Firmino. Pág. 3
- Criança x Tv em discussão. Pág. 05
- Saúde Mental: um direito da população. Pág. 08
- Nova coluna: o texto caiu na rede publica-se Pág. 04
- "Constituinte sem Povo não elege nada de novo"



Marcelo Kraisser



ESCUITA

É o suplemento que está sendo lançado, neste número do JP, trazendo como tema a AIDS, numa visão empírica e antropológica do assunto.



Em busca de maiores desafios

Neste número, o JP abre um novo espaço: o suplemento "Escuta". Na falta de uma revista para a veiculação de matérias de interesse da categoria, optamos pela abertura deste espaço no jornal.

Queremos que o enfoque do nosso "Escuta" possa colaborar para reflexão, consultas e que também venha servir para enriquecer e reciclar os conhecimentos dos profissionais. Nos números subseqüentes o suplemento abordará temas científicos, de literatura ou mesmo estudos, teses e pesquisas. É um espaço aberto a todos que buscam desafios maiores, como o de opinar como categoria participante da sociedade brasileira.

O primeiro tema abordado é a AIDS — Síndrome da Imunodeficiência Adquirida — o 5.º Plenário tem discutido sobre a forma de abordagem desta doença pelos psicólogos.

Muitas questões têm sido levantadas: A postura ética em relação a um paciente aidético; a cruzada moralista desencadeada por setores conservadores da sociedade; a apropriação escandalosa do "saber" sobre a doença por grupos específicos; a falta de informação segura sobre a doença; o descaso governamental; a falta de verbas e leitos nos hospitais, entre outras.

Neste momento, consideramos prematura uma tomada de posição

do CRP-04 à respeito do assunto. Estamos abrindo a discussão e esperamos a colaboração dos profissionais interessados para que, de maneira séria e fundamentada, possamos firmar alguns postulados de nossa categoria na frente do problema.

Acreditando que o psicólogo é um trabalhador da vida e/ou um profissional da saúde, abrimos espaços para a questão do meio ambiente. Entendemos tal questão como vital para a população, pois ao falarmos dela, estamos nos posicionando de maneira mais efetiva frente às condições de vida precárias à que estamos submetidos. Engajar na luta para a preservação do meio ambiente é defender a vida e ampliar nosso conceito de saúde. Iniciamos com a entrevista do secretário Municipal de Meio Ambiente de Belo Horizonte, Hiram Firmino, que aborda o meio ambiente na nossa capital e apresenta as necessidades de mudan-

ça de comportamento para com a preservação do nosso habitat.

No momento em que se escreve este Editorial, chega-se a marca de 30 dias de greve do funcionalismo público estadual. Conforme nota publicada no "Diário da Tarde" do dia 25.05.87, o CRP-04 apóia as reivindicações do funcionalismo, entendendo que o "gatilho", conforme originalmente previsto, é um artifício da política econômica para prevenir a perda salarial provocada pelos índices recordes de inflação.

Parece claro que as tentativas do Governo Federal em isentar os Estados de se subjugarem ao decreto que instituiu o "gatilho" são novas manobras visando desviar a pressão dos trabalhadores para o âmbito estadual. Entendemos que a corrosão salarial atinge a todos, indiscriminadamente, e a obrigação do reajuste não pode ser limitada às organizações privadas ou às impressoras de moeda do Governo Federal.



NOTAS

Inadimplência

Os psicólogos inscritos no CRP-04 com débito anterior ao exercício de 1987 deverão comparecer ao Conselho para alteração da guia, em função da defasagem do valor. Os psicólogos em atraso estão sujeitos à multa de 10% sobre o valor corrigido, e passados 15 dias ou fração superior à 15 dias, serão acrescidos 1% de juros de mora também sobre o valor corrigido.

As parcelas subseqüentes não poderão ser pagas enquanto o débito anterior não for quitado. Ao faltoso, conforme Resolução CRP-04, n.º002/87, será aplicada a pena de suspensão do exercício profissional, com a publicidade exigível, nos termos do art. 62, do Decreto n.º79.822, de 17 de junho de 1977, sem prejuízo de cobrança judicial própria.

CFP articula comemoração dos 25 anos da categoria

A regulamentação da profissão de psicólogo está completando 25 anos em 1987. Para evidenciar a data, o CFP está articulando uma programação à nível nacional, no sentido de ampliar o conhecimento da população à respeito da profissão e dos serviços prestados. A programação pretende ainda, fazer com que os profissionais reflitam sobre os problemas da Psicologia enquanto ciência e profissão.

A programação deverá ser discutida em reunião do Conselho Consultivo, depois de enviadas pelos Conselhos Regionais as sugestões de eventos e programações, a serem desenvolvidas nas regiões. Caso a programação seja aprovada, o CFP se articularia com outras entidades representativas da Psicologia como Sindicatos, Federações, Associações, Sociedades, no sentido de ampliar o significado dos eventos.

INFORMATIVO SCIENTIAE

Artigos mais solicitados do BIC, vols. 1 e 2

Administração & Recursos Humanos

EVANS, L. The effectiveness of safety belts in preventing fatalities. *Accident Analysis and Prevention*, 18 (3): 229-241, 1986. O artigo discute, através de métodos estatísticos, o uso do cinto de segurança como instrumento eficaz para se evitar a ocorrência de acidentes.

Filosofia

KIMMEL, S. Toward a sociology of men. *Journal of NAWDAC*, 42-42, 1986. Abre-se uma nova disciplina na Sociologia: o do estudo dos homens, co-irmã de "estudos sobre a mulher" — este último tão discutido com o advento do feminismo.

Psicanálise

JACOBS, T.J. On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34 (2): 289-307, 1986. Discute os aspectos mais sutis da contratransferência que podem ser facilmente desconsiderados na prática psicanalítica.

Psicologia

DEATON, A.V. & LANGMAN, M.I. The

contribution of psychologists to the treatment of plastic surgery patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17 (3): 179-184, 1986. São sugeridas algumas alternativas possíveis para psicólogos que trabalham (ou venham a trabalhar) com cirurgias plásticas, nas diversas fases pré e pós-cirurgia.

THAYER, S. History and strategies of research on social touch. *Journal of Nonverbal Behavior*, 10 (1): 12-27, 1986. Discute diferentes pesquisas sobre o "toque" social, apresentando, ainda, sugestões para outras pesquisas.

Psiquiatria

ROME, H.P. Psychiatry and the problem of human rights. *Psychiatric Annals*, 16 (7): 416-426, 1986. A Psiquiatria, mais do que qualquer outra disciplina da medicina, está envolvida com os valores sociais e, conseqüentemente, com considerações éticas a respeito de questões ambíguas tais como a competência, a responsabilidade e o perigo, que podem ser abordadas com preconceitos e tendências pessoais.

A assinatura do BIC pode ser feita através do endereço: Av. do Contorno, 4852 — Conj. 601 — 225-1679. 30.110 Belo Horizonte/MG.





Depois de viver por 18 anos numa chácara em Caxambu, Hiram Firmino mudou-se para Belo Horizonte. Incomodado pela falta de verde e pelo desprezo em que se encontrava o meio ambiente, o jornalista passou a se utilizar da máquina de escrever para defender o que para ele tinha muito valor: a natureza.

Seu trabalho na Secretaria Municipal do Meio Ambiente começou quando foi convidado por Irã Cardoso, então Secretário, para ser o Assessor de imprensa do órgão. Hoje, como Secretário, ele pensa em Belo Horizonte como uma cidade futurista, onde o desenvolvimento deve ser integrado à melhoria do meio ambiente.

Em seu projeto de conscientização da população com relação à importância do meio ambiente, ele acredita que a participação do psicólogo é muito importante. E nesta entrevista, ele mostra como a sociedade reage à natureza, através de comportamentos e atitudes que vão desde o desconhecimento do seu habitat à indiferença para o meio ambiente. A depredação é constante e com conseqüências desastrosas para a sobrevivência futura do ser humano.

JP — Qual o seu posicionamento sobre o número de devastamento em Minas?

HF — A estatística revela que 95% da antiga cobertura florestal de Minas não existe mais. E a política de reflorestamento está num verdadeiro caos. Os setores reflorestadores foram incentivados pelo próprio governo e não cumpriram a legislação que é de florestar e garantir uma percentagem da essência nativa. Hoje em dia até o cerrado está sendo cortado para virar carvão. O IBDF está tentando fazer uma reserva ecológica para manter o cerrado, porque estão destruindo tudo.

JP — No contexto municipal, o que tem sido mais difícil no trabalho que você tem desenvolvido como Secretário?

HF — O mais difícil está sendo passar para as pessoas o sentido de que ecologia não é só poesia. Ecologia é uma necessidade e precisa de investimento. Ecologia é muito decantada, mas pouco praticada. Parece que as pessoas estão fechadas em egoísmo, pois acham que o poder público tem que fazer tudo. Moradores tanto de bairros pobres quanto de bairros de classe média alta deixam a árvore que foi plantada em frente à sua casa morrer. Temos um programa de cooperação entre a Prefeitura e a comunidade no sentido de sensibilizá-la quanto à necessidade da população ajudar a preservar as áreas. E isto está sendo muito difícil.

JP — Belo Horizonte já foi Cida-

de Jardim. Ela pode voltar a ser o que era?

HF — Não tem mais jeito. Aqui não é roça grande mais. Agora temos que pensar em Belo Horizonte futurista, com planejamento arrojado. Se a cidade foi depredada e degradada com intensidade, ela tem que ser reurbanizada e re-humanizada com intensidade. Não há como plantar manacás em uma área como a Lagoinha, onde passam cerca de 100 mil pessoas entre metrô, viadutos e Arrudas. Tem que se fazer um projeto arrojado, onde as árvores devem competir inclusive em altura.

JP — Existe algum projeto neste sentido?

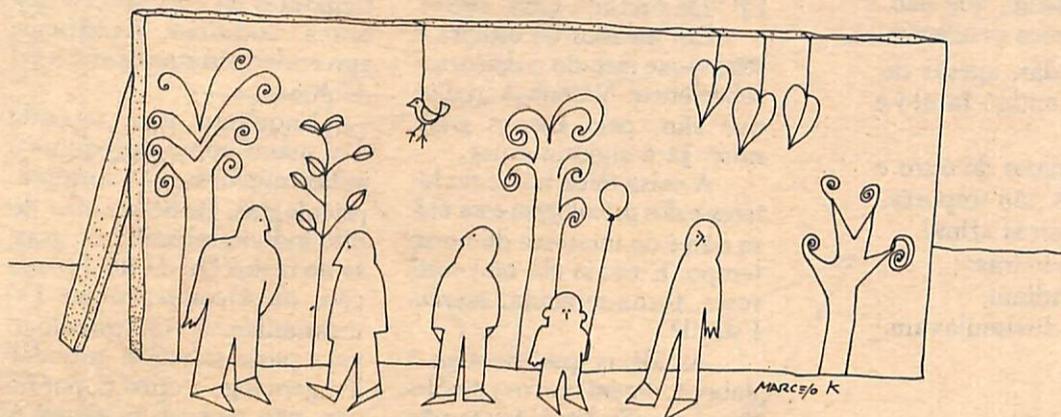
HF — O primeiro passo já está sendo dado. Já está acertado com o Presidente da SUDECAP, Domingos Daré, que nenhum projeto paisagístico vai passar sem o parecer da Secretaria. Isto nunca aconteceu em Belo Horizonte.

JP — Nos bairros de classe média alta têm mais parques e estes são mais bem tratados. Isto tem alguma relação com o comportamento dos moradores de outros bairros?

HF — Para os moradores de bairros mais pobres a prioridade é comida e transporte. Por mais que queiram, eles não têm consciência da necessidade de melhoria do meio ambiente. Eles não reivindicam, e não podem ser atendidos. Já a classe média e alta são mais conscientes, por isso reivindicam. Se eles solicitam mais, são mais atendidos. É uma relação de prioridade.

JP — Qual a previsão da Secreta-

Verde: A cor da natureza e da Psicologia



ria para o futuro de Belo Horizonte em termos de meio ambiente?

HF — Fazer um trabalho mais voltado para o real. O que a Secretaria pretende é fazer uma política de pessoal. Um servidor público que se aposentar-se poderia tomar conta de uma praça que fosse perto do bairro dele, já que não existe um responsável. Poderia ser até um prêmio para ele. O objetivo é integrar, é criar uma solução simples e óbvia, o que não acontece aqui. A política do meio ambiente é muito distante da realidade.

JP — Como você analisa a relação entre a saúde mental e a saúde ambiental?

HF — Ambas saúdes tratam do mesmo objeto que é o ser humano. Para exemplificar, o chefe do Posto de Saúde da cidade estava impressionado com o surgimento de doenças mentais. E o motivo era o reflorestamento. Os indivíduos moravam em suas próprias casinhas até as companhias reflorestadoras comprarem as terras deles. Hoje eles moram na cidade de Codisburgo, que já tem três favelas. Eles perderam a relação com a terra, e ficaram completamente desagregados, perdidos. O motivo do surgimento das doenças mentais lá é exclusivamente da modificação do meio ambiente deles.

JP — O meio ambiente influi no comportamento das pessoas?

HF — É uma relação direta porque vivemos no meio ambiente. Está provado que pessoas que vivem na região litôránea, onde a paisagem é infi-

nita, as pessoas têm cabeça mais aberta. E as pessoas que moram em lugares fechados, como nós, entre as montanhas, são mais fechadas. A própria geografia induz o comportamento humano.

JP — Você acredita na possibilidade das pessoas projetarem no meio ambiente suas insatisfações?

HF — Acho que nós, seres humanos, não somos deste planeta. Estamos aqui de visita, porque se o ser humano sair do planeta haverá equilíbrio ecológico. O ser humano está sofrendo o troco disto. A destruição do planeta é eminente. A luta dos conservacionistas é de preservar, de retardar esta destruição. Parece que é um carma do ser humano destruir tudo, sofrer e depois tentar reagir. Estamos entre a cruz e a espada, pois vemos as coisas sendo destruídas mas no fundo ainda temos esperança. A relação do ser humano com a natureza é fatal. Destroí o meio ambiente, destrói a natureza, e o homem fica cada vez mais perdido.

JP — Uma pessoa satisfeita consigo mesma teria uma relação diferente com o meio ambiente?

HF — Sim. Temos alguns exemplos disto. A Secretaria enfrentou duas áreas que ofereciam grandes dificuldades. O Barreiro e a área do Mineirão. No Barreiro, onde mora uma das populações mais pobres de Belo Horizonte e Contagem, tudo que plantávamos era destruído. E no Mineirão, as árvores eram quebradas sempre que havia jogo. A torcida do time perdedor destruía tudo. A relação é direta: A insatisfação da pessoa faz da natureza um desabafo.

JP — A Psicologia tem se interessado pela influência do meio ambiente no comportamento humano. Onde a Psicologia poderia se integrar?

HF — A relação do meio ambiente está muito ligada ao psicológico das pessoas, e com sua qualidade de vida. A Comissão de Educação Ambiental não tem psicólogos. E de acordo com o Secretário da Educação, Luiz Leal tem vários psicólogos com desvio de função lá. Talvez eles possam trabalhar na Secretaria Municipal do Meio Ambiente. O trabalho deles seria o de conscientização junto à população com relação à necessidade de melhoria do meio ambiente.

JP — Qual a importância da participação do psicólogo no meio ambiente?

HF — É muito importante. Antes de existirmos como indivíduo, somos um ser psicológico. E este ser reage com o meio ambiente. Antes de sermos um cidadão, somos um ser que sente e reage de acordo com o meio. Por que as pessoas gostam do verde? Porque é a cor que mais descansa e atrai a pessoa. O verde leva a pessoa ao recolhimento interior, à reflexão. Podemos observar que a pessoa do meio rural é mais pensativa. O que acontece com o homem urbano? Ele tem um concreto cinza. Então pára de refletir. A PRÓPRIA COR DA NATUREZA É A COR DA PSICOLOGIA.



Fábula Palaciana

Certo dia chegaram ao longínquo arraial três senhoras suspeitas. Dizia-se a meia voz e entredentes que já haviam trabalhado para um famoso empresário circense, parisiense. E que o mesmo as tinha dispensado depois que enriqueceu rapidamente. Dizia-se ainda pelos cantos e discretamente, que não eram nem um pouco sérias e muito menos prudentes. Suas vestes já estavam um pouco surradas, apesar de ainda se poder notar resquícios de seu antigo fausto e de seu brilho original. Algumas jóias quebradas, escassos adereços de ouro e prata, um trapo aqui, outro acolá, mas não importa, não faz mal, eram aristocratas estrangeiras afinal. E isso o confirmavam seus modos e maneiras: subentendiam gestos e palavras, confundiam, omitiam, escondiam-se, complicavam, dissimulavam, troçavam. Mas sempre seduziam. Faziam, enfim, todo tipo de elegante magia. Começavam a ser, pelo público, admiradas. E estranho, nunca amaram ninguém. Alguns empresários do arraial dedicaram-lhes então grandes recepções e festivas saudações. Foram estudadas, observadas, imitadas e tratadas servilmente. E, muito devagar, sutilmente, foram ficando célebres, respeitadas e solicitadas. Os seus truques, segredos e prestidigitações foram revelados para poucos felizes iniciados. Às demonstrações secretas seguiram-se incontáveis sessões circenses com muito júbilo e glória. Aplausos, vivas e clamores desde então acompanham essas senhoras. As quais, acreditem, transformaram-se em febricitante moda. Apesar de tudo isso, algumas poucas más línguas falam mal dessas senhoras. Certamente, movidas por essa inveja surda que reage a todo o sucesso alheio. Acusam-nas de aventureiras insensíveis, de reles maneiras. A serviço de empresários circenses inescrupulosos que só fazem ganhar dinheiro. Dizem que as apresentações estão cada vez mais onerosas e surpreendentemente rápidas. E que o grande público está muito frustrado, apesar de continuar por elas irresistivelmente fascinado. Estórias, inveja, invencionices maliciosas e tolas é o que existe. Afinal, o público não continua prestigiando as suas apresentações? Como refutar tão poderoso argumento? A propósito, parece que os nomes dessas senhoras, são, deixe-me ver, ah! sim; são: Metáfora, Metonímia e Elipse.

Gustavo Fernando J. de Souza
médico psiquiatra

Ética... é titica? (ou A Coisa)

“... voce verá que é mesmo assim/ que a estória não tem fim/ continua sempre/ que você responde sim/ A sua imaginação/ A arte de sorrir/ Cada vez que o mundo diz: não!” (“Brincar de Viver”, de Guilherme Arantes e Jon Lucien. LP “Despertar”, CBS, 1985).

Em meados de oitenta e seis, vi-me instado a discorrer sobre ética. Valeu? Acredito que sim, pelo menos para mim. Já é alguma coisa.

A coisa ética não é do interesse dos psicólogos; essa coisa não é do interesse do nosso tempo. E como ela não interessa, torna-se árida, etérea. Estéril?

As idéias que me vêm à cabeça, dizem que os psicólogos e suas instituições (e não nos defendamos dizendo que não só os psicólogos), se confundem no que deveria ser o mais transparente possível: — naquilo que chamam “código de ética”. Em especial os Conselhos, enquanto lugares instituídos com funções de zelar pelo ético e até julgar os desviantes. Motivos vários, em especial o lugar brasileiro onde se dá a coisa.

Ô Aurélio! Como é que é a coisa? “Ética — ramo do conhecimento que estuda a conduta humana, estabelecendo os conceitos do bem e do mal, numa determinada sociedade, em determinada época” (Cunha, Antônio Geraldo da/ Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa, 1982). Dicionário é ótimo, não?

Pois bem, se é código, o que deveria ser? Algo coletivo, um acordo? Se é código de ética dos psicólogos, a quem ele serve? De onde ele vem? Para onde ele vai? Pro lixo? É lixo? Prolixo?

Arrisco: — Se é código, só é legítimo se expressar acordo de pares. Poderá ser até legal, mas...

Para que acordo de pares? Para proteger a corporação? E proteger de que?

Código de ética cheira mal. Corporativismo é rançoso. Que perfume, heim!?

Os psicólogos — não dois

ou três, não quatro, cinco ou seis, não; o conjunto dos psicólogos nem sabe o que vem a ser código de ética. Provavelmente confundem o código da coisa com a coisa. Confundidos ficam porque não estão no código, não são pares participantes da corporação que busca codificar (coisificar, apreender, sistematizar?) a tal de ética.

Enquanto isso, a cada dia, assim como botequins e seitas religiosas, vão surgindo psicologias. Ressonâncias do dito individualismo que grassa no meio? Ou da má formação, da incompetência? Do messianismo? O psicólogo veio para salvar o mundo? Tragam logo a cruz! E, por favor, não tenham piedade! A quem peço a cruz dispensando a piedade? Aos que crucificarão, aos que na cruz ficarão, aos que apenas verão, de passagem, o que também não entendem?

Louco discurso ou discurso de louco? Vamos nos defender?

Rasgado: — o momento é de subversão (talvez melhor seja sobreversão). Basta deixar os olhos correrem sobre o anteprojeto do (mal-) dito “novo” código de ética para ver que a tentativa é de reformar. Na mesma forma.

O novo forja forma nova, o novo subverte; o novo, porém, ao ser codificado, começa a envelhecer, a envilecer.

Então, o novo não se prende? A barbárie vive no novo? O novo escorre quando se pergunta e se responde, e se pergunta e se responde e... O novo é o segundo que se vive e se deixa viver.

O nosso tempo promove a morte. E os psicólogos continuam presos a questões pequenas: “— eu posso isso? e aquilo, eu posso? Olha, eu não quero ter problemas, vê lá!” O psicólogo não sabe nem falar! Ah! O psicólogo é brasileiro? Deixemos de desculpas, vamos trabalhar. Preconceitos são bons para manter a ordem: — você até ri com eles. Enquanto o sorriso redesenha a sua cara, você perde o bonde da

história; bonde que, há muito, não o é. A história hoje já voa em guerra até as estrelas. Caso do acaso?

Alguém já reclama do texto: “— ô malformado, desinformado psicólogo, não jogue fora as palavras, vá estudar filosofia, sociologia, antropologia. Deixe de ser sapo ou jia, vá estudar pra falar de ética, idiota?” “Pô! o alguém perdeu mesmo a paciência, né?! Que falta de ética para com um colega! Vou processá-lo, vou escrever para o Conselho, vou...” Epa! Ô Leandro! Você não vai entrar nessa, vai?

O corporativismo é uma desgraça. Bobeou, ele pega, mata, come e... E fede.

O psicólogo é um cidadão, e como todo cidadão, deve responder por seus atos ao conjunto dos cidadãos, sem forum privilegiado. Reclamar das dificuldades que haveriam com o trâmite (êta palavrinha!) fora da corporação, apenas retrata a idéia de que existem castas merecedoras de tratamento diferencial em (in)definidos casos. Aqui, ô!

Aparentemente mais sério do que até agora fui: — não é com código disso ou daquilo, não é codificando coisas que seremos melhores. Não adianta três ou quatro, cinco ou seis sentarem à mesa para resolver por todos. A fórmula nova, eu não a tenho; a velha, a conheço e sei que não funciona. — emperra mais que a ignorância.

Ética é o que está no dicionário? É o que se ensina (?) nas escolas? É o quê, a tal de ética? É o que-eu-quero-e-não-posso-porque-você-não-gostae-não-quer? É isso-pode-aquilo-não?

Ética. Palavra ou compromisso? Letra ou compromisso? Moralismo do articulista? Impaciência do leitor?

Estamos perdidos, todos. Uns, fingindo que não, outros desconfiados; muitos, nem sabendo.

Havia uma ética no meio do caminho. No meio do caminho havia uma ética. Tropecei, boca no chão.

Drummond? Andrade? Boca no chão, terra na boca. Ah! o antropofagismo... A terra é ótima, Oswald de Andrade!

Leandro Vaz da Silva
Psicólogo

A Criança e a Televisão

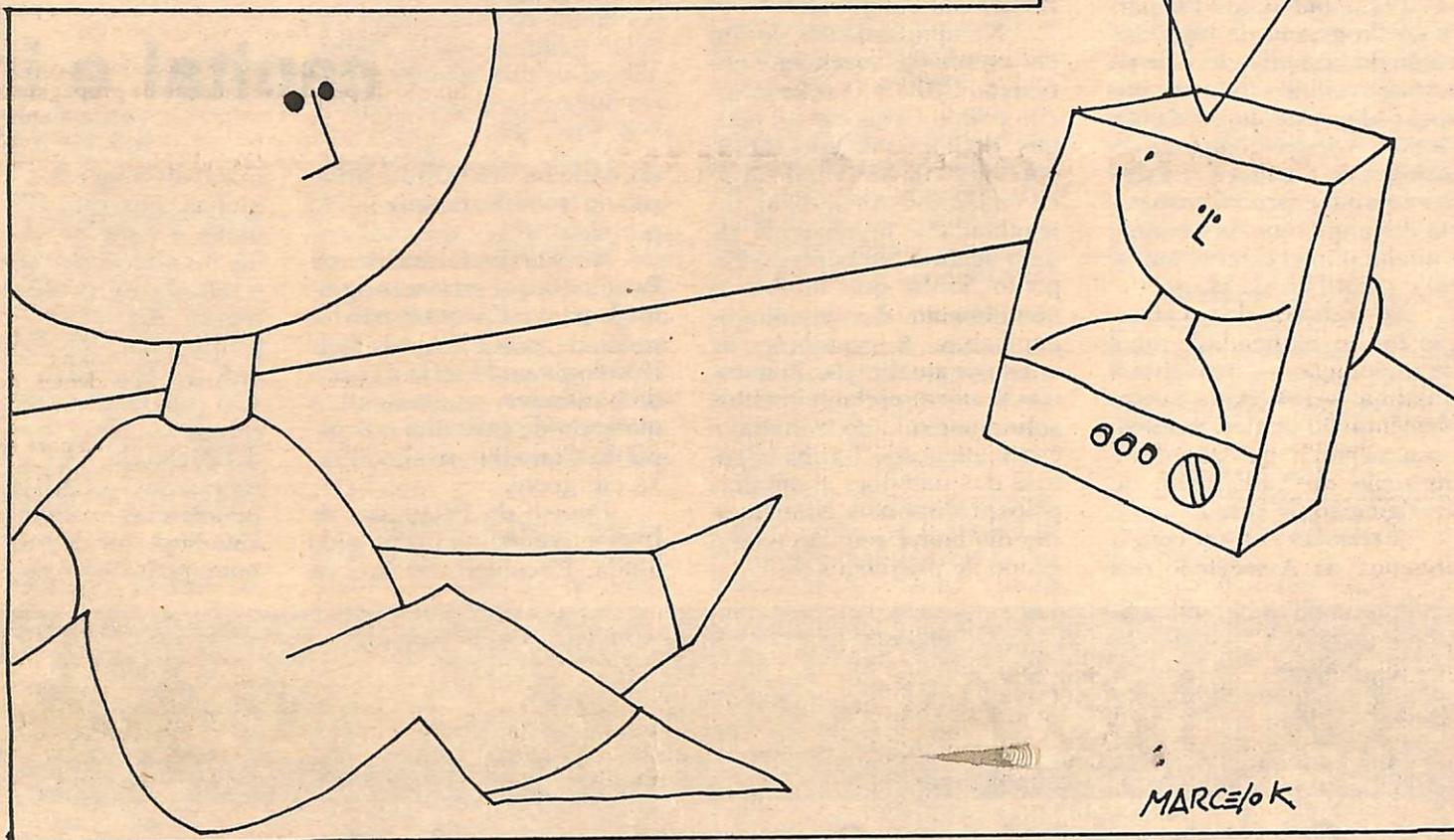
uma discussão crítica e polêmica

Existe muita discussão sobre o impacto dos meios de comunicação de massa e sua influência sobre a criança. A televisão, por ser o veículo que atinge o maior número de pessoas, e por representar um fascínio para as crianças, tem sido o veículo mais questionado. Levar a criança à crítica e à reflexão aparece como uma alternativa para amenizar ou diminuir a influência exercida pela televisão sobre o público infantil.

“A criança é a que mais se influencia pelas mensagens da mídia, principalmente por não ter o necessário discernimento para refletir a respeito do que lhe é transmitido”. Esta conclusão é do grupo de mídia composto por Ana Lúcia Fugulin, Eduardo F. Moura, Luís Roberto Grottera e Maria do Carmo Kosma, publicitários de São Paulo, segundo estudo apresentado no caderno de Comunicação Proal — TV e Criança.

Em debate coordenado pela Fundação João Pinheiro, que contou com a participação da psicóloga Mara Diniz, do escritor Bartolomeu C. Queiroz, da apresentadora de programas infantis, Dulce Mello Rosa, e da educadora Teresinha Araújo Veiga, Mara compartilha da mesma opinião, ressaltando que a televisão exerce fortes influências sobre a criança. “A TV é estímulo e controla a criança; não é a criança que controla a TV”. Esta postura foi consenso entre os debatedores, com exceção de Dulce que acredita numa influência positiva da televisão.

A programação assistida pelo público infantil é considerada de responsabilidade dos empresários de comunicação, pelo produto que oferecem, e dos pais, pelo consumo que permitem. Para Bartolomeu, “as empresas de comunicação, reproduzindo os valores de uma sociedade capitalista, têm interesse em criar consumidores ao invés de criadores”. Mas Dulce acredita ser de responsabilidade dos pais a orientação dos filhos com relação aos programas de TV.



“Cabe aos pais dosarem a quantidade de imagens que a criança pode ou não receber”. Entretanto, os pais sentem dificuldades em controlar o uso da televisão, pois ao mesmo tempo que representa um problema — preocupação com horários e conteúdo dos programas — significa também um auxílio. De acordo com Mara, muitas vezes “a criança fica entregue à TV enquanto a mãe realiza suas tarefas”.

A criança fica entretida durante horas diante do vídeo, mas seu interesse ao assistir o que lhe é transmitido é motivo de muito questionamento. Para uns, a criança assiste televisão por passividade, e para outros, pelo fascínio que representa. Enquanto Dulce afirma que “a criança recebe estímulos da televisão que aguçam a criatividade e a incitam a pensar”, Teresinha é de outra opinião. Para ela, “a criança sente necessidade de se sobressair sobre a TV”.

Outra crítica apontada pelos debatedores refere-se à padronização dos programas. “A TV e a li-

teratura não privilegiam diferenças, assim como o próprio sistema”, conclui Bartolomeu observando que as crianças se habituaram a assistir determinados programas, demonstrando dificuldades em gostar e assimilar outros. As séries educativas não são, segundo Dulce, do agrado das crianças. O fato delas aceitarem ou não esta programação pode ocorrer por já terem se acostumado com o produto oferecido pelas empresas de comunicação, que em grande parte se utilizam de desenhos animados cujos personagens são violentos e/ou heróis, ou ainda, por estarem ligados à educação, e conseqüentemente, à escola. Segundo Teresinha, “A escola atemoriza a criança, e isto a afasta”.

De acordo com Mara, a televisão deve ser objeto de análise e interpretação dentro das próprias escolas, da mesma forma que acontece com textos. Para ela, “a criança deve ser levada à reflexão pelos pais e educadores, e não meramente receber impressões”. O apelo à crítica é feito por Bartolomeu, pois para ele, “o processo crí-

tico enriquece a relação entre a televisão e a criança”. Ele afirma ainda que “todos os assuntos podem ser tratados com a criança, dependendo da linguagem”.

A opinião de que a crítica é necessária para a criança foi unânime entre os debatedores, diante do conteúdo das programações infantis. Segundo Mara, “os desenhos animados exibidos para as crianças não se restringem apenas ao entretenimento, pois transmitem valores de forma sistemática. Além disso, as crianças têm acesso a programas dirigidos aos adultos, cujas abordagens são inadequadas ao público infantil.

Diante da dificuldade de modificar a programação dos veículos de comunicação, e da impossibilidade de interferir na educação que os pais oferecem às crianças com relação a horários e programas, a alternativa apresentada para que o público infantil não seja dominado pela televisão, é levá-lo à crítica e à reflexão. “A crítica é a salvação do imaginário”, conclui Teresinha.



O Conselho Regional de Psicologia — 4.^a Região, promoveu através da CÔF — Comissão de Orientação e Fiscalização, um encontro com profissionais do Espírito Santo, no dia 4 de abril, em Vitória.

O Encontro, que faz parte do Programa de Interiorização do Conselho, teve como principais objetivos a organização dos psicólogos da 4.^a Região; o desenvolvimento do processo de orientação e fiscalização; integração da categoria das capitais e do interior, e ainda, o intercâmbio cultural e científico da classe.

No trabalho de fiscalização foram realizadas visitas de orientação — inclusive à Colatina —, solicitada a complementação de documentos, comunicada a necessidade de inscrição do CRP, além de averiguação de denúncias.

A reunião contou com a presença da Associação dos

Psicólogos do Espírito Santo, e com apenas 20 profissionais, dentre os 272 convidados. Os presentes não chegaram a atingir 10% dos profissionais da região, o que representou desinteresse por parte dos psicólogos em discutir problemas relativos à categoria.

Na oportunidade, foram encaminhadas sugestões e críticas ao CRP-04. A comunicação com o Conselho foi uma das deficiências apontadas, em função da não atualização de endereços. Além disso, foi levantada a necessidade de uma agência bancária no Espírito Santo que facilite o atendimento dos psicólogos capixabas. A promoção de cursos de atualização, bem como maiores esclarecimentos sobre mercado de trabalho e especialização, foram algumas das sugestões apontadas pelos profissionais. Nesse mesmo dia houve reunião com o grupo de psicólogos do Esta-

do, onde foi discutida a situação do trabalho desenvolvido por eles.

A visita dos formandos de Psicologia que estava programada para o Encontro não foi realizada, pois a Faculdade de Psicologia onde seria discutido o exercício profissional, o mercado de trabalho e o papel do Conselho, se encontrava em greve.

Dentro do Programa de Interiorização foi promovido ainda, Encontro em Juiz de

Fora, abrangendo cidades vizinhas, nos dias 08 e 09 de maio. A sexta-feira foi destinada aos alunos de Psicologia, e o sábado aos profissionais da região. Apesar de apenas 15 profissionais terem comparecido ao Encontro, dentre os 439 convidados, os resultados foram bastante positivos. A definição da implantação do escritório do CRP-04 nas dependências do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, com jurisdição na Zona da

Mata, foi muito significativo para o Conselho, e será de grande valia para os profissionais da região. Os detalhes sobre o local e a forma de atuação, e os responsáveis pelo escritório serão divulgados no próximo número do Jornal do Psicólogo.

Nos dias 29 e 30 de maio aconteceu em Alfenas mais um Encontro, que dá prosseguimento ao Programa de Interiorização do CRP-04.

Programa de Interiorização assiste profissionais da capital e interior



NOTAS



AGENDA

Contratos de aluguel

O Conselho Regional de Psicologia — 6.^a Região (São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul), enviou ao presidente da República, Ministro do Planejamento, Ministro da Fazenda e Ministro do Trabalho, ofício referente à necessidade de uma medida ou pronunciamento oficial que coíba os abusos decorrentes das renovações de contratos.

O objetivo é chamar atenção às dificuldades encontradas pelos psicólogos na renovação de aluguéis comerciais, principalmente por terem congelado seus honorários até fevereiro deste ano, de acordo com determinações do Plano Cruzado.

Neste sentido, o CRP-06 espera contar com o apoio e participação dos psicólogos através de telegramas ao presidente da República, com o intuito de assegurar à categoria melhores condições de trabalho.

Psicólogo Empresarial

A clínica APICE está contratando temporariamente psicólogo empresarial com experiência em Seleção. A clínica fica em Acesita, e o profissional deve ter disponível dois ou três dias da semana. Os contatos poderão ser feitos com Veralice S. Reis Ribeiro pelo tel. 848.4594.

Documentos

Os psicólogos, principalmente de São Paulo e Rio Grande do Sul, têm enviado à Comissão de Educação do CRP-04, vários trabalhos seus publicados e de discussão sobre a Constituinte e que estão à disposição dos psicólogos no Conselho. Alguns documentos são: O psicólogo e a Constituinte; O papel do psicólogo na nova Constituição; Movimento Gaúcho da Constituinte; Mecanismo de participação popular; Educação e Constituinte e Constituinte sem povo não cria nada de novo.

Demissão

Bárbara Gonçalves Simões se demitiu do cargo de Conselheira Efetiva do 5.^o Plenário do Conselho Regional de Psicologia — 4.^a Região. Para substituí-la, foi nomeada Maria de Fátima Pio Cassemiro.

Novas vagas

A cada dia que passa os psicólogos ocupam novos espaços. O exemplo mais recente é a criação de 26 vagas para o cargo de 1.^o Tenente do Quadro de Oficiais de Saúde oferecidos pela Polícia Militar de Minas Gerais. Considerado de grande valia para a Corporação, no sentido de proporcionar o ajustamento do Policial-Militar, o papel desempenhado pelo psicólogo está sendo cada vez mais difundido e reconhecido.

Peças de arte

O Conselho Regional de Psicologia — 4.^a Região comunica que os trabalhos apresentados pelos psicólogos vão ser julgados no dia 16 de junho. Os quadros, peças e artesanatos que chegaram até o Conselho, após a seleção dos mesmos por uma comissão, servirão para decorar o interior de sua sede. Logo após o resultado, o Conselho entrará em contato com os artistas psicólogos.

Falecimento

A psicóloga Sônia Maria Orrico faleceu recentemente na Bahia. Seus trabalhos desenvolvidos na área de Psicologia Educacional foram de grande valia para os profissionais que atuam na área.

Sônia promoveu encontros e desenvolveu trabalhos sobre Psicologia Educacional, visando a reflexão da categoria e suas condições de trabalho, no sentido de se organizarem cada vez mais. Foi responsável ainda, pela criação da Comissão de Psicologia Educacional do CRP-04, e por trabalhos desenvolvidos juntamente com o Sindicato.

Esboçamos, desta forma, um pequeno agradecimento à profissional que, através de suas contribuições à categoria, nos trouxe grandes vitórias.

COMISSÃO DE PSICOLOGIA EDUCACIONAL

XXI Congresso Interamericano de Psicologia

O XXI Congresso Interamericano de Psicologia será realizado no período de 29 de junho a 03 de julho, no Palácio das Convenções da cidade de La Habana, Cuba. O evento está sendo promovido pela Sociedade Interamericana de Psicologia (SIP) e pelo Ministério da Saúde Pública de Cuba.

O objetivo do Congresso é oferecer uma visão integral do estado atual da Psicologia Contemporânea. Diversos temas deverão ser discutidos através de seminários e mesas redondas. Neste sentido, deverão participar mais de 30 especialistas de 20 países do continente americano e da Europa, o que propiciará maior intercâmbio de informações entre os psicólogos.

A organização da programação cultural do evento está a cargo da ARGOS — Viagens Culturais — R. Dona Mariana, 28/602 — Botafogo, Rio de Janeiro — Tel: 226-9839. Os psicólogos interessados em participar do Congresso poderão se inscrever através de qualquer agência de turismo.



Em Minas, Psicólogos da Saúde pública realizam Encontro

O 1.º Encontro dos Psicólogos da Saúde Pública de Minas Gerais acontecerá nos dias 05 e 06 de junho, no auditório da Faculdade de Medicina — Av. Alfredo Balena, s/n.º — Belo Horizonte.

Promovido pelo CRP-04 e PSIND-MG, o Encontro tem como objetivo discutir a prática profissional e as relações de trabalho, tendo em vista a contratação de psicólogos para o Sistema Operacional de Saúde Pública de Minas Gerais.

Vários temas serão debatidos com profissionais da área: A identidade PSI — Experiência de Intervenção em Enfermagem Psiquiátrica em Hospital Geral; a Questão da Organização; a Visão da Administração; Psicologia Comunitária; Práticas Grupais e Institucionais; A Psicanálise, e A proposta da Escola de Saúde Pública.

As inscrições podem ser feitas no CRP-04 — Fone (031) 226.5817 e PSIND-MG,

fone (031) 337.2718. A taxa é de Cz\$50,00, para profissionais sindicalizados e Cz\$80,00 para os demais.

Colega psicólogo

Através da Seleção Pública para a área de Saúde realizada no ano passado, um número significativo de psicólogos fizeram seu ingresso nos serviços de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Somando-se aos já existentes no IPSEMG, no INAMPS, na FHEMIG, nas prefeituras de Belo Horizonte e do interior, e na própria SES, aumentamos o nosso contingente, a nossa participação e as nossas responsabilidades enquanto categoria perante a população usuária destes serviços.

Chamados para prestarmos assistência em Saúde Mental, o aumento de nossa presença na Rede Pública não se dá sem contradicções: Con-

tratados por 6 horas de trabalho quando outras categorias o são por 4 horas; atuando por diversas vezes com desvio de função (IPSEMG); desrespeitados na ausência de estruturas físicas necessárias ao exercício de nossas funções; pressionados por posições corporativistas de outras categorias; pressionados por volume de produção incompatíveis com trabalho de qualidade, carregamos ainda, necessidades específicas como a questão da inexistência de espaços de formação, supervisão e programas consistentes em Saúde Mental.

A ausência de tradição na ocupação destes espaços e a nossa desorganização enquanto categoria, somente potencializam estes problemas tornando-os mais graves.

Fruto destas preocupações, o Conselho Regional de Psicologia e o Sindicato dos Psicólogos de Minas Gerais promovem o I Encontro dos Psicólogos da Saúde Pública

de Minas Gerais. Para este fórum de discussões teóricas, técnicas e organizativas, convidamos a todos os psicólogos das diversas instituições prestadoras de serviços de Saúde Pública a participarem.

Ressaltamos que a organização do evento privilegia o espaço dos pequenos grupos que possibilitem a troca das experiências, a discussão técnica e política acerca do nosso fazer, e ainda, a elaboração das propostas reivindicativas e organizativas dos psicólogos do setor.

Conclamando a participação, principalmente dos colegas que trabalham nas cidades do interior do Estado, aguardamos sua solicitação de inscrição.

Cordialmente,
CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA — 4.ª Região
SINDICATO DOS PSICÓLOGOS DE MINAS GERAIS

Catálogo brasileiro de ocupações

O Conselho Federal de Psicologia há mais de um ano elaborou um trabalho muito importante sobre as atividades dos psicólogos brasileiros. É um documento resultante de estudos do grupo de psicólogos que foi enviado ao Ministério do Trabalho para integrar o "Catálogo Brasileiro de Ocupações".

As ocupações dos psicólogos constam neste documento da seguinte maneira: 1.94.10 — Psicólogo (uma visão geral); 1.94.15 — Psicólogo do Trabalho; 1.94.90 — Outros psicólogos (psicólogo Social; do Esporte; Penal e do Ansio) e ainda, 1.36.80 — Professor de Psicologia (ensino superior) e 1.41.40 — Professor de Psicologia (ensino de 1.º grau).

A Comissão de Educação de CRP-04 aconselha a todos os psicólogos que procurem conhecer o "Catálogo Brasileiro de Ocupações", principalmente o que se relaciona com o Psicólogo Educacional, para que possam refletir, discutir e divulgá-lo, e assim contribuir para a organização e garantia dos trabalhadores no espaço educacional.

Psicólogo Educacional

Introdução:

Atua no âmbito da educação, nas instituições educacionais formais ou informais. Colabora para a compreensão e para a mudança do comportamento

de educadores e educandos, no processo de ensino-aprendizagem, nas relações interpessoais e nos processos intrapessoais que se dão no âmbito da educação, referindo-se sempre às dimensões política, econômica, social e cultural. Para tanto, considera as instituições educacionais como parte determinada e determinante de uma realidade social mais ampla. Participa também na elaboração de planos e políticas referentes ao Sistema Educacional, visando promover a qualidade, a valorização e a democratização do ensino.

Descrição da ocupação (detalhamento das atribuições)

1 — Colabora com a apropriação, por parte dos educadores, de conhecimentos da Psicologia que lhes sejam úteis na consecução crítica e reflexiva de seus papéis.

2 — Desenvolve trabalhos com edu-

cadores e alunos, visando à explicitação e à superação de entraves institucionais ao funcionamento produtivo das equipes e ao crescimento individual de seus integrantes.

3 — Desenvolve, com os participantes do trabalho escolar (pais, alunos, diretores, professores, técnicos, pessoal administrativo) atividades visando a identificar e resolver problemas psicossociais que possam bloquear, na escola, o desenvolvimento de potencialidades, a auto-realização e o exercício da cidadania consciente.

4 — Elabora e executa procedimentos destinados ao conhecimento da relação professor-aluno, em situações escolares específicas, visando a implementar metodologia de ensino que favoreça a aprendizagem e o desenvolvimento.

5 — Planeja, executa ou participa de pesquisas visando a conhecer as características psicossociais da clientela,

relevantes para o ensino, bem como suas condições de desenvolvimento e aprendizagem, com a finalidade de fundamentar a atuação crítica do psicólogo, dos professores e dos usuários e de criar programas educacionais completos, alternativos, ou complementares.

6 — Participa do trabalho das equipes de planejamento instrucional, currículo e políticas educacionais, concentrando sua ação naqueles aspectos que digam respeito aos processos de desenvolvimento humano, da aprendizagem e das relações interpessoais, bem como participa da constante avaliação dos planos, e práticas educacionais implementados.

7 — Desenvolve programas de orientação profissional, visando ao pleno aproveitamento e desenvolvimento humano, fundamentados no conhecimento psicológico e numa visão crítica do trabalho, das relações e do mercado de trabalho.

8 — Diagnostica as necessidades dos alunos atípicos dentro do sistema educacional e encaminha, aos serviços de atendimento da comunidade, membros da instituição escolar que requeiram diagnóstico e tratamento de problemas psicológicos específicos, cuja natureza transcenda a possibilidade de solução na escola.

**Este espaço está
reservado para você
Anuncie no Jornal do Psicólogo**



Profissionais da Saúde Mental buscam novos espaços para atender população

A oferta de serviços da saúde mental começou, recentemente, a ser questionada e tratada como uma necessidade da população. Antes, esta área de saúde não era considerada um direito do povo, sendo relegada à segundo plano. Taxada de supérflua, a saúde mental não atingia as camadas mais pobres da população que, por terem a maior parte de seus direitos de cidadania negados, como habitação, alimentação, transporte, educação, trabalho, saúde e outros, são as que mais necessitam de atendimento. Isto significou uma elitização no tratamento, ou seja, só eram assistidos aqueles que tinham condições de pagar.

Com o objetivo de democratizar o atendimento da saúde mental, e entendê-la como direito de cidadania, alguns profissionais têm se articulado com o intuito de melhorar o atendimento à comunidade, através de um espaço marcado pela discussão e debate.

Os ambulatórios e clínicas sociais têm sido uma alternativa da praxis no campo da saúde mental. Segundo Francisco José dos Reis Goyatá, coordenador do Ambulatório de Adultos e Crianças da FCH-FUMEC até abril 87, o trabalho dos ambulatórios e clínicas se vinculava à tentativa dos profissionais da área de se organizarem para fazer frente à assistência psiquiátrica como estava até então. Ele acrescen-

ta, ainda, que as instituições empregadoras, vinculadas ao INAMPS, não atendem à demanda dos profissionais, porque estes não são empregados efetivamente.

A denúncia das condições de atendimento em saúde mental em Minas, e as alternativas para enfrentar o modelo hospitalar privatista e medicalizado do Estado foram feitas no 3º. e 4º. Seminários dos Ambulatórios e Clínicas Sociais de Psiquiatria — Psicoterapia de Belo Horizonte, em abril e junho de 86, respectivamente. A estratégia apresentada foi a de desenvolver um trabalho aberto à comunidade, caracterizada pela prática da teoria, e discussão dos resultados obtidos.

E é com esta perspectiva que se desenvolve o Programa da Saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte, coordenado pela CISME — Comissão Interinstitucional composta pela FHEMIG, Centro Metropolitano de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, INAMPS e Secretaria de Estado de Saúde. De acordo com Dr. Wellerson Durães Alkmim, supervisor de psiquiatria da FHEMIG, a política do Programa é a descentralização do atendimento, razão pela qual os 33 ambulatórios do Estado, Prefeitura e INAMPS, estão regionalizados, ou seja, situados em áreas de até 200.000 habitantes.

Os ambulatórios do Galba Ve-

loso e Raul Soares, por contarem com mais técnicos e profissionais, atendem à demanda de outros ambulatórios que não têm como atender alguns pacientes. “Não são regionalizados como os demais, pois o nível de complexi-

dade é maior”, ressalta Alkmim.

Além de ambulatórios do Programa da Saúde Mental, existem ainda outras experiências. No ambulatório da FUMEC, por exemplo, o atendimento aos pacientes é feito por alunos sob a supervisão de professores e de psicólogos contratados pela Escola. Ao todo são 14 profissionais que assistem os alunos: 8 supervisores de psicoterapia de adultos, 4 de crianças, e 2 pessoas que coordenam o trabalho do grupo operativo. De acordo com Goyatá, o objetivo é atender à demanda do ensino universitário, na formação de psicólogo. “A Escola se ressentia de uma prática da teoria”.

Os alunos que desenvolvem esse tipo de atividade se comprometem a atender o cliente 1 vez por semana, dispor de 2 horas semanais para o estudo do caso, além de mais 2 horas de supervisão. O atendimento se destina à pessoas de baixa renda, que pagam 25 cruzados por sessão. “A partir daí, professores e alunos tentam criar uma reflexão teórica”, analisa Goyatá. Para ele, cada um tem sua singularidade e especificidade. “Eles cobrem um leque muito grande de atendimento, inclusive aos próprios profissionais que necessitam de uma psicoterapia”.

Entre estes ambulatórios e clínicas está a Sociedade Brasileira de Psicoterapia de Grupo que atende basicamente grupos de classe média, onde cada pessoa paga 500,00 cru-

zados por mês. “Se os profissionais ganham menos, eles trocam informações e fazem frente à situação econômica e de assistência do Brasil atualmente”, esclarece Goyatá. Há também a Clínica Social de Psicoterapia, nascida de um grupo de formação de psicanálise que atende famílias, casais e individualmente, com avaliação mais rigorosa.

Além desses espaços alternativos, existem na rede pública de saúde os ambulatórios ligados às AIS — Ações Integradas de Saúde, que, de acordo com Goyatá, estão interessadas em trocar idéias com quem desenvolve este tipo de trabalho. “O objetivo é ampliar a discussão em Belo Horizonte, pois na prática estas experiências são novas ainda”.

Para muitos psicólogos este tipo de atividade pode significar um auxílio, pois os pacientes de baixa renda poderão ser encaminhados e assistidos, já que precisam de tratamento e não podem pagar. Na FUMEC os profissionais podem entrar em contato com o setor de Aplicação do Centro de Extensão e Pesquisa da Escola, que encaminhará o paciente aos alunos.

A receptividade destas experiências tem sido considerada satisfatória. “O ambulatório da FUMEC, quatro anos de funcionamento, tem atendido uma média de 40 pessoas por mês, sendo que estes encaminham outros clientes”, exemplifica Goyatá. Da mesma opinião é Alkmim, considerando grande o número de pessoas que procuram atendimento.

Diversos setores têm sido favorecidos com o trabalho desenvolvido nos ambulatórios e clínicas sociais. Ao mesmo tempo, atendem à demanda de profissionais e de alunos interessados em aliar prática à teoria. Além disso, procura suprir a deficiência da área da saúde mental que não tem como assistir às pessoas de baixo poder aquisitivo.

IMPRESSO

NILVANA HELENA DA COSTA
R INDIANA
JARDIM AMERICA
30430 - BELO HORIZONTE

780/103
1432
- MG

PORTE PAGO
DR/MG
ISR-73-166/84



AIDS, doença estigmatizante Uma leitura antropológica do problema

lêda Martins de Pádua

Professora do Departamento de Sociologia e Antropologia da FAFICH/ UFMG

O surto epidêmico no qual se apresenta a AIDS no Brasil e no mundo surpreende a todos, cientistas e leigos, pela rapidez com que se alastra e pela sua letalidade. Sendo uma doença, a novidade é transformada em objeto de estudo pelas ciências biológicas e pela medicina, áreas de conhecimento que tradicionalmente a nossa sociedade identifica como pertinente. Ocorre que o problema encontra as ciências biológicas relativamente bem aparelhadas quanto ao instrumental teórico e técnico, o que lhes permite um certo controle da situação no que lhes diz respeito.

No entanto a doença coloca-se como questão a ser problematizada não só pelas ciências médicas e biológicas, mas pelas ciências humanas nas suas diversas áreas e, dentro destas, pelas diversas correntes de pensamento que compõem seu dinamismo. Dessa forma, diferentes dimensões do fenômeno serão levantadas e vários níveis de análise serão colocados em confronto de modo a possibilitar a geração de soluções que visem minimizar as consequências de um mal que já se imaginava banido da experiência da humanidade.

A construção das representações sociais da Aids

Tal como percebe o problema, a Aids coloca de saída uma questão para todos nós: trata-se, como foi mencionado no início, de uma doença nova, da qual nem os epidemiólogos podiam adivinhar a existência até o final da última década. É um fato que surge ao nível da natureza, mas que tem na causação social uma origem evidente. Ao se fazer realidade para o mundo humano, este tem, antes de mais nada, que iniciar um processo de construção do código de interpretação desta realidade. A questão imediata é estabelecer símbolos que, partilhados pelos membros da sociedade lhe permitam a comunicação a respeito da nova realidade, a fim de decifrá-la. Esse é um processo humano básico e, nesse particular, não constitui novidade. O fato novo está em que a construção do código da Aids pela sociedade abrangente está se dando paralelamente à codificação médica. O que é um acontecimento suficientemente significativo para que mereça a nossa atenção, pela possibilidade que esta situação contém.

As representações que a sociedade está produzindo sobre a Aids se apoiam, evidentemente, na sua experiência com outras doenças, particularmente com aquelas que significam ameaças semelhantes na forma e na intensidade. As construções medievais sobre epidemias e sobre as doenças estigmatizantes, aquelas que marcam seus portadores para o convívio social, são assim recuperadas e misturadas às informações científicas atualizadas disponíveis. O que causa apreensão, no caso, é a possibilidade que já está se desenhando como realidade, de que a reafirmação dos preconceitos e a caracterização da Aids como doença estigmatizante se imponha como dominante e passe a orientar o nosso dia-a-dia, com todas as consequências negativas para a sociedade, tanto ao nível das relações interpessoais quanto ao nível do contexto político mais amplo. Uma vez identificadas como anti-sociais, no entanto, as representações sociais da Aids podem ser modificadas no curso de sua construção, se forem feitas intervenções nesse sentido. É partindo desta avaliação que passo a fazer uma leitura do problema da Aids como doença estigmatizante, tendo como referência teórica o modelo de análise desenvolvido por GANDRA JR. (1)

O estigma é a propriedade que possui certas representações sociais de funcionarem como sinal desencadeador de uma emoção que se manifesta numa conduta de afastamento imediato.

Os seres humanos manipulam os objetos da realidade, da qual fazem parte, atribuindo-lhes um sentido que contém a percepção do grupo social sobre esses objetos. Assim, a Aids, a doença, e o indivíduo acometido, o doente, são elementos da realidade que passam a ser representados, no processo de simbolização, como portadores de um sentido, um

significado, construído socialmente. No caso o processo está suficientemente adiantado para que se identifique o sentido destas representações como profundamente depreciativo. Esse sentido depreciativo constitui o núcleo do estigma do qual as marcas físicas e o diagnóstico médico constituem as manifestações perceptíveis. Na medida em que estas marcas e o sentido atribuído a elas começam a provocar reações, há uma condensação entre a realidade da doença e do doente por um lado, e a realidade das suas representações sociais por outro, de modo que estas se transformem em sinais.

O comportamento social frente à doença estigmatizante.

Na condição de sinais, as representações sociais da doença são capazes de produzir resposta automática, irrefletida e invariável. Tal resposta surge no contexto de um processo emocional, o qual se constitui pelos eventos que ocorrem desde a recepção do estímulo até a conduta expressiva da emoção. Para identificar este conceito, tomo a definição da Young (2), que a compreende como "... interrupção aguda sofrida pelo indivíduo que se evidencia na sua conduta, na sua experiência subjetiva e mudanças orgânicas internas". Sendo inerente ao ser humano, a emoção, no entanto, independe de aprendizagem. Esta ocorre em relação ao agente desencadeador (sinal) e às formas de conduta possíveis.

Em princípio, estamos considerando como sinais desencadeadores do processo emocional, as representações da doença em geral. E preciso, porém, identificar a amplitude atingida por tais representações. Ocorre que elas não se limitam ao âmbito da doença e do doente, mas pelo processo de contaminação pode se estender a níveis incontroláveis. "A contaminação é uma crença, apoiada numa predisposição emocional condicionada, de que o contato do doente com seus pertences e pertences de outrem, tem a propriedade de transferir para estes suas características". É importante esclarecer que o conceito de contaminação social nada tem a ver com o conceito de contágio da epidemiologia. Este refere-se a uma probabilidade empiricamente verificável de contração da doença pela transferência do vírus de um doente, por via identificada, a pessoa até então sã. Já a contaminação refere-se à transferência de características da representação do doente/doença para as representações de outras categorias, ou seja, ocorre ao nível do imaginário. Embora falsa na sua origem, tal definição tem consequências reais: é assim que instituições de saúde encarregadas de cuidar dos doentes (hospital, ambulatório) assim como os profissionais da área são contaminados e passam também a funcionar como sinal desencadeador do processo emocional.

Sofrendo pressões como participantes da sociedade total e como possível "grupo de risco", o pessoal da área de saúde é atingido pela tentação de abandonar a racionalidade científica que dele se espera para se entregar à resposta automática, irrefletida e invariável, destituída de racionalidade. Posso imaginar também que pelo simples fato de estar escrevendo este artigo, eu já esteja me constituindo como sinal portador do estigma da Aids. E o leitor, por sua vez, pode imaginar o estado de tensão em que me encontro ao escrevê-lo, conhecedora do processo de contaminação.

Uma vez desencadeado o processo emocional, as pessoas são impulsionadas para uma ação aberta, a qual se manifesta nas condutas de afastamento. "Qualquer que seja a intensidade, o afastamento implica um rompimento de padrões de solidariedade dedicados pelo indivíduo ao objeto de contato, seja esta solidariedade voluntária ou institucional". Ocorre que tal solidariedade é indispensável à realização afetiva dos indivíduos, além de funda-

mental para a própria existência da sociedade. Assim, a dúvida em torno dela e, mais especificamente, o seu rompimento, certamente provocam repercussões de alta destrutividade tanto a nível do psiquismo das pessoas envolvidas quanto ao nível da sociedade abrangente.

Pode-se concluir, então, que este não é um problema de saúde como outros já amargados pela população brasileira, devido, inclusive, do contexto histórico em que ocorre.

O rompimento da solidariedade produz afastamento imediato. Este será tanto mais intenso quanto maior for a certeza na identificação do sinal, o nível de contaminação e menor o grau de solidariedade exigida.

A conduta de afastamento produz situação de isolamento para as pessoas identificadas como sinal. A intensidade do afastamento pode ser avaliada pelos seguintes patamares:

(1) EVITAMENTO — É um afastamento sutil, não declarado, em que se busca esquivar de contatos com a doença/doente/objetos contaminados.

(2) DISCRIMINAÇÃO — Consiste na negação da igualdade de trato, implicando na impossibilidade de interação social nas condições desfrutadas por outros indivíduos.

(3) SEGREGAÇÃO — Inclui a discriminação, consistindo no estabelecimento de limites espaciais para o indivíduo segregado, levando-o ao isolamento.

O isolamento pode ser formal, imposto por normas sanitárias e jurídicas. Independente dessa formalização no entanto, a sociedade pode impor limites espaciais ao doente, estendendo-os àqueles com quem convive e foram, portanto, contaminados. A informalidade desta segregação não diminui o rigor na exigência de observância.

Sendo uma postura essencialmente anti-social, a segregação precisa justificar-se perante a própria sociedade para que esta se mantenha como tal. Isto é conseguido através da racionalização, em que o grupo passa a construir explicações com os elementos de plausibilidade necessários para que ela se torne convincente. Surgem afirmações como: "Ele mereceu", "Ele fez por onde". Evidentemente, tais explicações devem se estender aos objetos sociais contaminados, o que dificulta bastante sua sustentação. De qualquer forma, quando a realidade dos fatos não possibilita justificar o afastamento, a fantasia se encarrega de preencher a lacuna e, geralmente é eficaz: os boatos encontram, então, terreno fértil para propagação.

Numa situação de surto epidêmico, torna-se urgente a definição e explicitação dos direitos e deveres dos cidadãos em relação ao problema. Assim, paralelamente ao direito da sociedade de se defender do contágio, é preciso explicitar também o direito do doente ao espaço físico, ao atendimento médico, a continuar seu percurso com dignidade. Esse reconhecimento do direito do doente não será obtido sem esforço, no entanto, uma vez que, na maioria dos casos, ele faz parte de grupos socialmente marginalizados e tradicionalmente discriminados, como homossexuais, detentos, pobres. E o próprio doente pode já ter internalizado essa discriminação, o que explica os atos de agressão, vingança e irresponsabilidade que muitas vezes se segue ao conhecimento do diagnóstico desfavorável, em que o doente passa a contagiar outras pessoas intencionalmente.

Para que a reação à doença atinja a intensidade observada no caso da Aids, é preciso que ela represente uma ameaça muito forte a valores culturais nucleares da sociedade.

O primeiro e óbvio é a vida, conhecida a letalidade da doença. "No espaço destas últimas cinco décadas assistimos a um fenômeno curioso na so-

cidade industrial capitalista: à medida que a interdição em torno do sexo foi se relaxando, a morte foi se tornando um tema proibido, uma coisa inominável. A obscenidade não reside mais nas alusões às coisas referentes ao início da vida, mas sim aos fatos relacionados com seu fim". (3) A morte, negação da vida, problema existencial humano se torna obscena no contexto dos valores da sociedade urbana moderna. Com mais força ainda se ela se apresenta através de uma doença que atinge uma faixa etária que, na nossa cultura, não coloca a morte na sua pauta de cogitações. De modo geral, a Aids representa a ameaça de um desfecho indesejável, além de precoce e indigno.

A indignidade relacionada à doença se liga a outro valor cultural básico que ela nega, a heterossexualidade masculina. Ela ameaça trazer a público hábitos ou práticas sexuais eventuais que, mesmo quando assumidas, podem não ter sido suficientemente integradas. É que o relaxamento da interdição em torno do sexo, a que se refere Maranhão no trecho citado, parece não ter sido suficiente para deslocar do núcleo cultural o valor da masculinidade identificada com a heterossexualidade. A existência ou suspeita da Aids contamina a vítima com o estigma da homossexualidade e vice-versa. Essa contaminação de mão dupla significa um reforço no processo de estigmatização.

Um terceiro valor nuclear tem possibilidade de ser incluído entre aqueles negados pela doença: a beleza da forma do corpo. A doença implica numa modificação da aparência física em que o emagrecer se associa ao definir. Ora, a sociedade urbana brasileira tem sido marcada ultimamente por um verdadeiro culto ao corpo, a cultura física assumindo a condição de fator mobilizador de homens, mulheres e crianças, a paisagem urbana apresentando mudanças em função de tais hábitos. A Aids se apresenta como negação desse ideal de beleza, a ponto de ser previsível para o futuro próximo a mudança nos padrões atualmente consagrados, de modo a destacar a diferença entre indivíduos sadios e doentes.

Estando o estigma ligado aos valores culturais, sua estabilidade ou transformação depende em grande parte da estabilidade/transformação destes valores. Em princípio, o estigma se intensificará quando os valores forem reafirmados, ou desaparecerá se o valor for transformado em alternativa cultural. Outra possibilidade é o seu desaparecimento consequente à eliminação ou controle da doença.

Todas essas possibilidades podem ser trabalhadas a nível de uma intervenção programada. A divulgação das informações corretas, com a devida serenidade, seja pelos meios de comunicação de massa, seja num sistema face a face, é um passo necessário. É preciso porém, atentar para o fato de que a conduta de afastamento e o pânico gerados pelo sinal não passam pela racionalidade. Podemos ter a compreensão do problema e assumir posições de tolerância perante ele, mas diante do sinal, provavelmente prevalecerá a emoção. Portanto, a meu ver, é nesse nível que o problema precisa ser trabalhado.

Quanto ao conteúdo a ser transmitido, tudo se resume no esforço para romper a seqüência de ação automática, irrefletida e invariável que se segue à identificação do sinal. Para começar, isso significa identificar, assumir e integrar o medo como emoção inerente ao ser humano e, portanto, legítimo. Negá-lo, jamais. Significa sentir e consentir no medo que o sinal desencadeia, sem que isto leve a uma baixa na auto-estima. Significa demonstrar respeito pelo medo que se sente, dando um tempo para que se procure um ajustamento à situação. É o tempo necessário à reflexão, em que serão identificados os cuidados a serem dispensados ao portador do sinal e ao seu receptor. É o tempo que abrirá espaço, enfim, à flexibilidade de conduta, tornando-a variável conforme o nível de ameaça real que a situação contenha, possibilitando uma adaptação condizente com a solidariedade necessária à vida social e à nossa confirmação como seres humanos.

1. GANDRA JR., Domingos da Silva. *A lepra — uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização*. Belo Horizonte, 1970 (mimeo).

2. YOUNG, Paul Thomas. *La emoción en el hombre y en el animal*, Buenos Aires, Ed. Nova, 1946, citado por GANDRA JR.

3. MARANHÃO, José Luiz de Souza. *O que é morte*. São Paulo, Brasiliense, 1985.



ESCUITA

O depoimento de dois psicólogos sobre a AIDS em Minas Gerais

A matéria que publicamos neste suplemento do JP é um relato do trabalho realizado pelos psicólogos Edison Ildefonso de Oliveira, formado em 74 pela UFMG, ex-professor da UFMG, FUMEC e Escola de Minas de Ouro Preto. Conselheiro por duas gestões. Mariza Roedek de Oliveira, formada pela UFMG, em 74, há dez anos trabalha no Centro de Recrutação do INPS e atualmente à disposição do INAMPS no Ambulatório de Imunodeficiência da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Curso de Pós-Graduação de Medicina Tropical da UFMG, coordenado pelo dr. Dirceu Greco, ligado a Comissão Interinstitucional de Controle e Prevenção da AIDS, da Secretaria da Saúde de Minas.

Num depoimento aberto, eles nos apresentam o dia-a-dia do ambulatório e apontam as diversas realidades que enfrentam para trabalharem e poder ajudar os pacientes portadores de AIDS.

Eu, Edison, praticamente comecei a trabalhar na Comissão a convite de uma amiga médica, há dois anos, desde 1985. Inicialmente como entrevistador para pesquisa epidemiológica. A Comissão se reunia no Hospital das Clínicas, numa fase que não se trabalhava efetivamente. A Comissão estava se formando e eu me interessei, não pela pesquisa epidemiológica apenas mas, principalmente, pelo atendimento aos pacientes na fase de internação.

O paciente, muitas vezes, já chega ao ambulatório com uma carga de angústia, ansiedade e medo muito grande.

— Quando o Edison começou a atender no ambulatório Bias Fortes, eu fiquei à disposição do INAMPS que abriu um ambulatório no posto de atendimento médico no Padre Eustáquio. Mas a demanda estava muito baixa e não havia como sustentar dois ambulatórios. Com a desativação deste, transféri-me para o Bias Fortes, desde fevereiro de 86, quando eu e o Edison passamos a entrevistar os pacientes com a finalidade de fazer pesquisa epidemiológica.

O ambulatório de Imunologia do Hospital das Clínicas da UFMG é o único em Minas que está atendendo os pacientes de AIDS. Iniciei fazendo diagnóstico e controle porque para internamento existia somente o HPS. Atualmente temos dois leitos no HPS e um leito funcionando no Hospital Eduardo Menezes que também é da FHEMIG. Outros leitos estão prometidos tanto no Eduardo Menezes quanto no Alberto Cavalcanti e no Hospital das Clínicas, onde está sendo construído o isolamento para este tipo de

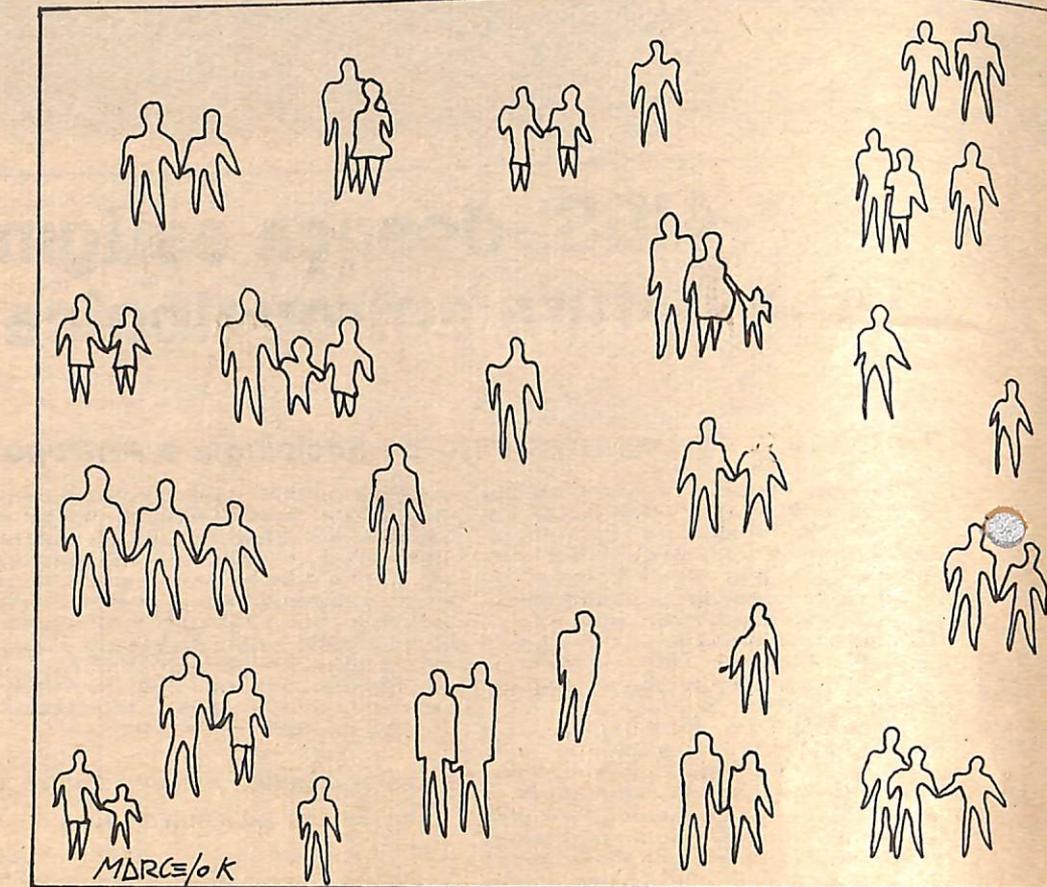
paciente. Mas, atualmente, em funcionamento temos apenas três leitos. Nos últimos dias tivemos que fazer um internamento através da política.

— Fomos então convidados para fazer uma investigação epidemiológica para diagnóstico, como também estabelecer o controle da epidemia no Estado, saber como o vírus estava entrando e, como estava se comportando na população. Esta entrevista era então sistematizada, padronizada e que tínhamos de respeitar porque fazia parte de uma pesquisa. No entanto, começaram a aparecer situações que necessitavam de apoio psicológico. Por exemplo, quando o paciente recebia o diagnóstico conforme sua reação era preciso ajudá-lo. Com isto, o atendimento foi se expandindo além dessas entrevistas para a pesquisa e tornou-se um primeiro contato com o paciente.

Ele, muitas vezes, já chega ao ambulatório com uma carga de angústia, ansiedade e medo muito grande. E é aqui que ele vai expressar tudo isto. E neste momento está a importância do profissional que pode criar um clima propício para solucionar esta situação, criar condições para que ele prossiga os exames até o diagnóstico.

Além de psicóloga, você atende o telefone, marca consulta, busca papel, fornece informações, desce correndo as escadas atrás do paciente que esqueceu um teste que ele tem que levar... o serviço público como em todo lugar do país é deficiente.

— Através da entrevista, o primeiro contato que o paciente tem no ambula-



tório é com os psicólogos. Nela procuramos não somente obter dados para a pesquisa mas algo mais que seja significativo para serem levados ao médico, sejam avaliados os riscos de contágio e de que

Toda a equipe tem que estar atenta ao paciente, às suas carências, suas angústias frente a sua possibilidade de morte. Acreditamos que todos os profissionais da área humana, antropólogos, sociólogos e educadores devem participar.

maneira a orientar o paciente. Após o diagnóstico positivo da doença, o atendimento não é formal, acabamos por nos relacionar com intensidade com estas pessoas. E o que acontece, por incrível que pareça, é que o serviço público como em todo lugar do país é deficiente, falta uma porção de coisas para funcionar. Além de psicóloga, você atende o telefone, marca consulta, busca papel, fornece informações, desce correndo as escadas atrás do paciente que esqueceu um teste que ele tem que levar. Isto é importante ser salientado para mostrar a precariedade do serviço mas que nos permite um contato muito intenso com as pessoas que vão ao ambulatório, trazendo confiança do paciente na nossa pessoa. Somos para eles pessoas com quem podem se abrir, reivindicar. Esta extrapolação é necessária para poder diminuir essa carga de ansiedade que o paciente traz.

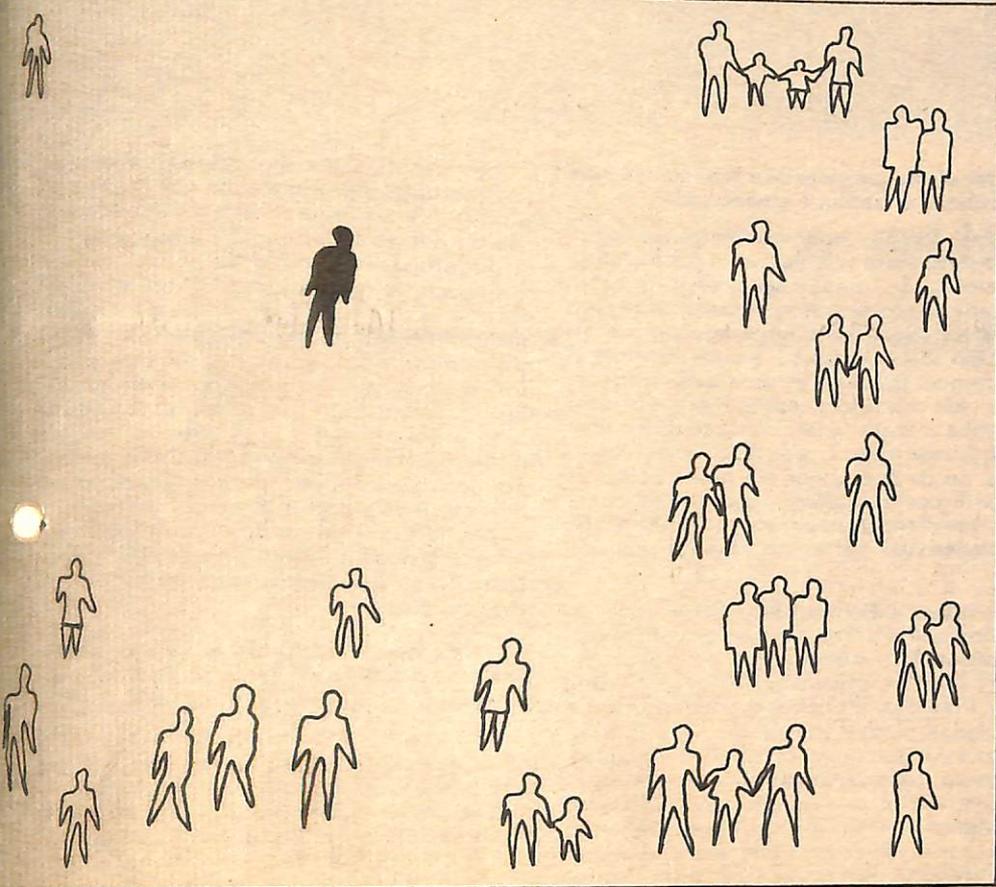
Mas desde dezembro de 86 até hoje, a frequência no ambulatório tem sido muito grande. De fevereiro de 86 já atendemos 210 pacientes, entre eles infectados ou não. E por isto estamos fazendo triagem para o atendimento. O ambula-

tório passou a atender pessoas que estão nos chamados grupos de riscos, ou seja, homossexual, bissexual, os que tenham recebido transfusão de sangue de 5 anos para cá, usuários de droga ultra-venosa. Fora isso, a demanda da população que é atingida pela AIDS, pelo medo da Aids pelo fenômeno Aids é bastante grande. E estas pessoas carecem muito de um atendimento psicológico. E nós não temos como atendê-los. O máximo que fazemos é um atendimento informativo e encaminhamos, colocando para ele o que está acontecendo. E como se fosse um suporte psicológico por não termos condições de fazer uma assistência sistemática. Assim também acontece nos hospitais com o paciente terminal que precisa de um atendimento muito mais intenso e constante. Nós não podemos continuar fazendo este atendimento trabalhando no ambulatório, uma vez que a tendência é de aumentar e já não podemos ir até o hospital.

A reação do paciente vai desde uma tranquilidade aparente até ao desespero total.

A necessidade do atendimento é, desde o início em que o paciente começou a sentir medo da Aids e, vai depender muito do que ele passou durante o tratamento, para se saber como ele vai chegar ao final. Se isto não foi trabalhado devidamente, o momento final vai ser muito pior. E as dificuldades vividas por essas pessoas não têm que ser necessariamente do psicólogo. Deve existir uma equipe formada por diversos profissionais, inclusive com a participação dos atendentes dos hospitais, enfermeiros que possam fazer um trabalho coordenado.

ESCUTA



to dá para entender que o paciente tem um problema psicológico e que é o psicólogo que vai atender. Toda a equipe que está atenta ao paciente, às suas reações, suas angústias frente à sua possibilidade de morte. Atualmente estamos

Há a necessidade da técnica aprendida na escola mas existe algo mais além dela que é estar junto da pessoa.

nenhuma assistente social na equipe que é fundamental.

— Acreditamos que todos os profissionais da área humana, antropólogos, psicólogos e educadores devem participar. Aprendemos muito que a Universidade, os senso formadores de pesquisa, nossa área, na área humana, não tem ainda se pronunciado. Alguns psicólogos que estão no ambulatório, trabalhando com a Aids, estão aí por pura iniciativa própria, casualidade ou por interesse pessoal. A medicina está armada, as instituições de pesquisa, Universidades através de seus professores e pesquisadores que estão batalhando com armas dotadas para isto. E até hoje há desconhecimento de iniciativa da área humana mais fundamentada, mais racional. Está na hora das escolas de psicologia se posicionarem neste sentido. Seria necessário a assistência clínica nas escolas que prestassem atendimento com competência. O trabalho voluntário é muito difícil e não tem como sustentá-lo.

— Tenho me perguntado a todo o instante se estou preparada para assistir a um caso de Aids. Mas a nível de sentimento durante este período percebi que não estou preparada e disposta a aceitar a doença. O retorno que temos tido no am-

bulatório tem sido muito caloroso. Os pacientes demonstram que o nosso trabalho tem sido muito bom para eles. O que é necessário é sabermos os nossos próprios limites, preconceitos e medos. Saber até que ponto isto vai interferir na relação com o paciente. E caso o profissional não se sinta preparado para isto que ele encaminhe a quem é de direito. Não há como trabalhar quando se é preconceituoso, estar com medo do contágio e, principalmente, não estar bem informado. A partir de alguns relatos dos profissionais da área de saúde, o que temos visto é que há má informação sendo que a Aids já atingiu um grau de epidemia que obriga este profissional a estar muito bem informado sobre ela.

A assistência no ambulatório inicia-se com um questionário muito grande, com detalhes muito íntimos da vida pessoal, onde constam o número de parceiros, que tipos de prática sexual que utilizam (intercurso anal se ativo ou passivo). Nesta entrevista não ficamos presos a estas informações mas damos abertura para que o paciente se extravaze. Isto tem possibilitado que as pessoas coloquem suas angústias, chore, enfim, relaxe um pouco. É um preparo anterior para as outras fases que são duras, com uma série de exames corporais até chegar ao diagnóstico final.

Tudo isto é marcado por muita angústia, medo, pela possibilidade de estar

A Aids tem atropelado os profissionais. Eles têm sido apanhados de surpresa com a evolução da doença.

com o vírus. Nós tentamos neste contato suavizar e estabelecer um relacionamento

que não seja distante, formal mas sim pessoal. As pessoas têm demonstrado com agradecimentos e até com presentes. Somos nós também que percebemos se o paciente está ou não em condições de receber as informações do diagnóstico. Esse momento é muito difícil. A reação do paciente vai desde uma tranquilidade aparente até ao desespero total.

— O tempo de acompanhamento do paciente com Aids depende muito por ser esta doença estigmatizante e com muito preconceito. Os pacientes tendem a procurar atendimento rápido ou como um paciente que nos procurou na quinta e faleceu no sábado, como temos outros com mais de um ano de acompanhamento. Com a maior divulgação da doença, as pessoas têm procurado o laboratório para saber se estão infectadas. Com isto, nós estamos tendo maior contato com pessoas ainda em fase inicial. Houve fase, no entanto, que eles só nos procuravam num estado mais avançado. Com esta situação estão se formando os grupos de apoio da sociedade.

— Saber lidar com a Aids a nível ético é muito importante. O que se tem visto é que as coisas têm acontecido a níveis de desrespeito, de preconceito, de medo, de recusa de atendimento, não respeitando a identidade do paciente, de divulgação de dados pessoais, quando ele confiou no profissional. No ambulatório você pode sentir que os pacientes têm confiança, porque procuramos preservar a todo custo a identidade da pessoa. O diagnóstico só é fornecido a ele ou para as pessoas credenciadas pelo paciente uma vez

Eu, tenho a impressão que da experiência profissional ao domínio da técnica, o básico é a solidariedade ativa.

que, ele não tem condições emocionais para recebê-lo. Mas por todo lado temos escutado casos de total desrespeito, que desmoraliza o paciente. Para o profissional é um não dar conta de carregar sozinho uma coisa tão nova. A ansiedade de partilhar com outras pessoas tem trazido graves conseqüências para o paciente. A maioria não está preparada. E acredito que como disse uma médica: “já passou da hora dos profissionais de saúde se comportarem como tal, deixando de ser leigos”. Está na hora de recorrer às fontes científicas, não há desculpa para o desconhecimento.

O que constato é a decadência da saúde pública no país. O que se vê é uma desorganização geral, muito pouco interesse pela pessoa que procura um atendimento, pouco respeito a dignidade humana da pessoa que está carente desse atendimento. O que podemos constatar são interesses pessoais, politicagem e com pouca dedicação ou seja de doação a outra pessoa. A organização a nível de Estado, eu vejo a falência. Por exemplo, a Comissão Interinstitucional de Diagnóstico e Controle da Aids em Minas, desde o seu início, teve dois coordenadores que no meu ponto de vista descoordenaram.

Eu tenho a impressão que da experiência profissional ao domínio da técnica,

o básico é a solidariedade ativa. Aprendemos muito nestes dois anos através de erros, falhas, através da impotência diante da doença, de efetivamente poder ajudar, dentro dessa desorganização total.

— E nessa hora pensamos na nossa formação técnica. O ser amigo ultrapassa esta barreira da distância para poder trabalhar esse apelo constante diante da fragilidade da pessoa. Estamos sempre em conflito com esta nova situação porque tecnicamente devemos manter uma certa distância para que permita um traba-

“Já passou da hora dos profissionais de saúde se comportarem como tal, deixando de ser leigos”. Está na hora de recorrer às fontes científicas, não há desculpa para o desconhecimento.

lho efetivo. Mas considero que a Aids trouxe este tipo de questionamento principalmente, em certo estágio, quando não mais se permite este distanciamento. Não há tempo para isto. É preciso mostrar solidariedade na sua incapacidade, na entrega total. Mas há dificuldade de se ver que este é o caminho. Nós fomos ensinados por eles.

— Há a necessidade da técnica aprendida na escola mas existe algo mais além dela que é estar junto da pessoa. Se o paciente necessita do toque físico é isto que temos que fazer. Não temos mais conflito. Eu, Marize, não sei me relacionar com os pacientes sem abraçá-los, sem pegar em suas mãos, sem deixar que eles me beijem.

— O tratamento da Aids, hoje, em Minas, já tem necessidade de novos pólos de atendimento. Seriam pólos regionais em diversas regiões do Estado. Os profissionais poderiam ser treinados no ambulatório. A nível de epidemia, um ambulatório apenas está se tornando muito pouco.

Finalmente, Edison conclui que a Aids tem atropelado os profissionais. Eles têm sido apanhados de surpresa com a evolução da doença. Dentro deste fenômeno como um todo, não só como doente, mas um aspecto mais amplo em que entra o problema familiar, o relacionamento, a questão trabalho, a questão do estigma, a necessidade do tratamento especializado, nas diversas áreas de saúde, odontológica e ainda o medo, há a má informação. Tudo isto tem merecido de nós profissionais reflexão e pensar amplamente. A Aids não deve ser tratada por este ou aquele profissional mas por todos, em busca de um programa educativo para que atinja seus objetivos. Todos os problemas que citamos devem pertencer a um programa amplo e conjunto para esclarecer a população sobre o que é a Aids, quais são suas formas de contato, o isolamento, o desnecessário afastamento e demissão do trabalho do portador de Aids, numa fase em que ele está produtivo e sem perigo de contágio, o que a pessoa que está com o vírus necessita. O que devemos cobrar para que haja um atendimento efetivo e respeitoso.

Uma análise crítica sobre a AIDS

Entrevista exclusiva concedida ao JP pelo sanitário e dermatologista dr. Paulo Roberto Teixeira que é o Coordenador do Programa da AIDS em São Paulo.

Como está a situação da Aids, hoje, no Brasil?

— Se pensarmos em números absolutos, nós temos um perfil maior com relação a outros países do mundo. E a maioria se concentra nos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Embora, eu tenha começado a trabalhar em São Paulo, montando o ambulatório, laboratório e hospital, o desenvolvimento da doença tem sido mais rápido do que nós temos conseguido planejar.

Esta situação tem toda uma história de estrutura do atendimento médico brasileiro, que tem estado muito em discussão ultimamente, mas que de qualquer maneira, é uma estrutura que depende basicamente da medicina privada que trabalha com subsídios fornecidos pelo INAMPS. Em segundo lugar, todas as doenças infecciosas, infecto-contagiosas foram de responsabilidade dos serviços públicos, principalmente dos serviços estaduais. Tudo isso tem explicação na condição econômica, pois estas doenças são pouco lucrativas e que na maioria das vezes atingem pessoas de baixo poder aquisitivo. Sendo assim, o Estado, no país inteiro foi e é responsável pelas epidemias, endemias, pelas doenças infecciosas, doenças da pobreza como um todo.

Com a Aids aconteceu um fenômeno muito semelhante. Embora ela tenha se distribuído igualmente nos diversos grupos sociais, classe média, pobre, e, uma parcela do grande poder aquisitivo, é uma doença extremamente dispendiosa. Então, o que ocorreu é que não constava de nenhuma tabela, ou de convênio, o pagamento do tratamento desse doente. E a rede privada, conveniada com o Inamps, se negou a receber este tratamento porque na tabela eles recebiam x por um tratamento de pneumonia quando o paciente de Aids, exige três vezes x. Então, a saída foi as secretarias de estados absorverem o tratamento destes pacientes.

Neste cenário contamos com uma deficiência dos serviços públicos. A não participação da estrutura da rede privada, que só no estado de S. Paulo, atende noventa por cento da população se viu numa situação crítica. Nós não temos tido capacidade de expandir o serviço público na velocidade com que a doença tem crescido.

A doença tem atingido uma população de baixo poder aquisitivo, no entanto a conscientização e mobilização das campanhas de prevenção contra a Aids está voltada mais para uma camada mais informada, ou seja, a classe média e rica?

Isto é decorrente de uma coisa muito simples. A propaganda veiculada pelo Ministério previa o acesso a todas as camadas da população, utilizando todos os meios de comunicação disponíveis. A propaganda sofreu um corte muito grande e ela tem sido uma veiculação muito restrita a uns poucos jornais e te-

levisão e ainda com várias interferências. Por exemplo, a linguagem dos filmes para televisão veio muito clara na sua concepção e deveria veicular durante o dia com algumas questões e, a partir de um horário nobre, para os adultos que já estariam assistindo televisão após o trabalho. Por interferência da Igreja, os filmes que falam mais sobre a doença da transmissão sexual foram transferidos para às 11 horas. Houve então uma grande limitação. As pessoas de baixo poder aquisitivo vão pra cama às 9:30 hs para estarem em pé às 4 ou 5 da manhã. O porque do corte está evidente que o Ministério da Saúde tem uma dotação orçamentária extremamente restrita. Se dependia de recursos tradicionais junto ao poder central, planejamento e junto a própria presidência, isto não ocorreu. E nem existe uma avaliação porque está colocado desta forma. Resumindo, estamos hoje, com uma campanha extremamente restrita que no meu entender não está atingindo os objetivos mínimos que previam porque ficará dependendo de recursos internacionais que possam retomar e intensificar esta campanha, permanente.

Estamos otimistas tendo em vista, que a Organização Internacional de Saúde preocupada com o desenvolvimento da doença no Terceiro Mundo criou um fundo de auxílio aos países da África e da América Latina. Isto está em fase de negociação entre o Ministério e a Organização Mundial de Saúde, pelos entendimentos que ocorreram até agora, está definido que um número razoável vai ser repassado para o Brasil.

Você acredita que o cerceamento a veiculação da propaganda esteja na relação próxima da doença da Aids com sexualidade?

Nos primeiros anos de trabalho, 83 e 84, isso efetivamente ocorreu de uma forma bastante intensa. Nós, dentro do Estado de São Paulo, fomos bastante criticados na fase inicial por não estar trabalhando com uma doença considerada não prioritária, sem importância e que tinha como pretexto, que era uma doença de marginais, de pessoas imorais ou amorais que não merecia este tipo de atenção e, que não merecia ser canalizados recursos públicos para o tratamento destas pessoas. Mas consideramos que não nos competi analisar o comportamento, a sexualidade, que são de livre arbítrio de cada um dos indivíduos e colocamos como definitivo que são cidadãos que trabalham e se sustentam fazendo, portanto, parte da sociedade do país.

Nestes últimos anos digamos que isto suavizou mas, ainda dificulta muito o desenvolvimento do trabalho nos Estados do Brasil. Ele retorna agora com uma interferência importante quando nos referimos a Campanha, que sofreu interferência da Igreja e grupos conservadores. Entendo que a propaganda, com a divulgação preventiva, era um estímulo a prática inadequada do ponto de vista imoral destes grupos conservadores.

Que efeitos psicológicos a Aids trouxe para o indivíduo, a família e a sociedade?

A relação dos grupos de maior risco, em função da própria veiculação da propaganda nos veículos de comunicação, oscilam entre uma certa tranqüilidade, despreocupação com períodos de pânico. Os indivíduos que têm algum risco, alguma suspeita, esse evidentemente entra num processo de ansiedade que torna sua vida conturbada em todos os sentidos. Na família, o impacto da doença tem sido dramático porque a perda, seja do filho, do irmão, do pai, ou da pessoa que ela tenha atingido são condições ditas como inaceitáveis, marginais que detonaram a doença com a prática homossexual ou como dependentes de drogas.

Na maioria das vezes é conflitiva para os familiares que às vezes, determinam um apoio incondicional até o desligamento e o abandono dos pacientes, o que têm sido bastante freqüente. Fora isto, as pessoas que tem sido muito atingidas, pessoas marginais, de minoria, de grupos de riscos, que sofrem discriminação e repressão, procuraram as grandes cidades e se desligaram de suas famílias, suas cidades, suas origens e vivem na metrópole em geral com determinado grupo social que o abandona no momento da doença. Esse indivíduo fica só, a mercê apenas dos serviços sociais da estrutura eventual que existe ou, da solidariedade de grupos de apoio. Esse tratamento então é dramático e isso complica mais ainda quando esta estrutura de atendimento é insuficiente para o paciente. E mais ainda, essas pessoas que estão em uma fase inicial poderiam estar em suas casas, com uma atividade quase que normal. Mas não existe um amparo, uma segurança, um trabalho de promoção social, que garanta a este indivíduo uma condição mínima de sobrevivência numa fase que precede o desfecho final.

Esta situação tem ocorrido com grande freqüência e como vai ser o atendimento a eles?

Isto é o nosso cotidiano. É grande o problema da alta para o paciente, daquele paciente que não tem necessidade de estar hospitalizado, sendo que oitenta por cento destes casos estão na capital. O paciente tem de ser mantido por uma assistente social. E a manutenção deste grupo tem sido mantido por assistentes sociais da secretaria da saúde, que, por sua vez, estão recebendo recursos da comunidade e é importante destacar que tem surgido muita manifestação da comunidade neste sentido, eu diria que nos dois últimos anos, não tivemos condições, recursos financeiros, para manter estas pessoas, num determinado local com alimentação e medicamento. E tem acontecido com freqüência. Mas mesmo tendo recursos, você se depara com a resistência da comunidade como um todo de aceitar estes indivíduos. Atualmente, alugar um pequeno apartamento, um estudantil, ou até pensões simples para estes pacientes, pagar transporte, alimentação, com dinheiros vindos das ações comunitárias é difícil.

Mas estas instituições, pequenos hotéis e condomínios recusam este tipo de paciente. Isto então implica em fatores de toda ordem, moral, de compreensão do processo da doença como o medo, a doença propriamente dita, questões econômicas. A Aids vem trazer à tona toda uma estrutura social, a assistência médica que tem às vezes, interesses e determinantes que são prioritários para a sociedade como um todo.

Há o risco de a Aids tornar-se uma epidemia em poucos anos?

Sem ser fatalista isto certamente vai ocorrer. Por mais que se trabalhe hoje, no campo educativo, em campanhas de prevenção só vamos ter reflexo disto daqui há alguns anos. Por que se, atualmente, temos um número crescente de pacientes no país, calcula-se que nós tenhamos cerca de 150 mil pessoas infectadas que não tem sintomas ainda. Essas pessoas vão desenvolver esta doença nos próximos anos. E na medida que não temos perspectiva de vacina ou tratamento que possa conter a doença definitivamente, só a prevenção é que vai mudar o curso dela. Nos próximos 5 anos vamos conviver com esta situação e teremos milhares de casos e já estamos tendo mais um problema grave de saúde pública junto com todas as outras questões, tuberculose, desnutrição e a fome e tudo que já faz parte do retrato do país.

Tem possibilidade de as vacinas que estão sendo descobertas chegarem ao Brasil e outras partes do mundo com rapidez?

Não. Na verdade não existe vacina nenhuma. O que existe é que a Organização de Saúde dos Estados Unidos promoveu uma reunião, da qual participaram pesquisadores de vários países inclusive do Brasil, para discutir exatamente o nível de desenvolvimento que ela já atingiu e, que tipo de plano conjunto, poderia existir em diversos países no desenvolvimento dos testes e emprego da vacina.

Dois fatores são os principais transmissores da Aids, o sêmem e o sangue. Com a precariedade dos bancos de sangue do país como solucionar este problema?

Não só o problema dos bancos de sangue, mas uma série de questões no país, a Aids tem pressionado de uma forma bastante intensa para que se melhore a qualidade de saúde no país, o mais cedo possível. E trouxe à tona muitos problemas das doenças infecciosas, isolamento, a assistência médica privada, assistência médica da Previdência Social, enfim, a vigilância sanitária, várias questões que estão modificadas por uma pressão da população. Estes são uns dos saldos positivos da doença.

O que é mais deficiente no tratamento da Aids no Brasil?

A estrutura médica hospitalar do país que se refere a ambulatórios, hospitais e laboratórios sem condições de responder a necessidade destes pacientes, principalmente pela falta de isolamento. Vendo hoje, parece absurdo que a maioria dos hospitais do país não tem setores de isolamento para doenças infecciosas. Se já houvesse, estas condições o impacto da doença da Aids não teria sido tão complicado. Estaríamos sim tratando de mais um problema de doenças infecciosas. Mas estes setores não existem e estão tendo que ser criados pressionados pela Aids.

Na prevenção da Aids, quais são os passos mais importantes no quadro atual?

O trabalho educativo e o outro é o trabalho conjunto do Inamps e o Ministério, com a criação de atendimento a estes pacientes em todos os hospitais universitários do país, com fins filantrópicos, de órgãos da previdência, a curtíssimo prazo para contornar definitivamente a precariedade do atendimento que está sendo prestado atualmente.

Dr. Paulo Roberto Teixeira faz parte do Grupo Assessor do Ministério da Saúde. Formou-se como Sanitarista na Faculdade de Medicina de Botucatu, como Dermatologista na Escola Paulista de Medicina de SP e em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP.