



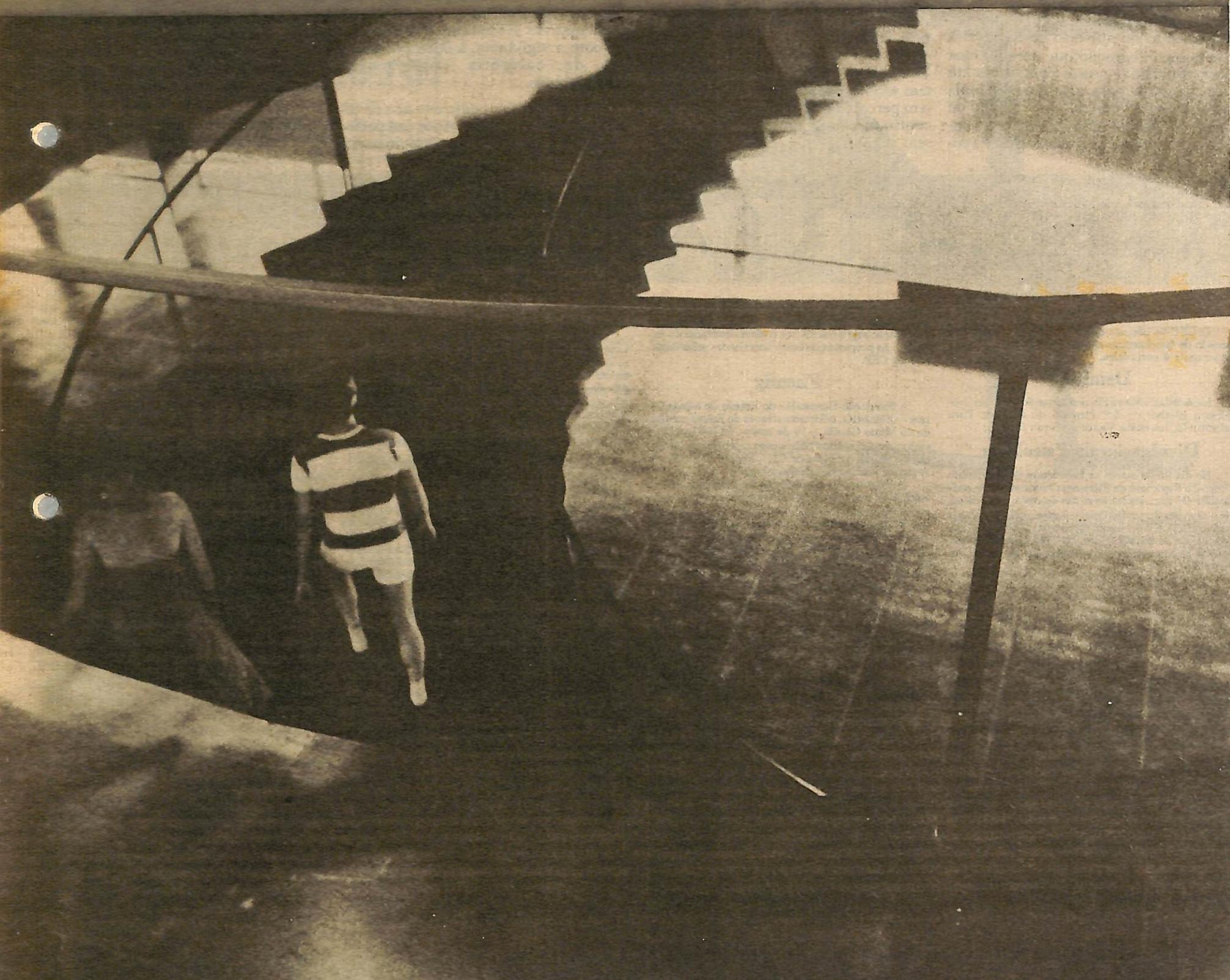
Belo Horizonte
Ano 8
Número 22
Jan/Fevereiro — 1988

JORNAL DO PSICÓLOGO



NESTE
NÚMERO

- A categoria em discussão. Editorial. Pág. 2
- Doar sangue: uma necessidade vital. Pág. 3
- A Natureza reage às agressões. Pág. 5
- A empresa Armarinho Santo Antônio. Pág. 6 e 7
- Publicidade: um espaço a conquistar. Pág. 8



Situação profissional: um círculo vicioso



Consciência Profissional

Este primeiro número bimensal de 1988 do *Jornal do Psicólogo do CRP-04*, referente a janeiro e fevereiro traz à categoria não somente um jornal de conhecimentos técnico e científico mas, o questionamento da profissão, da postura do profissional dentro do contexto nacional.

O jornal é atualmente o nosso contato mais direto e tem por meta levar a cada um de nós psicólogos o que está se passando no universo da categoria. E é nesta integração que acreditamos para consolidar nossas conquistas até agora e partir para uma atuação mais ampla com a força da participação de todos. O CRP-04 não está disposto a enviar recados apenas mas, abrir cami-

nhos para que a categoria se mobilize, participe, se posicione de acordo com as necessidades do mercado e ofereça a sua contribuição, com novas perspectivas como um profissional competente. Uma postura que pode mudar por completo, reverter até, a sua condição mercadológica, saindo da inércia, e de um profissional mal remunerado em várias áreas. (Veja matéria do ESCUTA: "Clínicas Conveniadas, LBA — Tudo pelo Social?")

O CRP-04 tem, no momento, recebido muitas críticas, boas e más, o que tem servido para reflexões. No entanto, tem percebido que muitos profissionais continuam dispersos, sem reivindicar, sem engajar, sem conhecer seus direi-

tos, com resistência às mudanças propostas pelo CRP-04 desde 1986 quando assumiu. O que se observa é que uma grande parcela de nós psicólogos está em condições difíceis, muitas delas pela conjuntura atual mas em princípio pela falta de postura profissional, conscientização trabalhista e ainda por uma inércia inexplicável.

Por tudo isto é que o CRP-04 tem se mobilizado, incomodando realmente, corrigindo atuações que antes eram meramente burocráticas e que hoje são participativas. No entanto, precisa contar com a vigilância, a ética profissional da categoria para maior credibilidade.

As perspectivas para este ano de 88 são bastante otimistas. Após um período de arrumação e de análise do perfil

profissional da categoria; situá-lo dentro do mercado apresentando-o novas áreas de atuação, temos pela frente a proposta de fortalecimento da imagem do profissional e da psicologia em todo o universo nacional. Vamos juntos com o CFP e todos os Conselhos Regionais estabelecer novas metas que o momento nos exige e contamos com a colaboração do psicólogo, acreditando mais uma vez que só se fazendo conhecer e ainda, conhecendo nossa importância, atuação, direitos, deveres, é que nos faremos presentes, respeitados e exigidos dentro de nossa profissão.

Assim é preciso disposição, conscientização, coragem e perseverança para atingir nossos objetivos.

Ricardo Figueiredo Moretzsohn
Presidente do CRP-04



NOTAS



AGENDA

Horário de atendimento

O CRP-04 não atende no período da manhã. Seu horário de funcionamento é de 12:30 às 18:30 horas, de segunda à sexta-feira.

Demissão

Ide Adélia de Souza Pin demitiu-se do cargo de Conselheira Efetiva do 5.º Plenário do CRP-04. Para substituí-la, foi eleita Victória Marun Duarte.

Divulgação da Psicologia

No dia 05 de março os Presidentes dos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia reuniram-se na sede do CRP-04 para traçar as metas da Autarquia, discutir a atuação do profissional e o espaço da Psicologia na sociedade. E o momento foi oportuno. Agora os Conselhos poderão trabalhar com mais liberdade, tendo em vista a desvinculação da Autarquia do Ministério do Trabalho.

O resultado dessa reunião foi considerado favorável, pois houve consenso com relação aos projetos, principalmente o que trata da divulgação da profissão. E com o objetivo de dar continuidade e viabilizá-los, será realizada uma nova reunião, prevista para os dias 26 e 27 de março, em Belo Horizonte.

Anuidade 88

As guias para pagamento da Anuidade/88 já foram enviadas. Lembramos que o pagamento, parcelado ou não, deverá ser efetuado até 31 de março de 1988.

Saúde Mental

Psicólogos e psiquiatras estão se articulando para criar uma associação de profissionais de saúde mental na região que abrange Governador Valadares, Ipatinga, Coronel Fabriciano, Caratinga, Acesoita, Timóteo e cidades vizinhas. O grupo conta com o apoio do CRP-04.

Articulação

Por iniciativa do Conselho Federal de Psicologia, os Regionais estão se articulando para a revisão das Leis e Decretos que regulamentam a profissão e criam os Conselhos.

Como o assunto é de interesse de todos os profis-

sionais de Psicologia, o CRP-04 espera contar com a colaboração dos colegas através de sugestões, para que a legislação seja baseada nas reais necessidades do psicólogo. As propostas serão encaminhadas pelos Regionais ao CFP.

Fhemig

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais — FHEMIG, informou através do Edital publicado no Minas Gerais, a 10 de março de 1987, sobre a realização da Seleção Pública para o provimento de cargos vagos, sob o regime do CLT. Foram oferecidas 24 vagas ao profissional de Psicologia.

O resultado final da Seleção foi divulgado a 09 de outubro do ano passado, sendo que boa parte dos aprovados ainda não foi contratada. Além disso, o Movimento Pró-admissão dos concursados da FHEMIG tem denunciado que algumas pessoas que não prestaram exame, foram admitidas. O CRP-04, assim como outras entidades da área de saúde, foi procurado para intervir nesta questão, e já está se mobilizando para o esclarecimento de tal situação.

Unificação dos honorários

Algumas clínicas prestadoras de serviços psicológicos para captação e avaliação de recursos humanos aprovaram, em reunião realizada no dia 12.11.87, o valor mínimo de 2 (duas) OTN's a ser cobrado pelos laudos psicológicos de qualquer modalidade. O acordo foi referendado em Plenário do CRP-04.

Psicoterapia analítica e psicodramática

O Instituto de Psicoterapia da Sociedade Brasileira de Psicoterapia, dinâmica e Grupo de Psicodrama, criada em 5 de novembro de 1985, tem por objetivos agregar profissionais sócios que contribuam com sua participação e discussão crítica da e na terapia de grupo, treinar os profissionais em formação na referida área e atender as pessoas que não podem pagar serviços particulares.

O sistema de funcionamento do Instituto é cooperativo sendo 30% dos honorários para o Instituto e 70% para o terapeuta. Outras informações podem ser adquiridas à R. Alagoas, 1460/303 — Belo Horizonte-MG, pelo telefone: 227-4144.

Psicologia Educacional

Todas às quintas-feiras, de 9:00 às 11:30 horas a Comissão de Psicologia Educacional tem se reunido para discutir a atuação do psicólogo enquanto profissional da Educação. As reuniões estão abertas não só aos psicólogos, mas também a outros profissionais da área educacional. Os interessados poderão participar comparecendo às reuniões, ou entrando em contato com a Supervisora Técnica do CRP-04, Heloísa Fernandes pelo tel: 226-5817, no horário de 14:00 às 18:00 horas.

Cursos em Belo Horizonte

O Núcleo de Psicanálise e Psicoterapia está oferecendo diversos cursos para este ano como: Complexo de Édipo em Freud; Metapsicologia Freudiana, A obra social de Freud; Teoria e Técnica de grupos. Enfoque Freudiano e outros; Laboratórios de biodrama; Supervisões clínicas individuais e grupais e Psicanálise individual e grupal. Todos ministrados pelo professor Gregório Franklin Baremlitt, analista institucional, psiquiatra e psicanalista argentino.

Formação em Terapia familiar — professor Libério Ferreira Filho. A Psicanálise — visão crítica da teoria à clínica — profa. Raquel Correa Ferreira.

Leitura de M.Klein e Leitura de Freud — profa. Rosângela Montandon S. de Oliveira.

Leitura de Kohut — profa. Miriam Pereira de Amaro.

As informações e inscrições podem ser obtidas na rua Alípio Goulart, 26 — Serra. Telefone: (031) 221-8471.

Seminário

Acontecerá nos dias 11 e 12 de abril o "I Seminário de História Latino Americana de Psicologia", e no período de 13 a 15 de abril, o II Encontro Nacional para Reavaliação do Mercado de Trabalho e do Currículo de Psicologia". Os eventos serão realizados no Auditório do Ministério da Cultura — Rua da imprensa, 16 — Rio de Janeiro, RJ, de 08:30 às 12:00 horas e de 14:00 às 18:00. A promoção é do Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais (ISOP), da Fundação Getúlio Vargas; Associação Brasileira de Psicologia (ABP), e da Associação Brasileira de Psicologia Aplicada (ABPA).

A taxa de inscrição de cada evento é 6 OTN's (profissionais); 3 OTN's (estudantes); 4 OTN's (profissionais sócios da ABPA, sócio das agregadas da ABP e funcio-

nários do ISOP) e 2 OTN's (estudantes sócios da ABPA). Haverá desconto de 20% para quem se inscrever nos dois eventos.

As inscrições poderão ser feitas no Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais — ISOP — Rua da Candelária, 6/2.º andar — Tel. (021)253-0227/253-0267, ou na Meta Marketing e Eventos Ltda — Av. Rio Branco, 156. Sala 2422 — Tel. (021) 220-2091 — Rio de Janeiro.

Cursos de Extensão

O Centro de Extensão e Aperfeiçoamento em Psicologia — CEAP-FMU está oferecendo cursos de extensão em: Clínica Psicanalítica I; Clínica Psicanalítica II; Introdução à Gestalt Terapia; introdução à Psicanálise; Ludoterapia e Orientação de Pais; Orientação Profissional; Psicodrama; introdução Teórico Prática; Técnica de Avaliação Psicológica Infantil; Terapia Psicomotora; Uma abordagem Comportamental em Psicoterapia; PMK — Psicodiagnóstico Miocinético; Teste WZT (Wartegg); Teste Z (Zulliger); Avaliação de Desempenho; Dinâmica de Grupo; Técnicas de Recrutamento e Seleção de Pessoal; Epilepsias e Eletroencefalografia; Grafologia; Psicologia e Yoga; Saúde pelo toque — Cinesioterapia aplicada; Uma nova visão da psicoterapia alternativa; Informática aplicada a recursos humanos; Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos; Filosofia da ciência; Psicofarmacologia.

Matrículas e informações: CEAP — Centro de Especialização e Aprimoramento em Psicologia das FMU. av. Santo Amaro, 1239 — São Paulo — Tel.: 240.4499 — ramal 19. Horário: de 2.ª a 6.ª feira, de 08:00 às 22 horas.

Introdução à Teoria e Prática com Grupos

O Centro Internacional de Investigação em Psicologia Social e Grupos — CIR e o Centro de Socioanálise, Instituições e Grupos — CESIG/MG promovem o curso de Introdução à Teoria e Prática com Grupos, de 29 a 22 de novembro, na Associação Médica de Minas Gerais. O curso será sempre às terças-feiras, de 19 às 21 horas, com carga horária de 40 horas.

As inscrições podem ser feitas até o dia 25 de março à rua Tomás Gonzaga, 205 com Mariza pelo tel. 335.3988. Preços: Cz\$ 500,00 inscrição e Cz\$ 2.000,00 mensalidade, reajustáveis no 2.º semestre.





A irreverência diante da vida e da própria morte

Viva Henfil!

Salve o sangue do povo brasileiro!

Crítica, humor e criatividade eram forma de denúncia do cartunista Henrique de Souza Filho, o Henfil. Hemofílico, ele contraiu o vírus da Aids através de uma transfusão sanguínea e denunciou, com sua morte, a 04 de janeiro deste ano, a falta de testes e de fiscalização dos bancos de sangue, expondo ao país o descaso com que é tratada a saúde.

A morte do cartunista também provocou uma ampla divulgação dos riscos de transfusões sanguíneas, desencadeando a obrigatoriedade dos testes através de leis, além de ocasionar o início da fiscalização nos bancos de sangue. Mas a legislação torna-se inútil a partir do momento em que os obstáculos continuam e impedem sua efetivação, como a falta de recursos técnicos e administrativos para a realização dos exames dos bancos de sangue do país.

Enquanto isso, a população, e principalmente os hemofílicos continuam a viver o medo de contágio de hepatite, sífilis, doença de chagas e especialmente Aids, através de transfusões sanguíneas. Foram elaboradas alternativas e criadas leis para solucionar o problema, mas ainda faltam condições para uma ação efetiva no controle e combate desta forma de contágio.

Precariedade

Em Minas, o hemofílico ficou sem atendimento durante quase quatro anos, provocando o deslocamento para o Rio de Janeiro e São Paulo à procura de tratamento. Muitos tiveram que ser levados às pressas para cidades onde tinha o Crio — fração do sangue necessária ao hemofílico. Segundo dra. Ângela Gabriela Naves

Givisiez, que respondeu pelo Hemominas no mês de janeiro, foi a partir do primeiro mês de 1985, com a criação do órgão, que os hemofílicos que saíram em busca de atendimento retornaram ao Estado. Enquanto o órgão estava concluindo sua construção, eles tiveram que se submeter ao atendimento no ambulatório montado no Hospital Alberto Cavalcanti, do Inamps.

Há três anos os hemofílicos passaram a ser assistidos em Minas. Mas somente a 31 de dezembro do ano passado foi criada a lei 9.546 que tornou obrigatório o teste de Aids em qualquer banco de doação de sangue do Estado. Responsável pelo abastecimento de 52 hospitais em Belo Horizonte — 15 da Fhemig, três do Inamps e 34 da rede privada, o Hemominas passou a ter como responsabilidade todos os exames dos bancos de sangue públicos e particulares de Minas. Apesar de contar com a aparelhagem necessária, e com kits suficientes, o Hemominas, passado mais de um mês que a lei entrou em vigor, não pôde iniciar este trabalho. E o motivo é a falta de funcionários nesta unidade da Fhemig.

Quanto à fiscalização, profissionais da Vigilância Sanitária têm sido treinados para atuarem nos bancos de sangue. Será observado se o doador está sendo atendido de forma correta, e se todos os exames estão sendo feitos. A fiscalização contará ainda com a participação da Polícia Federal e com o parecer técnico de um profissional do Hemominas sobre as condições do sangue a ser doado.

O número de pessoas infectadas pelo vírus da Aids por transfusões sangui-

neas no Estado é desconhecido tanto pelo Hemominas quanto pela Vigilância Sanitária. Mesmo assim, a Dra Ângela Givisiez, afirma que o número de casos tem reduzido, justificando que a Aids era uma doença que já existia, estava apenas incubada, e não era conhecida nem pesquisada. "Os hemofílicos contraíram a doença neste período, pois só há três anos a partir de junho de 85 é que o exame anti-Aids passou a ser de rotina", não constando nenhuma contaminação a partir desta data, assegurando ainda que todo hemofílico se submete ao teste três a quatro vezes ao ano.

Técnica individual

O teste anti-aids em pool, sistema pelo qual são testadas cinco amostras de sangue de uma só vez, não é utilizado pelo órgão, apesar deste método reduzir os custos. E o motivo é a falta de segurança deste sistema. Além disso, os kits não têm sido problema para o Hemominas, pois são enviados em número suficiente pelo Governo Federal, que também tem abastecido o órgão com as bolsas para coleta de sangue.

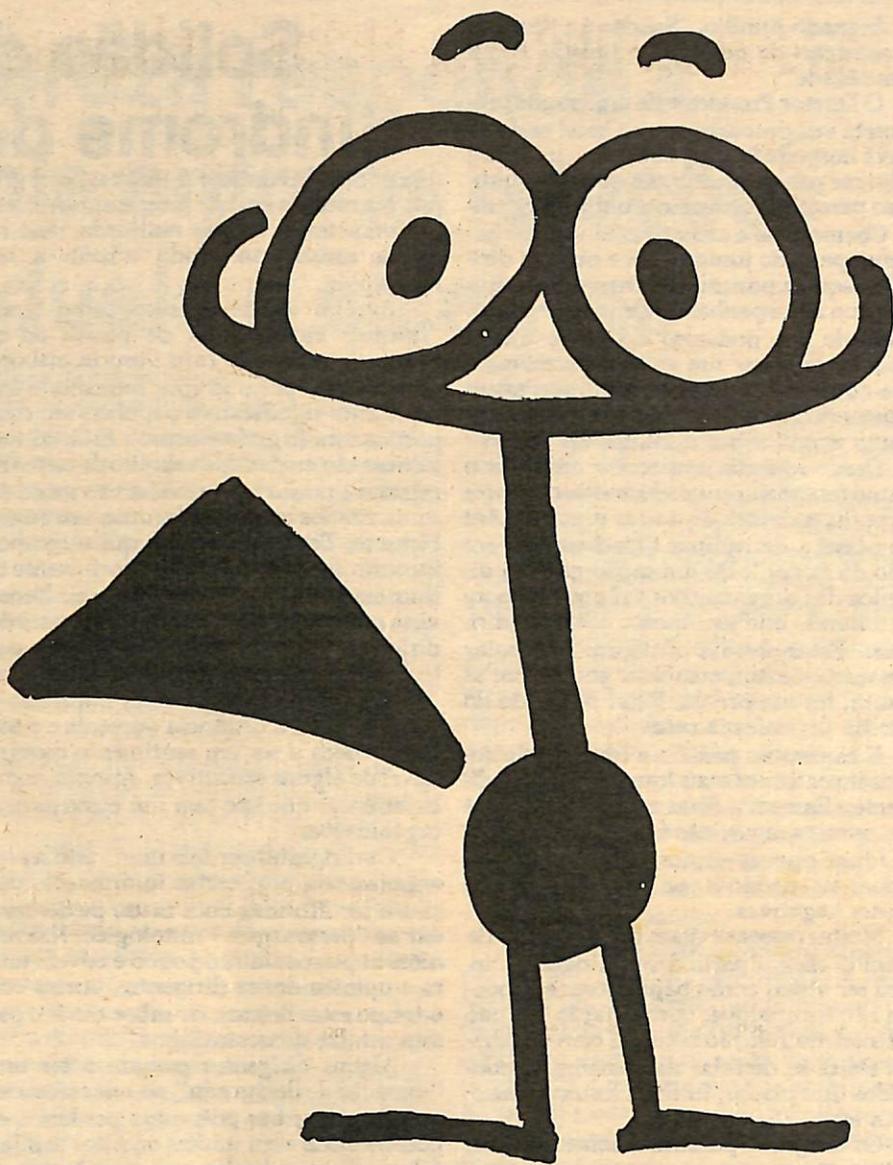
No último levantamento realizado pelo Hemominas, em 1986, 0,39% dos exames Elisa deram resultado positivo. E com o exame confirmatório, Western Blood, 0,01% de positividade foram registradas. Este teste apenas confirma que o doadores tem "anticorpos antivírus", ou seja, que ele já entrou em contato com o

vírus. "Mas isto não quer dizer que ele vai contrair a doença", atesta o chefe do Laboratório de Sorologia do órgão, Caio Júlio César Garcia de Souza.

Medo da Aids afasta doadores

Se o número de doadores já era insuficiente, o medo de contrair o vírus, associado à falta de informação tem agravado ainda mais a situação. Dados da Organização Mundial de Saúde revelam que cada hemofílico precisaria de 30 doadores por mês para sobreviver. No Hemominas, o Crio tem sido insuficiente para atender aos 400 hemofílicos cadastrados. Atualmente, o órgão conta com 3.000 doadores por mês, mas seriam necessárias 12.000 doações para atender a demanda dos portadores desta doença. Doadores receiam contrair o vírus, quando na verdade o risco existe para os que recebem sangue.

O medo de contrair o vírus da Aids tem estimulado muita gente a pensar em auto-hemo-doação. Mas esta opção só é indicada em casos muito restritos, como pequenas cirurgias programadas. A auto-doação só pode ser realizada se forem necessários no máximo 500ml de sangue, pois é o limite permitido por doação. Caso uma pessoa necessite de uma quantidade superior a esta, a auto-doação torna-se impossível, pois o prazo entre uma doação e outra é de dois meses, sendo que o sangue coletado só pode ser armazenado por 28 dias.





Solidão do Poder Síndrome do Executivo

Segundo Aurélio, "Solidão é a situação ou sensação de quem vive isolado numa comunidade".

O Diretor Presidente de um grande grupo certa vez procurou-me no hotel onde eu estava hospedado e me convidou, insistiu e pediu-me para cancelar um outro compromisso para que tomássemos um whisky juntos. Chamou-me a atenção uma vez que havíamos passado juntos o dia e que um dirigente naquela posição não tivesse outra pessoa como acompanhante. De repente, me vi diante de um poderoso executivo alegre (acabara de fazer um vultoso investimento) e ao mesmo tempo sem ter com quem comemorar. Lembro-me que batemos um "longo papo" sobre a solidão do poder.

Desde este dia comecei a observar o mesmo fenômeno em presidentes, diretores e superintendentes de outras organizações que passei a denominar "Síndrome da Solidão do Poder". De um modo geral, a dinâmica das organizações vai pouco a pouco causando este sentimento nos altos dirigentes. Estas pessoas começam a se isolar (almoçar sozinhos, conversar pouco com as pessoas, ter sempre um lugar separado do resto da organização etc).

E as pessoas passam a ter um relacionamento cada vez mais formal com estes dirigentes. Passam a dizer apenas aquilo que estes querem ouvir; não falam de sentimentos, fazem apenas elogios e não apresentam críticas ou sugestões que possam provocar reações negativas.

Muitas pessoas evitam fora da rotina do trabalho chegar perto destes dirigentes, temem ser vistos como bajuladores e procuram não ter qualquer aproximação que não tenha estrita relação racional com o trabalho. Deixa-se de falar de assuntos descontraídos tipo piadas, futebol, assuntos familiares etc.

Os dirigentes paradoxalmente se ligam, muito intimamente a certas pessoas e provocam "ciúmes" e "incompreensão" na Cultura Organizacional. Tenho a impressão que estas ligações são respostas às ne-

cessidades afetivas não satisfeitas pelos grupos. Na medida em que estes executivos vão se distanciando de sua realidade, uma série de mitos vão sendo criados a seu respeito.

Aurélio define o mito como sendo "imagem simplificada de pessoa ou de acontecimento, não raro ilusória, elaborada ou aceita pelos grupos humanos e que representa significativo papel em seu comportamento (o grifo é nosso). Estórias fantásticas são contadas a respeito de certos dirigentes e pouco a pouco eles vão sendo desumanizados e se transformam em Super-Homens. Tenho observado que o comportamento dos subordinados é fortemente influenciado por estas expectativas. Temos visto que a expectativa e valores básicos dos dirigentes são aspectos importantes no controle da dinâmica dos grupos de trabalho.

Na medida em que estes mitos vão se cristalizando, a distância aumenta e a solidão começa a ser um sentimento desagradável de alguns executivos. Aprendi com a experiência que isto tem um custo para as organizações.

Os dirigentes perdem uma *visão real* da organização, pois certas informações passam a ser filtradas com medo de desagradar ao "personagem" mitológico. Nas reuniões as pessoas falam pouco e ouvem muito a opinião destes dirigentes. Assim com o tempo estes deixam de saber ouvir e passam a falar quase sozinhos.

Alguns dirigentes passam a ter uma "sensação de desagrado" no relacionamento com as pessoas pois estas perdem a espontaneidade e em muitas ocasiões se infantilizam, ficam submissas e conseqüentemente pouco agradáveis. Os medos infantis que os seres humanos trazem como constituintes de seu subconsciente são *transferidos* pa-

ra estas figuras de autoridade. Certos comportamentos regressivos aparecem diante destes dirigentes e muitas pessoas se empobrecem racionalmente diante do "ser mitológico", perdem boas idéias, se conformam com as regras e diminuem a criatividade.

C. Argyris analisa um fenômeno semelhante nas Organizações e mostra que quatro pontos são alterados:

- a — Pouca abertura nas pessoas
- b — Falta de feed-back nos vários aspectos do comportamento
- c — Pouca integração entre os dirigentes
- d — Pouca segurança para decidir, aumentando a centralização do processo decisório.

Uma espiral de afastamento se instala, os dirigentes e subalternos se separam cada vez mais.

Já ouvi dirigentes falarem: "eu era mais feliz, quando a empresa era menor", "antigamente meus funcionários eram mais amigos", "eu me sentia melhor com a minha equipe", "quando vou à festa, fico pouco a vontade", "sinto que as pessoas estão sendo falsas diante de mim", etc.

Estes dirigentes que no dia-a-dia já estão sujeitos a altas tensões, perdem pouco a pouco a *segurança efetiva do grupo de referência* e ficam mais tensos e sujeitos a uma série de distúrbios orgânicos (úlceras, problemas de coluna, hipertensão arterial, diminuição da sexualidade, etc).

A necessidade de derivativos para aliviar a tensão destas pessoas tende a ser grande; tabagismo, alcoolismo, excessos gastronômicos, etc.

Não raro as famílias começam a sentir repercussões destas tensões; desentendimentos constantes no núcleo familiar, desadaptação dos filhos, divórcios etc.

Achamos que muitas organizações deveriam aprender a lidar com este sério problema humano: "a desumanização mitológica dos dirigentes".

É necessário que os dirigentes e dirigidos conscientizem-se do problema discutindo e criando ocasiões para que vivências não puramente *racionais* sejam proporcionadas, onde aspectos afetivos e emocionais sejam igualmente desenvolvidos. Pois este distanciamento do poder além do prejuízo na qualidade de vida do dirigente tem também repercussões profundas na motivação dos grupos de trabalho. Estes se sentem despersonalizados no relacionamento com o mito.

Deste modo, os setores de Recursos Humanos têm de procurar mudar esta dinâmica do relacionamento: várias técnicas poderiam ser empregadas: "happy-hour"; encontros informais; seminários de comunicação, enfatizando os seguintes pontos:

- 1 — o *saber ouvir*,
- 2 — "feed-back" sem censura e bem descritivo,
- 3 — abertura pessoal de dirigentes e dirigidos,
- 4 — integração de equipes,
- 5 — trabalhar os *medos infantis* (normalmente isto não é considerado como importante e até mesmo negado como problema) e suas conseqüências na relação aos papéis de autoridade.

Em minha experiência, em alguns casos, tenho trabalhado com grupos de Sensibilização e Seminários de Análise Transacional com grandes resultados para as empresas.

Para que as organizações se tornem menos desumanas e menos alienantes é preciso humanizar o relacionamento entre dirigentes e dirigidos; visando aumentar a eficácia das mesmas, diminuindo a tensão e os desgastes pessoais através de uma relação efetiva mais sadia.

MILTON DE OLIVEIRA
Psicólogo
Consultor Organizacional

"Por uma sociedade sem manicômios"

O II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental realizado no período de 03 a 06 de dezembro do ano passado, em Bauru, significou um grande passo no sentido de garantir ao paciente um atendimento mais humano e menos excludente.

A 05 de dezembro de 1987 aconteceu a primeira manifestação pública organizada no Brasil, pela extinção dos manicômios. Os 350 trabalhadores de saúde mental presentes no II Congresso realizaram passeata pela cidade e distribuíram o "Manifesto de Bauru", atra-

vés do qual eles explicitam a repulsa ao atendimento dos manicômios, responsável pela exclusão do paciente do convívio social.

No Manifesto fica clara a intenção dos trabalhadores de saúde mental em se unir a todos os trabalhadores, tendo em vista que os manicômios são análogos aos mecanismos de repressão usados na sociedade. Para os trabalhadores deste setor, a luta pelo direito de cidadania dos doentes mentais tem o mesmo sentido que os outros direitos mínimos hoje exigidos pela sociedade.

Desta forma, a proposta é que se dê início a um diálogo com a sociedade civil através de grupos populares, movimentos sindicais e entidades para tratar a loucura não apenas como um problema técnico e assistencial, mas principalmente como uma questão política e social.

Entre as decisões aprovadas no Congresso, destaca-se a formação de uma articulação nacional dos trabalhadores de saúde mental, a elaboração de um calendário de ações para 1988 e a ampliação da luta junto aos sindicatos e movimentos populares no sentido do desenvolvimento de uma consciência antimanicomial na sociedade.

Representantes de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Goiás fazem parte desta articulação nacional, que visa levar aos trabalhadores de saúde mental de todo o país as discussões e conclusões do II Congresso.

O primeiro desses encontros, aberto aos trabalhadores do setor, foi realizado no dia 16 de janeiro, no CRP-04. Nesta primeira reunião decidiu-se pela produção de um jornal a nível nacional que terá como título "Por uma sociedade sem manicômios". Através dele as idéias deste movimento serão divulgadas, além de ser articulado o apoio recíproco entre os estados nos momentos de luta pela melhoria do processo de atenção à população nesta área.

Para dar prosseguimento aos objetivos dos congressistas em fazer circular as informações e ampliar as discussões, acontecerá no dia 23 de março, em Brasília, uma manifestação das entidades.

No dia 18 de maio, será organizado em todos os estados o "Dia Nacional Antimanicomial", que será marcado por manifestações contra a exclusão dos loucos e em defesa de seus direitos de cidadania.



Aparentemente não existe uma relação direta entre a questão ambiental e problemas sociais. A poluição do ar e da água, a depredação, o desmatamento e as ameaças de extinção de várias espécies de nossa fauna e flora são consideradas, muitas vezes, o resumo das questões ambientais. Entretanto, este caráter especificamente natural destinado à ecologia e à sua problemática é extrapolado por Cláudio Moreira ex-candidato a deputado estadual pelo PV em 1986, que define o ambiente como a harmonia do físico, do humano e do psicológico.

No meio urbano, por exemplo, e local de trabalho, a casa, e de uma forma mais ampla, o bairro e a cidade, somados às relações sociais, constituem a realidade e o ambiente das pessoas. Dentro deste contexto é que se torna necessário relacionar a questão ambiental com as reais condições de sobrevivência do indivíduo.

O comportamento individualizado tem sido um forte agente na questão ambiental, pois interfere nas relações interpessoais, sociais, econômicas e políticas. Partindo do suposto de que o ambiente é tudo aquilo que faz parte da vida das pessoas, as relações humanas atritosas contribuem para a degradação ambiental, assim como relações harmônicas propiciam um ambiente saudável. Além da instabilidade financeira, do descrédito político, o individualismo e a falta de contato com a natureza são apontados por Cláudio como fatores que contribuem para a dificuldade do relacionamento humano. "Os povos primitivos, por terem uma relação com a natureza, tiveram uma relação humana melhor, com uma consciência de coletividade maior".

A supremacia do individualismo sobre o coletivismo também pode ser percebida na política econômica. Interesses econômicos são priorizados em detrimento da qua-

A natureza responde à desarmonia entre as relações individuais e coletivas

lidade de vida da coletividade. Rejeitos individuais são cotidianamente lançados ao meio ambiente, atingindo a população. É o caso da poluição causada pelas indústrias, que visando o lucro, não se utilizam de filtros; dos escapamentos dos carros que lançam ao meio ambiente gases poluentes, dos esgotos que desembocam nos oceanos, entre outros.

Práticas aparentemente banais como estas podem gerar sérias consequências, pois o meio ambiente tem um limite de absorção dos rejeitos que, quando ultrapassado, manifesta-se como poluição. "A transformação do ambiente não quer, necessariamente, dizer poluição; sua má utilização é que está causando a degradação do ambiente e depredando a qualidade de vida".

A poluição manifesta-se sob duas formas, denominadas por Cláudio como a do subdesenvolvimento e a do desenvolvimento. A primeira é caracterizada pela baixa qualidade de vida, em virtude das condições de sobrevivência. A segunda forma de poluição é causada pela concentração populacional e de agentes poluidores, como é o caso dos centros urbanos.

"E a população carente é a que mais sofre os problemas da questão ambiental". Isto porque, além de terem condições mí-

timas de sobrevivência, elas normalmente moram na periferia, onde as fábricas são construídas. Além disso, os abusos ambientais reduzem ainda mais o lazer das pessoas de baixa renda, já limitado pelas condições financeiras.

A nível político, o incentivo ao individualismo, desencadeado principalmente no período de autoritarismo traz graves consequências para a sociedade. "Antes as pessoas eram induzidas a não falar, mas com o autoritarismo, foram obrigadas a se calar" — o resultado deste período forçado de silêncio, é o grande número de pessoas que se omitem, enfraquecendo o poder de luta e reivindicação da população, propiciando o fortalecimento da política existente.

Diante do grande número de pessoas que formam o exército de omissos, Cláudio evidencia a necessidade de conscientização da população, ao invés da manipulação, tão comum na política brasileira. Segundo ele, a causa ecológica pode ser o caminho para a conscientização, e a partir daí, para a melhoria de vida das pessoas. "Todo processo de mudança depende de uma organização social, de uma relação de grupo, o que é praticamente inexistente no Brasil", ressalta.

Mas a relação entre a política e o ver-

de é motivo de questionamento, pois a questão ecológica é considerada uma causa pura, que não deveria se misturar. Mas a união pode ser compreendida se os problemas sociais forem considerados o elo desta convivência. "Tratar de uma ecologia distante da realidade significa deixar que o espaço seja ocupado por pessoas que mantêm a política desta forma", justifica Cláudio.

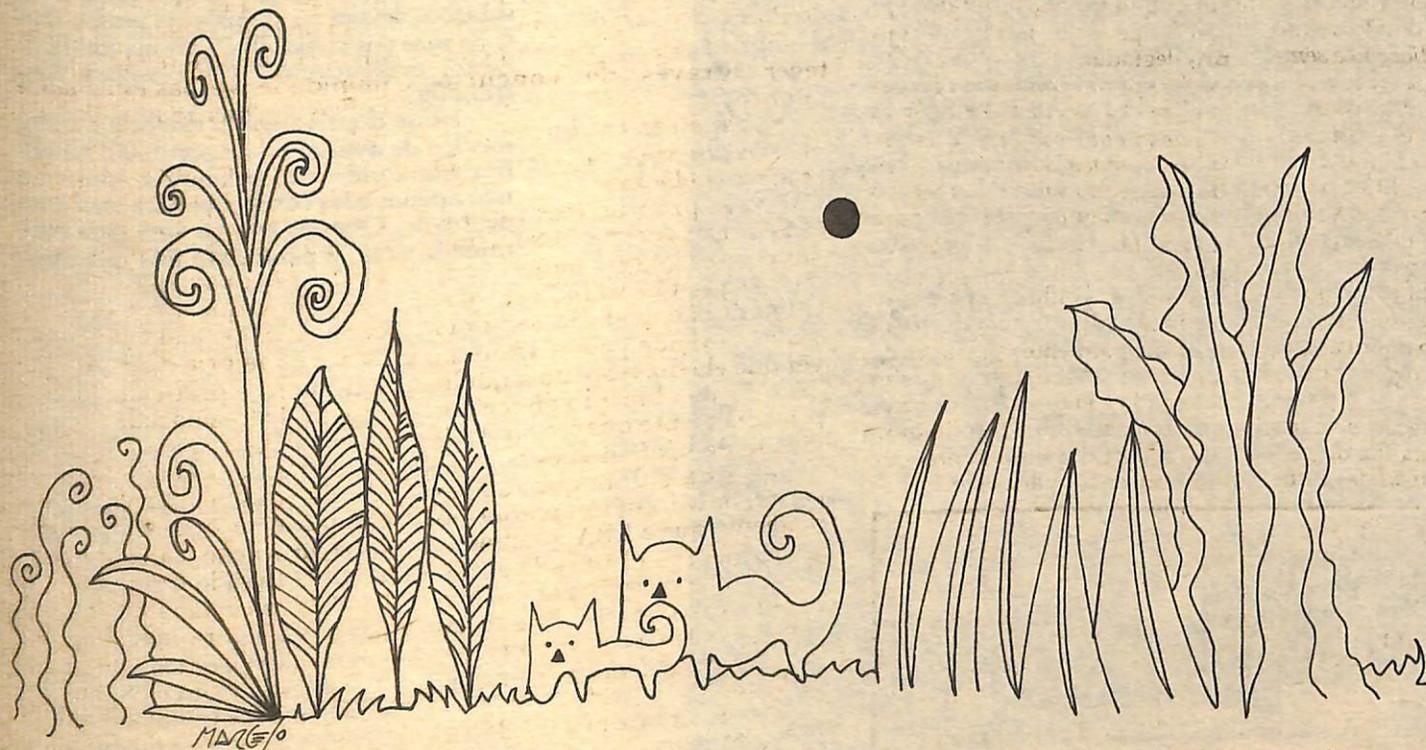
Ele argumenta ainda que "a postura ecológica abrange os problemas sociais, mas a postura social não abrange necessariamente a questão ecológica". É sob esta ótica que a saúde pública é analisada, sendo considerada a soma do meio ambiente ao atendimento médico. Entretanto, a assistência neste setor é caracterizada apenas pelo atendimento, sendo desconsiderada a continuidade das reais condições de sobrevivência da população.

A questão salarial também é apontada por Cláudio como um problema ambiental. Segundo ele, o aumento dos salários, embora necessário e fundamental ao povo brasileiro, não significa aumento de qualidade de vida. "E o motivo é que boa parte da renda vai ser gasta com saúde, porque as pessoas respiram o ar poluído, estão comendo alimentos cheios de agrotóxicos, não têm lazer, e estão com resistência orgânica menor".

Além disso, o aumento dos salários pode representar uma ameaça para a ecologia pois está muito mais vinculada ao consumismo e ao descartável do que às reais necessidades da população.

Independente dos aspectos sociais envolvidos, as entidades e movimentos ecológicos são uma importante frente de luta contra as agressões ambientais. Por serem apartidários, autônomos e independentes, eles estão à vontade para exercerem pressão sobre qualquer grupo que descuide ou ameace o meio ambiente. "Eles podem pressionar qualquer partido que ameace a questão ecológica". O movimento ecológico pode conseguir uma organização à nível geral, ele será mais amplo que o Partido Verde, afirma Cláudio, pois terá uma relação de organização com a sociedade civil. Este, na verdade, deveria ser o papel dos partidos, que são a forma institucional de representação social. Mas como a política brasileira não tem representatividade, uma organização social preencheria o vazio político.

E o fato de o PV ter como causa a questão ecológica não significa, segundo Cláudio, que pretende ser dono dela. Ao contrário, o ideal seria que todos tivessem a causa ecológica como objetivo. E o PV pode representar uma importante fonte de estímulo aos outros partidos. "O verde é uma causa simpática; e se este é um veio de futuro, os outros partidos vão querer se enfiar nesta causa, e levá-la mais à sério".





Armarinho Santo Antônio

Uma atípica e versátil administração empresarial

O Armarinho Santo Antônio Ltda — Asal, empresa atacadista, localizada em Ubá, Minas Gerais, fundada em 1953 por "seu Zequinha", José Antônio Mendes através de seu trabalho de vendedor ambulante, conta atualmente com 647 funcionários, chamados de "asalinos", e tem como filosofia empresarial o entendimento entre empresa e empregados, tornando-se um parceiro dos fornecedores.

Atualmente dirigida por Afonso Ligório Campos Mendes, filho de seu Zequinha, o Asal oferece cerca de 5 mil itens entre agulhas, lanternas, biquínis, brinquedos, utensílios de cozinha, e que abastece 35 mil clientes, sendo que as vendas são realizadas à vista e por isso 55% delas não ultrapassam a quantia de Cz\$5 mil cruzados, que caracteriza um atendimento voltado para micros, pequenos e médios comerciantes.

A teoria administrativa da empresa de cunho essencialmente voltado para a interação entre a família, a religião, a disciplina, implantada pelo "seu Zequinha" e reforçada por seu filho Afonso é incomum. Mas essa filosofia tem dado resultados positivos. Além de ter um recolhimento de ICM superior ao de 649 municípios do Estado, o Asal conta com três unidades coligadas: Asalux, Editora e Publicidade — responsável pela edição do jornal com tiragem mensal de 30 mil exemplares distribuídos gratuitamente entre os clientes; Asacor, Corretora de Seguros e Asalar, Artefatos de Madeira — para atender às necessidades do Armarinho. Além disso, dispõe do UAI — Unidade de Apoio Institucional que ocupa todo um andar do edifício Sulacap, no centro de Belo Horizonte. Seu objetivo é prestar, gratuitamente, apoio material e físico

aos que desejam realizar reuniões, cursos, ou outras atividades, mesmo que não haja relação comercial com o Asal.

E para conhecer de perto o Asal é que o Jornal do Psicólogo através da Jornalista Andréa Rocha Faria e o Conselheiro Efetivo do CRP-04, José Luiz Espíndola foram até Ubá, presenciar o dia-a-dia e ver a estrutura organizacional da empresa e contar como ela funciona desde as primeiras horas do dia.

"Bom Dia", um espaço para discussões e críticas

Discutir problemas financeiros, familiares e de relacionamentos em horário de serviço poderia ser motivo de represálias por parte de chefes e patrões. Mas não é isso que acontece no Armarinho Santo Antônio Ltda — ASAL. Ao contrário, esta prática tem sido incentivada desde 1953 através de "seu Zequinha", José Antônio Mendes. Atualmente as discussões já fazem parte da rotina dos empregados que se reúnem diariamente no "Bom Dia", espaço reservado ao diálogo dos funcionários entre si e com a empresa.

Este é apenas o começo do dia-a-dia vivido no Asal, que é, no mínimo, peculiar. Às sete horas toca a sirene e os empregados se dirigem ao "Bom Dia", onde funciona a cantina. Em poucos minutos um funcionário sobe ao palanque, e de posse do microfone, informa aos colegas sobre os aniversariantes do dia — seguido do tradicional "Parabéns para você", datas comemorativas e avisos diversos.

Com o retorno de Afonso Ligório Campos Mendes, o filho de "seu Zequinha", ao comando executivo da empresa, o "Bom

Dia" foi diferente e coincidiu com o dia em que o CRP-04 realizou a visita.

Ao invés do bate-papo habitual, aquele espaço foi destinado à formulação e exposição de críticas e sugestões ao Asal. Como de costume, no final os funcionários cantam o hino e a oração do Armarinho é lida, evidenciando a filosofia cristã, bem como o incentivo ao patriotismo.

A sirene volta a tocar às nove horas, e os empregados se dirigem à cantina para fazer o lanche que dura exatamente quinze minutos. Assim que termina, Afonso Ligório e integrantes da Diretoria se reúnem com visitantes e representantes comerciais para assistirem ao noticiário da manhã. Após a transmissão, as notícias são comentadas e analisadas pelos presentes. Em seguida, Afonso se reúne naquele dia com os chefes de seção, aos quais é solicitada a busca da satisfação pessoal de seus subordinados, fazendo jus à teoria cristã que pretende incrementar com seu retorno.

Recursos Humanos na filosofia cristã

A administração do Armarinho Santo Antônio tem pouca semelhança com a de outras empresas. O Asal não especula com clientes e nem visa o lucro através do achatamento salarial ou demissões dos empregados. Seu funcionamento é norteado pela filosofia cristã, que tem como objetivo a busca do entendimento com fornecedores, clientes, funcionários e com a comunidade.

O cumprimento da política administrativa da empresa se deve, em parte, aos profissionais que atuam em recursos humanos. A prova disso é o fato de o Colegiado ser

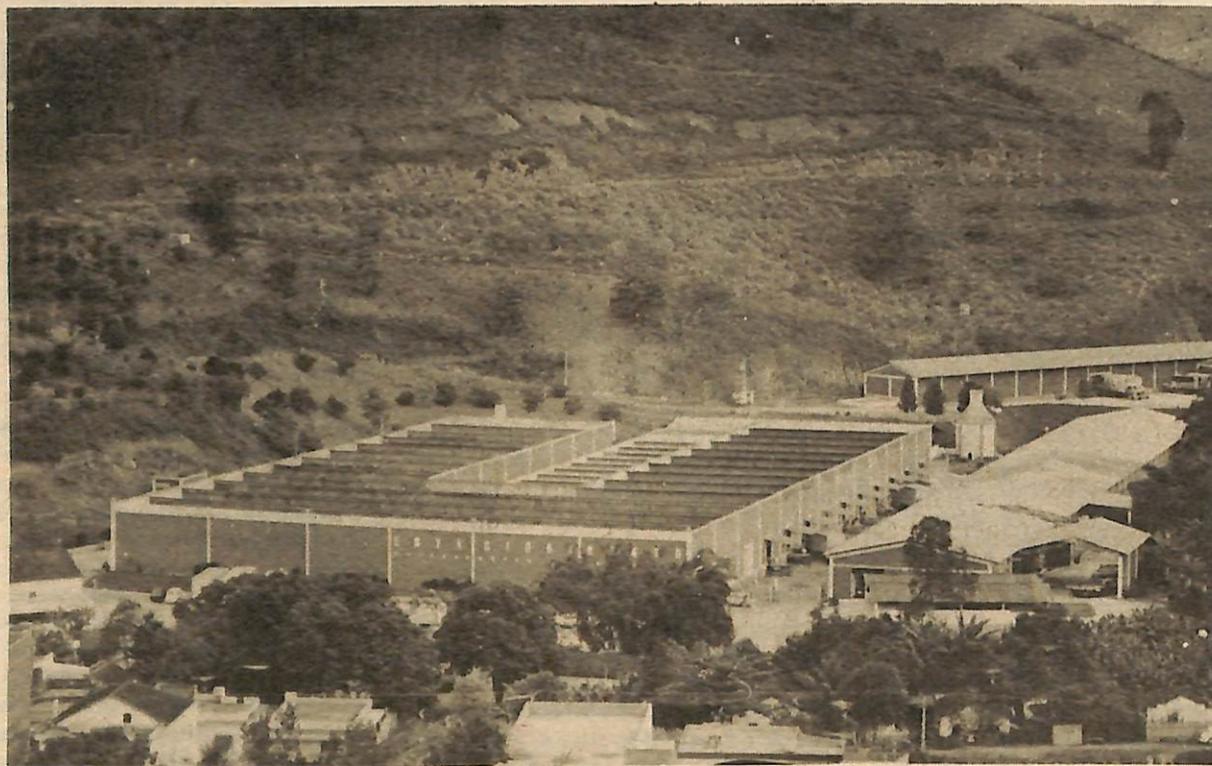
constituído não só pelas diretorias Financeira, Administrativa e Comercial, mas também pela diretoria de Recursos Humanos, sendo esta de responsabilidade do psicólogo José Lincoln de Queirós. Além dele, mais dois profissionais de psicologia prestam seus serviços: José Humberto Ribeiro dos Santos e Vitalina Maria Barroso de Paula, que respondem pelos departamentos de Desenvolvimento de Pessoal e de Bem Estar Social, respectivamente. Eles têm tido condições e respaldo no trabalho desenvolvido, tendo em vista a posição de comando dos Recursos Humanos.

De forma geral, a função da diretoria de Recursos Humanos é planejar, coordenar e supervisionar todas as atividades voltadas para a área, ou seja, o recrutamento e seleção, o treinamento, as negociações trabalhistas de modo geral, a administração de cargos e salários, e principalmente o trabalho do Bem Estar Social, que é essencial segundo a filosofia da empresa.

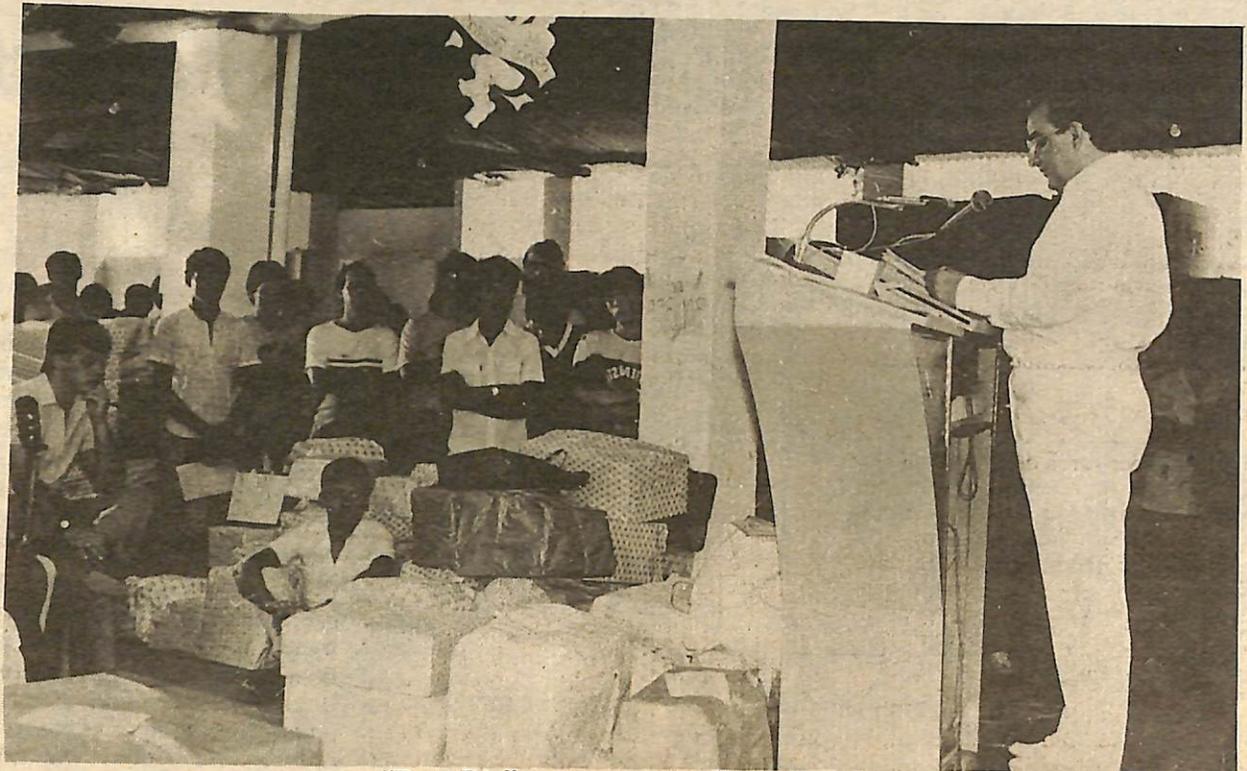
São três departamentos subordinados à diretoria de Recursos Humanos: departamento de Administração de Pessoal, ao qual são vinculados as seções de Registros Funcionais, Registros Financeiros e Cargos e Salários; departamento de Desenvolvimento de Pessoal que engloba as seções de Recrutamento e Seleção e Treinamento; e ainda, o departamento de Bem Estar Social, que abarca as seções de Assistência Médica, Odontológica e Social.

No Departamento de Desenvolvimento de Pessoal o objetivo do psicólogo é compatibilizar a teoria do indivíduo à administração cristã, sem deixar sobressair uma postura paternalista. Isto é feito através do contato direto com os empregados ou por meio das próprias chefias. Este trabalho deverá ser feito em maior profundidade, tendo em vista o "Programa de Integração", preparado para atuar junto à grupos específicos, constituídos por dezoito pessoas. "As soluções devem vir da própria pessoa, diante de suas possibilidades", afirma José Humberto, evidenciando a necessidade desse trabalho.

Nesse departamento também é feito o serviço de avaliação de potencial. Ao avaliar um candidato, procura-se identificar não apenas suas condições para uma única ocupação. Quando não há vaga para determinada área, o candidato fica cadastrado



Vista parcial do ASAL em Ubá



“Bom Dia”, o espaço para discussões

para ser aproveitado por um outro setor que possa necessitar de seu trabalho. “Ao invés de repor o pessoal que sai, o Asal racionaliza seu quadro através do reaproveitamento de seu efetivo”, justifica Lincoln.

Já no departamento de Bem Estar Social, o trabalho da psicóloga Vitalina é o de observar, perceber e analisar comportamentos nos setores de assistência, baseada na filosofia da empresa. Este departamento é considerado fundamental para o Asal justamente por sua prática ser coerente com a teoria cristã.

A melhoria do relacionamento com os empregados tem sido procurada também a nível salarial e através de benefícios. Aos 647 funcionários é concedido o 14º salário, e aos que completam cinco anos de serviço na empresa, 15º salário. Além disso, eles contam com assistência médica gratuita e odontológica a preços irrisórios.

Em caso de dificuldades financeiras, os “asalinos” recorrem à Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo aos colaboradores do Armarinho Santo Antônio que concede empréstimos a juros mínimos. Os recursos para sua manutenção são dos empregados associados, mas os custos com o pagamento do funcionário e com o material e salas para seu funcionamento ficam a cargo do Asal. Os funcionários têm para seu lazer o UFA — União da Família Asal, clube recreativo dirigido por eles e mantido pela contribuição mensal descontada em folha de pagamento.

Parceiro

A relação com a empresa atacadista é vantajosa para os fornecedores industriais que conseguem distribuir volumes, mesmo que reduzidos, de suas mercadorias às localidades que dificilmente seriam atendidas, e aos clientes, que são abastecidos por uma variedade de produtos. Além disso, as vantagens obtidas pelo Armarinho junto aos fornecedores lhes são repassadas. Os clientes podem contar ainda, com a garantia de qualidade dos produtos comercializados. É que o Asal indeniza o comprador com o preço da época em que a devolução foi efetuada, caso um produto apresente algum defeito.

Sob a ótica de Afonso Ligório a fórmula para o crescimento de uma empresa não é a estratégia especulativa e exploratória, e sim o trabalho sério, onde a busca da perfeição deve ser uma constante. “A empresa tem que sobreviver, mas sem relacionamento entre as pessoas, não haverá lucro. Ela pode sobreviver mais tempo com um bom relacionamento sem lucro do que sem relacionamento com lucro”.

“Este é... Afonso Ligório”

Surpresa. Esta sensação é inevitável quando se visita o Armarinho Santo Antônio. O primeiro impacto é causado pelas dimensões da empresa, pois pelo nome imagina-se uma portinha de garagem que sobrevive vendendo aviamentos para a população local.

Acostumar com as proporções do Asal até que é fácil. O difícil é compreender a diferença entre esta empresa e as demais. O próprio espaço físico é incomum. O galpão onde é realizado o “Bom Dia”, por exemplo, parece mais com um local apropriado para a celebração de uma missa do que para uma conversa informal. E nas paredes lê-se com nitidez a letra do credo e do hino asalino.

Percorrendo as instalações do Asal, intensifica-se a impressão de que religião e trabalho se misturam. Os corredores e salas são decorados por quadros, posters, imagens e dizeres característicos da fé cristã. O destaque é para a expressão “A caminho da perfeição”, estrategicamente colocada no alto do galpão em letras realmente grandes.

Mas o pitoresco tomou lugar quando Afonso Ligório, em determinado momento da entrevista que concedia ao Jornal do Psicólogo, perguntou aos presentes se gostariam de ouvir uma música. Como a resposta foi afirmativa, ele levantou e providenciou para que a mensagem tomasse conta do ambiente. “Porque é tempo, tempo urgente de paz. E a gente já sabe que a paz é a gente que faz”. Este é o refrão. Detalhe: Afonso, entusiasmado, cantou acompanhando a canção.

Para entender a personalidade de Afonso, o melhor seria conhecê-lo, mas se isto é impossível, o indicado é ter às mãos o “Este é ... Afonso Ligório Campos Mendes”, folheto constituído por orações, entre elas o credo asalino “A caminho da perfeição” e “Oração de um chefe de empresa”. O conteúdo desse material é finalizado com um desafio: “Agora que você conhece, pode cobrar”.

A importância em conhecer a personalidade de Afonso é justificada: Se cumprir o prometido, ele irá, em breve, candidatar-se à Presidência da República.

Andréa Rocha Faria

A teoria “Z”, de “Zequinha”

A mesma dificuldade que um químico enfrenta ao isolar os diversos elementos de uma molécula, um cientista social teria para identificar qual a teoria de administração utilizada pelo Armarinho Santo Antônio. As primeiras experiências de Taylor e Fayol e os modernos conceitos da administração japonesa, passando pelas teorias das escolas contemporâneas, estão presentes na forma peculiar ditada pelo “seu Zequinha” e assimilada, e até aperfeiçoada, pelo filho Afonso.

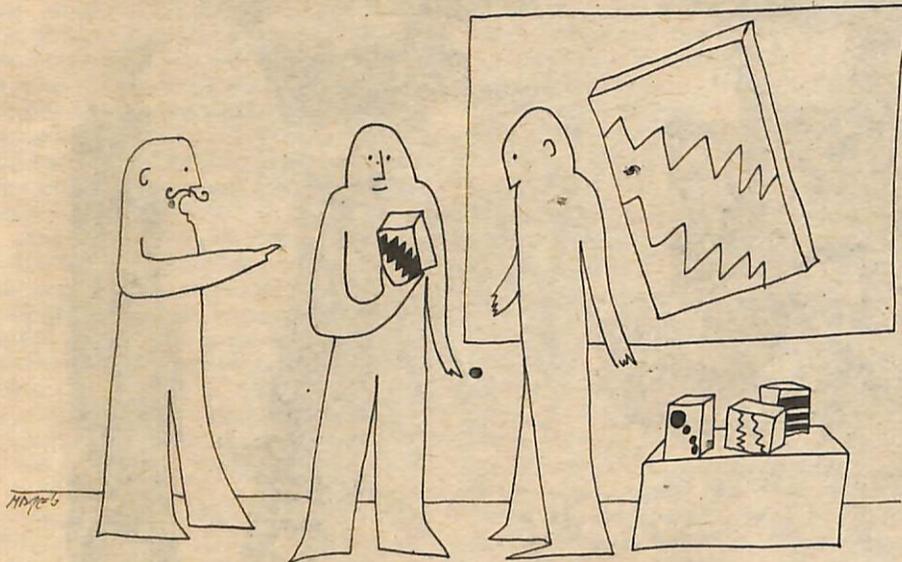
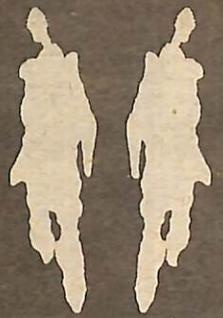
A estas teorias, adiciona-se uma pitada de culto à personalidade dos dirigentes e uma boa dose de religiosidade, e temos a mais surrealista administração de recursos humanos de que se tem notícia. Por exemplo: o cumprimento de horários rígidos e a total obediência ao chefe se contrasta com a mais democrática participação no “Bom Dia”, um espaço aberto de caráter coletivo, sem restrição alguma.

Da mesma forma, o paternalismo ditado pelas prioridades da empresa — em primeiro lugar, o empregado; em segundo, a família do empregado; em terceiro, a comunidade — se materializa, na prática, em uma grande estrutura de recursos humanos, formalizada em uma das quatro Diretorias executivas da empresa, e que presta inclusive, assistência psicológica aos empregados, dentre uma série de outras atividades.

Além disso, as estratégias econômicas da empresa são, no mínimo, incomuns para um atacadista: O Armarinho não tem pedido mínimo, mas tem pedido máximo, e vende tanto os produtos de giro rápido, quanto os de “encalhe”.

Como se vê, a Teoria “Z”, do “seu Zequinha”, é a mais moderna versão da administração brasileira, bem tupiniquim.

José Luiz Espíndola
Conselheiro Efetivo do CRP-04



Um anúncio da psicologia: publicidade à vista

A publicidade como campo de atuação para o psicólogo é mais um espaço existente no mercado mas que exige outras capacitações técnicas, principalmente na área de comunicação. Entretanto, a publicidade apontada como um campo de atuação profissional pela pesquisa o "Perfil do Psicólogo e suas Potencialidades", realizada pelo CRP-04, pode e deve ser trabalhada para atingir em médio e longo prazo, índices satisfatórios, uma vez que o setor tende a se expandir.

Atualmente, a atuação do psicólogo na publicidade/propaganda se restringe à pesquisa e à testes de campanhas ou anúncios, atividades não muito trabalhadas pelas agências, apesar da pesquisa ser de

vital importância para caracterizar o mercado e definir o perfil do consumidor a que se propõe.

As justificativas para não se ter estes setores, de pesquisa e testes nas agências, estão fundamentalmente ligados às questões financeiras delas que em sua maioria são de porte médio. Está constatado que somente as agências nacionais de grande porte têm condições de manter um departamento de pesquisa, mesmo assim com uma participação muito restrita do psicólogo, como pode se ver na MPM Propaganda de São Paulo, que conta com um profissional de planejamento e um de psicologia para fazerem análise dos dados no departamento de pesquisa. Mesmo as-

sim, a atuação do psicólogo neste caso não é como profissional de psicologia apesar de seus conhecimentos o habilitar para o exercício neste setor.

Mas as opções de atuação se voltam, de maneira indireta, para as empresas especializadas que atendem as agências de menor porte, onde a participação do psicólogo na pesquisa é requisitada. A outra se dá através dos pré-testes, método utilizado pelas agências americanas, mas pouco praticado no Brasil. Este sistema visa conhecer, através de um público reduzido, as possíveis reações do consumidor diante de um produto ou anúncio.

O psicólogo por ser um profissional que estuda e trabalha com o comportamento humano, tem embasamento teórico e prático para analisar os dados coletados e oferecer subsídios à criação para a elaboração de uma campanha ou peça publicitária. Muitas vezes, o que ocorre é que as informações sobre o produto, público-alvo e mercado chegam à criação de forma dispersa, sendo necessária uma análise detalhada para determinar o ponto a ser abordado e destacado na comunicação. Reforçando esta tese dentro da pesquisa, Daniel Freitas, diretor de criação da DNA Propaganda, diz que embora os dados estatísticos de uma pesquisa propiciem uma leitura inicial, seria necessária uma filtragem, feita por um profissional de grande sensibilidade: "acredito que se fosse o psicólogo, ele teria uma bagagem de formação teórica para fazer essa filtragem com mais precisão". Porém adverte, "que para este tipo de trabalho, apenas a formação profissional não é suficiente. É necessário aperfeiçoar e adquirir conhecimentos de outros setores de comunicação" concluiu.

Já para o pré-teste, Daniel Freitas exemplifica com uma experiência de trabalho que não só deu certo como foi premiada até internacionalmente: a criação do comercial realizado pela DPZ para a cerveja Kaizer. Desenvolvido dentro de um banheiro, este comercial, bastante audaciosos, foi submetido ao pré-teste em Belo Horizonte. Foram selecionados pessoas dentro do segmento que interessava, principalmente aquelas que pudessem fazer alguma restrição. Desconhecendo a avaliação, estas pessoas tinham suas reações observadas e seus comentários gravados durante a transmissão do filme. Es-

se foi um trabalho total de psicologia, desde a seleção das pessoas até a análise e avaliação de seu comportamento, afirma Daniel Freitas. O responsável pela MPM Propaganda de Belo Horizonte, José Eduardo Meira é da mesma opinião: "é de vital importância que as pessoas que estão sendo testadas sejam acompanhadas por um profissional de psicologia".

Esta visão porém de que o espaço do psicólogo nas agências está limitado a sua atuação na pesquisa e no pré-teste é contestada por Orlando Junqueira, ex-proprietário da extinta Star Light. Para Orlando, a participação do psicólogo na agência é muito importante. O problema é que elas não pensam no psicólogo como uma essencialidade, como consideram e avaliam o profissional da criação e do contato basicamente.

Esta tese da necessidade do trabalho do psicólogo nas agências defendida por Orlando Junqueira baseia-se em sua experiência como proprietário da Star Light, quando trabalhou com um sociólogo e um psicólogo. E na condição de seu amigo, o psicólogo Domingos Gandra prestou seus serviços a Star Light, e que na opinião de Orlando Junqueira com grande eficiência pois, as propostas apresentadas pelos criadores eram avaliadas e suas conseqüências previstas.

Esta experiência para Daniel Freitas, que trabalhava na agência na ocasião, teve alguns aspectos positivos e outros negativos. Na fase em que eram detectadas as formas de atingir o público-alvo, a participação do psicólogo era importante. Mas na fase em que o psicólogo atuava como avaliador do trabalho, adverte Daniel, muitas vezes deixou projetar uma espécie de cientificismo, o que prejudica a comunicação, porque o elemento a ser analisado é absolutamente ponderável, difícil de apurar.

De uma forma ou de outra pode-se constatar que o espaço do psicólogo na publicidade, sob os aspectos estruturais e funcionais são mais exigentes e restritivos. Mas Daniel acredita que as agências de publicidade/propaganda ainda não descobriram a utilidade do psicólogo neste setor, e que também o próprio profissional de psicologia ainda não tenha se interessado por este segmento da publicidade e propaganda porque tem outras prioridades, outros interesses.

Editorial

A epidemia foi inicialmente descrita no final dos anos 70 nos Estados Unidos, quando tipos raros de câncer e infecções incomuns, começaram a aparecer em homossexuais masculinos. O quadro clínico estava associado à deficiência significativa do sistema imunológico e, por isto, foi denominada (em 1981), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS).

Até o final de 1981 a doença havia sido diagnosticada apenas em homossexuais ou bissexuais masculinos, dando a impressão de que a AIDS era exclusiva deste grupo. Em 1982, os primeiros sinais de pânico começaram a atingir os serviços de saúde: o número de casos estava aumentando geometricamente (caracterizando uma epidemia) e a doença apareceu em mais dois grupos (hemofílicos e usuários de drogas endovenosas). Este padrão caracterizava a presença de um agente infeccioso e, além disto, a doença estava afetando os grupos mais vulneráveis à infecção pelo vírus da hepatite B (doença virótica considerada também como risco ocupacional para pessoal de saúde).

Com o decorrer do tempo, o vírus da AIDS/SIDA, hoje chamado HIV (vírus da imunodeficiência humana) mostrou-se menos contagioso que a hepatite B, sendo incapaz de penetrar pele íntegra ou a mucosa digestiva ou do trato respiratório. Desta maneira a AIDS não é transmitida por beijo nos lábios, tosse ou por alimento preparado por indivíduo infectado. É claro que no início (1981-1982) não se tinha conhecimento destas características. Com o número de casos dobrando a cada seis meses, o pessoal de saúde em contato direto com os pacientes tornou-se cada vez mais preocupado com sua segurança e obviamente, este temor passou rapidamente para a população como um todo.

Na verdade, a AIDS/SIDA assusta: é incurável, letal e tem se expandido em ritmo ameaçador. Entretanto, o pânico e os preconceitos sobre a doença tem se espalhado mais rapidamente que a mesma. Hoje, com mais de setenta mil casos conhecidos

mundialmente (mais de 2400 no Brasil), já se pode afirmar com certeza muitas coisas sobre o vírus, a infecção, as vias e os riscos de contaminação. Entretanto, apesar de tudo isto, o preconceito, medo e desinformação continuam grassando não só na população geral, mas também entre os profissionais de saúde.

Continua difícil o atendimento, avaliação e tratamento (ambulatorial ou hospitalar) de pessoas infectadas pelo HIV. No segundo semestre de 1987, o Simpósio de Ética e AIDS, patrocinado pelo CRMMG, Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da UFMG e Associação Médica de Minas Gerais lançou a semente do que hoje começa a frutificar como o primeiro posicionamento comum de todos os Conselhos frente à síndrome. Uma comissão de ética foi estabelecida com dois membros de cada Conselho ligado à saúde: Assistentes Sociais, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Medicina e Psicologia para agilizar o enfrentamento desta síndrome. Por esta razão, torna-se importantíssimo o esforço dos Conselhos ligados às atividades de saúde de definirem riscos e estabelecerem as normas para que os profissionais enfrentem com tranquilidade, segurança e ética os problemas relacionados com esta síndrome.

Os problemas éticos trazidos à tona por esta doença espelham nossa dificuldade em lidar com morte e sexo, binômio intimamente relacionado com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Os preconceitos contra os grupos populacionais mais atingidos (homossexuais e bissexuais masculinos) se expressam com toda a intensidade. O desconhecimento da população frente à situação nova, a incapacidade da ciência ortodoxa, tradicional em dar resposta à chamada Peste do Século XX, tudo serve para dificultar o enfoque isento a mais uma doença infecto-contagiosa (por sinal, bem menos contagiosa que a Hepatite B, por exemplo). O que se vê hoje é o alastramento do fogo, do pânico, alimentado por informações (ou desinformações) sensacionalistas e pouco sérias, discussões tangenciais que, muitas vezes esquecem o doente, associado à incapacidade (e até descaso) de se enfrentar profissionalmente qualquer problema de saúde pública no Brasil.

Este Número Especial do Jornal dos Conselhos, descreverá os riscos da infecção, as maneiras de

prevenção, situação atual de patologia em Minas Gerais e no Brasil e faz recomendações sobre a postura ética dos diversos profissionais frente aos indivíduos infectados pelo HIV.

Transmissão por HIV

Maneiras de transmissão:

Como já mencionado anteriormente, com mais de 70.000 casos de AIDS notificados em todo o mundo, muito se sabe sobre o vírus, a infecção, as vias e os riscos de contaminação. O HIV se transmite quase, exclusivamente, por três vias: 1. Sexual (a mais comum); 2. Pela inoculação ou transfusão de sangue (ou subprodutos) infectado (poderia ser chamada de via "acidental"); 3. Da mãe infectada para o feto ou recém-nascido. Além destas vias, o vírus pode ser transmitido por inseminação artificial (sêmem infectado) ou transplante de órgãos de indivíduos infectados. Apesar de todos estes dados acima, corroborados por estudos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, uma razoável parcela da população (e de pessoal de saúde) continua sem se convencer. Ainda se teme que o contato casual com paciente portador do HIV (aperto de mão, tosse, espirro, contato com copos e talheres, trabalhar no mesmo ambiente) possa transmitir o vírus. O internamento destes pacientes pode levar o hospital a pânico descabido; o mesmo acontece com a volta de um paciente com a síndrome ao seu trabalho. Em resumo, ansiedade e medo com relação à SIDA/AIDS tornaram-se epidêmicos. Como em outras doenças epidêmicas, o desconhecimento e o preconceito explicam em parte esta postura. Por esta razão, a avaliação judiciosa do que se conhece sobre a doença e, mais importante ainda, a divulgação em todos os meios de comunicação poderão reverter o espírito atual. Vale a pena enfatizar o paradoxo total da situação do paciente infectado frente ao pessoal de saúde: Antes do diagnóstico o

indivíduo infectado é risco mas não é problema; em outras palavras, pouco cuidado se toma com seu sangue e pouco cuidado ele tem em relação às atividades sexuais. Por outro lado, no momento em que o diagnóstico da infecção se estabelece, o indivíduo deixa de ser risco (ou seja, já sabemos as maneiras de contaminação e com o diagnóstico estabelecido esta é facilmente evitável) e transforma-se em problema (quer dizer, a partir deste momento os preconceitos aparecem e esta pessoa tem todos os seus caminhos tolhidos).

Os riscos de infecção

Os riscos de infecção para o pessoal de saúde em relação ao HIV são extremamente baixos, principalmente se as condições básicas de controle de infecção estiverem estabelecidas. Isto pode ser considerado como um subproduto positivo do aparecimento da AIDS — os profissionais de saúde e a população geral estão agora tomando mais cuidados frente ao contato com sangue, produtos de sangue e o uso de material descartável (ou esterilizado). No conjunto da literatura mundial, cerca de dois mil profissionais da área de saúde em contato com pacientes com AIDS foram estudados nos Estados Unidos e na Europa. Somente quatro apresentaram sorologia positiva para o HIV que não pudesse ser atribuída a outro risco (uso de drogas endovenosas e/ou contato sexual com pessoa infectada) que não o ocupacional. No Brasil, em São Paulo e Belo Horizonte foram estudados cerca de 70 profissionais de saúde em contato com pacientes com AIDS ou material biológico provenientes destes pacientes: nenhum deles apresentou sorologia positiva para HIV. Desta maneira, apesar de toda a preocupação com a possibilidade de transmissão do HIV para pessoal de saúde, os riscos são muito baixos. Estima-se que a transmissão por acidente com agulha contaminada esteja abaixo de 0,5%, enquanto o risco de transmissão de hepatite B em

caso semelhante pode chegar a 30%. Assim, as recomendações hoje aceitas para pessoal de saúde lidando com indivíduos infectados por HIV são semelhantes àquelas recomendadas para a infecção pelo vírus da hepatite B, ou seja, cuidados com secreções. O QUADRO 1 enumera as recomendações para se prevenir infecção por HIV (e outras doenças transmissíveis pelo sangue) para pessoal de saúde.

Quadro 1

PESSOAL DE SAÚDE E INFECÇÃO POR HIV

1. Objetos Cortantes (agulhas, bisturis) devem ser considerados como potencialmente contaminantes e devem ser manuseados com extremo cuidado;
2. Agulhas e outros materiais descartáveis devem ser colocados em vasilhames resistentes (rígidos), para diminuir o risco de acidente, as agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa. Antes de serem jogadas fora, elas podem ser descontaminadas em solução contendo hipoclorito de sódio a 1% glutaraldeído a 2% ou etanol a 25%.
3. Sempre utilizar luvas quando houver a possibilidade de contato direto com sangue ou outras secreções (contato direto com mucosas ou com pele não íntegra). Pessoal de saúde com lesões exsudativas ou solução de continuidade na pele deve evitar contato direto com pacientes infectados;
4. Quando houver procedimentos invasivos (cirúrgicos, obstétrico, dentário) as precauções devem ser maiores. Utilizar máscaras, óculos e capote em qualquer situação onde possa ocorrer aerolização ou extravasamento de secreções;
5. Lavar as mãos após retirar as luvas, antes de sair do local de contato com o paciente (seja o quarto ou o local de procedimentos especializados). Lavar intensivamente as mãos se houver contato direto com sangue;
6. Para minimizar a necessidade de manobras de ressuscitação boca a boca, ter à mão equipamentos para este fim (Ambu);
7. Mulheres grávidas não correm risco maior de infecção que as não grávidas; entretanto, pelos riscos de transmissão perinatal, as grávidas devem conhecer bem os métodos de prevenção de infecção pelo HIV no local de trabalho.

A epidemia no Brasil

O primeiro caso de AIDS/SIDA foi diagnosticado no Brasil em 1982 e, até dezembro de 1987, o número de casos notificados atingiu 2458; com 53,6% de letalidade (1319 óbitos).

Em números absolutos o Brasil ocupa o quarto lugar no mundo (EUA, França, Uganda). Por outro lado, a prevalência total permanece baixa para o país (em torno de 17 casos/milhão), embora a prevalência em São Paulo (48 casos/milhão) e no Rio de Janeiro (37,2 casos/milhão) estejam acima da Holanda (5º país da Europa em casos de AIDS). Transmissão sexual é responsável por 76,4% dos casos (70,8% entre homo e bissexuais masculinos) e transmissão sanguínea por outros 15,4%; em 7,4% não se identificou o modo de transmissão e 0,8% perinatal. Em Minas Gerais, o primeiro caso surgiu em 1983. Em fevereiro de 1987, 4 anos depois, já havia 41 casos confirmados (2,6 casos/milhão), embora a prevalência em São Paulo (48 casos/milhão) com letalidade de 58,4% (52).

Embora os grupos populacionais mais atingidos sejam muito semelhantes àqueles dos Estados Unidos e da Europa, existe a chance da epidemia se difundir de maneira diferente no Brasil. Temos muitas semelhanças com a África: clima, existência de doenças tropicais e fatores sócio-econômicos.

GRUPOS POPULACIONAIS MAIS ATINGIDOS EM MINAS GERAIS (89 CASOS ATÉ DEZEMBRO DE 1987)

| | |
|--------------------------|-----|
| Homossexual masculino... | 59% |
| Bissexual masculino..... | 25% |
| Toxicômano..... | 7% |
| Hemofílicos..... | 3% |
| Politransfundidos..... | 3% |
| Não definido..... | 3% |

JORNAL DOS Conselhos

Expediente:

Editado pelos Conselhos de Assistentes Sociais, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Medicina, Odontologia e Psicologia.

Editores / Jornalistas Responsáveis:

Gláucia Stela Albernás Borges — MtbMG-2595

Andréa Rocha Faria

(Assessoria de Comunicação Social do CRP-04)

Diagramação:
Rogério Miranda — MtbMG — 3761

Projeto Gráfico:
Janela Gráfica

Impressão:
S/A. Estado de Minas

Tiragem: 59.000 exemplares

Atuação da Assistência Social

A preocupação inicial do Assistente Social inserido na prevenção e combate à Aids, deverá estar sempre voltada para os princípios que fundamentam sua atuação profissional em relação a todo tipo de atendimento, abordagem e postura dos profissionais da área de saúde, principalmente ao atuar com os pacientes infectados e portadores da doença, bem como sua família e comunidade.

O preconceito, estigma e a desinformação em relação à Aids existem, não só por parte da população como dos próprios profissionais de saúde, o que deve ser considerado. Neste sentido, um trabalho interdisciplinar torna-se necessário visando a troca de informações para fundamentar teoricamente a atuação que poderá extrapolar o atendimento individual ao paciente, abordando sua família, grupos sociais e comunidade.

Nos serviços de saúde que prestam tal atendimento é importante que a preocupação seja sempre em superar a fragmentação do trabalho, visando um atendimento global à clientela, seja o paciente ou a comunidade em que o serviço está inserido.

No exercício profissional é de competência do Assistente Social nortear seus princípios profissionais no Código de Ética. Especificamente neste tema, cabe salientar que constitui atitude ética do Assistente Social:

- Desempenhar suas atividades profissionais, com observância da legislação em vigor;
- Devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos sujeitos sociais envolvidos, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos interesses da classe trabalhadora;
- Democratizar as informações disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação social dos usuários.

DO SIGILO PROFISSIONAL:

- Discutir com os usuários seus direitos e os mecanismos a serem adotados na sua efetivação e em novas conquistas;
 - Refletir com os usuários os limites de sua atuação profissional para dimensionar as possibilidades reais de sua prática no encaminhamento das lutas conjuntas, bem como identificar os mecanismos de superação dos mesmos;
 - Contribuir para que os usuários utilizem os recursos institucionais como um direito conquistado pela classe trabalhadora;
 - Criar, na discussão conjunta, mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários para agilizar e melhorar os serviços prestados;
 - Discutir com os usuários sobre a utilização dos recursos sociais, para evitar deslocamentos na busca de atendimento às suas necessidades.
- É VEDADO AO ASSISTENTE SOCIAL:

- Exercer sua autoridade de forma a limitar ou cercear o direito de participação e decisão dos usuários;
- Bloquear o acesso dos usuários aos serviços sociais oferecidos pelas instituições através de atitudes que venham coagir e/ou desrespeitar aqueles que buscam o atendimento de seus direitos sociais.

Assistência da Enfermagem

Com o rápido crescimento do número de casos de Aids no Brasil, assistir à pessoa com a síndrome tornou-se um problema atual de enfermagem. O enfermeiro, enquanto co-responsável pela assistência a tal paciente, precisa acompanhar os avanços científicos à respeito da doença, rever procedimentos e rotinas, implantar medidas de controle eficazes no sentido de promover mudanças de atitudes dos membros da equipe de enfermagem, preparando-os técnica e

emocionalmente para prestar assistência. É necessário que a equipe de enfermagem seja conscientizada da responsabilidade que tem na assistência e do reflexo de suas atitudes e posturas frente à morte, à discriminação e ao preconceito que envolve a doença, devido à grande proximidade com o paciente e família. É relevante reforçar não só para a equipe de enfermagem, mas para todo profissional da área de saúde, a preservação do sigilo profissional. Sendo o profissional de enfermagem aquele que presta todos os cuidados ao paciente, desde os mais simples aos mais complexos, é ele que corre o maior risco de entrar em contato com material contaminado. Diante disso, o enfermeiro deve assumir o planejamento, a orientação e a supervisão de todos os procedimentos de enfermagem, visando a segurança do paciente e da equipe que o assiste.

CUIDADOS BÁSICOS AO PACIENTE COM AIDS

- **Quarto Privativo:** Recomendável. A porta deve permanecer fechada. O quarto deve ter banheiro com pia e o mínimo possível de mobiliário. Os pacientes que tiverem as mesmas infecções oportunistas diagnosticadas poderão compartilhar o mesmo quarto, desde que não haja fatores contrários ou agravantes. Recomenda-se o máximo duas pessoas por quarto.
- **Uso de luvas descartáveis:** Obrigatório sempre que for manipular o paciente e sempre que se entrar em contato com sangue, secreções e excreções.
- **Avental:** Obrigatório na manipulação do paciente, sangue, excreções e secreções.
- **Mãos:** Devem ser lavadas antes e após a manipulação do paciente. Ao retirar as luvas, lavar com água e sabão.
- **Máscaras:** Não devem ser usadas de rotina. Usar apenas quando o paciente estiver em isolamento respiratório, na presença de tosse persistente e durante a aspiração. O uso de máscara pelo paciente deve ocorrer quando tiver com tosse persistente e necessitar sair do quarto para realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.
- **Proteção para os olhos (óculos):** Deve ser usada em situações onde seja provável a contaminação dos olhos com sangue ou outros líquidos corpóreos.
- **Transporte de sangue e objetos contaminados:** Amostras de sangue e outros materiais devem ser identificados claramente com "Cuidado Especial". As amostras, objetos contaminados com sangue ou

outros materiais biológicos devem ser colocados em duplo saco ao ser transportado.

- **Sangue derramado:** Deve ser limpo imediatamente com a solução de hipoclorito de sódio a 1%.
- **Objetos descartáveis:** Devem seguir a técnica de duplo saco e serem enviados como lixo hospitalar para incineração.
- **Agulhas e seringas:** Devem ser necessariamente descartáveis. Agulhas não devem ser entortadas ou reinseridas nos protetores (para evitar possíveis acidentes) e devem ser descartadas em local apropriado resistente à perfuração pela agulha.
- **Em procedimentos cirúrgicos:** É recomendado o uso de luvas e proteção para os olhos.
- **Tecidos, roupas e outros:** Quando sujas com material biológico devem ser manipuladas com a mínima agitação possível, acondicionados em duplo saco, rotulados devidamente e encaminhados à lavanderia.
- **Equipamentos e artigos:** Se utilizados durante o tratamento do paciente, especialmente os de assistência ventilatória, deverão ser de uso exclusivo e deverão ser submetidos aos procedimentos adequados de desinfecção ou esterilização ao final do tratamento.

Cuidados da Farmácia

Os profissionais de Farmácia devem observar as normas técnicas para a manipulação de material em laboratório para prevenção contra quaisquer doenças infecto-contagiosas, inclusive em relação ao vírus da Aids, observando as seguintes medidas:

CUIDADOS TOMADOS POR QUEM EXECUTA A VENIPUNÇÃO

Material necessário além do habitualmente utilizado:

- Luvas descartáveis;
- Seringas e agulhas com respectivos protetores (descartáveis ou tubos de Vacutainer);
- Balde de lixo forrado com saco plástico branco (tipo lixo hospitalar) no qual inspeção prévia demonstrou não ter furo ou rasgos;
- Solução de Hipoclorito de Sódio a 1% preparada no dia,

Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia

Enfermagem

Herman, Hellma e Pegararo, Aildes — Enfermagem em doenças transmissíveis. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1986; 157p.

Chida, Adélia Maya, Soares, Maria das Graças C., Arantes, Dorothe Volckers e Daré, Luiza Helena F. Assistir a pessoa sidapata — Um problema atual de enfermagem em São Paulo — In: Revista Paulista de Medicina — Ano XXXIII — Vol. XXXIII — n.ºs 11/12 — Nov/Dez/85 — pág. 256 a 260.

Farmácia

Garcia, Caio Júlio César — AIDS: conduta e manuseio de material biológico — Revista Brasileira de Análises Clínicas, 19(2): 23-25, 1987.

Medicina

Conte, JE. Infection with human

immunodeficiency virus in the hospital. Annals of Internal Medicine 105:730-736, 1986. Greco, DB, Castro, CC & Costa, MFLL. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Informativo CREMEMG 15:4-9, 1987. Selwyn, PA. AIDS: What is now known. Hospital Practice 21: números 5,6 e 9, 1986.

ou solicitada ao laboratório com antecedência;

- Solução de Etanol a 25%;
- Estante e tubos de coleta (com rolhas adequadas) previamente marcados com o nome do paciente e "Cuidado Especial";
- Pedidos de exames;
- Pequeno saco plástico e compressas de gaze.

PROCEDIMENTOS

- De preferência, executar a coleta em local reservado;
- Ler atentamente a solicitação de exames, conferindo os exames pretendidos com a quantidade e o tipo de anticoagulante requeridos para cada prova;
- Colocar as luvas e só retirá-las ao final de todas as etapas de execução;
- Jogar a agulha imediatamente no balde forrado;
- Evitar a todo custo, gotas ou filetes de sangue derramados na parte externa dos frascos ou estantes, mas, se isso ocorrer, limpar imediatamente com solução de Hipoclorito de Sódio a 1% e gaze;
- Descartar a seringa no balde forrado;
- Tampar os tubos, inverter para a mistura com o anticoagulante acondicionar estante e tubos no saco plástico transparente. Fechá-lo com um nó;
- Finda a operação, retirar as luvas e após descartá-las no balde forrado, colocar a solução de Hipoclorito de Sódio o suficiente para "molhar" todo o material ali depositado;
- Fechar o saco de lixo com um nó. Colocá-lo dentro de uma caixa rígida, recobrimo-a com outro saco plástico branco fechando-o com um nó duplo sobre si mesmo;
- Lavar as mãos com Etanol a 25%.

COMO TRANSPORTAR PARA O LABORATÓRIO

Cabe a quem transporta o material para o laboratório, verificar:

- Se os tubos estão íntegros, bem fechados e em posição vertical;
- Se o saco plástico está íntegro, fechado e limpo por fora;
- Se a solicitação de exames está junto e nela anotado: "Cuidado Especial".

COMO RECEBER, ALICOTAR E PROCEDER OS EXAMES LABORATORIAIS

- Ao receber o material, verificar a coerência entre o material enviado e os exames pretendidos, sublinhando os últimos;
- Antes de romper o nó do saco plástico que contém as amostras, verificar a existência do seguinte material:

- Luvas descartáveis;
- Solução de Hipoclorito de Sódio a 1% preparada no dia;
- Solução de Etanol a 25%;
- Balde plástico forrado com saco plástico branco (tipo lixo hospitalar).

- Separar e rotular os tubos que receberão alicotas com o nome

do paciente e "Cuidado Especial", nas respectivas estantes;

- Colocar as luvas;
- Proceder a centrifugação e, utilizando pipetas automáticas ou peras de borracha, alicotar o soro para os tubos previamente marcados;
- Inativar o soro 30min a 56°C, para as provas sorológicas. (Pelo que se sabe (1) essa conjugação de tempo X temperatura inativa o vírus HIV/HTL V-III);
- O material descartável será desprezado imediatamente após o uso no balde plástico preparado para tal fim;
- O material não descartável será separado em recipiente plástico previamente marcado "Cuidado Especial";
- Um mínimo possível de pessoas deve manipular o material;
- Evitar conspurcar exteriores de tubos, bancadas, estantes, etc. Mas se isso ocorrer, limpar imediatamente com gaze embebida em Hipoclorito de Sódio, desprezando-a em seguida no balde;
- Ao fim dos exames, molhar o interior do balde forrado com o Hipoclorito de Sódio a 1% fazendo o mesmo com o recipiente plástico, contendo o material não descartável;
- Depois de 10 minutos, encaminhar para a lavagem e esterilização o recipiente plástico e tendo feito isso, retirar as luvas, colocando-as também no balde forrado, fechando-o em seguida com nós;
- Colocar o saco plástico fechado dentro de uma caixa rígida e essa dentro de outro saco plástico branco que se fechará com um nó duplo. Se houver necessidade de guardar o material para a realização de exames complementares (Ex.FTA-Abs), utilizar a estante e o saco plástico transparente em que foi recebido o material.

Ética

O Código de Ética da profissão farmacêutica estabelece que nas relações com a coletividade o farmacêutico não poderá recusar, a não ser por motivo relevante, assistência profissional a quem dela necessitar. É evidente que pacientes infectados por HIV ou portadores de qualquer outra doença infecto-contagiosa poderão recorrer aos serviços do farmacêutico e, sob aspecto ético, ele tem o dever de prestar-lhe a assistência requerida. O rigoroso cumprimento das Normas Técnicas já citadas é que garantirá ao profissional a inexistência de qualquer risco no trato com os pacientes, razão pela qual não se pode alegar motivo relevante para recusa do atendimento.

Também é determinação do Código de Ética, o sigilo dos fatos de que tenha conhecimento no exercício de suas atividades. A revelação só poderá ocorrer mediante ordem legal. O CRF-6 exige o exato cumprimento desta norma, determinando que nos casos de comprovação de AIDS-SIDA, o profissional farmacêutico proceda a notificação compulsória da doença à Coordenação de DST/AIDS — Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, na Secretaria de Estado de Saúde.

Atendimento da Medicina

As recomendações aos médicos e os cuidados a serem tomados por estes profissionais com relação ao atendimento de indivíduos portadores do vírus HIV são as seguintes:

SEMPRE:

- Lavar as mãos antes e depois do contato com o paciente (água, sabão e álcool);
- Uso de luvas: estas devem ser utilizadas quando houver exposição direta a sangue ou a secreções do paciente (fezes ou urina);
- Ter cuidado com agulhas: sempre colocá-las em recipiente rígido, de preferência com descontaminação prévia em água sanitária (já citado) e nunca reencapar agulhas (este é o momento onde mais acidentes ocorrem).

OUTROS CUIDADOS:

- Máscaras: estas são necessárias quando o paciente tem infecção pulmonar, como a tuberculose. Se o médico está gripado, o uso de máscara ajudará a proteger o paciente de se infectar;

O VÍRUS É INATIVADO POR:

- Sabão ou detergente por 15 minutos;
 - Hipoclorito de sódio (1%) por 5 minutos;
 - Alcool etílico (25%) por 5 minutos;
 - Glutaraldeído (1%) por 5 minutos;
 - Soluções iodadas;
 - Calor (56° C) por 30 minutos;
 - H₂O₂ (0,3%) por 15 minutos;
 - Extremos de pH;
- O VÍRUS NÃO É INATIVADO POR:
- Raios gama

- Raios ultravioleta;
- NÃO HA NECESSIDADE:**
- De cuidados em especiais relação a utensílios domésticos. Não há evidência que a AIDS/SIDA se transmita por alimentos ou utensílios domésticos. Com os cuidados acima pode-se considerar como zero o risco do pessoal de saúde de se contaminar com o HIV. Não há nenhuma razão para a utilização de medidas de isolamento total quando no cuidado de rotina de pacientes com AIDS. Além disso, precauções exageradas (e obviamente desnecessárias) dificultarão aos pacientes enfrentarem física e emocionalmente sua doença. Lembrar ainda, que a AIDS é uma doença espectral ou seja, existem vários níveis na infecção pelo HIV: desde o indivíduo assintomático até a doença AIDS, passando pela linfadenopatia persistente generalizada. Por esta razão, a necessidade de tratamentos variados e não obrigatoriamente relacionados com a infecção HIV em si ocorrerá com frequência no grupo maior (infecção assintomática) — a nível ambulatorial e também hospitalar (cirurgias eletivas, procedimentos invasivos) e obviamente nestes não há necessidade de isolamento. Isto por si só justifica a necessidade de que todos os hospitais se preparem para receberem estes pacientes, seguindo as normas relacionadas neste informativo. Com a certeza que o médico conhece seus riscos de contágio e que o hospital (ou o ambulatório) fornece todos os meios necessários para impedir a contaminação, algumas recomendações podem ser feitas do ponto de vista ético frente ao paciente infectado por HIV;

Os médicos devem cuidar com competência de todos indivíduos infectados por HIV, incluindo aqueles gravemente enfermos. A negação do atendimento pode ser considerada atitude não ética. Preconceito social é um problema público que deve ser resolvido pelos setores da sociedade envolvidos. Quando o preconceito pode prejudicar o paciente, neste momento o profissional de saúde deve se envolver para sua solução. Informação e ensino em relação à infecção pelo HIV deve ser passada continuamente para os médicos, visando principalmente ao entendimento dos mecanismos limitados de contágio. A disseminação deste conhecimento ajudará não só a limitar a possibilidade de novas infecções como poderá diminuir a discriminação contra aqueles portadores do vírus.

O teste para determinar a presença de anticorpo anti HIV deve ser feito sob em condições que tragam benefícios ao paciente e nunca de maneira discriminatória (e.g., para admissão a emprego). Lembrar que a utilização específica do teste se aplica apenas em relação à avaliação de todo doador de sangue.

Aconselhamento e educação, e não políticas que preconizem restrições físicas e isolamento, são os únicos métodos hoje reconhecidos para controlar a disseminação da infecção. Desta maneira, a natureza infecciosa da doença, suas causas e os métodos de prevenir a transmissão devem ser continuamente discutidos entre médicos (e pessoal de saúde) e também com os pacientes (e todos os indivíduos passíveis de se infectarem). As pessoas com SIDA/AIDS ou com infecção pelo HIV têm o direito:

- A não discriminação (emprego, moradia, opção sexual);
- A privacidade, confidencialidades e ao respeito à pessoa humana de toda a equipe de saúde;
- De decidir como serão divulgados os dados relativos à sua patologia;
- De ser encorajada à melhorar sua qualidade de vida e manter atividades sociais e de trabalho compatíveis com os limites impostos pela doença.

Ética

Todos os princípios do Código Brasileiro de Ética Médica devem obviamente ser aplicados aos indivíduos infectados pelo HIV e os Conselhos devem zelar de perto por esta aplicação. Vale enfatizar algumas partes deste Código:

Artigo 11: O médico deverá manter sigilo quanto às informações confidenciais que tiver conhecimento no desempenho de suas funções em empresa, exceto no caso em que seu silêncio cause danos ou ponha em risco a saúde do trabalhador e/ou comunidade;

Artigo 102: Revelar fatos de que tenha conhecimento, por tê-los presenciado ou deduzido no exercício de sua profissão, permanecendo esta proibição mesmo que o paciente já tenha falecido, salvo por justa causa ou dever legal;

Artigo 108: Facilitar manuseio e conhecimento por terceiros, ou pessoas outras não obrigadas ao segredo profissional, dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas que estejam sob segredo profissional.

Biografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia Bibliografia

Odontologia

Ministério da Saúde — SIDA/AIDS — Recomendações para hospitais, ambulatórios médicos, odontológicos e laboratórios. Normas e manuais técnicos 34-série A. 1986. Population Reports. AIDS — uma crise de saúde pública, n.º 6, série L, 1986 — Maryland —

USA. United States Center For Disease Control. Recommendations for preventing transmission of infection with human T — lymphotropic virus type III/LAV during invasive procedures. Morbidity and mortality weekly report, 35(14) 221-223. April 11 — 1986. USA. Zanon U. & Neves J. —

Infecções hospitalares. Medsi 1987 — 1.ª Ed. Rio de Janeiro. Ribeiro, Adair — Recomendações ao odontólogo.

Psicologia

Novo "Código de Ética Profissional do Psicólogo", aprovado em 15.08.87. Psicologia-Ciência — Profissão

n.º 02/87. "Tema" — número especial — Outubro/87 — Editado pela Fiocruz-Radis. Costa, Lizete Macário, Mello, Filho Júlio de — Assistência Psicológica ao paciente com AIDS. Inform. Psiq. 06/87. Parker, Richard — Acquired Immunity Deficiency Syndrome in Urban Brazil — Medical

Anthropology Quartely — jun/87. Cassaris, Brett J. — Consequências Sociais da AIDS — Philadelphia, Pennsylvania. Nichols, Stuart E. — Reações Psicossociais em Pessoas com AIDS, New York. Jornal do Psicólogo n.º 19/ Suplemento Escuta n.º 01 — 1987 — CRP — 04. MG/ES.

Prevenção da Odontologia

Em seu trabalho, o cirurgião-dentista não tem como identificar se o paciente em atendimento é ou não portador do vírus HIV, a não ser que apresente sintomas da AIDS ou lhe dê indícios quando pertencente a algum grupo de risco.

Assim, na prática, é melhor que todos os cuidados sejam tomados para evitar que o vírus seja contraído no consultório ou que o profissional seja um veículo de transmissão. E as precauções destas e de outras doenças não visam apenas a proteção do profissional, mas também o empenho na prevenção e controle da doença.

É necessário que o cirurgião-dentista conheça a problemática da AIDS e realize exame cuidadoso de todos seus pacientes considerados do grupo de risco (executando uma anamnese correta) e, ao encontrar dados suspeitos como: diarreias persistentes, linfoadenopatias generalizadas, febre, sudorese noturna, perda de peso, indicar imediatamente uma pesquisa mais profunda. O profissional deve se atentar para alguns sinais que podem ocorrer precocemente na boca como: as candidíasis crônicas hiperplásicas, leucoplasia pilosa, infecções herpéticas, condilomas, e sarcomas de Kaposi.

Apesar de não ser conhecido nenhum caso de contaminação profissional pelo vírus HIV, até o presente momento, as medidas de prevenção devem ser tomadas. Estas medidas visam proteger o profissional e seus pacientes e muitas devem constituir a rotina do atendimento odontológico para evitar contaminação com outros agentes de infecção. É bom salientar que estima-se em apenas 0,5% a possibilidade de contaminação profissional pelo vírus HIV, enquanto que para o Hepatite B o risco está em 30%.

Portanto, no atendimento odontológico, o profissional deve conhecer alguns dados tais como:

- SUBSTÂNCIAS QUE INATIVAM O VÍRUS HIV**
- Glutaraldeído a 1% por 5 minutos;
 - Hipoclorito de sódio a 1% por 5 minutos;
 - Alcool (etanol) a 25% por 5 minutos ou álcool 77% por 3 minutos;
 - Água oxigenada a 0,3%

(10v) por 15 minutos;
• Paraformaldeído a 0,5 e fenol a 5%.

INATIVAÇÃO PELO CALOR

O HIV é inativado pelo calor de 56°C por 30 minutos.

PACIENTES COM AIDS OU SUSPEITOS

- Evitar contato com sangue, saliva e pus;
- Usar luvas, máscara, avental (jaleco) e óculos;
- Usar sempre que possível material descartável.

DESCONTAMINAÇÃO DO INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO

A primeira providência é lavar os instrumentais com água e sabão. Em seguida, deixá-los imersos em Glutaraldeído a 1% por 30 minutos. Feito isso, lavá-los em soro fisiológico ou água destilada e levá-los para estufa ou autoclave. No comércio existe Glutaraldeído em volume de 1 litro, de nome Cidex, para uso odontológico. Em dez minutos o Glutaraldeído desinfeta, e em 10 horas esteriliza. Esta substância atua em vírus, fungos e bactérias.

Na falta de Glutaraldeído, poderá ser utilizado o álcool a 25% (3 partes de água e 1 de álcool 96°C comprado em supermercado ou farmácia). Deixar o instrumental por 30 minutos nele, e depois secar e colocar para esterilizar. Desvantagem: nesta concentração o álcool não atua em bactérias patogênicas mas, o 77°C também pode ser usado (77 ml de álcool comercial adicionado a 19 ml de água destilada). Sua vantagem é que além de atuar em todos os vírus, atua também em bactérias patogênicas da boca.

DESCONTAMINAÇÃO DAS MÃOS

Lavar as mãos com solução de Hipoclorito de sódio e solução de Milton a 1%, esfregando levemente por um período de 3 a 5 minutos. Para enxugar as mãos, use toalha de papel descartável.

DESCONTAMINAÇÃO DE CANETA DE ALTA E BAIXA ROTAÇÃO, CUSPIDEIRA E SERINGA TRÍPLICE

Esfregar uma esponja molhada em hipoclorito de sódio a 1% por um período de 3 a 5 minutos. As brocas também poderão ser descontaminadas com hipoclorito de sódio numa das concentrações acima. Estas deverão ficar mergulhadas por um período de 30 minutos.

É aconselhado que ao deixar instrumento dentro de qualquer substância desinfetante, sejam lavados com soro fisiológico ou água destilada antes de levá-los à estufa, autoclave ou mesmo guardá-los. Também pode ser utilizada nesta descontaminação água oxigenada a 10 V.

LIMPEZA DE PISOS, PAREDES, MESAS E BANCADAS

Usar solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1%, passando com pano ou esponja sobre as superfícies que devem ser descontaminadas por um tempo médio de 3 minutos. Também pode ser usado:

- Solução desinfetante à base de hipoclorito de sódio que existe no comércio (exemplo; Q-Boa);
- Soluções à base de formaldeído para limpeza de pisos. Desvantagens: cheiro de formol, ardência nos olhos e mais raramente, alergia.

PROTEÇÃO DOS OLHOS

Em tratamentos dentários ou cirurgias buco-maxilo-faciais, usar óculos para proteger os olhos contra spray do alta-rotação, sangue ou saliva de pacientes com Aids ou suspeitos.

DESTINO DO LIXO DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Todo material utilizado no consultório (gaze, algodão, guardanapos, sugadores) serão colocados em sacos de lixos específicos e as agulhas descartáveis utilizadas deverão ser colocadas em latas ou potes de alginato ou gesso vazias. Todos os materiais devem vir rotulados com a inscrição "contaminados" em vermelho, sendo que o ideal seria a incineração.

Para a descontaminação de panos de campos, guardanapos não descartáveis é necessário lavar em água fervente após uma imersão de trinta minutos. Autoclavar por 30 minutos em temperatura de 12°C. No comércio já existe autoclave odontológica.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE

A radiação ultravioleta não inativa o HIV, o que evidentemente limita o uso dessa radiação na esterilização em Odontologia.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Sempre fazer cirurgias com indumentária própria, usando máscara, gorro e óculos, procurando fazer disto uma rotina;
- Não entortar ou reinserir agulhas nos protetores;
- Usar sempre estufa (calor seco) ou autoclave (calor úmido) em seu consultório;
- Ter sempre à mão soluções de Glutaraldeído ou de Hipoclorito de sódio a 1%. Devemos considerar que pacientes portadores do vírus da Aids ou qualquer outra infecção, ainda que assintomáticos, poderão transmitir doença. Com isto, devemos procurar procedimentos preventivos como:
- Trabalhar sempre que possível de luvas;
- Trabalhar de máscara e de gorro;
- Em preparos cavitários ou cirurgias usar óculos sem grau;
- Lavar sempre as mãos com soluções descontaminantes;
- Descontaminar sempre o consultório e equipamento.

Ética

A profissão nos situa na coletividade em que vivemos e indica o que fazemos por ela, o papel social que desempenhamos.

A ética profissional não deve confinar-se no ciclo estreito de nossas relações de trabalho. É preciso também considerar o interesse geral da comunidade. O objeto da ética é de determinar as condições gerais da retidão moral dos atos humanos. A condição desta retidão é que os atos humanos sejam ordenados para o fim último do homem.

O Capítulo III do Código de Ética dispõe sobre os deveres fundamentais do cirurgião-dentista como: manter atualizados os conhecimentos profissionais e cultura adequada, pois através deste aprimoramento o profissional possa zelar pela saúde e pela dignidade de seu paciente. Também é dever do cirurgião-dentista promover a saúde pública, principalmente no campo da prevenção, sobretudo quando desempenhar, nessa área, cargo ou função.

Deverá ainda, guardar segredo não devendo revelar, sem justa causa, o fato de que tenha conhecimento em razão de sua função. Assim, o profissional deve resguardar sigilo sobre seus pacientes, não revelando nada que possa desrespeitar o paciente. É importante salientar que constitui falta ética abandonar o atendimento ao paciente, independente do tipo de doença que ele é portador.

A ética profissional não se reduz a alguns preceitos concernentes aos interesses materiais dos profissionais. Ela engloba todo o homem; bem mais, a família, a nação toda,

Postura da Psicologia

Entre os trabalhadores da área de saúde, o psicólogo é um dos que menos está exposto ao risco de contágio pelo vírus HIV. O conhecimento científico atual das formas de contágio afasta qualquer possibilidade de risco, não

havendo necessidade de cuidados especiais no contato profissional com os portadores do vírus.

Mas isto não quer dizer que o psicólogo esteja imune a epidemia de medo que grassa, inclusive, entre os profissionais de saúde, com conseqüências nocivas para todos, principalmente para aqueles segmentos da sociedade colocados sob suspeita.

As conseqüências psicossociais que percorrem um caminho paralelo ao da epidemia, abastecidas com o combustível do medo, têm produzido falhas de identificação, como o processo de estigmatização, gerando atitudes preconceituosas, discriminação e segregação.

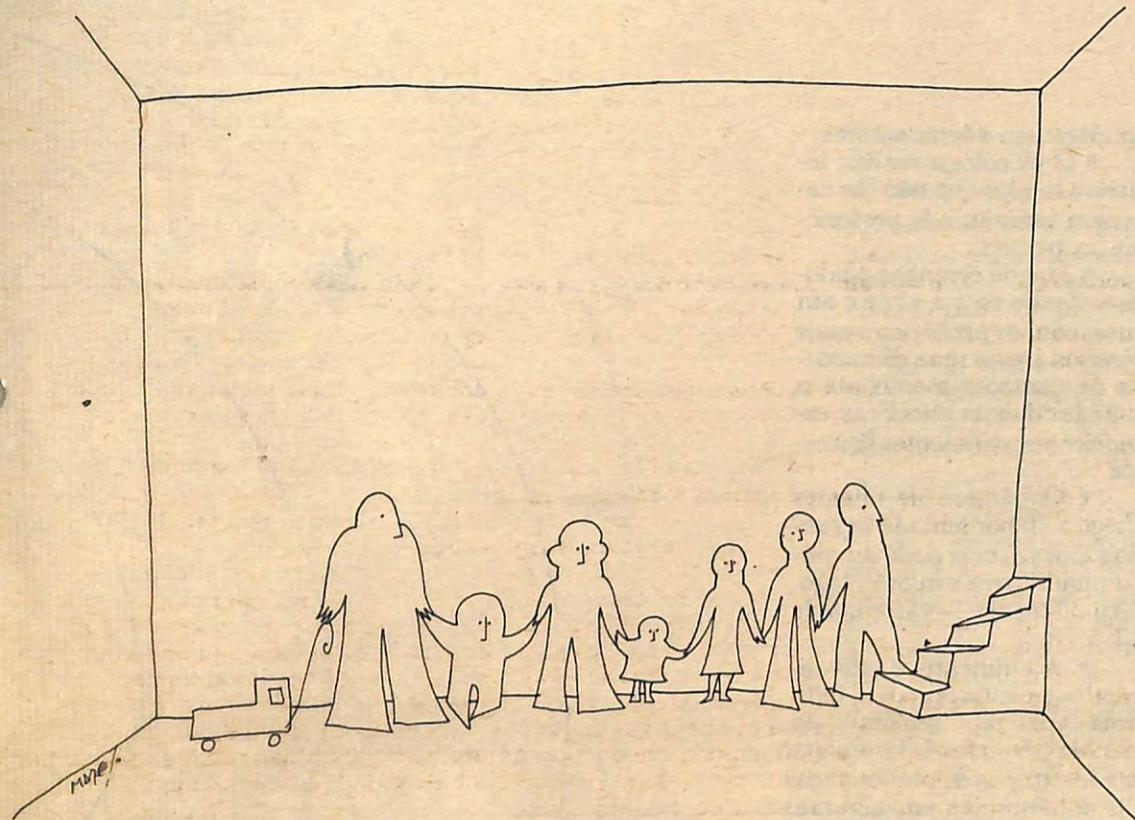
Neste contexto, o psicólogo pode atuar através de:

- Estudo e pesquisa para compreensão dos fenômenos;
- Ajuda no processo de informação e educação como única forma eficaz de combate à epidemia;
- Atitudes terapêuticas condizentes com as necessidades dos clientes.

A procura de atendimento psicológico por pessoa portadora do vírus HIV, por pessoa suspeita de estar com AIDS ou pelo próprio paciente com AIDS se reveste, em determinadas circunstâncias, de caráter de total urgência, e o não atendimento por parte do psicólogo pode causar sérios danos e constitui o rompimento da atitude básica de solidariedade humana e a quebra de princípios éticos fundamentais.

O sigilo é uma regra fundamental na relação psicólogo-cliente. Tudo o que se depreende no exercício da profissão, nas suas diferentes especialidades, é matéria de sigilo profissional. Em função das conseqüências psicossociais negativas que acompanham a epidemia da AIDS, é importantíssimo que esta regra seja explicitada e o cliente esteja seguro quanto a ela. Para o psicólogo que trabalha em empresa ou instituição, o conhecimento, através de informações confidenciais do próprio funcionário sobre sua condição de infectado pelo HIV, é matéria de segredo profissional. Nesse caso, o compromisso ou responsabilidade do psicólogo é para com o funcionário, ajudando-o a preservar seu trabalho dentro dos limites impostos pela doença.

Em trabalho interdisciplinar, dados referentes às pessoas infectadas pelo HIV só podem ser colocados em discussão quando ficar assegurado que seu nome permanecerá incógnito, os dados não permitam sua identificação, ou então, todos os membros estejam obrigados ao sigilo.



Clínicas Conveniadas LBA Tudo pelo social?

O CRP-04 preocupado em estabelecer um nível de atendimento profissional da categoria à comunidade vem acionando todos os recursos para orientar, fiscalizar e manter sistematicamente um acompanhamento em todos os níveis de sua atuação.

Após o período de 86 e 87, onde através da pesquisa "Perfil Profissional do Psicólogo" apresentou novas perspectivas de atuação no mercado de trabalho, tendo ainda trabalhado para divulgação e promoção da categoria, o CRP-04 agora, em 1988, coloca-se diante de mais uma luta de trabalho.

Desta vez, o destaque será a Clínica, particularmente aquelas conveniadas com a LBA, que tem um papel im-

portante não só no atendimento aos menos assistidos, mas como grande empregador da categoria.

A execução desta Pesquisa LBA, elaborada pelos fiscais da Comissão de Orientação e Fiscalização — COF, do CRP-04, foi realizada através de questionários com o objetivo de colher dados para subsidiar e encaminhar o debate sobre este trabalho de assistência ao excepcional, sua qualidade, sua função social e funcionamento destas Clínicas em todos os aspectos, desde sua instalação física e o atendimento, até às questões trabalhistas.

Para a psicóloga Mariza Brandão Esteffanio, que dirige esta Pesquisa e é agente de Orientação e Fiscalização do

CRP-04, psicóloga com experiência profissional em Clínicas Conveniadas com a LBA, a cerca de seis anos existiu um movimento para mobilizar os psicólogos no sentido de uma maior participação nas decisões e na direção deste trabalho. Mas, no trabalho de fiscalização foi sempre detectado alguma irregularidade nas análises dos serviços especializados de responsabilidade da LBA.

Com isto, partiu-se para um estudo para averiguar os serviços prestados por estas Clínicas Conveniadas com a Legião Brasileira de Assistência — LBA.

Os resultados obtidos com a pesquisa elaborada pelo CRP-04 não são muito animadores. De um lado, o pro-

fissional de psicologia por uma questão de sobrevivência sujeita-se a condições de trabalho que o desvaloriza no mercado; de outro, os proprietários das Clínicas, que na maioria são psicólogos, também para sobreviverem, estabelecem uma metodologia insuficiente para prestar um trabalho de qualidade, com salários baixos, instalações precárias, prejudicial à clientela, constatando que a verba da LBA não está sendo repassada. Por fim, de um outro lado, a LBA se posiciona como um organismo que apenas contrata serviços e não exige vínculo empregatício, não se responsabilizando pelo o que vem ocorrendo neste contexto, mesmo tendo um corpo de 24 supervisores para todo o Estado e conhecendo a alta rotatividade de técnicos nas Clínicas.

Podemos dizer que isto é Brasil, é a política da LBA. Fácil de resolver e aceitar. Mas para o CRP-04 será mais do que isto. É preciso se preocupar com a qualidade do atendimento à população, com a dignidade do profissional, com a seriedade e fiscalização dos serviços prestados. Vamos discutir, analisar e encaminhar. Se preciso vamos a outras instâncias, levaremos nossas propostas, visando desenvolver um trabalho consciente, atender bem, remunerar bem e ter mais dignidade em todos os níveis. A Pesquisa é só o começo.

Nas páginas do "Escuta" temos as conclusões da Pesquisa realizada e as observações da psicóloga Mariza Esteffanio. Temos ainda, uma entrevista com a Assistente Social da LBA, Lúcia Sarmento Fagundes Neto, Chefe da Divisão de Assistência ao Excepcional e ao Idoso-DAEI, na ocasião respondendo também pela Superintendência Estadual da LBA em Minas. Participaram desta entrevista, as psicólogas e supervisoras da LBA, Rosângela Barros Nunes e Rachel de Oliveira Mundim.

Pesquisa LBA

I — Introdução:

Na execução do projeto LBA, elaborado pelas fiscais da COF, houve uma seleção aleatória de algumas Clínicas Conveniadas, para aplicação dos questionários. Foram elaborados dois questionários com o objetivo de colher dados para subsidiar e encaminhar o debate sobre a questão.

O questionário I era dirigido aos psicólogos funcionários da Clínica, enquanto o II, aos psicólogos proprietários. O tipo de questionário (I ou II) aplicado na Clínica dependeu apenas da disponibilidade do profissional em atender ao entrevistador. Em alguns casos, os dois tipos foram utilizados no mesmo local, ao serem entrevistados proprietário e funcionário.

Algumas perguntas mostram-se dispensáveis por não levarem as respostas significativas ou por já terem sido respondidas em questões anteriores.

II — Quantificação:

Em 49 Clínicas Conveniadas com a LBA, obtivemos a seguinte amostra:

- clínicas visitadas — 22
- consultórios — 02
- entrevistas — 28

III — Metodologia:

Uma correspondência foi enviada a todas as clínicas, dirigidas aos psicólogos e estagiários de Psicologia. Essa comunicação pretendia informar sobre o início da pesquisa e buscar a participação espontânea do profissional. Apenas três psicólogas entraram em contato com o Conselho e, se prontificaram a participar da pesquisa.

O questionário foi o único instrumento utilizado para a coleta de dados. A entrevista no entanto sempre trazia



ESCUITA

muitos outros dados que enriqueciam as informações. Todos os questionários foram aplicados pelo mesmo entrevistador. Em alguns casos entrevistou-se mais de uma pessoa ao mesmo tempo.

Essa etapa começou em outubro terminando em novembro/87. Inclui-se aí também uma visita à LBA, na qual um dos psicólogos que supervisiona as clínicas retratou sua visão do atendimento e da atuação do órgão que representa.

IV — Avaliação geral dos questionários.

Esta pesquisa focaliza a assistência ao excepcional e ao idoso pelas Clínicas Conveniadas com a LBA e concentrou-se, exclusivamente, no excepcional, pois neste atendimento é obrigatório o serviço da psicologia e onde tem ocorrido problemas e dificuldades.

Ainda dentro do trabalho de levantamento dos dados, o CRP-04 convocou os psicólogos supervisores para uma discussão sobre a supervisão nas clínicas conveniadas. Dos 17 psicólogos supervisores que trabalham na LBA, números que constavam à época, na LBA, somente 7 compareceram. A justificativa era de que alguns estavam licenciados e uma estava de férias. Para contar com a participação destes supervisores, o CRP-04 pediu à LBA a liberação dos profissionais com isenção do horário de trabalho. Assim, compareceram para a discussão sobre a supervisão na LBA, os psicólogos: Maria Auxiliadora Gomes Fialho, Elizabeth Ferreira Franco Filogônio, Rosângela Barros Nunes, Ana Lúcia Assunção, Solange Sumair Dias, Rachel de Oliveira Mundim e Agostinho Vitorino Araújo.

Da discussão pode-se concluir que existem dúvidas quanto ao cumprimento das clínicas às exigências da LBA; onde fica a fiscalização da LBA?; ela é rigorosa?; de quando em quando ela é realizada?; Outras indagações levantadas são: o psicólogo se utiliza das horas de trabalho do estagiário para cumprir seu horário? É difícil comprovar irregularidade; que há rumo-

res de uma regionalização, o que na opinião dos supervisores, deverá piorar ainda mais a situação da supervisão; a direção da LBA em Minas é política e os cargos técnicos ficam assim prejudicados; as indicações são em sua maioria política e não técnica.

Muitas outras infrações foram constatadas pela pesquisa LBA realizada pelo CRP-04 e que comprometem o tratamento e o atendimento da clientela que necessita desta prestação de serviço. E baseando-se nos questionários I e II, respondidos, respectivamente pelos funcionários psicólogos e psicólogos proprietários de clínicas, as constatações foram relacionadas abaixo para dar uma maior visão do problema encontrado:

Questionário I (Funcionários)

- A situação, de uma maneira geral, do psicólogo na clínica conveniada com a LBA é bastante precária e crítica;
- 50% dos entrevistados não têm um vínculo legal com a empresa, (são autônomos).
- A maioria atua 20 horas ou mais semanalmente;
- O salário sofre grande variação, indo de Cz\$20,00 até Cz\$125,00/h. A mediana está em torno de Cz\$50,00/h;
- Os baixos salários acarretam grande rotatividade nas clínicas;
- As clínicas, em geral, exigem que o psicólogo tenha supervisão e terapia, e sempre por conta própria;
- Observa-se que a maior parte dos profissionais não tem experiência anterior, e é grande o número de recém-formados. Muitos estão na clínica há menos de um ano;
- A resposta mais frequente a indagação de outras atividades profissionais é o consultório. Em seguida, aqueles que não têm outra atividade;
- Percebe-se portanto que para o psicólogo há dificuldades de encontrar mercado de trabalho e de optar por outras funções que não sejam a clínica;
- O profissional que tem maior número de funções na clínica é o psicólogo, poden-

do atuar em vários setores;

- O psicólogo realiza inclusive tarefas que não lhe caberiam (substituindo professores, inspetores);

- Atende crianças e adolescentes de zero a vinte e um anos, com os problemas mais diversos. Desde uma dificuldade de comportamento até o caso de crianças psicóticas, excepcionais, deficientes físicos, etc;

- O número de clientes chega a 70 por semana (segundo amostra) mas pode ser ainda maior, para um psicólogo. 20 a 30 média — variando de 12 a 70;

- Atualmente o atendimento psicoterápico é feito uma vez por semana, na maioria dos casos. O técnico atende grupos de oito crianças ou adolescentes em algumas clínicas, sem a possibilidade de discutir uma mudança;

- Quase não há benefícios prestados ao funcionário. O vale-transporte e o uso do local de trabalho para atendimento particular são alguns exemplos citados;

- Na maioria, as condições de trabalho são consideradas insuficientes. No entanto a maior parcela afirma que tem autonomia no seu trabalho;

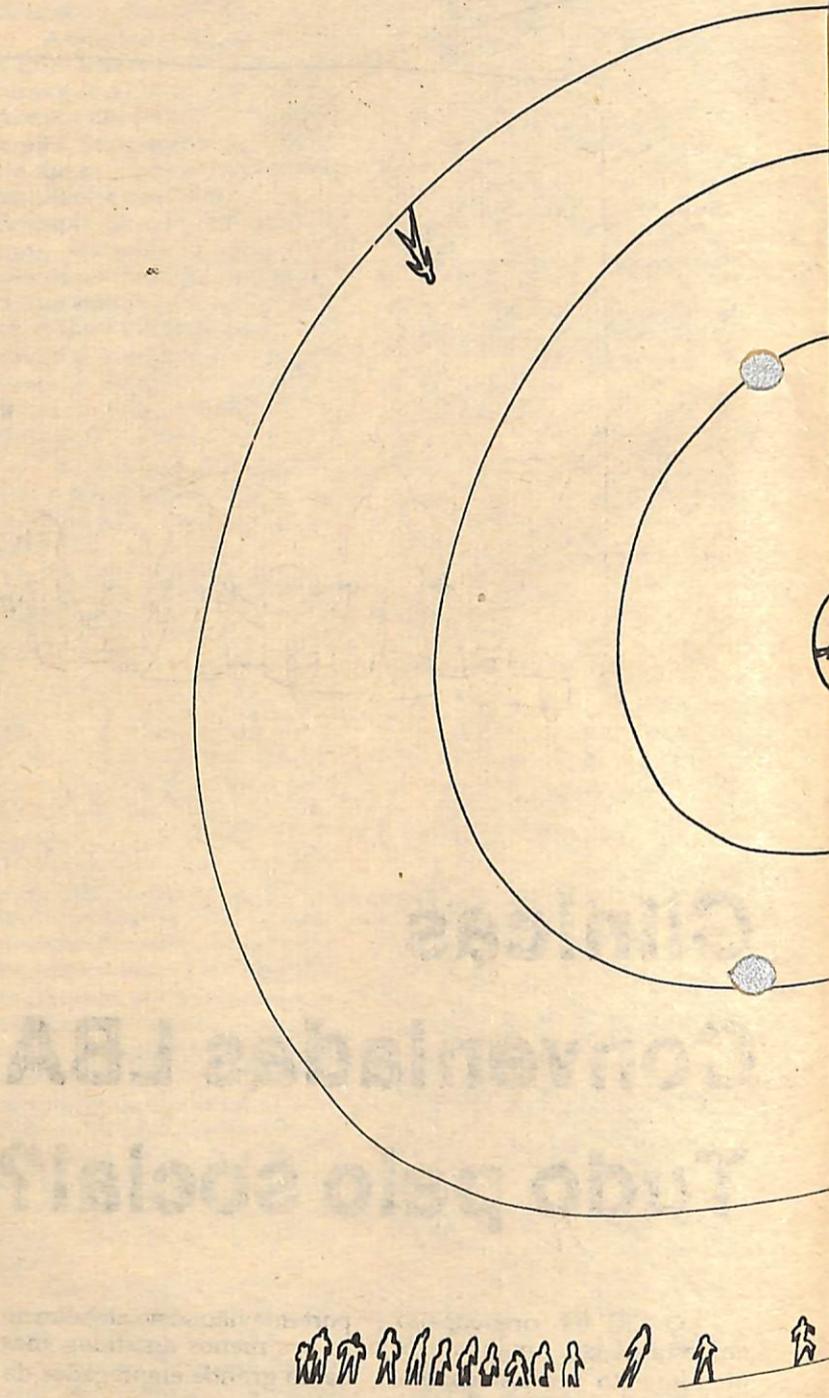
- O psicólogo não tem grande conhecimento do convênio, a não ser através de alguns comentários que ouve esporadicamente. Em geral, ele não procura essas informações;

- A sugestão mais colocada para uma mudança dessas condições é a questão salarial. No entanto é geralmente vista como uma questão que está fora do alcance do indivíduo, isto é, se questiona a posição do Conselho, Sindicato, etc;

— Por que não temos um piso salarial?

- O Psicólogo passa a sensação de impossibilidade, de descrença, frente a estas condições;

- Em algumas clínicas, as condições físicas onde a população é atendida — são precárias, tanto quanto em termos de espaço, luminosidade, privacidade...
- A LBA não se envolve



com a contratação dos técnicos pelas clínicas, o que gera problemas trabalhistas pela precariedade das contratações: salários baixos, carteira profissional sem assinar, etc.

Questionário II Proprietário Psicólogo

- O questionário 2 foi aplicado naquelas clínicas em que pelo menos um dos sócios é psicólogo;

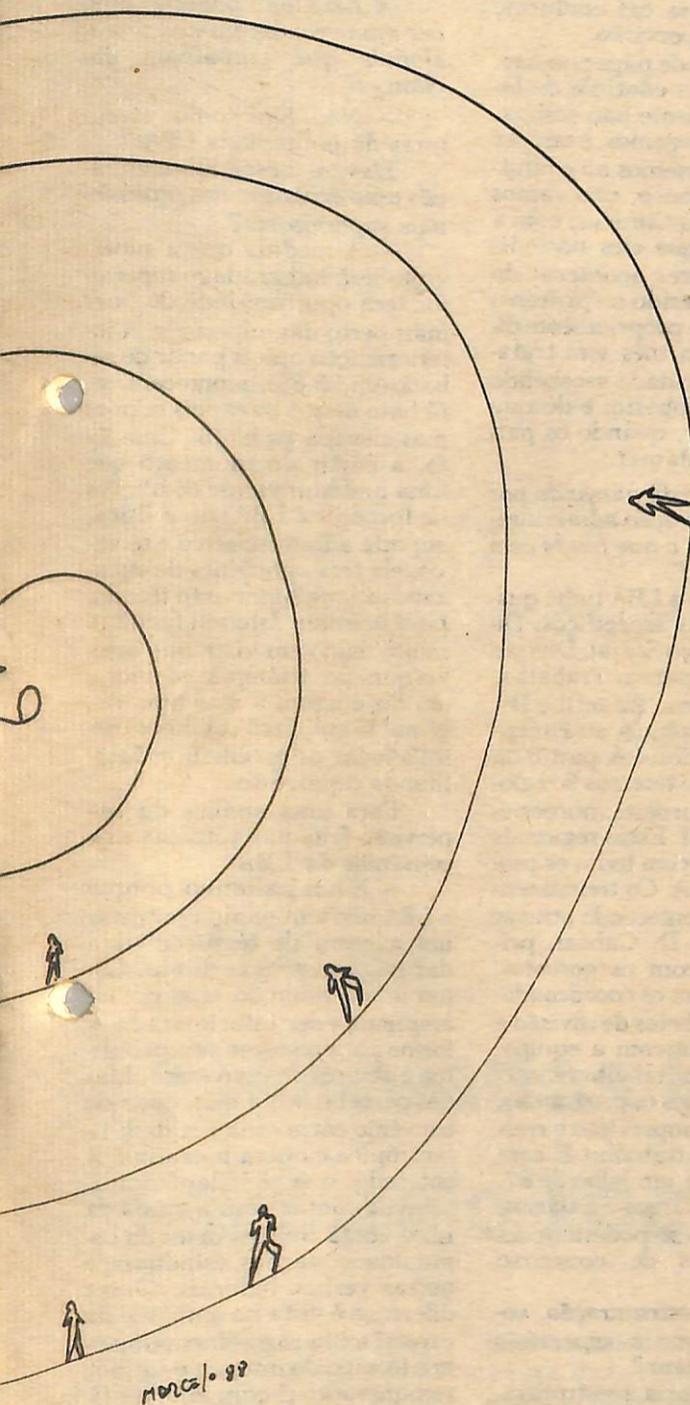
- Todas as clínicas pesquisadas são registradas em

sociedade, em alguns casos, o sócio é o marido ou irmão;

- Nesse caso particular, a psicóloga é a única responsável e não divide a renda porque o sócio é o marido;

- Em uma delas, segundo depoimento da proprietária, que é psicóloga, as clínicas que têm vários sócios, dois ou três, não estão em condições financeiras possíveis de sobreviver;

- As críticas mais ouvidas em relação ao convênio foram em primeiro lugar, a remunera-



Há casos de psiquiatra atendendo em psicoterapia, grupos de mães, ou mesmo crianças. No caso do psicodiagnóstico ele é feito em equipe, atendendo aos aspectos: médicos, sociais e psicológicos. Esse é o critério da LBA e, em alguns lugares se chegou a uma avaliação multidisciplinar satisfatória. Em outros chega acontecer uma troca e repetição de informações e mesmo a imposição de um diagnóstico;

- A não participação das clínicas na elaboração das portarias, o fato de não se levar em conta as críticas e sugestões desse grupo, a falta de objetividade e dificuldades para se conseguir um reajuste no preço do convênio são alguns fatores apontados como as maiores insatisfações. Os proprietários colocam inclusive a dificuldade de sobrevivência da clínica, a questão das dívidas, do aluguel alto, etc.

- Para os proprietários, em sua maioria, o técnico supervisor na LBA ganha muito bem e não tem condições técnicas para fazer a supervisão por que normalmente ele foi uma indicação política e não técnica.

Consciência do Trabalho

Os objetivos do CRP-04 com a Pesquisa realizada não é a de ficar do lado do empregado ou do empregador, mas garantir a qualidade mínima que seja a população e condições adequadas de trabalho ao psicólogo, afirma Mariza Esteffanio, psicóloga responsável pela Pesquisa.

As decisões serão tomadas, com a mobilização dos psicólogos das Clínicas e principalmente com a conscientização da categoria para sua importância neste contexto.

Do Conselho, a categoria não pode esperar a garantia de uma melhor qualidade de trabalho, embora o CRP-04 lute por isso. As soluções estão na participação de todos com o esforço profissional de cada psicólogo na busca de uma melhor postura, de exigência de direitos para cumprir com dignidade seu exercício profissional.

Convênio é herança

Desta entrevista concedida pela assistente social da LBA, Lúcia Sarmento Fagundes Neto, chefe da Divisão de Assistência ao Excepcional e ao Idoso-DAEI, na ocasião respondendo pela Superintendência Estadual de Minas Gerais e ainda assistida pelas psicólogas Rosângela Barros Nunes e Rachel de Oliveira Mundim, supervisoras da LBA, conclui-se que o Convênio feito pela LBA junto às Clínicas torna-se uma herança que deverá passar de "pai para filho" ou para o amigo ou até que o proprietário não queira mais. Caso contrário, independente de sua prestação de serviço ser qualificada ou não, o descredenciamento, as punições raramente acontecem. Irregularidades existem, mas são difíceis de comprovar afirma Lúcia Fagundes Neto. Que ainda ressalta, os técnicos, empregados das Clínicas, muito contribuem para isto quando assinam os relatórios mensais que são enviados a LBA sem ter prestado os serviços. Segundo ela, há uma convivência do profissional com o proprietário da clínica e que no futuro sempre o prejudica, tirando-lhe o direito de reclamar na justiça quando é dispensado por estas clínicas. Aponta ainda, a falta de conscientização profissional existente nestes técnicos que, em sua maioria, não conhecem quais são os seus direitos junto a entidade empregadora, o seu vínculo empregatício com elas e não com a LBA e, ainda desconhecendo até o "per capita" pago pela LBA às clínicas nos três níveis existentes para cada criança (quadro).

Valores "Per Capita" relativos à Pessoa Portadora de Deficiência — Ofício Circular SAC/SPL 002/10.12.87

| | | Níveis de Classificação | | |
|--|----------------|-------------------------|----------|----------|
| | | A | B | C |
| Tratamento de Habilitação e Reabilitação | 20 hs semanais | 3.028,00 | 2.018,00 | 1.061,00 |
| Tratamento de Habilitação e Reabilitação | 6 hs semanais | 2.120,00 | 1.413,00 | 743,00 |
| Tratamento Precoce | Mínimo 12 hs | 3.634,00 | 2.422,00 | 1.273,00 |

C "Intermediário Cz# 636,60

Existem hoje, em Minas, pela LBA, 148 Clínicas Conveniadas, capital e interior, sendo prioritárias as filantrópicas como APAE, Fund. D. Bosco, Reeducação Santa Terezinha,

Santa Inês, AMR, Núcleo Assistencial Caminhos para Jesus. Destas 148 clínicas apenas três delas, com fins lucrativos, estão no interior, uma em Governador Valadares e duas em Juiz de Fora.

Com 24 supervisores de várias categorias, como psicólogo, assistente social, médico, pedagogo, fisioterapeuta, a supervisão às clínicas acontece de seis em seis meses e fora disto só quando há denúncia.

Quanto à rotatividade de profissionais nas clínicas, a Portaria SAS 01/87 do Ministério da Previdência e Assistência Social, que rege as normas dos Convênios da Assistência a Pessoa Portadora de Deficiência, não faz nenhuma referência em termos de punição ou de atuação eficaz, entretanto é superior a de 1981, afirma Lúcia Fagundes Neto.

Atualmente, a LBA está passando por uma reestruturação administrativa e técnica onde o Estado terá aproximadamente 15 Regionais. A atual DAEI passa a ser uma Gerência Regional II que abrangerá a região oeste do Estado.

E para abordar todos estes itens e ainda baseando-se nas conclusões da Pesquisa LBA elaborada pelo CRP-04 é que fomos escutar a LBA e que podem ser analisadas em seguida:

Como se processa a seleção para os profissionais de supervisão na LBA?

— Atualmente com a implantação do Plano de Cargos e Salários, o processo de seleção é feito por concurso público. Anteriormente era através de entrevistas, currículum, indicação política também, mas não foi a maioria.

Nestas contratações anteriores prevaleceu a indicação técnica ou política?

— Na nossa Divisão prevaleceu, em sua maioria, a condição técnica.

Como se realiza a supervisão nas Clínicas?

A entidade é obrigada a enviar, mensalmente, uma relação de técnicos com a carga horária, especificando os dias de comparecimento desse técnico com sua assinatura. Se ele não cumpre e assina este relatório, ele se torna conivente com os donos de clínica.

Há denúncias de psicólogos que já trabalharam durante vários anos nas Clínicas convenia-

ração do atendimento, que é considerado bastante insuficiente. Em razão disto a questão da rotatividade dos técnicos, dos baixos salários é colocada como conseqüente. E ainda, a oferta de profissionais no mercado de trabalho diferencia o psicólogo com o fonoaudiólogo, por exemplo, ocasionando diferenças acentuadas e de salário;

- As clínicas basicamente só atendem crianças do convênio LBA, afirmam que a clientela particular é muito pouca, esporádica. E ainda, que muitas vezes, o cliente co-

meça pagando e consegue a bolsa quando se informa a respeito do convênio;

- Uma proprietária afirma que nunca ouviu falar sobre alguém que reivindicasse bolsa e não tivesse conseguido por ter um nível sócio-econômico melhor;

- Já em outra clínica a questão da política na hora de conseguir uma bolsa foi colocada claramente;

- O campo de atuação do profissional psicólogo não é muito questionado. A atividade principal é a psicoterapia.



das e nunca presenciaram a supervisão. Como ela é praticada?

Normalmente é feita uma reunião técnica e, realmente, há vários problemas como o horário e também o boicote pela direção da entidade. O que nós pedimos é a presença de todos os técnicos o que nem sempre acontece. Há sempre um ou dois apenas.

A LBA já autuou alguma dessas Clínicas ou veio a fechar alguma?

— Sim, a LBA já autuou a partir de denúncias. Já houve caso de rescisão de contrato mas não recente. Mas neste caso surge uma grande dificuldade que é quanto à denúncia do profissional pois, a partir de sua assinatura nos relatórios mensais comprova que ele cumpriu com a carga horária e que também ele foi conivente com a clínica.

Como atuam os supervisores?

O nosso papel é de orientar para que haja uma permanência nas equipes e não tenha uma rotatividade de pessoal. Temos feito este trabalho e algumas entidades conseguem isso. Podemos sugerir em termos de melhoria salarial mas sem interferir diretamente.

Ficou constatado que há uma grande rotatividade de profissionais nas clínicas, principalmente pelos baixos salários. Como a LBA se posiciona nesta situação?

— A LBA não interfere na metodologia de trabalho da Clínica. Agora isto é uma questão salarial e realmente a Clínica é uma entidade que visa lucro e assim, ela não paga bem o seu profissional. E por ser uma questão trabalhista a LBA não interfere porque ela não tem vínculo empregatício.

Há aí uma contradição, a LBA não interfere nesta questão trabalhista e em contrapartida esta é a causa da rotatividade dos profissionais que prejudica a qualidade de atendimento à clientela. A rotatividade pode ser observada até mesmo nos relatórios mensais enviados à LBA. Neste caso não

está configurado uma irregularidade da Clínica? A rotatividade não é um problema da supervisão?

— A LBA exige por norma de Portaria Ministerial, o técnico como o psicólogo, médico, fonoaudiólogo. Entretanto não há nenhuma norma, um posicionamento claro quanto à rotatividade ou seja, de vínculo empregatício. Com isto não podemos entrar nesta questão e nem mesmo saber se o profissional está tendo terapia, ou supervisão. Quando a Clínica contrata um profissional subentende-se que este profissional tenha as qualificações e capacitações técnicas para o cargo, embora na prática nós sabemos que isto não acontece. Mas não há na LBA nenhuma norma que nos permita a intervir neste aspecto. A partir de denúncias dos pais nós convocamos as entidades para ouvirlas mas não há uma pena ou mesmo alguma advertência mais eficaz ou mesmo descredenciamento. Quando a clínica não conta com um profissional ela tem até 30 dias para regularizar a situação. É o caso do fonoaudiólogo, um profissional que não temos na regional e que depende de outros Estados. Em contrapartida isto não acontece com o profissional de psicologia onde a demanda é maior que a oferta de mercado.

Para os donos de Clínicas, os supervisores da LBA, apesar de receberem um alto salário, não exercem uma boa supervisão porque a maioria não possui conhecimento técnico tendo em vista que a indicação é sempre política.

— Não acredito, pois a maioria, no caso dos psicólogos, eles fazem terapia. Se é uma contratação política não é do nosso conhecimento. A seleção anterior era feita através de currículo, de entrevista e a vivência profissional era exigida para ser contratado. Agora, tem a contratação política, que é uma questão de estrutura nacional.

Outra constatação efetuada é que há uma longa fila de pessoas para serem atendidas e que

tem havido prioridades políticas, pessoas de nível social melhor ocupando lugares de pessoas carentes.

— Política não, temos prioridade. A nossa prioridade é de atender crianças de 0 a 3 anos. Então para este cliente a inscrição nunca está fechada. Realmente tem as filas mas, hoje, há uma resistência de novos convênios na capital para as entidades lucrativas em função das grandes denúncias.

Consta ainda que a Clínica Equipe tem recebido uma população privilegiada, ou seja, são encaminhadas a ela apenas clientes de melhor nível social tornando o seu atendimento mais elitizado e, ainda que são clientes que poderiam pagar um consultório particular.

— Isto não é verdadeiro. A Clínica Equipe foi uma das primeiras a atender a criança de 0 a 3 anos. Então é indistinto se o cliente é pobre ou rico para o encaminhamento. Se chegou a vez do cliente de 0 a 3 anos e tendo a vaga, ele é encaminhado, embora a prioridade seja para o mais carente.

O que ocorre é que o cliente de nível melhor procura o tratamento mais cedo e se chegou a sua vez ele é encaminhado, mostramos até que ele está tirando a oportunidade de um cliente carente, mas isto é aberto. E ainda há o encaminhamento de acordo com a aproximação da Clínica com a residência do cliente, assim a maioria está na periferia sendo que a Equipe está numa região privilegiada.

Os profissionais das clínicas reclamam que a LBA só efetua o pagamento somente quando há a presença da criança, sendo que ele, mesmo com a ausência do cliente, está lá para atendê-lo. Como se processa isto?

— Nós conhecemos o problema de infrequência do cliente, principalmente nos meses de janeiro e julho. Temos assim orientado a entidade para fazer um trabalho com a família porque a partir do momento que ela está envolvida, este índice

de infrequência cai conforme constata a supervisão.

A questão de pagar ou não, a LBA tem um controle de faturas e se o cliente não comparece nós não pagamos, é um per capita. Se agíssemos ao contrário daqui a pouco, não vamos ter clientes nas Clínicas, com a desculpa de que eles não vieram. Inclusive acontece do cliente ser inserido no processo de tratamento propriamente dito, e ficar um mês sem tratamento e a entidade recebendo só sendo descoberto, e deixando de receber, quando os pais vêm aqui reclamar.

A LBA está passando por uma reestruturação administrativa e técnica, o que muda com este processo?

Até então a LBA tinha quatro programas específicos: Divisão de Serviço Social, Divisão de Educação para o Trabalho, Divisão Materno-Infantil e Divisão de Assistência ao Excepcional e ao Idoso. A partir da reestruturação teremos 6 regionais, norte, nordeste, noroeste, leste, oeste, sul. Estas regionais vão trabalhar com todos os programas da LBA. Os treinamentos já estão acontecendo através da Fundação D. Cabral, primeiramente com os gerentes, em seguida com os coordenadores técnicos, chefes de divisão e posteriormente com a equipe. Assim, a equipe trabalhará integrada com todos os programas, em termos de supervisão e reestruturação de trabalho. E com a implantação, em julho de 87, do Plano de Cargos e Salários, a contratação só poderá acontecer através de concurso público.

Com a reestruturação, você acredita que a supervisão tende a melhorar?

— A própria reestruturação é uma procura disso. Uma das razões dela é a supervisão.

A questão trabalhista nas Clínicas não poderia ser uma questão exigida pela LBA, uma vez que ela diz respeito a qualidade de atendimento oferecido, principalmente quanto à rotatividade de profissionais?

— Esta é uma questão superior, de Ministério, porque no momento que a LBA questionar a questão trabalhista, ela entrará no vínculo empregatício que não lhe diz respeito. Nós só fazemos contratação de serviço.

E a rotatividade, como será vista?

— É uma questão de supervisão mesmo, daí que acreditamos que vamos ter uma supervisão mais direta, mais sistemática, visando a qualidade do trabalho.

A LBA não poderia oferecer uma reciclagem aos profissionais que trabalham nas clínicas?

— Não. Nós somos executores da política da LBA.

Haverá nesta reestruturação uma expansão dos profissionais supervisores?

— A medida que a supervisão será integrada, o supervisor terá oportunidade de ficar mais perto das entidades. A interiorização que, a partir de sábado (05.03.88), acontecerá, será feita não só para seis regiões mas elevada para 15. Com isto, a partir do momento que uma prefeitura tiver condições de fornecer à LBA, área física, suporte administrativo e técnico, ela terá condições de encaminhar uma supervisão técnica para orientar. Isto vai facilitar muito tendo em vista que uma viagem ao triângulo demora um dia e agora temos uma regional lá que dará condições de solucionar os problemas, facilitando o processo.

Faça uma análise da supervisão feita nas Clínicas e os convênios da LBA.

— É um paliativo porque a LBA não tem como contratar um número de técnicos para dar esta assistência direta. Como a sua atuação tem de ser ampliada e ser interiorizada, a forma para resolver este problema é através de convênios. Mas nós percebemos a diferença do convênio entre uma entidade filantrópica e outra lucrativa. A entidade que é filantrópica, além de contar com a ajuda da LBA, conta com recursos da comunidade, verbas estaduais, e outras verbas federais. Outra diferença é vista na entidade da capital e interior. Normalmente o técnico do interior é melhor remunerado. E com isso, ele fica ali dois, três anos, o que garante uma qualidade melhor do trabalho, o que não acontece na capital, onde o aluguel é mais caro e a maioria das clínicas visam lucro e praticam uma má distribuição salarial.

Quanto a questão de supervisão é uma preocupação dentro da LBA, ela já vem sendo discutida há mais tempo e esta reestruturação é uma resposta a isso. Quando o supervisor se deslocar para uma supervisão a partir de agora, ela será geral e não só específica como anteriormente. Uma supervisão com uma única ação.

Valores "Per Capita" relativos à pessoa portadora de Deficiência — Ofício Circular SAC/SPL 002/10.12.87
Tratamento de Habilitação Reabilitação

Centro Cultural

Livraria do Psicólogo

Livros e testes nacionais e importados. Atendemos pedidos de todo o Brasil por correio postal. R. Curvelo, 132/Lj. 27 — Floresta (031) 224-0663 — 31010 Belo Horizonte - MG.