

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

Título Interfaces da AIDS

Autor: Célia Emilia de Freitas Alves Amaral Moreira
Orientador: Maria Helena Salgado Bagnato

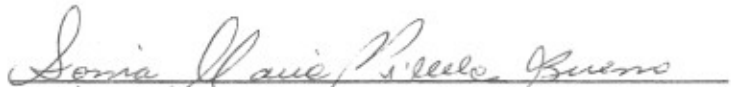
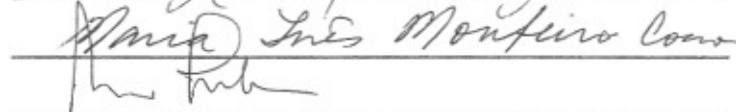
Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por Célia Emilia de Freitas Alves Amaral Moreira e aprovada pela Comissão Julgadora.

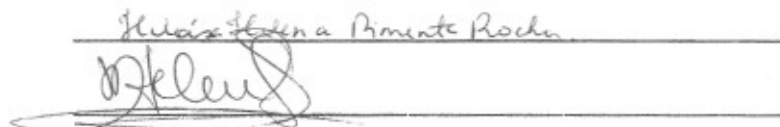
Data:

Assinatura:


Orientador

COMISSÃO JULGADORA:



2003

**Catálogo na Publicação elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Bibliotecário: Rosemary Passos - CRB-8ª/5751

Moreira, Célia Emília de Freitas Alves Amaral.

M813i Interfaces da AIDS / Célia Emília de Freitas Alves . – Campinas, SP:
[s.n.], 2003.

Orientador : Maria Helena Salgado Bagnato.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Educação.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Heloisa Helena Pimenta Rocha

Profa. Dra. Maria Inês M. Cocco

Prof. Dr. Pedro L. Goergen

Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno

1. AIDS (Doença) – Políticas. 2. Educação em saúde. 3. Treinamento.
4. Ensino profissional. I. Bagnato, Maria Helena Salgado. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

AGRADECIMENTOS

O entrelaçamento desta tese envolveu tantas pessoas que contar esta história possibilitaria a escritura de um romance, entretanto, neste espaço citar a lembrança é o possível.

Ao Hospital Emílio Ribas e ao Hospital Universitário Clementino Fraga Filho pela permissão de pesquisar as instituições. Aos profissionais L.B. Calazans; R. T. C. Mello; G. Shulte e E.B. Souza de São Paulo; S.A. Nogueira, M. Zornitte, H.M.R. Marins e M.G. Soares do Rio de Janeiro pela acolhida e pelo relato de parte de sua história profissional. Personalidades diferentes com carismas e compreensões peculiares, que trouxeram beleza ao texto com os desejos comuns de cuidar do outro.

À Faculdade de Educação pela possibilidade de realizarmos a construção desta tese no decorrer da história. À equipe da Secretaria da Pós-Graduação pela atenção constante e pertinente. À equipe da Biblioteca Prof. Joel Martins pelas orientações.

À Maria Helena pela incansável dedicação e orientações que resultaram neste doutorado.

Aos colegas do PRAESA que participaram deste caminhar com discussões e confissões.

À Banca Examinadora do doutorado pelas contribuições, à Heloísa Helena pela tessitura histórica, à Inês pelas análises da prática; à Sônia pelo olhar da prevenção; ao Pedro pela filosofia. À Banca Examinadora do Mestrado que tornou essa aventura em doutorado; à Ana Maria Faccioli de Camargo pelo olhar cuidadoso e a Elisabeth Matallo Marchesini de Pádua pela ousadia.

À Carolina pela admiração que contagia, ao Paulo pelo incentivo que se torna ação, ao João pela sabedoria que salva, à Liana pela ajuda constante, à Maria Luiza pelas cores que iluminam, ao Albor pelo caminho entre a razão e a emoção.

À equipe do Centro Corsini pelo início e meio, à equipe da Secretaria da Criança e do Adolescente de Paulínia pela permissão, substituição e concretização das ações educativas.

À PEB pela música e preferência pela vida. À Neto pela decisão de viver mesmo na dor. A ambos pelas pinturas que iluminaram o texto.

A todas as pessoas portadoras do HIV pelo respeito que construíram.

À você que escolheu ler sobre o tema.

Ao Criador que permitiu encontrar todos vocês.

RESUMO

A AIDS resgatou a interface da Educação com a Saúde gerando programas educativos para os profissionais de saúde. A pretensão deste estudo é desvelar o papel que a educação assumiu na interface com a saúde, analisando aspectos da política dos programas oferecidos pelo Ministério da Saúde e financiados pelo Banco Mundial, durante o período de 1993 a 1998. A contextualização histórica da AIDS no Brasil, que estabelece algumas relações entre as políticas nacionais e as internacionais, com a revisão da construção desses programas educativos, estão embasados pelas pesquisas documentais, bibliográficas e de campo, interligadas com os dados dos programas de treinamentos oferecidos. As instituições selecionadas para o estudo foram o Instituto Emílio Ribas/SP e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/RJ. Os entrevistados foram os coordenadores dos programas educativos. As análises estão fundamentadas em alguns pressupostos dos teóricos críticos e de J.Habermas, esclarecendo a interface entre educação e a saúde no contexto da AIDS. A educação apoiada pelos pressupostos da racionalidade técnica e estratégica, fragmenta a compreensão da relação do sistema com o mundo da vida, despolitizando e eliminando aspectos como o medo e a morte, compreendidos como trágico, colonizando a AIDS. As conclusões suscitam mudanças nesta interface, favorecendo as interações entre o agir técnico e o comunicativo, ampliando as relações entre a educação e a saúde.

ABSTRACT

AIDS disease provided the interface between Education and Health, generating educational programs for health professionals. The intent of this study is to unveil the role that education has taken in this interface with health, analyzing some aspects of the policy of the programs provided by the Ministry of Health and financed by World Bank, during the period between 1993 and 1998. The historical context of AIDS history in Brazil, which establish some interrelations between local and international policies and the review of the development of these educational programs, are founded by the documental, bibliographical and field researches, interrelated with the data related to available training programs. The institutions selected for research were Emílio Ribas Institute (SP) and University Hospital Clementino Fraga Filho (RJ). The interviewed were the coordinators of the educational programs. The analysis is founded on some assumptions of the Critical Theory and J. Habermas, enlightening the interface between education and health on AIDS context. The education supported by the assumptions of technical and strategic rationality, shatters the comprehension of the interrelation between the system and life, unpoliticizing and eliminating some aspects, like the fear and death, considered tragic. AIDS. The conclusions promote changes on this interface, supporting the interaction between the technical and communication actions, increasing the relationship between education and health.

SUMÁRIO

Lista de Siglas e Abreviaturas.....	XI
Lista de Figuras.....	XIII
Lista de Quadros.....	XV
Lista de Gráficos.....	XVII
Lista de Tabelas	XIX
Introdução.....	01
1. Situação-problema.....	01
2. A apresentação da pesquisa.....	09
Capítulo I	
Caminhar Teórico Metodológico.....	13
1. O trabalho de pesquisar.....	13
2. O envolvimento do pesquisadora.....	33
3. O Dialogo com o Referencial Teórico.....	37
Capítulo II	
Contextualização Histórica da AIDS.....	47
1. As políticas públicas da AIDS	47
2. A AIDS no território nacional.....	73
2.1. As campanhas nacionais.....	83
2.2. O governo.....	90

Capítulo III

Tessitura da Educação para os Profissionais	105
1. O envolvimento do Banco Mundial.....	105
1.1. A estrutura do acordo financeiro.....	111
1.2. A compreensão dos interesses econômicos.....	114
2. Programas de “Capacitação Profissional”.....	122
2.1. A avaliação.....	150
Considerações Finais	157
Referências Bibliográficas.....	163
Bibliografia Consultada.....	177
Anexos.....	191
• Anexo 1 - Tabelas.....	193
• Anexo 2 - Lista das Universidade Conveniadas.....	247
• Anexo 3 - Roteiro de Entrevista.....	251

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CDC - Centers for Disease Control

CRN - Centro de Referência Nacional em AIDS

GAT - Grupo Assessor de Treinamento

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HU - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

INAMPS - Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização não governamental

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNDST/AIDS - Programa Nacional de DST/AIDS

SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

FIGURA - Resumen Mundial De La Epidemia De VIH/SIDA, Final De 2001.....	72
---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -“Treinamentos” oferecidos pelo Emílio Ribas.....	23
QUADRO 2 -“Treinamentos” oferecidos pelo Fraga Filho.....	24
QUADRO 3 -“Treinamentos” oferecidos pelo Emílio Ribas e Fraga Filho.....	25
QUADRO 4 - Caracterização dos profissionais entrevistados.....	27

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Oferta de “treinamentos” por ano.....	14
GRÁFICO 2 - Oferta de vagas por ano.....	15
GRÁFICO 3 - Público Alvo dos “treinamentos” por ano.....	132
GRÁFICO 4 - Conteúdos selecionados por “treinamentos” oferecidos.....	135
GRÁFICO 5 - “Treinamentos” oferecidos por Região Federativa.....	142
GRÁFICO 6 - Oferta de “treinamentos” distribuídos entre os Centros Treinadores e as Universidades Conveniadas.....	145
GRÁFICO 7 – “Treinamentos” nas cidades com maior oferta por Ano.....	148

LISTA DE TABELAS

(ANEXO1)

TABELA 1 - Instituições Executoras de Treinamentos por Ano.....	195
TABELA 2 - Títulos dos Treinamentos por Ano.....	201
TABELA 3 - Conteúdo dos Treinamentos por Ano.....	207
TABELA 4 - Público Alvo por Ano.....	215
TABELA 5 - Número de Treinamentos Distribuídos por Estados e Ano.....	219
TABELA 6 - Objetivos dos Treinamentos por Ano.....	223
TABELA 7 - Número de Treinamentos Distribuídos por Cidade e Ano.....	229
TABELA 8 - Número de Treinamentos Distribuídos por Região e Ano.....	233
TABELA 9 - Instituições Executoras de Treinamentos por Região.....	237
TABELA 10 - Público Alvo por Região.....	243

INTRODUÇÃO

1. Situação problema

A AIDS ¹, com seu surgimento paulatino, foi desvelando situações e trazendo à tona conflitos e tabus; a sociedade, adaptando-se às mudanças subseqüentes a este fato, surpreendeu-se com a síndrome² no contexto social, incitando a discussão de sua existência, das responsabilidades individuais e governamentais, dos comprometimentos políticos com o avanço e com a prevenção da epidemia, dos direitos e deveres dos cidadãos e do Estado.

A lentidão do reconhecimento social da AIDS como uma epidemia no processo histórico da doença trouxe para essa mesma sociedade preocupações relacionadas com a disseminação do HIV³ e algumas conseqüências sociais decorrentes, tais como: o número elevado de pessoas portadoras do HIV, problemas éticos referentes ao sigilo do diagnóstico, o surgimento de crianças órfãs de pais em virtude da AIDS, a incerteza de acesso aos medicamentos anti-retrovirais, o elevado custo financeiro da assistência à população portadora do HIV/AIDS, a discriminação dos trabalhadores portadores do HIV/AIDS, o preconceito social e familiar, o atraso nas normatizações e regulamentações dos serviços envolvidos com produtos do sangue, entre outros.

Diversos fatores facilitam a propagação da infecção pelo HIV: o desconhecimento de alguns aspectos sócio-culturais envolvidos nas ações/comportamentos que tornam as pessoas suscetíveis à infecção pelo HIV; o sistema de benefícios sociais e o sistema

¹ Neste estudo a sigla AIDS refere-se a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, termo médico compreendido como um conjunto de sinais e sintomas decorrentes de uma infecção viral (HIV) que se adquire através do contato com sangue contaminado e de relações sexuais, sem proteção, com pessoas portadoras do HIV.

² Síndrome - Grupo de sintomas e sinais que, considerados em conjunto, caracteriza uma moléstia ou lesão (Dicionário Médico Blakiston, 1987, p.960).

³ A sigla HIV, usada no decorrer deste estudo, significa Human Immunodeficiency Vírus, considerado até a presente data como o agente etiológico (causador) da AIDS.

de assistência à saúde, inacessível ou sem condições de assistir adequadamente aos usuários; as diversas formas de discriminação social etc.

A vulnerabilidade⁴ à infecção pelo HIV/AIDS demonstra a necessidade de avaliar criticamente os aspectos políticos, econômicos e sócio-culturais para que a prevenção possa se tornar rotineira; enfim, inúmeras questões requerem análise, avaliação e conhecimento quando nos aproximamos dessa síndrome.

A questão que suscitou essa pesquisa está relacionada com a complexidade da AIDS ao tornar público a fragilidade das ações curativas dos profissionais de saúde, da impotência dos cientistas e pesquisadores diante de uma doença desconhecida, desvelando conflitos profissionais e pessoais frente à perspectiva da morte de pessoas contaminadas e os árduos caminhos que envolvem o cuidado com a vida e a morte. Um dos sujeitos entrevistados neste estudo, reflete sobre os conflitos existentes no início da assistência às pessoas portadoras do HIV/AIDS:

No primeiro momento que começamos trabalhar com o paciente, a primeira sensação é de impotência muito grande... eu me questionava se conseguiria fazer alguma coisa, se era válido, se era suficiente. Então, foi misturando o que seria a necessidade do serviço e o próprio impacto na minha vida pessoal. Eu me lembro que perguntava: será que sou médico ou sou padre, o que venho fazer aqui é dar extrema-unção... eu fiquei uma semana matutando. Então, eu encontrei o paciente vivo esperando-me para conversar e isso me fez ficar. E, iniciei um processo todo que foi trabalhar essa sensação de impotência. Então, na verdade aprendi muito com os pacientes, a respeito do que é viver e fui resgatando com eles o sentido da vida apesar das restrições crescentes que eles enfrentam (MELLO, R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, S. P. São Paulo, 16 jun. 1999, p.8).

A atribuição do cuidado prestado às pessoas portadoras dessa síndrome estava atrelada aos profissionais da saúde; inicialmente, o tratamento estava centralizado nos cuidados médicos, com uma prática assistencialista e com a percepção da fragmentação desse cuidado. A percepção que os médicos tinham da síndrome no

⁴ Vulnerável - Suscetível de sofrer lesões de qualquer natureza (Dicionário Médico Blakiston. 1987, p.1099). A suscetibilidade pode ser entendida por "a situação de ameaça ou dano que a disposição espaço-temporal de doentes e não doentes expõe as populações" (AYRES, J.R.C.M.- Sobre o risco. 1997, p.224).

início da epidemia era que:

... a AIDS veio resgatar que na equipe de saúde não é só o médico que é importante, mas a psicóloga é extremamente importante, o serviço social mais ainda, enfim a enfermeira... (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, R. J. Rio de Janeiro, 25 mar. 1999, p.5).

As propostas de formação de trabalhos em equipe, com o objetivo de compreender as peculiaridades deste paciente e discutir condutas que atendessem à demanda existente, foram surgindo pouco a pouco. Nesse momento, as condutas de assistência pautaram-se nas percepções dos limites desses cuidados fragmentados e nas inter-relações das questões físicas, psíquicas, sociais e culturais que permeiam essa síndrome, agravadas pelo desconhecimento da cura e do desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica, que não conseguiu minimizar a letalidade viral; tais aspectos possibilitaram a discussão entre áreas do conhecimento, não a restringindo apenas a questões clínico-medicamentosas. Os trabalhos em equipe promoveram as discussões sobre a clientela atendida e conhecimento sobre outras especialidades e profissões; entretanto, desvelaram dificuldades no cotidiano, como as diferentes linguagens e condutas. As percepções das assistentes sociais entrevistadas neste estudo sobre o trabalho em equipe, explicitam um conflito nas relações de poder entre os profissionais de saúde:

... se realmente se pensa em um trabalho em equipe, se a AIDS trouxe isso (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, R. J. Rio de Janeiro, 25 mar. 1999, p10).

... a gente sempre dizia que nosso trabalho era interdisciplinar, e a gente saia cantando em verso e em prosa que nós trabalhávamos com uma equipe interdisciplinar. E eu comecei a estudar e ver o que é um trabalho interdisciplinar, e que nós não trabalhávamos numa visão interdisciplinar. Porque, o poder do médico é claro, ele é o detentor, o que direciona a ação da saúde; ele é o eixo do tratamento e a AIDS trouxe o exercício de trabalharmos juntos. O médico começou a perceber que nossa intervenção era muito acentuada e próxima com essa clientela, nós trabalhávamos com uma integração, mas chamar de interdisciplinar era outra coisa

(MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, R. J. Rio de Janeiro, 25 mar. 1999, p.5).

Então, interdisciplinaridade é algo no nosso país tupiniquim, ainda longe de ser alcançada. Você trabalha multiprofissional, você faz a sua parte, você assume, e de repente a gente se reúne e fala um pouco sobre o trabalho, e deveríamos estar falando a mesma linguagem. Porém, quando eu falo parece que estou falando grego. Porque, é muito difícil misturar uma parte poderosa com uma parte considerada mais inferior (CALAZANS, L.B. Entrevista concedida pela Diretora do Serviço Social do Emílio Ribas, S. P. São Paulo, 30 mar.1999, p.8).

Os problemas decorrentes do agrupamento de profissionais como: médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas corporais, dentistas, cromoterapeutas, terapeutas florais, educadores, biólogos etc, merecem atenção devido à diversidade de atuações frente a essa clientela, o que acarretou dificuldades na compreensão do uso da linguagem técnico-científica desses profissionais, que são inerentes aos diferentes saberes, discursos, formações e culturas existentes dentro de um grupo de trabalho. O desejo de falar “a mesma língua” sugere o querer saber do outro e ter condições de diálogo, favorecendo a compreensão do conhecimento e ações que nos são alheias. A relação entre os saberes é uma relação de poder que é vivenciada no cotidiano da equipe de saúde, os relatos expressam o poder médico e a necessidade de estudar para compreender a “estranha linguagem” usada pelo outro. Essas relações surgem no interior da equipe de saúde que tem como atribuição dialogar com outro, que é a clientela; explicitando os limites dessas atuações.

As ofertas de trabalho assistenciais em equipe não atenderam às necessidades da clientela no que se refere à “extinção” da síndrome, à busca pela cura das patologias associadas à AIDS e à “destruição” do agente etiológico. A proposta encontrada pelos profissionais à solicitação da clientela foi o oposto a cura, a prevenção; a não contaminação da população. Com a observação e a análise da expansão da epidemia através dos dados epidemiológicos e dos estudos de probabilidade, a educação é ressaltada como única forma de prevenção para a possibilidade de novas contaminações.

A educação resgata a face “salvadora” como em vários momentos históricos em interface com a área da saúde assumindo a responsabilidade pela prevenção das epidemias. No século XVIII o enfrentamento das epidemias estava atrelado à saúde com o apoio dos policiais que eram conhecidos como polícias sanitárias.

O modelo de intervenção estatal em saúde a que se convencionou chamar de polícia sanitária tem suas origens na forma clássica, na Alemanha absolutista e cameralista do século XVIII, como respostas às demandas do poder nacional por uma população densa e saudável, sob o controle do governo. Registrar, proteger e regular a população é o que pretendia a polícia, mais sob a ênfase do aumento do poder do Estado que da melhoria das condições de vida da população (TELAROLLI JUNIOR, 1996, p.93).

No Brasil, a ação da polícia sanitária estava relacionada com a epidemia de febre amarela, em 1903, quando Osvaldo Cruz, Diretor da Saúde Pública no Brasil, organizou o serviço de saúde pública vinculado ao Poder Judiciário com o objetivo de cumprir as medidas instituídas. “Era constituída a “polícia sanitária”, com a participação dos guardas sanitários ...a “ditadura” da saúde pública iniciou seus trabalhos no Rio de Janeiro”(UJVARI, 2003, p.232). As medidas incluíam a desratização, a limpeza das ruas, o aterramento de alagados, a demolição de cortiços, a vacinação em massa; intervenção nos espaços domésticos e cidades. Algumas medidas geraram conflitos com a população que sofria as intervenções, um deles foi a revolta da vacina, como ficou conhecida, que ocorreu em virtude da determinação da vacinação da população para varíola em meados de 1904.

No século XIX a educação esteve associada ao movimento higienista da medicina que, em ação conjunta com a polícia sanitária, tinha a função do controle e da prevenção das doenças. O movimento higienista baseava-se na crença de que a falta de higiene era a causa de várias doenças e a educação era a forma adequada de ensinar e instruir os hábitos de higiene à população. Telarolli Junior (1996) refere o início das ações educativas na saúde e as diferentes abordagens existentes:

Trata-se do aconselhamento em higiene pessoal e doméstica, e a fiscalização da higiene escolar, do ponto de vista das instalações das escolas e da salubridade do processo de ensino. Constituindo o que chamamos de educação higiênica, pela primeira vez nos serviços sanitários incorporavam ações de natureza explicitamente educativa na profilaxia de doenças, aproximando-se do instrumento tecnológico que foi amplamente utilizado a partir da década de 1920 na saúde pública paulista, a educação sanitária.

A educação higiênica pode ser definida como um conjunto de ações educativas de auxílio da polícia sanitária, no controle e prevenção das doenças transmissíveis. Já a educação sanitária, um dos pilares do modelo tecnológico médico-sanitário, voltava-se para a profilaxia das doenças por intermédio de mudanças na consciência dos indivíduos (TELAROLLI JUNIOR, 2003, p.223-224).

A mudança na consciência dos indivíduos esperada era a formação de hábitos de higiene e morais, investindo na infância como uma fase favorável para aquisição de conhecimentos. As orientações incluíam hábitos de higiene na esfera pública e privada, com grande incentivo as meninas que teriam com o papel materno, educar seus filhos. A educação assumiu, nessa época, as ações preventivas e formadoras de comportamentos.

A relação da educação com a saúde em outras tantas epidemias manteve essa ação “salvadora” ou “redentora” de controle e prevenção, em substituição a ações mais coercitivas como exclusão, confinamento; medidas realizadas nos séculos anteriores.

A criação em São Paulo do Instituto de Higiene, em 1918, possibilitou a ampliação das ações educativas na saúde⁵:

...tendo como objetivo central a formação da consciência sanitária, colocavam a educação sanitária em primeiro plano, deslocando a ênfase dos já conhecidos métodos de policiamento sanitário para os modernos métodos de persuasão. Deslocamento esse que não correspondeu ao abandono das práticas policiaescas, as quais passariam a se revestir de uma nova roupagem (ROCHA, 2003, p. 41).

⁵ Para ler mais sobre a educação e o higienismo: “ Educação pela Higiene. Histórias de muitas cruzadas”. Cadernos Cedes nº 59, 2003.

O Código Sanitário de 1894, elaborado no estado de São Paulo tinha algumas diretrizes, como: organizar os Serviços Sanitários, as habitações e o uso dos espaços públicos. A reforma deste código em 1911 ampliou suas ações para o policiamento das fábricas e as condições e vida em torno dessas. Discurso integrado às reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho. Em 1918 a Fundação Rockefeller, organização americana apóia as ações sanitárias através da educação, das propagandas e da criação do Instituto de Hygiene, lembrando os acordos realizados com o Banco Mundial na atualidade. No ano de 1918 surgiu em São Paulo os primeiros casos de influenza, conhecida erroneamente como “gripe espanhola” devido a duas hipóteses de ter originado neste país ou por divulgarem os casos conhecidos terem o nome associado à doença⁶. Nessa epidemia a educação assumiu a função de orientação sobre a doença e formas de prevenção, como higiene pessoal e cuidados nos contatos sociais.

A educação realizou diferentes ações nas diversas epidemias que acometeram as populações no decorrer dos séculos; não sendo diferente neste momento histórico. A interface da educação com a saúde no Brasil, no contexto da AIDS, manteve a característica estabelecida em outros países, transmitir conhecimentos/informações para mudanças de comportamento; resgatando ações peculiares a outras epidemias. Na época do governo militar ocorreu uma expansão dos serviços de saúde privados, em detrimento dos públicos; com essa mudança na estrutura de atendimento a educação em saúde perdeu espaço de ação social e os profissionais da área se aliaram aos esparsos trabalhos de educação popular. A educação em saúde articulada com a saúde preventiva e atualmente com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde, pouco puderam participar da política de prevenção, sendo essa decidida pelos especialistas da respectiva área do Ministério da Saúde. A complexa interface da educação com a saúde que congrega várias ações, como exemplo: a prevenção e promoção à saúde; temas que não serão abordados nesta pesquisa devido à grande teia de argumentações que requerem outras análises.

⁶ Para ler mais sobre essa epidemia: “Conselhos do Povo”: Educação contra a influenza de 1918”. Cadernos Cedes, nº59, 2003.

A “educação”⁷, na epidemia da AIDS, passou a ser uma constante nos serviços de saúde com diferentes conotações: a preocupação voltada para que a população não atingida por este "mal", não se contaminasse, e que as pessoas portadoras do HIV/AIDS não se re-contaminassem e conseqüentemente, contaminassem outras pessoas. Erros, distorções, conscientizações, discussões, polêmicas foram geradas quando as ações de prevenção explicitavam os tabus como sexo e o uso de drogas, enquanto os dados numéricos não mostravam que a prevenção da contaminação pelo HIV estivesse de fato ocorrendo. Projetos, pesquisas, campanhas, têm propiciado conhecimentos e experiências educacionais, clínicas e laboratoriais com a finalidade de controlar a disseminação dessa epidemia; porém, a prevenção de novas contaminações não está sendo avaliada com a mesma velocidade com que os dados estatísticos da epidemia são divulgados. Essa constatação tem provocado a revisão de ações e questões, como por exemplo: quais as formas educacionais mais “eficazes” para prevenção; informar ou educar; discussões e avaliações de pesquisadores sobre essas ações e apresentação das propostas mundiais para a realização de trabalhos em conjunto.

As discussões sobre os trabalhos apresentados continuamente nos encontros científicos têm possibilitado a revisão de propostas de trabalho, de ofertas de “treinamentos”⁸ para profissionais, de “capacitação” em áreas interdisciplinares, de programas de educação em serviço ou educação continuada, com a constante preocupação precípua de deter o avanço da epidemia e de atender a população. As análises das ações realizadas no início do conhecimento da AIDS e das várias tentativas na busca de vacinas, da cura, de formas eficientes de informar a população sobre a prevenção da epidemia, foram realizadas; entretanto, uma reflexão sobre o porque a educação surge como solução em momentos de impotência se faz

⁷ Termo amplamente utilizado nos serviços de saúde para designar indiscriminadamente orientação, intervenção, prevenção e informação.

⁸ Treinamento/ Capacitação: designações utilizadas pelo Ministério da Saúde durante as divulgações de oportunidades de capacitação profissional. A oferta destes treinamentos aconteceu de outubro de 1993 até dezembro de 1998; com a divulgação sendo realizada através da publicação do Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde e Programa Nacional de DST/AIDS: Catálogo de Oportunidades de Treinamento; que teve periodicidade semestral. A palavra treinamento vem do francês “traîner”, hoje traîner; está vinculado a exercícios, a adiestramento e aquisição de habilidades, o que implica a discussão do termo nesta pesquisa; entretanto, estaremos usando o termo sempre entre aspas para ressaltar esse uso rotineiro.

necessária, como também, por qual motivo o conhecimento científico foi socializado nesse momento histórico: seria a preocupação com o outro, com a população? Ou seria a transferência do problema de tamanha magnitude para outra área de conhecimento? E, também, da responsabilidade pelo fracasso na contenção da epidemia? Um estudo sobre as políticas públicas e a análise da concretização do discurso político é pertinente para compreendermos esta questão que se coloca de maneira peculiar na história dessa síndrome: qual a função da educação na interface com a AIDS? A função será de ampliar a conscientização da população a partir da socialização do conhecimento científico? Ou, como na época anterior, em que teve a ação de controlar a doença em substituição às técnicas de coerção e repressão?

As questões são inúmeras, porém, neste estudo estaremos focalizando a política envolvida na “capacitação” de profissionais para a assistência às pessoas portadoras do HIV ou pessoas doentes de AIDS; com o interesse de desvelar o papel que a educação assumiu na interface com a saúde, neste contexto político de capacitação profissional.

A análise dessas propostas educacionais, necessariamente, deve revelar as críticas e o envolvimento desta pesquisadora com a pergunta que suscitou este estudo e o delineamento das questões inerentes a essa capacitação: conhecer os atores, os pressupostos escolhidos, a quem prestava tal ação, uma revisão dos propósitos pessoais e coletivos.

2. Apresentação da pesquisa

Esta pesquisa está dividida em três capítulos e dois volumes. O primeiro volume versa sobre o contexto político e as análises suscitadas e o segundo contém a pesquisa de campo e o banco de dados⁹.

⁹ Para consultar o volume dois desta pesquisa, solicitar através do endereço eletrônico: celiaemilia@uol.com.br

No primeiro capítulo apresentamos o percurso teórico metodológico utilizado, versando sobre o trabalho da pesquisadora, as instituições e profissionais selecionados para a pesquisa de campo; como também, um breve resumo sobre o referencial teórico.

A contextualização histórica da trajetória da AIDS no Brasil elucida o segundo capítulo, reportando as transformações sociais, políticas e econômicas internacionais que influenciaram as ações e as políticas nacionais, dando uma visão histórica dos momentos vividos pela população durante o surgimento da epidemia.

Este capítulo está balizado pelas referências bibliográficas utilizadas; os Boletins da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA); os Boletins Epidemiológicos divulgados pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde; o jornal A Folha de São Paulo de circulação nacional; entre outras publicações citadas. As entrevistas realizadas nesta pesquisa estão imbricadas entre os fatos históricos para explicitar a vivência profissional durante as décadas referendadas.

No terceiro capítulo discutimos a “capacitação” profissional para a assistência aos portadores de HIV/AIDS, os programas oficiais, a avaliação dessas propostas e o financiador desse projeto educativo: o Banco Mundial; localizando a AIDS nas políticas públicas e suas implicações na construção de propostas conjuntas. Este capítulo está fundamentado nas publicações periódicas e na home-page do PNDST/AIDS do Ministério da Saúde, bem como nos Relatórios Anuais, home-page e publicações sobre AIDS do Banco Mundial. As entrevistas explicitam a compreensão das propostas de “capacitação”, como também, desvelando os aspectos implícitos desse projeto educativo. As análises de alguns aspectos do processo de capacitação profissional para a assistência a pessoas portadoras do HIV/AIDS com base nas informações obtidas das entrevistas com os coordenadores dos “treinamentos” e a discussão da pesquisa de campo realizada nos dois Centros de Referências Nacionais: Instituto de Infectologia Emílio Ribas/S.P. e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/R.J. integraram esse capítulo.

Nas considerações finais são realizadas as contexturas da interligação dos vários fios apresentados neste estudo, que compuseram, entre outros, o processo de

“capacitação” profissional. Para tanto, pretendemos destacar os aspectos políticos intervenientes nas ações dos profissionais de saúde na execução dos “treinamentos”; desvelando a racionalidade inerente às ações apresentadas pela sociedade e profissionais; anunciando possibilidades de mudança a partir dos conflitos indicados e reiterando a possibilidade de contribuir para a construção de novas ações educativas emancipatórias.

A referência bibliográfica lista as obras citadas no corpo do estudo e a bibliografia consultada cita as obras que subsidiaram a estruturação dos pensamentos apresentados. Nos anexos estão apresentadas algumas tabelas, elaboradas a partir do banco de dados; o roteiro de entrevista e a lista das universidades conveniadas.

CAPÍTULO I

CAMINHAR TEÓRICO METODOLÓGICO

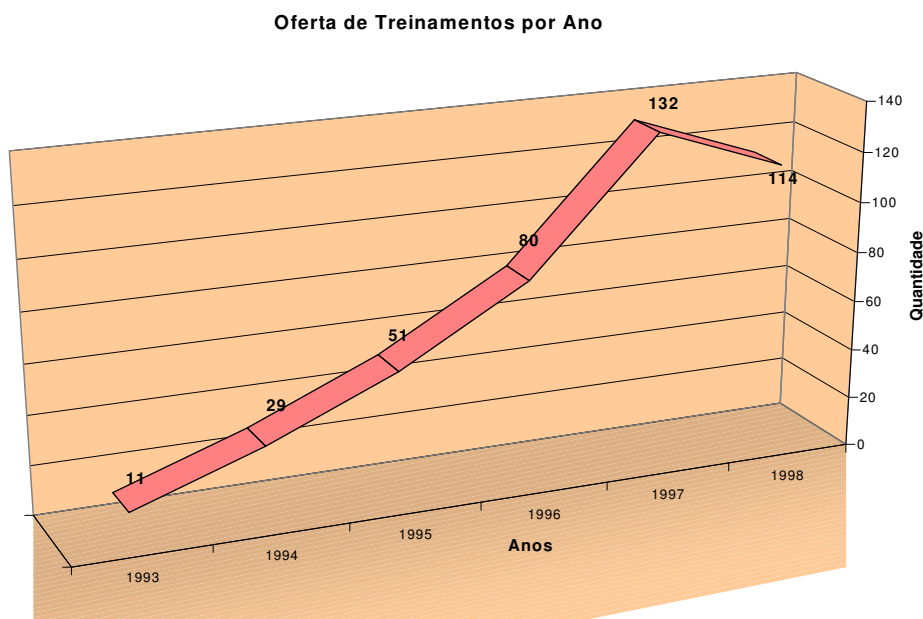
1.O trabalho de pesquisar

O percurso teórico metodológico foi construído no decorrer desta pesquisa, desde as questões instigadas pela prática profissional até o contexto histórico da epidemia no país. Escolhemos centrar nosso olhar na área de interesse Educação e Saúde, especificamente a ação educativa dirigida aos profissionais de saúde envolvidos com o atendimento de pessoas portadoras do HIV/AIDS, com a pergunta norteadora de qual o papel da educação na interface com a saúde.

O desvelamento desta questão requer como **objetivo geral** analisar alguns aspectos da política dos programas de “capacitação” profissional oferecidos pelo Ministério da Saúde, através da Oferta de Treinamentos para Profissionais da Saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde, coordenado pelo Programa Nacional de DST/AIDS, durante o período de 1993 a 1998.

O número de treinamentos realizados no país neste período foi de 417, com distribuição crescente nos primeiros cinco anos e queda no último ano; como podemos observar no gráfico abaixo, elabora a partir da Tabela 1 – Instituições Executoras de Treinamentos por Ano, anexo 1:

Gráfico 1 – Oferta de “treinamentos” por ano



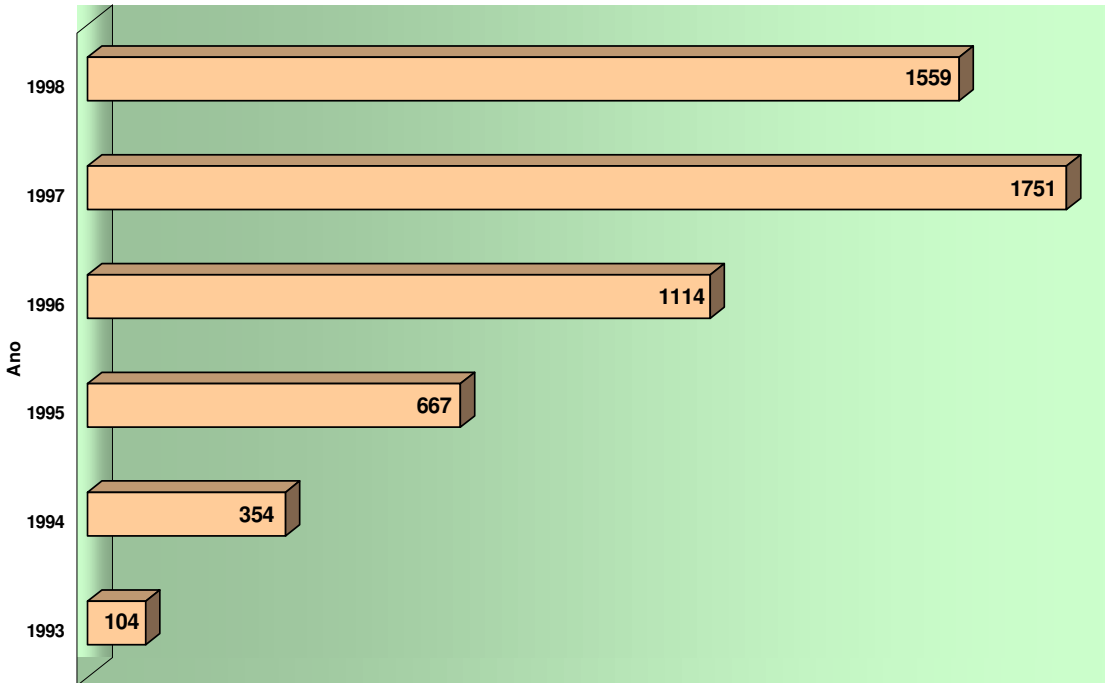
Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (volume 2).

Os **objetivos específicos** traçados para este estudo foram: a) contextualizar historicamente a trajetória da AIDS no Brasil estabelecendo algumas inter-relações entre as políticas nacionais e internacionais e, b) rever a construção histórica do programa de “treinamentos” oferecidos pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST/AIDS no período de 1993 a 1998. Devido à abrangência do tema estaremos delimitando este estudo à análise dos “treinamentos” oferecidos pelo Programa Nacional de DST/AIDS no período de 1993 a 1998, realizados no eixo São Paulo - Rio de Janeiro.

A abrangência dos “treinamentos” pode ser observada pelo número de vagas para profissionais neste período como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 2 – Oferta de Vagas por Ano

Oferta de Vagas por Ano



Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (volume 2).

Os números apresentados totalizam 5.549 vagas oferecidas, representando oportunidades de “capacitação” e não o total de pessoas “treinadas” no país, pois esses dados não constam nos catálogos e não existem relatórios emitidos pelo Ministério da Saúde sobre esse tema.

Portanto, as questões norteadoras deste estudo foram: discutir como os profissionais da área da saúde estão sendo “capacitados”; que profissionais foram selecionados; quais objetivos foram delineados; com quais recursos e com que propósito? No programa apresentado dessas “capacitações”: quais os conteúdos pedagógicos escolhidos e quais as relações com o cotidiano do trabalho no atendimento de pessoas portadoras do HIV/AIDS? Quais as instituições que realizaram

os programas de “treinamentos” e quem foi o responsável por essa “capacitação” profissional? Qual o perfil desse educador: a sua formação; o vínculo institucional; o papel que desempenhou nesse programa educacional e quais as concepções de saúde e de educação assumidas?

Partimos do pressuposto que o trabalho educativo foi organizado para atender as lacunas da formação básica dos profissionais para a assistência dessa clientela, decorrentes do recente surgimento da AIDS enquanto conteúdo pedagógico nos cursos de graduação¹⁰. E, que uma das questões que permeia esse processo educativo e o revela é a metodologia utilizada e os referenciais teóricos que suportaram essa ação educativa. A escolha metodológica de “treinar” os profissionais revela a concepção de educação em atribuir capacidades e informações, baseada na racionalidade instrumental que busca a eficiência nas ações técnicas. O conflito desta escolha está nas dificuldades provenientes do lidar com o medo, com a morte que é geradora de angústias e ansiedades que não são resolvidas e sim elaboradas; não podem ser negadas e, portanto, prescindem de tematizações. A educação neste contexto assume o papel de ensinar a técnica, mas esquece de discutir como lidar com as emoções e sentimentos produzidos por essas ações; exclui parte da complexidade do atender pessoas portadoras do HIV/AIDS. A etimologia da palavra “treinar” nos auxilia na compreensão dessa escolha metodológica. A palavra com origem no latim tardio:

“tragienäre”, derivado de “tragere” de “trahere”; no português foi usado inicialmente como treino de volataria, significa “adestrar o falcão a pegar a sua caça, levando-o a perder o medo de certa ave selvagem ao lhe dar de comer uma galinha sobre uma ave domesticada da mesma espécie daquela selvagem, com isso o falcão se habituava com as características daquela ave e quando fosse lançado à caça da mesma já não mais lhe tinha medo (Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, 2001, p.2760).

O termo treina é dado ao animal sobre o qual se depositava a galinha que os caçadores davam de comer ao falcão, para o treinarem na caça (CUNHA, 1982).

¹⁰ O contexto histórico referido é datado de 1998, atualmente o tema AIDS faz parte dos currículos institucionais.

A palavra que se prende etimologicamente, atualmente, ao francês “*trainer*” significa: acostumar, adestrar, amestrar, condicionar, domesticar, ensaiar, ensinar, habituar, instruir, versar.

A formação profissional não preparou as equipes de saúde para a epidemia, essa lacuna foi estrategicamente superada através da metodologia definida pelo Ministério da Saúde para a educação dos profissionais; o treinamento para AIDS, que, dentre outros objetivos, auxiliava os profissionais a perderem o medo da epidemia. A infectologista entrevistada apresenta a necessidade dos “treinamentos” oferecidos:

Uma grande qualidade deste programa de AIDS do Ministério da Saúde é que sempre teve uma preocupação com o ensino, com o aprendizado, com o treinamento dos profissionais. Já que eram profissionais formados, e uma doença que não tinha, então tem que treinar. As outras doenças como a de Chagas você aprende na faculdade, se aprendia, outro exemplo é a Esquistossomose. E, a AIDS muitos médicos não aprenderam na... então, por isso acho que o Ministério da Saúde colocou de forma muito clara a visão de treinamento (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, R. J. Rio de Janeiro, 25 mar. 1999, p.27).

Entendemos que a relevância deste estudo está na explicitação de alguns dos intervenientes dessa política de “treinamento” profissional, a quem atende e quais os rumos que estão sendo delineados com a participação desses profissionais. A contribuição para outros pesquisadores que se interessem pela área de “treinamento” em saúde está localizada no trazer à tona algumas análises que possam apoiá-los e possibilitar reflexões sobre educação e saúde, no colaborar para a reflexão dos próprios sujeitos/construtores deste estudo, desnudando aspectos não revelados nesse processo. E provocar, enfim, os profissionais da área da educação e saúde a indagar sobre suas práticas, por que estão fazendo, como estão fazendo e para quem; incomodando-os a comprometerem-se com suas ações técnicas, comunicativas com interesse emancipatório.

As palavras de Demo ilustram as pretensões deste trabalho:

Nossa pretensão, todavia, não é tanta, porque não vamos além de colocar a questão de forma pertinente, para que comece a nos importunar de forma impertinente. Gostaríamos apenas de construir adequadamente o problema, para iniciarmos a discussão e já movimentarmos práticas alternativas, principalmente de conteúdo participativo (DEMO, 1985, p.152).

A construção da pesquisa apresenta-se de forma irregular com avanços e retrocessos; a relação com o estudo depende de paixão e interesses claros que nos façam caminhar. O nosso caminhar em espiral nos levou à escolha do referencial teórico e a inúmeras leituras e re-leituras; pois a cada pergunta desvelada em campo, novas questões provocavam a busca de aprofundamento e compreensão teórica. O referencial teórico que permeia as análises apresentadas está pautado na compreensão da Teoria Crítica, especialmente na obra de J. Habermas; autor de grande complexidade e diversidade, que com uma breve apresentação não poderá ser retratado em todo o espectro de sua teoria. Entretanto, esperamos que o conceito de colonização do mundo da vida, realçado de sua obra, possibilite novas reflexões e aprofundamentos necessários para novos caminhar. O resumo apresentado no final deste capítulo esclarece algumas questões discutidas pelos teóricos críticos e o posicionamento de J.Habermas neste contexto.

A revisão bibliográfica realizada sobre o tema capacitação em AIDS não detectou obras que estabelecessem relações específicas com esta pesquisa, a procura foi feita com as palavras chaves: capacitação profissional em AIDS, “treinamento” em AIDS e educação em AIDS; sendo tema de destaque na literatura atual a educação como forma e estratégia de prevenção e a formação dos educadores para essa ação preventiva. A pesquisa documental realizada para contextualizar a história da AIDS no Brasil e no mundo esteve amparada por documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, jornais, livros e boletins de ONGs. A produção dos documentos utilizados nesta pesquisa difere nas intenções de orientar, apresentarem dados e ações, propiciarem discussões; devido à constituição das instituições e suas finalidades políticas. Os documentos produzidos pela Organização Mundial da Saúde utilizados como referência foram os boletins sobre a epidemia

mundial e as políticas nacionais. O Ministério da Saúde produziu nesses anos diferentes documentos, dos quais nos reportamos aos Boletins Epidemiológicos, Orientações Técnicas, Acordos Internacionais e Relatórios Técnicos. A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, ONG fundada em 1986 com apoio financeiro de instituições internacionais, atua na promoção de eventos, publicações e acompanhamento das políticas de saúde relacionadas à AIDS, sendo essas as publicações citadas. A revisão sobre o tema educação esteve relacionada aos educadores fundamentados na Teoria Crítica.

A pesquisa documental para delineamento das Ofertas de Treinamentos coordenadas pelo Ministério da Saúde demonstrou que essas ofertas foram divulgadas em publicações semestrais nomeadas como Catálogo de Oportunidade e Treinamento. A primeira edição datou de outubro/dezembro de 1993, ocorrendo até janeiro/junho de 1998, última edição distribuída por correspondência. A partir dessa data, o Ministério da Saúde promoveu uma alteração na forma de divulgação dos catálogos via home-page e correspondência, porém contendo apenas a apresentação do nome dos “treinamentos” e os locais de realização para contatos, sem descrever e especificar o público, as datas de realização, os objetivos e os conteúdos como anteriormente. Essa alteração acarretou atraso na divulgação dos “treinamentos”, tendo como resultado a compilação das ofertas dos anos de 1999/2000. Os catálogos foram publicados semestralmente desde 1993 através de dez volumes, sendo que os serviços consultados para localização desta publicação foram: Centro de Referência e Treinamento em AIDS/ São Paulo; Instituto de Infectologia Emílio Ribas/ São Paulo; Secretaria Estadual de Saúde/São Paulo; Universidade de São Paulo - Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública/São Paulo; Secretaria Estadual de Saúde/Campinas e Centro Corsini/Campinas. Os serviços consultados não arquivavam essa publicação de forma regular em função da periodicidade semestral e por não acreditarem em sua utilidade após esse período. A criação de um banco de dados para a análise dos “treinamentos” oferecidos, datas e localidades foi necessária para delimitar geograficamente as ofertas similares, periodicidade e contatos pessoais.

A investigação documental foi transformada em dados quantitativos, o que favoreceu o conhecimento do desenvolvimento das atividades de treinamento no território nacional. As dúvidas sobre a utilização de dados quantitativos em pesquisa qualitativa se dissipam quando “...as duas dimensões não se opõem, mas se inter-relacionam como duas fases do real num movimento cumulativo e transformador, de tal maneira que não podemos concebê-las uma sem a outra, nem uma separada da outra” (GAMBOA, 2000, p.105).

O banco de dados foi estruturado no programa Excel 97, componente do Office 97; com 09 células específicas: tema; público; ano; objetivos; instituição; conteúdo; cidade; estados e região seguindo os itens contidos nos catálogos de oportunidades. Os dados selecionados referem-se aos “treinamentos” de profissionais para atuarem na assistência de pessoas portadoras do HIV/AIDS, sendo excluídos dados sobre prevenção e doenças sexualmente transmissíveis; as instituições priorizadas foram os centros de referência nacionais e dados do projeto UNIVERSAIDS¹¹. Foram inseridos 417 “treinamentos” diferentes preenchendo as células respectivas. Os dados foram transformados em tabelas e gráficos, que ilustram esse estudo. O conhecimento das atividades de “treinamento” no país possibilitou a seleção das instituições analisadas. O banco de dados está impresso e compilado no volume 2 desta pesquisa.

As instituições selecionadas para o trabalho de campo deste estudo foram: Instituto de Infectologia Emílio Ribas, localizado na cidade de São Paulo e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, situado na cidade do Rio de Janeiro.

Os critérios de escolha usados foram o eixo geográfico Rio de Janeiro e São Paulo, levando em consideração a atribuição dada pelo Ministério da Saúde a essas instituições como Centros de Referência Nacionais¹², o destaque do pioneirismo das instituições na oferta de “treinamentos”, a paridade entre as ofertas, o “contingente

¹¹ Projeto UNIVERSAIDS: projeto realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com as universidades federais e estaduais a partir de 1998; abordaremos sobre esse projeto no capítulo 3.

¹² Centro de Referência Nacional em AIDS (CRN) por definição do Programa Nacional de DSTs/AIDS do Ministério da Saúde: “são instituições integradas à rede de serviços do Sistema Único de Saúde, e estão capacitados a prestar assistência médica de nível secundário ou terciário, além de testar normas, novos procedimentos e metodologias, bem como realizar treinamentos e pesquisas” (Disponível em:<www.aids.gov.br/udtv/link46.htm>).

epidemiológico” dessas cidades e atenderem a população através do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³.

O Instituto de Infectologia Emílio Ribas¹⁴, da rede estadual de saúde, a partir de agora denominado Emílio Ribas, foi fundado em 1880 devido a um surto de varíola. O instituto manteve a função de tratar doenças infecto-contagiosas desde sua fundação. Nos anos setenta destacou-se na atenção prestada a epidemia de doença meningocócica e, atualmente, é um centro de atendimento para a AIDS, com 350 leitos para internação, 2.000 funcionários e realização de 7.500 consultas ao mês. O envolvimento dessa instituição na formação profissional inclui o ensino de graduação médica, residência médica e pós-graduação; oferece também aprimoramento e “treinamento” para outros profissionais da área da saúde. O reconhecimento desse instituto como Centro de Referência Nacional data de 1985/1986. Os “treinamentos” tiveram início em 1987 na instituição, sendo incluído como parte das ações do Ministério da Saúde em 1993, como refere o coordenador do programa de treinamento:

Os primeiros treinamentos começaram em 1987, de forma menos elaborada; foi de fato elaborada em 1989, com todos os quesitos pedagógicos: objetivos imediatos e objetivos gerais. E, em 1990, foi dada a consecução desse trabalho de treinamento; que foi com o tempo se elaborando e com mais número de temas e áreas. Havia uma verba do Ministério da Saúde, mas era bem localizada, e o próprio Hospital Emílio Ribas tinha condições (SHULTE, G. Entrevista concedida pelo coordenador da Saúde Mental do Emílio Ribas, S.P. São Paulo, 28 set. 1999, p.2).

O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho¹⁵, a partir de agora denominado Fraga Filho, foi inaugurado oficialmente em 1978, com o nome de Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e, posteriormente, com o nome Clementino Fraga Filho, em homenagem ao presidente da comissão de implantação e primeiro diretor. A vinculação desse hospital com o ensino se dá através da graduação,

¹³ Sistema Único de Saúde será a partir de agora denominado SUS, sigla usada no cotidiano.

¹⁴ Ver dados sobre a instituição na home-page: <http://www.emilioribas.sp.br>.

¹⁵ Ver sobre a instituição na home-page: <http://mvirtual.hucff.ufrj.br/HU/hospital.html>.

residência médica, aperfeiçoamento, especialização e pós-graduação na área da medicina, bem como estágios para graduados em outras áreas da saúde. Existe um programa de educação continuada para o corpo administrativos e profissionais da saúde. A pesquisa científica faz parte das atribuições do corpo docente, integrando os eixos assistência, docência e pesquisa. O reconhecimento desse hospital pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional aconteceu em 1987. O hospital universitário (HU) iniciou as atividades de “treinamento” em conjunto com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com uma proposta diferenciada por ser realizada em equipes multiprofissionais, como relata a assistente social:

O estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado iniciou com um treinamento, que eu considero muito bom para época, que era um treinamento com equipes multiprofissionais, era um treinamento completamente diferenciado da perspectiva do Ministério da Saúde; e o HU era justamente o pólo desse treinamento (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, R.J. Rio de Janeiro, 25 mar. 1999, p.5).

O Emílio Ribas foi considerado instituição executora dos “treinamentos” oferecidos pelo Ministério da Saúde desde 1994. As áreas da saúde com ofertas de “treinamentos” foram: Clínica Médica; AIDS Pediátrica; Enfermagem e Obstetrícia; Saúde Mental; Uso de Propedêutica; Hospital Dia e Assistência Social. As ofertas pouco se alteraram durante esses anos; em 2000, a mudança ocorreu com a retirada do curso para Enfermagem e Obstetrícia e ampliação do conteúdo do curso de AIDS Pediátrico com abordagem da sífilis congênita.

Os “treinamentos” selecionados para este estudo foram: Clínica Médica, Saúde Mental e Assistência Social. O programa oferecido para os médicos aconteceu nos anos de 1994 e 1995, sendo interrompido desde então por decisão do Ministério da Saúde. A Saúde Mental ofereceu os “treinamentos” desde 1995 mantendo a oferta contínua até 1998 e o de Assistência Social iniciou-se em 1997, com interrupção em 1998.

Essa instituição ofereceu durante o período de 1993 e 1998, o total de 33 “treinamentos”, sendo o curso de “Preparação de Equipes de Saúde Mental para a

Assistência a Portadores de HIV e AIDS” o mais oferecido. Os médicos tiveram maiores oportunidades que outros profissionais, entre eles, enfermeiros, assistentes sociais e equipe de saúde mental; as ofertas foram para cursos de implantação de hospital-dia, para o uso da propedêutica, de clínica básica, para o manejo clínico epidemiológico e afecções cirúrgicas; totalizando 19 “treinamentos” dos 33 oferecidos.

O Quadro abaixo demonstra os títulos e o número de cursos oferecidos neste período pelo Emílio Ribas:

Quadro 1 - “Treinamentos” oferecidos pelo Emílio Ribas

Título do Treinamento	Ofertas
Afecções Cirúrgicas na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	1
Preparação de Assistentes Sociais para a Assistência a Portadores de HIV e AIDS	3
Preparação de Equipes de Saúde Mental para a Assistência a Portadores de HIV e AIDS	8
Preparação de Médicos para o Manejo Clínico-Epidemiológico da AIDS Pediátrica de HIV e da Sífilis Congênita	6
Treinamento Clínico Básico para Enfermeiros e Obstetrizes na Assistência a Portadores de HIV e AIDS	3
Treinamento Clínico Básico para Médicos na Assistência a Portadores de HIV e AIDS	4
Treinamento para a Implantação de Hospital-Dia (HD)	6
Uso da Propedêutica Armada para Diagnóstico e Seguimento de Portadores de HIV e Pacientes de AIDS	2
Total de treinamentos realizados	33

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (volume 2.)

A vinculação do Fraga Filho com o Ministério da Saúde se iniciou em 1994 com a oferta para as seguintes especialidades: Clínica Médica; Equipe de Saúde Mental; Assistentes Sociais e Equipe para Pré - natal e Gestante HIV. No ano de 2000 foram retiradas as ofertas para Clínica Médica, delimitada como aconselhamento à atuação com gestantes e acrescentados os programas para cirurgiões-dentistas, para técnicos e auxiliares de enfermagem e para médicos em terapêutica anti-retroviral. Os “treinamentos” para médicos tiveram início em 1994, enquanto que para as equipes de

Saúde Mental e Assistente Sociais tiveram início em 1993, sendo que a oferta para os médicos foi interrompida em 1995, como no Emílio Ribas, por decisão do Ministério da Saúde. Os “treinamentos” em Saúde Mental e Assistência Social foram mantidos até 1998. As oportunidades de “capacitação” foram diferentes para os profissionais: as assistentes sociais e as equipes de saúde mental tiveram respectivamente 7 ofertas; e os médicos tiveram 9 oportunidades.

O Quadro abaixo demonstra o total de 23 “treinamentos” oferecidos pelo Fraga Filho, com os diferentes cursos e números respectivos:

Quadro 2 - “Treinamentos” oferecidos pelo Fraga Filho

Título do Treinamento	Ofertas
Preparação de Assistentes Sociais para a Assistência a Portadores de HIV e AIDS	7
Preparação de Equipes de Saúde Mental para a Assistência a Portadores de HIV e AIDS	7
Treinamento Clínico Básico para Médicos na Assistência a Portadores de HIV e AIDS	4
Treinamento em Assistência Integrada no Pré-Natal de Gestantes Infectadas pelo HIV	5
Total de treinamentos realizados	23

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (volume 2).

A paridade entre as instituições pode ser observada com a apresentação das ofertas dos “treinamentos” para os profissionais da saúde que são analisados nesta pesquisa. Entretanto, existe uma variação do número de vagas entre as instituições e ofertas de “treinamento” que diferem devido ao público, sendo pertinentes a apenas uma instituição.

Quadro 3 - “Treinamentos” oferecidos pelo Emílio Ribas e Fraga Filho

PÚBLICO	INSTITUIÇÃO	N VAGAS
Assistentes Sociais		73
	<i>Hospital Universitário Clementino Fraga Filho</i>	43
	<i>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</i>	30
Enfermeiros e Obstetizes		27
	<i>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</i>	27
Equipe: Médico, As.Social, Enfermeiro		98
	<i>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</i>	98
Médicos Clínicos e Infectologista		80
	<i>Hospital Universitário Clementino Fraga Filho</i>	40
	<i>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</i>	40
Médicos e Enfermeiros		16
	<i>Hospital Universitário Clementino Fraga Filho</i>	16
Médicos Infectologistas,Clinica Médica e Cirúrgica		15
	<i>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</i>	15
Médicos Neurologistas,Psiquiatras e Psicólogos		9
	<i>Hospital Universitário Clementino Fraga Filho</i>	9
Médicos Pediatras, Infectologista ou Clínicos		50
	<i>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</i>	50
Médicos Psiquiatras e Psicólogos		124
	<i>Hospital Universitário Clementino Fraga Filho</i>	61
	<i>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</i>	63
Médicos, Radiologistas,Enfermeiros, Biomédicos		24
	<i>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</i>	24
Obstetras e Enfermeiros		24
	<i>Hospital Universitário Clementino Fraga Filho</i>	24
Total Global		540

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (volume 2).

A escolha dos locais e dos sujeitos desta pesquisa está relacionada à paridade das ofertas de “treinamentos” para os diferentes profissionais da área da saúde; os programas escolhidos foram os que contemplam as mesmas especialidades nas duas instituições executoras, sendo: a) Treinamento Clínico Básico para Médicos na Assistência a Portadores de HIV e Doentes de AIDS; b) Preparação de Equipes de Saúde Mental para a Assistência a Portadores de HIV e Pacientes de AIDS; c) Preparação de Assistentes Sociais para a Assistência a Portadores de HIV e Doentes de AIDS.

Os sujeitos escolhidos para a reconstrução desse contexto histórico e político foram os coordenadores dos “treinamentos” realizados para os profissionais dessas especialidades, por possuírem um papel agregador de funções políticas. Esses coordenadores têm como função organizar o “treinamento”, elaborar o programa selecionando objetivos e conteúdos, escolher os profissionais para desenvolver esses conteúdos, bem como avaliar, relatar e prestar contas do financiamento recebido ao Ministério da Saúde. A função de coordenar os “treinamentos” é parte de outras atribuições profissionais, que se apresenta de forma diferente para cada sujeito envolvido nesta pesquisa.

Os coordenadores entrevistados foram sete, vinculados à “treinamentos” de sua formação profissional: 03 médicos (01 neurologista, 01 infectologista e 01 psiquiatra), 01 psicóloga e 03 assistentes sociais. O preparo para o atendimento a pessoas portadoras do HIV/AIDS desses sujeitos está relacionado com a própria experiência profissional desenvolvida nesses centros de referência, nenhum foi “treinado” anteriormente.

A caracterização dos sete sujeitos envolvidos neste estudo está dividida entre as duas instituições, sendo três pertencentes a uma e quatro a outra; tem como predominância o sexo feminino, cinco mulheres e dois homens; a faixa etária está localizada entre 44 e 55 anos; possuem cargos de chefia de área e setores; trabalham na instituição de origem há mais de cinco anos; têm pós-graduação sendo: dois especialistas, um mestre, um doutor, um interrompeu o mestrado e outro está iniciando essa atividade.

O Quadro abaixo mostra a formação profissional e os cargos na época das entrevistas. Os contatos recentes com esses profissionais revelaram alterações nas funções que exercem atualmente.

Quadro 4 - Caracterização dos profissionais entrevistados

Instituição	Nome	Sexo	Idade	Graduação	Cargo	Formação
Emílio Ribas	Calazans	Fem.	44 a	Assistente Social	Diretora do Serviço Social	Especialidade em Saúde Pública
Emílio Ribas	Mello	Masc.	44 a	Médico Psiquiatra	Coordenador de Treinamento	Medicina/
Emílio Ribas	Shulte	Masc.	55 a	Médico Neuro-infectologista	Coordenador do Programa de AIDS	Pedagogia Neurologia Infectologia
Fraga Filho	Nogueira	Fem.	47 a	Médica Infectologista	Chefe do Departamento Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP)	Doutorado em Doenças Infecciosas
Fraga Filho	Zornitte	Fem.	50 a	Psicóloga	Coordenadora de Treinamento	Especialista em Educação para Saúde
Fraga Filho	Marins	Fem.	51 a	Assistente Social	Chefe da Sessão de Planejamento do Serviço Social	Especialista em Educação para Saúde
Fraga Filho	Soares	Fem.	48 a	Assistente Social	Diretora da Divisão de Apoio Assistencial	Mestre em Serviço Social

Fonte: Pesquisa de Campo - entrevistas com os profissionais (volume 2).

O trabalho de campo constou de estratégias para uma aproximação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa. Num primeiro momento, a análise do banco de dados propiciou a detecção dos contatos pessoais para cada “treinamento”, em específico, nas duas instituições.

A atenção para a relação intersubjetiva que se estabelece durante a entrevista envolveu aspectos como agendamento favorável a ambos, apresentação de carta do orientador, apresentação do entrevistador e entrevistado; explicação dos motivos da seleção deste tema e da seleção das instituições e entrevistados, do esclarecimento dos objetivos, da garantia de sigilo das informações e do retorno das análises após o término da pesquisa. A escolha da forma como acontecerá o retorno da pesquisa concluída aos sujeitos foi diferente entre as instituições. A equipe de sujeitos do Fraga Filho sugeriu a doação de um exemplar da tese para a biblioteca e, se possível, para o sujeitos e para a instituição, o agendamento de uma palestra em data favorável para ambos.

Os sujeitos entrevistados do Emílio Ribas solicitaram um exemplar da tese para si e para a instituição.

A escolha da técnica de entrevista semi-estruturada se deve ao posicionamento do pesquisador como participante desse contexto na elucidação de temas a serem abordados pelos entrevistados, seguindo a fluência do pensamento despertada pelas questões (TRIVIÑOS, 1987).

Apesar de conceitos diferentes para denominar entrevistador e entrevistado, hipóteses e teorias, Triviños (1987) apresenta o movimento ressaltado na relação estabelecida entre os sujeitos entrevistador e entrevistado ou informante e investigador. Essa relação adquire subjetivação e os sujeitos constroem em conjunto a entrevista.

A elaboração do instrumento de entrevista procurou caracterizar o perfil dos coordenadores com questões sobre idade, formação, especialização, cargo e atividades desenvolvidas nos treinamentos; buscou identificar as funções administrativas envolvidas nesse processo e os aspectos educacionais, políticos e conceituais.

As questões foram divididas em duas partes, iniciando pela apresentação do entrevistador, da pesquisa e do entrevistado; na primeira parte, identificamos o profissional com dados sobre a formação profissional, cargo que ocupa e atividades realizadas, os treinamentos com temas sobre a história, os objetivos, a formação da equipe de treinadores, a propaganda, o processo de seleção, os conteúdos selecionados, a didática utilizada, a forma de avaliação, os relatórios, os recursos financeiros e as dificuldades encontradas. Na segunda parte, os temas revelavam as concepções de homem, saúde e AIDS.

Novas questões e novos temas que foram explorados durante as entrevistas constam da revisão do roteiro, localizado no Anexo 3. Esse, em algumas entrevistas, foi apenas orientador dos temas a serem abordados; em outras, foi seguido na íntegra devido às diferenças pessoais encontradas na interação entre entrevistador e entrevistado. As diferentes relações estabelecidas exigiram posturas diversas, como podemos observar pelas anotações nos diários de campo:

... tem a fala pausada e é extremamente reflexiva para responder as questões, possui um ritmo mais lento. Em alguns momentos a demora para responder exige que se repita a questão, em outros momentos parece não compreender a pergunta; o que exige um constante retomar (Diário de Campo, entrevista 4, p.3).

Fala com fluência sobre o tema e apenas risco a questão do roteiro conforme ela nos fornece os dados, aprofundo um ou outro tema, porém o curso da entrevista está em suas mãos (Diário de Campo, entrevista 6, p.3).

Tem uma fala motivadora, porém impede nosso tempo de reflexão pela velocidade como apresenta as respostas, novamente a necessidade de um roteiro foi percebida, com outra característica: a personalidade do entrevistado e o ritmo do pensamento (Diário de Campo, entrevista 5, p3).

As entrevistas foram agendadas previamente com cada entrevistado, sendo que a duração variou de uma hora e trinta minutos a duas horas e trinta minutos. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e revistas após as transcrições.

A citação das falas, trechos das entrevistas, neste trabalho foram editadas para melhor compreensão da fluência do pensamento transcrito, tendo sido suprimidos vícios de linguagem, risadas, tempos de pausas extensos, repetições, piadas, brincadeiras e comentários não relacionados com a entrevista. Os originais da transcrição permanecem como documentos, tanto quanto as fitas utilizadas para a gravação das entrevistas; localizados no volume 2 desta pesquisa.

Concordamos com Camargo sobre a forma de tratar os dados coletados através das entrevistas:

Neste trabalho, a palavra escrita perde em relação ao discurso oral, o ritmo, o fluxo, o timbre, a presença física que só mesmo um romancista pode resgatar na prosa. Optamos então por re-trabalhar a linguagem oral procurando torná-la legível no papel, mantendo o estilo do entrevistado evitamos neutralizar o sujeito que fala (CAMARGO, 1994, p.123).

A representatividade de cada sujeito é garantida pela manutenção de seu estilo de linguagem, fluência de pensamento e garantia de fidedignidade do discurso oral gravado.

A observação como parte do trabalho de campo está registrada nos diários de campo com relatos efetuados após a realização das entrevistas, após a escuta da transcrição e após cada contato com os sujeitos ou estar em campo. Os diários de campo relatam as sensações, os acontecimentos, as expectativas, as impressões, enfim, a vivência do contato, do agendamento, da realização e da transcrição das entrevistas (QUEIROZ, 1983:54).

O diário de campo auxilia na compreensão das falas dos entrevistados que após a transcrição podem perder o poder de: propiciar a indignação, dar segurança, instigar a reflexão, provocar irritação, enfim, perder a vivacidade do verbo. Entretanto, outro dado relevante do diário de campo é a observação que contextualiza e promove a compreensão do que ainda está na sensação; como exemplo, podemos citar a observação:

Neste momento, conseguimos relaxar para observar o espaço que nos cerca. A mesa imponente que está a nossa frente é ordenada, com vaso de flor e todos os papéis organizados, lápis e canetas nos devidos lugares. Estamos sentadas em uma poltrona a um metro da mesa. Armário no canto esquerdo, próximo à janela. A sala tem cortinas pesadas e iluminação esparsa. Talvez, a sensação de escuro provenha da cor dos móveis e desenho pesado. Olhamos para o espaço em nossa volta e pensamos que realmente estamos na sala de um chefe de serviço (Diário de Campo, entrevista 6, p.3).

O uso do recurso fotográfico foi realizado com o objetivo de registrar as instituições e os entrevistados nos locais onde as entrevistas foram realizadas; teve como intenção imprimir o momento dessa interação e auxiliar na caracterização desses sujeitos. Neste estudo todas as fotografias foram feitas com consentimento dos entrevistados e responsáveis pela assessoria de imprensa das instituições. As fotografias¹⁶ ilustraram o volume 2 desta pesquisa, o que permite a visualização do ambiente e dos sujeitos.

A interação entre pesquisador e sujeitos ocorreu de forma peculiar para cada relação estabelecida; o instrumento de entrevista se colocou como facilitador ou limitador, de acordo com os sujeitos envolvidos frente à relação que se estabeleceu de

¹⁶ As fotografias ilustram o diário de campo, auxiliando na compreensão das entrevistas e dos cenários que as envolveu.

poder. Em uma das entrevistas, a divisão do trabalho se concretizou em falas que revelaram a crítica do entrevistado à posição de sujeito desta pesquisa, demonstrando o desejo de poder investigar e pesquisar a própria ação, como também, a desaprovação dos trabalhos acadêmicos que se distanciam das práticas profissionais. Outras entrevistas denunciaram o desejo de investigar e avaliar o propósito desses treinamentos, que nesse momento estavam sendo pesquisados por um sujeito estranho à instituição de origem das informações.

As reflexões sobre essas relações de poder podem ser mostradas pelas entrevistas, que demonstram compreensões diferentes entre os sujeitos dessa relação:

Eu sempre tive uma vontade de escrever sobre o que já foi feito em relação a todos esses cursos que nós demos; e nós temos cada vez mais coisas para fazer e temos cada vez menos tempo. Então, se alguém realiza um estudo desse, mesmo que não seja específico nosso, já resgata alguma coisa desse passado (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, R.J. Rio de Janeiro, 25 mar. 1999, p.4).

... eu tenho sentido que nem sempre os grandes intelectuais são os melhores... Você pode estar dentro de uma universidade, uma pós-graduação, um mestrado, mas é um horror quando dá uma aula. [...] essa é minha grande crítica as universidades, como a do ministro da educação, que os universitários são uns ratos de biblioteca, isso eu concordo com ele em gênero, número e grau, dos intelectuais, dos livros. Agora quando você vai para a prática em termos da AIDS, tem que ter técnica, você tem que ser, essa realidade não se aprende nos livros (CALAZANS, L.B. Entrevista concedida pela Diretora do Serviço Social do Emílio Ribas, S.P. São Paulo, 30 mar.1999, p.13).

A desigualdade de condições sócio-políticas e ideológicas não se restringe à situação da entrevista, como citado; estão relacionadas com as condições para a produção de pesquisas nas quais, para as concretizações, os pesquisadores, muitas vezes têm que se desligar dos trabalhos cotidianos devido à exigência de dedicação do trabalho acadêmico ou da impossibilidade prática dessa conjugação, o que ressalta a divisão social do trabalho. As desigualdades que estavam constituídas e se revelaram no decorrer das entrevistas dentro do contexto da fala do entrevistado foram

explicitadas pelo entrevistador, durante as mesmas, para que as críticas pudessem ser registradas e, posteriormente, analisadas.

O trabalho do pesquisador está emaranhado pela linguagem e o material a ser analisado é a própria linguagem expressa e transcrita; a preciosidade das relações estabelecidas denota as críticas veladas por parte dos entrevistados das condições especiais que o entrevistador possui para realizar sua pesquisa, declarando certo incômodo com ser “objeto” / sujeito de pesquisa. Isso nos reporta às condições de pesquisa no país e à marginalização dos trabalhadores dessa possibilidade.

A análise dos dados colhidos a partir da fase do trabalho de campo está vinculada com o referencial teórico apresentado neste capítulo. A forma sugerida por Habermas é de que os dados sejam tratados, no sentido histórico-crítico; como forma de compreender a realidade e não como técnicas a serem seguidas, diferenciando da forma como os dados são tratados nas ciências experimentais. Habermas esclarece as diferenças entre a ciência analítico-empírica e a ciência histórico-hermenêutica, em que a primeira invalida a relação entre interesse e a realidade e não compreende a determinação desses interesses sobre a técnica e sobre os dados objetivados. A segunda traz a compreensão dos sentidos como assim menciona o autor:

A ciência histórico-hermenêutica produz o conhecimento em outro quadro metodológico. (...) a pesquisa hermenêutica analisa os dados de realidade tendo como ponto de partida a manutenção e extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação. Por sua estrutura a compreensão do sentido orienta-se para um consenso possível do sujeito agente no quadro auto-compreensivo. Enquanto o técnico postula o interesse prático, tendo em vista o conhecimento (HABERMAS, 1968, p.296-297).

A referência a Habermas para o momento da análise pode ser elucidada com a sugestão da compreensão dos sentidos passando pela auto-reflexão, a problematização da realidade dos sujeitos, a qual o pesquisador faz parte integrante. E, esclarecendo a metodologia da auto-reflexão Habermas revela:

O quadro metodológico que define o sentido da validade desta categoria de proposições críticas tem como critério o conceito de auto-reflexão. A auto-reflexão liberta o sujeito de poderes hipostasiados e por sua vez define um conhecimento libertador. A ciência orientada criticamente tem este elemento em comum com a filosofia (HABERMAS, 1968, p.297).

A reflexão como parte do caminho de aproximação do conhecimento, tanto na hermenêutica como na dialética que possuem a práxis como objeto, utiliza o método crítico para a construção das ciências. Os dois métodos valorizam a história, explicitam os interesses do pesquisador como parte do conhecimento, superam o cumprimento de técnicas, criticam o objetivismo decorrente do positivismo¹⁷.

O caminhar passa pelos textos, falas, depoimentos como resultado do processo social e de conhecimento com significado específico; os passos dessa análise movimentaram-se pelas inúmeras leituras da pesquisa de campo, passaram pela organização dos dados com a elaboração de categorias das falas dos sujeitos entrevistados e pela seleção de categorias pertencentes ao referencial teórico. O entrelaçamento de uma análise provisória, na qual, as articulações dos dados e dos referenciais teóricos promoveram a relação da teoria e da prática transformada em práxis e, portanto, em conhecimento.

As falas dos sujeitos entrevistados estarão permeando e construindo todo este estudo, desde a apresentação, a contextualização histórica até a conclusão.

2. O envolvimento da pesquisadora

A frase de Chauí revela o envolvimento desta pesquisadora com o tema escolhido para dissertar:

¹⁷ Para maiores esclarecimentos ler STEIN, E. Dialética e Hermenêutica: Uma Controvérsia sobre Método em Filosofia. IN: Dialética e Hermenêutica. RGS. LMP. 1987, p.98-136.

A visão se faz no meio das coisas e não fora delas. Ali onde um visível se põe a ver e se vê vendo,..., a indivisão irreduzível do sentiente e do sentido.

Por isso não nos engana nem nos mente nossa fé perceptiva quando experimenta a visão como espantosa reversibilidade entre nossos olhos e as coisas, a simultaneidade do ativo e do passivo, a visão fazendo-se das coisas para nós e de nós para elas (CHAUÍ, 1993, p.59).

A formação profissional realizada na área da saúde como terapeuta ocupacional e o trabalhar em uma ONG¹⁸, atendendo, durante onze anos, a clientela portadora do HIV/AIDS, possibilitou o visualizar do desenrolar da AIDS como participante de um contexto histórico e o olhar para esta história durante a construção desse trabalho cotidiano. Essa ação profissional nos instigou a refletir sobre nossa própria formação para essa atuação profissional. Atender pessoas portadoras do HIV/AIDS exige uma compreensão do próprio trabalho como a colocada por Chauí (1993) “... a *indivisão irreduzível do sentiente e do sentido...*”, pois a complexidade do indivíduo que atende e daquele que é atendido, permeia o sentido da terapia e da educação para esse e para aquele e ser parte dessa prática relacional enquanto “*sentiente*” nos incita a visão *espantosa da reversibilidade e simultaneidade*. O sentir e o pensar o sentido nos levaram a refletir sobre o trabalho que desenvolvemos nas áreas de assistência e de educação.

A epidemia associada à necessidade de um maior número de profissionais disponíveis para o atendimento da população portadora do HIV/AIDS promoveu a procura, por parte dos profissionais de saúde, por “capacitação”¹⁹, sendo criada nessa ONG uma área/departamento para atender essa nova demanda.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais dessa área/departamento estavam atreladas a programas de educação continuada para os profissionais da própria ONG, programas de estágios de formação para terapeutas ocupacionais, médicos e

¹⁸ Neste estudo estaremos utilizando a sigla ONG para designar organização não governamental, nacional e internacional. Termo que engloba trabalhos realizados a partir de propostas comunitárias e serviços organizados em atenção à AIDS.

¹⁹ O termo capacitação é usualmente aceito na área da saúde para designar diversas atividades educativas. Compreendemos capacitação como tornar capazes, aptos, hábeis, eficientes; com o sujeito caracterizado como aquele que pode conter, receber e não como aquele que deve questionar, refletir, provocar e criar. Estaremos usando o termo neste estudo sempre entre aspas para demonstrar ressalva a essa compreensão. Para considerações ler MARIN, A.J. “Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções”. Cadernos CEDES. Campinas/SP. vol. 36. 1995.

psicólogos em parcerias com universidades e “treinamentos” para dentistas, financiados pelo Ministério da Saúde. O desenvolvimento desses trabalhos propiciou inúmeras questões sobre as diferentes formas dessas “capacitações” e seus objetivos. Nesse contexto, despontou esta pesquisa, na qual nosso questionamento surgiu decorrente de uma preocupação peculiar aos terapeutas ocupacionais a ação. A atenção desta terapeuta ocupacional durante os atendimentos realizados junto à clientela portadora do HIV/AIDS foi a ação cotidiana compreendida enquanto práxis²⁰, com a ação refletida a partir da vontade, da intencionalidade, da finalidade, da consciência da qual fazem parte às atividades cognoscitiva e teleológica que se objetivam na realidade de pessoa, enquanto portadora de um vírus, que neste momento histórico é letal e sem perspectivas próximas de cura. O objetivo dessa atuação terapêutica era possibilitar a reflexão, pelas pessoas atendidas, das relações estabelecidas no cotidiano tornando-se autônomas. Trabalhar com esse movimento de favorecer essa reflexão do outro nos traz a responsabilidade de refletirmos sobre a nossa prática profissional, tornando-a também práxis produtiva compreendida como: “A práxis produtiva é assim a práxis fundamental porque nela o homem não só produz um mundo humano ou humanizado, [...], como também no sentido de que na práxis produtiva o homem se produz, forma ou transforma a si mesmo” (VÁSQUEZ, 1977, p.197-198).

A reflexão sobre o próprio trabalho está presente na entrevista com o psiquiatra, que deixa transparecer a complexa inter-relação da produção do trabalho e da formação e transformação pessoal:

O trabalho todo é a oportunidade de ter uma percepção do seu próprio processo, inclusive isso foi acontecendo comigo na própria vivência com os pacientes, eles que me trouxeram isso, a partir das próprias atitudes e reflexões deles; eles me fizeram parar e refletir sobre mim mesmo (MELLO, R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, S.P. São Paulo, 16 jun. 1999, p.9).

²⁰ Para ler mais sobre práxis ver: VÁSQUEZ, A.S. “Filosofia da Práxis”, tradução de Luiz Fernando Cardoso. 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra. 1977.

A pesquisadora em questão elaborou, desenvolveu, avaliou, re-elaborou e coordenou atividades de “capacitação” profissional, o que nos insere no contexto da problemática discutida nesta pesquisa. As questões surgiram no desenvolvimento desses trabalhos em nossa área de atuação; entre outras, a forma como os profissionais são preparados para atender pessoas portadoras do HIV/AIDS através de estágios, “treinamentos” ou educação continuada, como “capacitar”, quais os objetivos dessas “capacitações” enfim, qual a política envolvida nessa “capacitação”.

A percepção das diferentes formas de “capacitação”, de relações, de comunicações estabelecidas durante esses programas educativos nos levou a questionar as próprias ações educativas e suas finalidades; retomando a citação de Chauí (1993), “... a visão fazendo-se das coisas para nós e de nós para elas...”. As diferenças entre os programas de educação continuada, estágios e dos “treinamentos” nos remeteram à questão de qual é a participação do educando e do educador no processo educativo e qual o “*sentido para o sentiente*” enquanto sujeito dessa relação.

A aproximação com a questão da “capacitação” de profissionais desperta a discussão de temas, tais como, de que forma são estabelecidas as relações entre os profissionais e a clientela, como obter respostas para as situações que emergem do cotidiano, quais são os sentimentos frente à clientela que será atendida. Questões que podem ser compreendidos a partir dos significados ditos ou velados, dos valores conscientes ou inconscientes, das crenças divulgadas ou desconhecidas. Como capacitar para uma atuação profissional permeada de relações de poderes, de diferenças de linguagem entre os profissionais e destes com a clientela, de dificuldades na integração dos aspectos emocionais no aprendizado cotidiano.

No decorrer desta pesquisa, no ano de 1998, nos afastamos desse trabalho profissional e diário de “capacitação” profissional, e da área da saúde; atualmente, trabalhamos na área social, porém, algumas questões emergentes dessa história profissional e pessoal estão registradas através desta pesquisa.

3. O Diálogo com o Referencial Teórico

O referencial teórico²¹ que permeia as análises apresentadas nesta pesquisa está baseado nas discussões dos teóricos críticos: Adorno e Horkheimer e em parte da obra de Habermas. Algumas observações sobre a obra de Habermas são anteriores a mudança paradigmática da filosofia da subjetividade (Conhecimento e Interesse) para a intersubjetividade (Teoria da Ação Comunicativa).

O homem para se livrar do medo criou construtos teóricos desde a antiguidade. A mitologia criou deuses para explicar a realidade, projetando o conhecimento para fora do indivíduo; negando a própria realidade. As idéias na abstração substituem os deuses, o logos filosófico projetou o conhecimento para o processo argumentativo e racional; dividindo a razão em científica e não científica, na qual estão alocadas as emoções, a arte, a poesia. A modernidade aproximou o homem do conhecimento, tornando-o consciente de sua capacidade de usar a racionalidade para conhecer a natureza, possibilitando a filosofia da subjetividade; com a razão sendo a verdade e a permanência. A filosofia iluminista acreditava no poder da razão como fonte de progresso e evolução social.

O positivismo é a expressão desse pensamento em sua operacionalização, compreendendo a forma de administração social como dominação e eliminando a crítica como constituinte da razão. A tradição do positivismo é a orientação para as ciências naturais, a validação da verdade nos fatos e estes separados dos valores/ética, pautados pelo falso pressuposto da neutralidade; o que é cognoscível é o observável, reduzindo a essência à aparência e essa impedindo a percepção do que existe por trás dos fatos. O conhecimento fica restrito à descrição, classificação e generalização do que foi observado, as ciências empíricas. As influências da administração da sociedade, através de capacidades técnicas, podem ser observadas na mediação das instituições culturais: família, escolas, igrejas, meios de comunicação.

²¹ Resumo baseado nas obras de Adorno/Horkheimer; J. Habermas e Goergen, P.L. Documento obtido da transcrição das Disciplinas Seminário Avançado II e III oferecidas respectivamente em 2002 e 2003 e no Documento obtido da transcrição da arguição na defesa da tese em 2003.

O conceito de racionalidade foi introduzido por Weber para designar a atividade econômica na sociedade capitalista, sendo ampliado pelos teóricos críticos para ilustrar a absolutização do pensamento positivista nesta racionalidade técnica.

Racionalidade quer dizer, antes de mais nada, ampliação dos setores sociais submetidos a padrões de decisão racional. [...] A “racionalização” progressiva da sociedade está ligada à institucionalização do progresso científico e técnico (HABERMAS, 1968, p.176).

Os teóricos críticos²² trabalham com o conceito de flexibilidade, auto-reflexão e crítica à própria teoria; criticando veementemente a visão positivista que transforma a realidade em fato e a petrifica, impossibilitando o pensar, o refletir. Eles não negam a razão instrumental e usam as ciências empíricas, porém, as criticam enquanto redução da compreensão do real. A leitura histórico-crítica da realidade é dialética e contraditória, possibilitando a crença no movimento da história e no sentido prático que pode ser mudada e se tornar mais justa e mais livre.

A Teoria Crítica se propôs denunciar o caráter autoritário/explorador do capitalismo; desvelar o caráter ideológico e suas influências, problema central da cultura contemporânea que manipula a personalidade tornando-nos fabricados; recuperar a estética compreendida como beleza e sensibilidade, que debilita nossa dignidade enquanto humano; criticar a instrumentalização da razão que invade o cotidiano e buscar nosso direito a corporeidade e ao prazer.

A crítica da instrumentalização da razão mostra a trajetória dessa racionalidade na transformação de um novo mito, com a razão reduzida à operacionalização, perdendo a amplitude, a crítica e trabalhando a serviço da sociedade. “A Teoria Crítica é negativa, pois propicia uma leitura da realidade inconformada, revelando seus aspectos

²² Corrente de pensadores que surgiu com a criação do Instituto de Pesquisa Social em Frankfurt, com o objetivo de estudar temas como: marxismo, anarquismo, sindicalismo, socialismo. A preocupação desses teóricos era compreender porque a transformação social ocorreu em um país (Rússia) sem ter, teoricamente, as condições necessárias; buscando compreender, revisar os pressupostos marxistas e propor alternativa. Esses pesquisadores elaboraram um legado teórico denominado Teoria Crítica ou Escola de Frankfurt. A denominação de teoria não é compreendida como um sistema logicamente articulado, pois os pesquisadores não acreditavam que um sistema pudesse dar conta da complexidade da realidade.

escondidos; é incômoda, pois, é incansável, trabalhando com a tensão no devir histórico contra o determinismo”²³.

Os construtos teóricos surgem no diálogo com autores de correntes de pensamento diferentes. A base teórica inicia com o marxismo, porém longe da tradição/ortodoxia; distanciando-se da primazia do modo de produção, da base econômica, do esquecimento da cultura, da noção de luta de classes. Os teóricos críticos incluem nas discussões a cultura, a vida cotidiana, a consciência, a sexualidade, envolvendo-se num debate de grande magnitude com as mais representativas expressões teóricas de seu tempo.

Os teóricos críticos em discussão com Durkheim, que analisou o caráter compulsivo e reificante (agir igual) da sociedade com fundamentos positivistas, discordam da constatação deste autor sobre permanência e a falta de alternativas para a mudança social. Entretanto, concordavam que a sociedade é um todo organizado; realçando o potencial criativo para mudança.

As relações desses teóricos com a psicanálise, estão pautadas nas questões da desmistificação dos falsos problemas, aflorando o que está inconsciente. Freud trabalhou com o referencial do indivíduo e Adorno estudou a dualidade indivíduo e social, refletindo sobre o penetrar no psiquismo individual para criticar o social; desmistificando os problemas sociais, iluminando o que não está aparente.

O caráter do desencantamento da sociedade através da racionalização, conceito de Weber; que possibilitou a administração e burocratização do social é usado pelos teóricos críticos, porém, não acreditavam que devia permanecer nesse desencantamento. Antigamente, o imaginário era constituído pelos mitos, pelo divino, pela metafísica; com a modernidade o conhecimento tornou-se secular, desencantado.

A primeira geração da Teoria Crítica, acabou entre a década de 60 - 70 após a morte de Adorno e Horkheimer, seus principais representantes. Entretanto, a tendência da reflexão continuou em três caminhos: seguindo conceituação de Adorno; mantendo o posicionamento crítico à teoria e com as tentativas de devolver à estética e à razão

²³ GOERGEN, P.L. Documento obtido da transcrição das Disciplinas Seminário Avançado II e III, oferecidas nos anos de 2002-2003.

sua dignidade. “A crítica ao esclarecimento condena os caminhos aporéticos de uma razão que se tornou positivista e instrumental, na sua unilateralização das questões inerentes ao humano, como as relativas à ética e à estética”²⁴.

A relação do homem com o medo é uma questão importante para compreensão da racionalidade operacionalizada; na mitologia o medo personificava o deus, que representava o próprio medo, era o grito deste terror. Na modernidade o ser humano utiliza-se do esclarecimento para radicalizar a angústia do medo; transformando-se no terror grego, pois o esclarecimento se torna o deus que protege contra o trágico medo. “A simples existência de uma receita conhecida é suficiente para apaziguar o medo de que o trágico possa escapar ao controle”(ADORNO/HORKHEIMER, 1985, p.142).

Controlar o medo significa ter os sentidos e as experiências mediadas pelo conhecimento e pela tecnologia, o que nos afasta da construção de seres autônomos, que assumem a responsabilidade de suas decisões/ações; alterados na própria imagem, fragmentados. A eliminação do medo, através da racionalidade técnica, nos remete à barbárie, ao trágico. Adorno afirma que o medo social é importante, como balizador de ações que nos lembram constantemente do trágico. O papel da educação é evitar à barbárie, o trágico, a instrumentalização do corpo.

A perspectiva da crítica é mantida por Habermas que trabalha em três eixos: epistemologia, perspectiva político-cultural e competência comunicativa.

Habermas inicia com os teóricos críticos no paradigma da subjetividade, é herdeiro da perspectiva social, porém, discorda da crença de que a razão se instrumentalizou tanto que não consegue ser tematizada/criticada, fechando-se no mito. Essa instrumentalização, na visão de Horkheimer e Adorno conforme são interpretados por Habermas, reduziu a razão, eliminando da própria razão a resposta ao sofrimento e a opressão, à espontaneidade, e a arte de assumir um posicionamento. Entretanto, a crítica e a autocrítica da razão possibilitaram a saída desse paradigma a partir do giro lingüístico e a concepção de sua Teoria da Ação Comunicativa sob o paradigma da filosofia da intersubjetividade. A verdade, nessa teoria, surge do processo de argumentação/comunicação entre os sujeitos, dentro do contexto histórico, com resgate

²⁴ GOERGEN, P.L. Documento obtido da transcrição da argüição na defesa da tese em 2003.

de conceitos universais de caráter semi-transcendental. Conceitos rigorosamente históricos, por isso, não transcendentais no sentido metafísico tradicional, mas universais porque transcendem aos momentos particulares da cultura e da história.

A Teoria da Ação Comunicativa mantém a luta da Teoria Crítica de libertar a razão da instrumentação. Desde a sua famosa obra “Conhecimento e Interesse” Habermas assume uma perspectiva mais ampla de racionalidade. Neste estudo parte dos pontos de vista defendidos Habermas abandona posteriormente ao substituir a perspectiva da filosofia da Subjetividade pela da Intersubjetividade.

Na referida obra Habermas fala de interesses condutores que nascem das condições históricas e transcendem esse contexto; são os interesses técnico, comunicativo e emancipatório. “Chamo de interesses as orientações básicas que aderem a certas condições fundamentais da reprodução e da auto constituição possíveis da espécie humana: trabalho e interação” (HABERMAS, 1982, p. 217).

O interesse técnico está vinculado à dominação da natureza e a possibilidade de libertar o humano da natureza exterior, orienta as ciências naturais e tem como resultado as regras técnicas.

“O agir instrumental rege-se por regras e técnicas baseadas no saber empírico. Elas implicam, em cada caso, prognósticos condicionais sobre acontecimentos observáveis, físicos ou sociais; esses prognósticos podem se evidenciar como corretos ou como falsos” (HABERMAS, 1968, p. 311).

O interesse comunicativo orienta as ciências humanas e articula as normas lingüísticas que regem o conhecer mútuo possibilitando a libertação interior/psíquico e exterior/dominações do humano. Os dois interesses estão vinculados com o interesse emancipatório, propiciando uma relação não mediatizada com a realidade.

“Por outro lado, entendo por agir comunicativo uma interação mediatizada simbolicamente. Ela se rege por normas que valem obrigatoriamente, que definem as expectativas de comportamento recíprocas e que precisam ser compreendidas e reconhecidas por, pelo menos, dois sujeitos agentes” (HABERMAS, 1968, p. 311).

Habermas está interessado no desvelamento do papel ideológico da ciência e da tecnologia; o papel da tecnocracia na legitimação de regras (eficientes, eficazes) em

detrimento das normas (justas) e da ética. A contribuição na diferenciação entre regras e normas, que estão atreladas aos interesses técnico e comunicativo, respectivamente, requer maior detalhamento. A norma é constituída de baixo para cima em uma comunidade e tem que ser justa, ou seja, deve ter passado pelo processo de legitimação que se realiza pela ação comunicativa entre indivíduos livres e veras que integram a comunidade.

“O que Habermas quer mostrar é que tanto os conhecimentos teóricos (científicos) que redundam em regras técnicas, quanto os conhecimentos éticos que desembocam em normas passam por um processo de legitimação comunicativa e deste ponto de vista, tem o mesmo status epistêmico. Com isso Habermas apresenta uma alternativa ao predomínio da tecnocracia que anulou o papel da legitimação pelo recurso ao poder e à burocracia; pois o poder na modernidade não se justifica mais pela legitimação, mas por princípios técnicos. As regras não precisam de legitimação pela comunidade, se são eficazes prescindem de justificativas. A crítica colocada por Habermas é que as regras não podem deixar de ser legitimadas na relação intersubjetiva, pois a decisão técnica realizada por grupos de especialistas sem a participação da comunidade exige desta a despolitização. A separação da comunidade das decisões técnicas propicia um distanciamento desta com o político; provocando uma restrição do interesse comunicativo no cotidiano. A crítica acirrada ao positivismo tem bases nesta relação, pois este recalca os interesses comunicativos em favor dos interesses técnicos”²⁵.

As distinções entre os interesses técnicos que atuam na resolução da relação homem/natureza e o comunicativo que age na relação entre os homens, assumem uma nova interpenetração a “colonização do mundo da vida”. O mundo da vida representa as inter-relações, a comunicação, as normas. O mundo sistêmico representa o funcionamento, a técnica e a regra. As relações no mundo da vida objetivam apenas o entendimento; ao contrário, o mundo sistêmico, se orienta no interesse técnico/instrumental, de influência sobre o outro. O mundo da relação está sendo colonizado pelo mundo da regra, da técnica. A crítica de Habermas está preocupada

²⁵ GOERGEN, P.L. Documento obtido da transcrição da arguição na defesa da tese em 2003.

com a invasão do mundo da vida pelos interesses e procedimentos peculiares ao mundo do sistema.

O mundo do sistema rege-se por dois mecanismos que são os da influência da economia e do poder. A preocupação de Habermas nasce do temor da invasão do dinheiro e do poder no mundo da vida que se rege apenas pelo entendimento.

A colonização do mundo da vida começa a ocorrer quando os meios sistêmicos do dinheiro e do poder passam a deslocar a “socialização comunicativa” e começam a assumir a função integradora que a esta cabe no plano de integração social. À medida que o mundo da vida passa a ser subordinado aos imperativos sistêmicos, os elementos prático-morais acabam sendo eliminados da vida privada e da vida pública e o cotidiano torna-se cada vez mais monetarizado e burocratizado (MÜHL 1999, p. 66).

Ele não nega o interesse técnico que é inerente ao humano, mas critica a unilateralização, o predomínio do interesse técnico em todos os campos do agir humano. Habermas cita Weber em discussão sobre a técnica: “...a técnica é sempre um projeto histórico-social: nela é projetado aquilo que a sociedade e os interesses que a dominam tencionam fazer com o homem e com as coisas. Tal objetivo da dominação é material e, nessa medida pertence à própria forma da razão técnica” (HABERMAS, 1968, p.104).

Do ponto de vista do educativo isto é relevante porque a educação deveria reger-se pelo princípio do entendimento e não pelos princípios técnicos/instrumentais, corporificados pelo dinheiro e pelo poder.

Os componentes do mundo da vida - a cultura, a sociedade e as estruturas da personalidade - formam conjuntos de sentidos complexos e comunicantes, embora estejam incorporados em substratos diferentes. O saber cultural está encarnado em formas simbólicas - em objetos de uso e tecnologias, em palavras e teorias, em livros e documentos, bem como em ações. A sociedade encarna-se nas ordens institucionais, nas normas do direito ou nas entrançadas de práticas e costumes regulados normativamente. As estruturas da personalidade, finalmente, estão encarnadas literalmente no substrato dos organismos humanos (HABERMAS, 1990, p.98).

A Teoria da Ação Comunicativa apresenta a mudança do paradigma filosófico da subjetividade para a intersubjetividade, uma das diferenças conceituais entre Habermas e os teóricos críticos da geração anterior.

A situação ideal de fala serve para distinguir um discurso falso de um discurso verdadeiro; o ideal corresponde ao perfeito, com as condições dadas: todos os interessados podem participar; todos têm condições iguais para argumentar; todos têm chances iguais para refutar e fazer argumentações; só pode participar se respeitar as condições. Essa situação não existe na realidade e não existirá, a importância está em mostrar que esse é o caminho para a razão funcionar dialogicamente e intersubjetivamente; propondo uma nova razão com o conceito de verdade intersubjetivo, na qual a busca de um consenso depende dessa relação. O conceito de verdade depende da validação no discurso; o processo de busca do consenso ocorre cada vez que um conceito entra em crise, iniciando a tematização e a argumentação para um novo consenso. Esse processo recupera a auto-reflexão, na qual o desvelamento do que está por trás deve surgir; como também, discutir os temas que estão fora desta.

A teoria de Habermas é abstrata e as tematizações de questões do mundo da vida devem ser realizadas, como exemplo: a educação. A elucidação sobre a educação com a finalidade de desvelar a ideologia tecnocrata, pois a pedagogia trabalha com regras que se justificam por serem técnicas e não normatizadas ou consensadas.

As críticas pautadas sobre a Teoria da Ação Comunicativa são várias, referem-se ao caráter apaziguador que iria contra a própria crítica dialética; outro ponto é sobre a possibilidade do consenso e da transcendência. A modernidade traz a preocupação do projeto iluminista que não se concretizou, acirrando as discussões entre Habermas e os neoconservadores, os pós-modernos.

“A teoria de Habermas realiza-se num nível de abstração filosófica que não permite uma transcendência direta para o campo do agir prático. O que importa, no nosso contexto, é o contato com uma teoria que busca superar o subjetivismo e o individualismo de um conceito

moderno de razão que privilegia a dimensão subjetiva. Habermas põe em relevo a dimensão intersubjetiva e dialógica como fundamento de um novo conceito de razão que compreende a intersubjetividade como fundamento do conceito de verdade, bem ou belo. Nesta passagem descortina-se num novo cenário que traz ao primeiro plano a dialogicidade e a alteridade não apenas como novos fundamentos do bem e da verdade, mas do próprio ser humano e do seu agir. Nesse sentido, o que Habermas nos ensina, é que nos encontramos no limiar dos fundamentos das relações humanas que já não acontecem sob a base de sujeitos autônomos que em algum momento entram em contato uns com os outros; mas, de sujeitos que estão desde a origem, envolvidos num processo de intersubjetividade e, mais do que isso, emergem desse processo enquanto sujeitos. Alter e Ego, então não são sujeitos autônomos que se relacionam, mas dois sujeitos que, na raiz, constituem um nós.

Isto altera profundamente as relações humanas seja em que contexto for²⁶.

O novo conceito de razão apresentado por Habermas em sua teoria nos propicia refletir sobre as relações humanas no contexto da educação, entretanto, por estar “num nível de abstração filosófica” as leituras e análises apresentadas são uma aproximação com a dialogicidade e a alteridade.

²⁶ GOERGEN, P.L. Documento obtido da transcrição da argüição na defesa da tese em 2003

CAPÍTULO II

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA AIDS

1. As políticas públicas da AIDS

A contextualização histórica da AIDS passa por fatos sociais, culturais, econômicos e políticos, em função da complexidade que envolve essa síndrome mediante a repercussão causada no mundo da vida.

O início da doença, a descoberta do retrovírus²⁷, a caracterização como epidemia²⁸ ou pandemia²⁹, a coletivização do risco de infecção e a transmissão da responsabilidade do enfrentamento da doença para todos não ocorreu historicamente nesta ordem nem de forma indolor. As contradições históricas podem ser observadas pela rapidez do avanço científico na investigação da patologia e do tratamento, em contraposição com a lentidão da mobilização política e social na prevenção da transmissão dessa infecção.

²⁷ Retrovírus "têm esse nome porque seu código genético estaria contido numa molécula de ANR, que geraria cópias de ADN após infectar um hospedeiro, num processo inverso ao que ocorreria com todos os seres vivos,...: daí o prefixo retro." CAMARGO JR., 1995, p. 46.

ANR = RNA (ácido ribonucléico carrega a informação genética e traduz a estrutura protéica). Dicionário Médico Blakiston, 1987, p.928.

²⁸ Epidemia - Surto extenso ou período de incidência exageradamente elevada de uma moléstia de uma comunidade ou região. Dicionário Médico Blakiston, 1987, p.367.

²⁹ Pandemia - Epidemia muito difundida, que atinge a maioria dos habitantes de uma região ou, mesmo, o mundo inteiro. Dicionário Médico Blakiston, 1987, p.775.

Um exemplo da contradição na prevenção da disseminação do HIV/AIDS é a explicitação da falta de testes sorológicos anti-HIV para detecção precoce da infecção em gestantes, o que possibilitaria a prevenção através do uso de medicação anti-retroviral pela puérpera. O avanço tecnológico propicia a prevenção representada pela existência do teste sorológico, pelas pesquisas que demonstram a eficácia do uso da medicação na prevenção da infecção dos bebês, porém, a lentidão na organização da política de prevenção promove a constante ausência dos testes sorológicos:

Aconteceu um seminário de transmissão vertical no estado, apresentei um trabalho que demonstrava a necessidade do estado, do município e do laboratório apresentarem estratégias de atenção. Eu falo das dificuldades de quem está na linha de frente, na atuação clínica. Eu aprendi como escrever, mostrando quanto tempo a gestante demora em chegar no serviço especializado. Ainda chega criança infectada. Então, tem objetivo, é mais barato fazer prevenção em uma grávida do que dar remédio para a criança depois (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do DIP do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p31).

A percepção da necessidade de prevenção “na linha de frente”, de quem está na atuação prática, possibilita o “aprender a escrever” ou a apresentar os dados observados através da razão instrumental para convencer que ocorram mudanças na razão estratégica; o jogo de forças requer que o argumento apresentado mostre os números e os recursos economizados com a proposta. Atualmente, a proposta de que o teste anti-HIV seja oferecido a todas gestantes no país é uma política do Ministério da Saúde e uma recomendação do Conselho Federal de Medicina, entretanto, continuam ocorrendo os atrasos na disponibilização dos recursos. Outra questão importante neste exemplo é o desconhecimento das gestantes sobre os riscos e sobre os direitos que possuem. A consciência desse direito favoreceria a solicitação, não apenas dos profissionais sensíveis às contaminações infantis, mas como norma que representaria o cuidado consigo e com o outro.

Múltiplas leituras foram realizadas sobre essa história, a partir de referenciais teóricos iguais e diferentes, realçando aspectos semelhantes e distintos; enfim inúmeras visões sobre a história. A série intitulada “História Social da AIDS”, com repercussão nacional e influenciando a compreensão da epidemia; analisa essa história sob diferentes metodologias e com a participação de vários autores, com base teórica na sociologia positivista. Podemos citar como exemplo a publicação “AIDS no Brasil” que menciona a AIDS na introdução desta, como um “fato social total”³⁰ compreendido “dentro da tradição das ciências sociais”: “Enfim, são tantas as questões que se avizinham, se sobrepõem e se interpenetram nos campos do HIV e da AIDS que, sem dúvida alguma, consideramos a contaminação pelo HIV e a epidemia da AIDS, dentro da tradição das ciências sociais, um fato social total” (BASTOS; GALVÃO; PEDROSA e PARKER, 1994, p.15).

A referência ao “fato social total” revela a compreensão da AIDS na tradição sociológica positivista de Emile Durkheim, na qual a AIDS se enquadra através do poder de coerção social que exerce no cotidiano individual e coletivo da população. A palavra coerção aparece constantemente nas histórias sobre as epidemias e demonstra como é acolhida pelas autoridades e pela população. A referência sobre o poder de coerção pode ser esclarecida pela invasão da razão científica determinando a intimidade sexual dos indivíduos na sociedade, o não aceite das regras de prevenção resultaria na “sanção” da contaminação/doença. Essa forma de leitura permite tornar a doença objeto de barganha e compreendendo-a como uma doença dos outros, aqueles com comportamentos de risco. Podemos compreender essa análise como conservadora; como um prolongamento do funcionamento sistêmico da sociedade e como restritiva por determinar aos indivíduos comportamentos únicos dentro de regras e sanções. A política de AIDS nesta compreensão, com o Estado na função “protetora” favoreceria a elaboração de ações para serem seguidas, com a concordância entre especialistas; o que conhecemos por tecnocracia. A perspectiva da intersubjetividade

³⁰ Emile Durkheim esclarece o que é fato social total: “Um fato social deve ser reconhecido pelo poder de coerção externa que exerce ou é capaz de exercer sobre os indivíduos, e a presença deste poder pode ser reconhecida, por sua vez, tanto pela existência de algumas sanções específicas quanto pela resistência oferecida contra todo e qualquer esforço individual que tenda a violá-lo”. (DURKHEIM, E.; 1964:10).

permite ver a AIDS não como uma doença deles, que são responsabilizados pela própria contaminação; mas, percebê-la como uma doença do “nós”. Uma outra leitura possível desse fato seria que a ciência ao determinar a intimidade sexual dos indivíduos racionalizou o cotidiano, o espaço do afeto e do prazer tornou-se dado epidemiológico. Os indivíduos ao serem coagidos à prevenção como regra técnica que não precisa se discutida, pois, está fundada na justificativa científica, portanto, não a questionam. Entretanto, não assumem a prevenção como uma ação protetiva e se expõe ao risco não por decisão, mas, por distanciamento da experiência de cuidado consigo mesmo. Nesta perspectiva, os caminhos para prevenção, extrapolam os limites das ações técnicas, de isolamento, medicalização, etc. Envolve ações de renovação dos próprios relacionamentos humanos, do estabelecimento de comportamentos éticos/morais do “nós” que emergem da intersubjetividade. Esse é um dos temas preocupantes imbricados na prevenção que precisa ser tematizado para podermos olhar os dados de novas infecções pelo HIV na população após duas décadas de epidemia.

A disseminação da epidemia global tem características distintas nas diversas regiões do mundo; a associação de tempo, espaço e pessoas determinam a complexidade dos perfis epidemiológicos. A Organização Mundial de Saúde (OMS)³¹ na caracterização inicial da epidemia, em 1986-87, definiu três padrões³² epidemiológicos que dividiam o mundo em categorias distintas de transmissão. A diferenciação dos padrões categorizava as formas de contaminações, elencando diversos perfis epidemiológicos na época; porém, com o tempo, com a globalização, com as mudanças políticas e econômicas, o contexto social se transformou, modificando rapidamente os padrões epidemiológicos dessas regiões. Modificações que não obedeceram prognósticos técnicos e objetivos devido a disseminação envolver

³¹ OMS esta sigla será utilizado no decorrer desta pesquisa para significar Organização Mundial de Saúde.

³² Padrão I - contaminações entre meados e final da década de 70; sendo a transmissão sexual por comportamento homo e bissexual, a transmissão sanguínea por uso de drogas e baixa transmissão perinatal. Países da América do Norte, Nova Zelândia e Europa Ocidental. Padrão II – contaminações entre meados e final da década de 70; sendo a transmissão sexual por comportamentos heterossexuais; transmissão sanguínea por transfusões e perinatal elevada com quase 15% das mulheres gestantes contaminadas. Países da África Subsaariana, América Latina/Caribe. Padrão III – contaminações na década de 80; sendo a transmissão sexual as profissionais do sexo, a transmissão sanguínea por uso de drogas, não atingindo a população geral. Países do Leste Europeu, Oriente Médio, Norte da África e países Asiáticos.

aspectos culturais, sociais e éticos.

A representação desta epidemia com padrões epidemiológicos diferentes no mundo, sem considerar a instantaneidade desses dados e sem ampliar a probabilidade das formas de transmissão para todos os países, provocou ações de prevenção dirigidas apenas aos públicos-alvos dentro dos padrões contaminação. Essa estratégia de prevenção focada na época aos padrões epidemiológicos possibilitou a crença na “imunidade teórica” de pessoas que não se identificavam com os padrões da epidemia. Os equívocos, entre muitos, foram: a veiculação da informação dos padrões epidemiológicos, compreendidos de maneira estática, isentou a preocupação, em muitos países inclusive no Brasil que não reconheceu o risco à infecção pelo HIV/AIDS da população como um todo. O atraso da implantação de estratégias de prevenção para o coletivo e não apenas para públicos específicos e o estímulo de atitudes preconceituosas com a construção dos chamados grupos de risco, que se tornaram focos de atenção e os culpados pela existência da epidemia.³³ Um exemplo do conflito gerado pelo descompasso dos padrões epidemiológicos e da vivência da epidemia é a formulação da expressão “peste gay” como se o comportamento sexual das pessoas fosse o diferenciador da ação viral.

As advertências sobre a “peste gay” fazem parte de uma crítica muito mais ampla, comum entre os antiliberais do ocidente e muitos dos exilados do bloco soviético, a respeito da permissividade generalizada de nossos tempos: a diatribe já bem conhecida contra a atitude indulgente do mundo ocidental, com sua música vulgar e erótica, sua tendência a abusar de drogas, sua vida familiar desorganizada, que lhe minaram a força necessária para fazer frente ao comunismo. A AIDS é uma das principais preocupações daqueles que formulam suas propostas políticas como questões de psicologia social: de amor-próprio e autoconfiança nacionais. Embora esses especialistas em sentimentos negativos ressaltem que a AIDS é um castigo à perversão sexual, o ódio aos homossexuais não é seu único motivo – nem sequer o motivo principal. Mais importante ainda é a utilidade da AIDS para promover uma das atividades dos “neoconservadores”, o *Kulturkampf* voltado contra tudo aquilo que é resumido (ainda que de modo impreciso) na expressão “os anos 60”. Toda uma política da “vontade” – de

³³ Para maiores considerações ler GRANGEIRO, 1994.

intolerância, de paranóia, de medo, da fraqueza política – se aproveitou dessa doença (SONTAG, 1989, p. 75-76).

Sontag usa o termo “neoconservadores” para explicitar o discurso da ação e reação, nos quais os indivíduos através do comportamento inadequado se tornariam vulneráveis a contaminação do HIV; por essa compreensão reduzida da complexidade que envolve a inter-relação das pessoas entre si e destas com a prevenção, responsabilizam os outros pelo “erro”, sem avaliarem as condições, percepções e compreensões existentes que levam a vivenciar o risco. A divulgação dessa compreensão e o uso para exclusão social são perpetuadores de preconceitos integrando o movimento social de intolerância as diferenças.

A força política dessa construção de preconceitos reflete na preocupação das pessoas portadoras do HIV/AIDS e nas ações dos profissionais de saúde. As pessoas preocupavam-se com as referências às suas práticas sexuais, reforçando muitas vezes, os próprios preconceitos e culpa. O despreparo dos profissionais em atender e entender as pessoas portadoras do HIV/AIDS muitas vezes era expresso pelo preconceito aos homossexuais, que promovia a negação ao risco de outros comportamentos sexuais; acreditando estarem agindo corretamente e isentos de preconceitos. A dificuldade em entender as diferenças e não perceber a influência dos discursos “neoconservadores” possibilita a limitação da compreensão pela consciência, consciência fragmentada; provocando sofrimento às pessoas portadoras do HIV que se culpam pela fatalidade da contaminação e viram os preconceitos sociais contra si. Os profissionais correm o risco de compartilhar desse sofrimento apenas apoiando, suportando e não criticando esse discurso e aliviando o sofrimento; devido a essa inversão na compreensão das formas de contaminação, que distancia o indivíduo e o outro da experiência desse sofrimento, alterando a imagem de si, do outro e da epidemia. A racionalidade técnica apresentada nas campanhas de prevenção cumpre a função de informar a população sobre as formas de transmissão, porém a ausência de crítica dessa ação exclui de seu público-alvo as pessoas portadoras do HIV/AIDS. As campanhas promovem uma ruptura na compreensão que gera a fragmentação da

consciência da própria AIDS, responsabilizando a pessoa pela própria contaminação desvia o sofrimento gerado pelo preconceito social para si como agente de sua dor, distanciando-o da reflexão sobre as injustiças e cruzeza das informações. A intersubjetividade com a compreensão da doença do “nós” e não do outro tornaria a prevenção e a assistência as pessoas portadoras do HIV/AIDS, mais ética e solidária.

O problema da inadequação da imagem da AIDS na década de 80, no surgimento da síndrome, resultou da própria desinformação sobre a complexidade da pandemia:

Um problema importante no trabalho de confronto da AIDS durante a década de 80 foi à ausência de uma estrutura global ampla e coerente para a compreensão da pandemia de HIV/AIDS. Na ausência de um quadro ou conjunto apropriado de conceitos sobre a pandemia, tanto o público quanto os profissionais fizeram o que lhes parecia correto. Imagens mais antigas ressuscitadas de epidemias passadas misturaram-se aos estereótipos predominantes sobre sexo, raça e geografia, formando uma imagem inadequada do mundo. O resultado, praticamente inevitável, foi a confusão e o excesso de simplificação: imagens imprecisas e enganosas estimularam extremos de negação, complacência ou pânico. Nunca antes a importância da articulação de uma imagem nítida dos problemas de saúde e as desastrosas consequências de um pensamento simplista ou vago tinham sido demonstrados tão claramente (MANN, TARANTOLA E NETTER, 1993, p.14).

A “simplificação do pensamento” sobre a disseminação do HIV pode ser representada pela construção da peste gay, pelo não questionamento dos padrões epidemiológicos, pelas ações de saúde na educação da população para a não contaminação, pela ausência de reflexão sobre as epidemias passadas e revisão das ações, pela repetição de informações pelos profissionais da saúde com desconhecimento das fontes ou articulações políticas.

A verdade sobre a AIDS foi formulada a partir de conceitos pré-estabelecidos. Portanto, a partir de uma racionalidade subjetivista/tecnicista/instrumental e não a partir de uma razão intersubjetiva que se debruça sobre o fenômeno AIDS para compreendê-lo no contexto de um processo intersubjetivo/dialógico. Um outro viés de chegar ao conhecimento, à verdade do que é ou não esta doença.

A ação de divulgação das informações sobre a AIDS estava atrelada nesse início de década às Organizações Não Governamentais (ONGs)³⁴ vinculadas à luta por direitos civis para as minorias, que deveriam ser iguais para todos os cidadãos; essas, movidas por interesses políticos, perceberam com a epidemia da AIDS novas reivindicações para população que representavam. As ações governamentais com mobilização global tiveram início em 1985/86 em decorrência da preocupação com os índices da epidemia; programas nacionais e mundiais foram criados para “enfrentar” a transmissão e assistir as pessoas infectadas pelo HIV/AIDS. A atitude de solidariedade entre os países neste momento pôde ser observada: “... foi simbolizada pela sessão especial sobre AIDS na Assembléia Geral das Nações Unidas em outubro de 1987- pela primeira vez, a Assembléia Geral das Nações Unidas discutia uma doença”. (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1993:110).

A 42ª Sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas, em Nova York esteve em consonância com a pauta da 40ª Assembléia Mundial sobre Saúde, em maio de 1987, quando ocorreu o apelo aos países membros para que criassem e consolidassem os programas nacionais para prevenção e controle da AIDS em cooperação com o Programa Global contra a AIDS. O eco aos apelos gerou a criação de políticas especiais e unificadas para o enfrentamento da epidemia.

A OMS em fevereiro de 1987 organizou o Programa Especial de AIDS (PEA), posteriormente nomeado como Programa Global contra a AIDS da Organização Mundial da Saúde (PGA/OMS), que, sob a coordenação do Dr. Jonathan Mann, tinha o objetivo de prevenir a epidemia, elaborando um plano de estratégias para desenvolvimento de programas nacionais e internacionais contra a AIDS e que foi universalmente adotado.

O Programa Global contra a AIDS teve como prerrogativa coordenar e orientar a formação dos programas nacionais, constituindo uma Comissão Nacional que teria a função de órgão consultivo no que se refere às questões éticas e legais, administrativas, financeiras, internacionais, técnicas e desenvolvimento e

³⁴ Para ler mais sobre Ongs/AIDS ver a publicação: Cadernos ABONG, Direitos Humanos, Cidadania e AIDS. Out.2000nº28.

implementação do programa nacional. Esse órgão consultivo seria composto por representantes de todos os setores e organizações sociais.

O planejamento global abrangia etapas a curto e médio prazo. As ações a curto prazo estavam vinculadas à avaliação da situação epidemiológica e de recursos provenientes do setor privado, ONGs, governos nacionais e internacionais, com o objetivo de promover o auxílio técnico e financeiro adequado a cada país. Os componentes dessa avaliação são claros no Relatório da OMS: “É necessária uma avaliação inicial dos recursos para se determinar a capacidade dos serviços de saúde existentes no auxílio aos componentes epidemiológicos, educacionais, laboratoriais, clínicos e preventivos do programa nacional sobre a AIDS” (Ação Anti-AIDS, OMS, 1988).

As ações a médio prazo incluíram a implementação do programa nacional com as atividades que seriam desenvolvidas, respondendo a questões como: quem, quando, onde, a que custo, e também o preparo de documentos para solicitação de fundos externos. As estratégias para esse período foram prevenção e intervenção comportamental, “treinamento” de profissionais de saúde e programas de educação.

Os programas nacionais, em diversos países do mundo, começaram a se delinear após o reconhecimento da AIDS como epidemia, ações que tiveram início nos anos de 1986 a 1989, com discussões em diferentes fóruns sobre a gravidade da questão AIDS. Os fóruns de alerta para a necessidade do reconhecimento da gravidade da epidemia que se constituía por parte dos países, tinha o papel de agregação desses países ao programa global anunciado pela OMS e ao aceite das estratégias elaboradas.

O Programa Global de AIDS, baseado anteriormente na Organização Mundial de Saúde/OMS se reestruturou no início de 1996, sendo chamado de Programa das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS), com sede em Genebra. O diretor nessa fase de reestruturação foi Dr. Peter Piot. O Programa integra seis instituições das Nações Unidas: OMS; Banco Mundial; Fundo de População das Nações Unidas (FUNUAP); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização das Nações para a Educação, a

Ciência e a Cultura (UNESCO). O plano estratégico divide o globo em cinco regiões: Ásia e Oceania; América Latina e Caribe; África; Europa e América do Norte.

O novo Programa teve um conselho assessor formado por 22 países, as seis agências das Nações Unidas e representantes de ONGs procedentes das cinco regiões estratégicas.

No início de 1990 teve início a concretização das atitudes de solidariedade através da implantação de estratégias internacionais de combate à epidemia. A abertura das agências financiadoras, criadas em 1986, começa a apresentar uma redução de recursos disponíveis para ações de prevenção e tratamento nessa década. A solidariedade representada por atitudes de preocupação com novas contaminações envolvendo agências financiadoras desvela uma atitude solidária encomendada; a intenção de diminuir os riscos de contaminação são expectativas financeiras de redução de custos com o tratamento de pessoas portadoras do HIV. O discurso da solidariedade surge no contexto do detalhamento técnico dos fatores que contribuem para a contaminação, as vulnerabilidades, que incluem condições sociais e econômicas como determinantes. Entretanto, os fatores sociais estão representados pelo preconceito, compreendido como: receio de falar sobre o tema e o afastamento das pessoas portadoras do HIV dos serviços de saúde que impossibilitaria o controle da epidemia. A estratégia sugerida para diminuir essa vulnerabilidade social é suscitar atitudes de solidariedade ao sofrimento do outro; o conflito que se revela é a ação sem a compreensão do que é ser solidário.

A responsabilização solidária pelo outro como um dos nossos se refere ao “nós” flexível numa comunidade que resiste a tudo que é substancial e que amplia constantemente suas fronteiras porosas. [...] Inclusão não significa aqui confinamento dentro do próprio e fechamento diante do alheio. Antes, a “inclusão do outro” significa que as fronteiras da comunidade estão abertas a todos – também e justamente àqueles que são estranhos um ao outro – e querem continuar a ser estranhos (HABERMAS, 2002, p.7-8).

A solidariedade encomendada não possibilitou a tematização do preconceito e o negou, resultando em ações de ajuda, porém, sem a inclusão do diferente no contexto

social; ou na compreensão das diferenças para ampliar as ações de prevenção. O questionamento sobre os interesses dos financiadores não pode ser restrito à solidariedade, entretanto é inegável que ações estratégicas puderam ser operacionalizadas com esse recurso; sugerindo uma preocupação com o social e não só com o financeiro.

O financiamento para as estratégias globais surgiu em 1986, sendo que entre os anos de 1987 a 1991, ocorreu o maior volume de contribuições das agências de Assistência Oficial ao Desenvolvimento. No ano de 1992, observou-se uma diminuição destas contribuições. As agências envolvidas nesta estratégia eram: OMS e quatro agências das Nações Unidas - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundo das Nações Unidas para a População (FNUP), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Banco Mundial. As principais agências de Assistência Oficial ao Desenvolvimento eram: a Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID); a Agência Suíça para o Desenvolvimento Internacional (SIDA); Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (CIDA); a Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional (DANIDA) e o Departamento para o Desenvolvimento Estrangeiro do Reino Unido (ODA). Essas agências canalizam recursos para os países em desenvolvimento, através de acordos multilaterais, bilaterais e multi-bilaterais³⁵. O Banco Mundial é uma agência financiadora, portanto, diferente por emprestar recursos e não contribuir com os países em desenvolvimento.

A mudança do caráter do apoio financeiro de doação para empréstimo, devido a rareamento de recursos, modificou as relações de auxílio para acordos financeiros, o que acarretou exigências e juros, realçando o papel das agências financiadoras/bancos. Os anos subsequentes mostraram uma estagnação das ações

³⁵ Os acordos recebiam fundos das Agências de Assistência Oficial ao Desenvolvimento (AOD); provenientes de 18 países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Os recursos podiam ser repassados para os países na abordagem multilateral com fundos concedidos da AOD às Nações Unidas/OMS; abordagem bilateral com transferência direta da AOD para os países em desenvolvimento e multi-bilaterais que permite que a AOD canalize recursos para um país específico através da OMS.

de contribuição financeira, porém não da epidemia, o que contribuiu para a pandemia mundial³⁶.

Entretanto, as instabilidades econômicas, sociais e políticas, associadas à redução dos recursos financeiros de apoio a AIDS, promoveram pressões para uma legislação restritiva ou para a finalização do tratamento especial dado às pessoas portadoras do HIV/AIDS corroborado pelo aumento da discriminação. A solidariedade é frágil economicamente quando os direitos conquistados não podem ser partilhados por todos, incomodando os profissionais os direitos exclusivos das pessoas portadoras do HIV/AIDS:

A AIDS hoje em dia é uma doença muito privilegiada em relação às outras; têm pessoas que abusam disso. Acham que porque tem AIDS, tem que ter direito a tudo, e você fica pensando sobre isso. Eu tenho um colega que fala assim: "se os meus pacientes de saúde mental tivessem a metade dessas vantagens do paciente de AIDS, eu ficaria feliz". E, como a gente lida com as outras doenças? A AIDS é uma doença privilegiada frente às outras; os profissionais são vistos como privilegiados pelos colegas: "vocês têm dinheiro, vocês têm recursos", e a gente acaba tendo coisas que às vezes falta aos outros (ZORNITTE, M. Entrevista concedida pela psicóloga do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.21).

E confirmam a diferença existente entre os investimentos financeiros destinados a AIDS, apesar da redução das doações externas:

... dentro do contexto da AIDS, não é só no Brasil ... em Angola e Moçambique, é impressionante, mesmo nessas cidades a AIDS têm mais dinheiro que as outras doenças. Porém, em Londres a Aids veio em outra época, em outro contexto a situação é diferente (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do DIP do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.16).

A reivindicação pelos direitos de todos continua crescente, algumas pessoas com outras doenças conquistaram judicialmente os mesmos direitos que as pessoas

³⁶ Os índices financeiros podem ser verificados no texto de FINLAY, J. Financiamentos para a Estratégia Global Contra a AIDS. IN AIDS no Mundo, 1993.

portadoras do HIV/AIDS. Porém, as diferenças nas ações de saúde dentro do sistema atual, continuam díspares.

A avaliação das ações globais propostas, inclusive dos investimentos e financiamentos, teve início quando o coordenador do “Programa Global contra AIDS” da OMS, durante cinco anos, Jonathan Mann³⁷, se desvinculou desse cargo e, em junho de 1991, assumiu Daniel Tarantola a coordenação da “Coalizão Global de Políticas contra a AIDS”, sediada na Universidade de Harvard/EUA. A função da Coalizão era monitorar a epidemia e analisar as políticas sociais e programas de prevenção da AIDS da comunidade internacional, colaborar e apoiar as atividades nacionais e internacionais de políticas de controle da infecção pelo HIV. A Coalizão é uma ONG financiada pela Associação François - Xavier Bagnoud, instituição suíça e filantrópica.

O trabalho do primeiro ano da Coalizão se limitou à elaboração do relatório/livro *AIDS no Mundo*, do qual constam: a resposta internacional ao combate dessa epidemia, analisando as ações da OMS e dos Programas Nacionais de AIDS, aborda dados epidemiológicos e propõe uma nova forma de avaliar e prevenir a vulnerabilidade da população à infecção pelo HIV/AIDS. A reflexão sobre essa resistência mostra que no espaço da OMS que seria um espaço público, o então coordenador do programa não expressou suas críticas requerendo uma ação de avaliação à distância, no espaço privado de uma ONG.

As análises das ações globais enfocaram a prevenção e a participação dos grupos-alvo na formulação e implantação dos programas e no uso da estratégia *tríade de prevenção*, que consiste em informação e educação, serviços sociais e saúde e ambiente social de apoio. O conceito que norteou as ações globais foi a saúde e sua relação com o ambiente social, esse sendo compreendido como facilitador ou limitador da capacidade pessoal de aprender a responder a infecção através da prevenção mediada por ações de não coação, não discriminação e sim de apoio e autonomia.

³⁷ Ex-coordenador do Programa de Ação Global da OMS. Mann se demitiu em 1990 sendo substituído por Michael Merson (EUA).

A aparente mudança da compreensão da AIDS não como fato isolado e sim complexo, contextualizado e os indivíduos sendo convidados a participar, sugere a prevenção com mensagens de não coerção. Nesta compreensão a coerção não está apenas relacionada à vida sexual individual e a iminente prevenção, mas aos aspectos do preconceito as formas de transmissão do HIV. Preconceito que limitaria o acesso às informações e ao não poder aprender a responder a AIDS, pois as informações seriam técnicas de prevenção e não discussões sobre os riscos de contaminação nas suas relações. A ampliação da compreensão da vulnerabilidade associada aos aspectos sociais, traz a individualização do risco, que deve ser observada com ressalva devido à transferência da responsabilidade do coletivo para o indivíduo. Essa compreensão sem o compromisso político de promover acessibilidade aos serviços, aos recursos e aos equipamentos sociais, favorece o retorno às políticas obscuras de combate à epidemia e a colocação do “perigo” externamente ao sujeito, alocada no outro.³⁸ O risco de alocar a responsabilidade nos indivíduos é reduzir essa responsabilidade ao exclusivamente individual, suprimindo as ações coletivas e governamentais. A intersubjetividade, a relação com o outro, nesse contexto foi reduzida ao indivíduo; propiciando a compreensão fragmentada da realidade, que norteiam as ações de prevenção como informações técnicas sobre sexo seguro e uso de preservativos. Os indivíduos compreendendo a prevenção apenas como responsabilidade individual não questionam as ações governamentais, as condições de acessibilidade às informações e serviços de saúde, os conteúdos das campanhas. Os autores reforçam as ações individuais e isentam a sociedade do cuidado dessas relações:

Dada à natureza do HIV/AIDS, a tarefa final da prevenção é a responsabilidade individual: as sociedades não podem administrar a prevenção do HIV (exceto através da garantia de um suprimento de sangue seguro) a uma população passiva, como a água pode ser mais segura ou o ar mais limpo. A prevenção do HIV requer indivíduos investidos da responsabilidade de aprender a responder (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1993, p.277).

³⁸ Ver: MANN, TARANTOLA e NETTER. Vulnerabilidade Global. IN AIDS no Mundo. 1993.

A proposta de prevenção, associada aos fatores sociais, está vinculada a práticas pedagógicas de promoção da saúde, conceito que revela o poder individual de alcançar a saúde através da capacitação e escolha pessoais aliadas à responsabilidade social, termo esse discutido pela Organização Mundial da Saúde em 1994. Essa concepção amplia a orientação comportamentalista da época do higienismo, com base histórica em pressupostos da Teoria Comportamental/Positivista, que reconhecia a causa das doenças externamente aos sujeitos, dando ênfase a informações sobre a transmissão das doenças. A promoção da saúde ou a produção social das doenças compreende que os sujeitos podem aprender comportamentos, habilidades e práticas que possibilitem a manipulação do meio ambiente causador da doença. Essa tendência ocorre na interface da educação com a saúde:

Com o progresso da ciência, as mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade e o reconhecimento da influência do estilo de vida na causa das doenças e nos padrões de saúde de determinada população, a ênfase no progresso biológico da doença foi substituída pelo foco no comportamento individual, restrito às orientações individualistas e estreitas, marcadas por recomendações de condutas apropriadas e outras a serem evitadas. [...] A essa orientação comportamentalista, seguiu-se a ênfase na produção social da doença, voltando-se às ações para o desenvolvimento da comunidade e mudanças sociais (SCHALL e STRUCHINER, 1995, p.90-91).

A orientação comportamental, positivista pode ser observada em vários momentos de informação sobre a epidemia da AIDS, quando a saúde se aproxima da educação, sendo usada para prevenção e “capacitação” de profissionais com objetivo de mudanças de comportamento de risco para ações preventivas. Apesar de deslocar o foco de ação do individual para o social nas ações educativas, essas sugerem condições de controle, mostrando-nos o paradigma positivista como mentor dessa orientação. As abordagens comportamentalistas possibilitam esse questionamento:

Assim, o ambiente social (cultura) dá forma e preserva o comportamento que, por ser observável, é manipulável através da construção das condições necessárias para seu controle. [...] A educação é entendida como transmissão de conhecimentos, comportamentos éticos,

práticas sociais e habilidades para o controle e manipulação do meio ambiente, cultural e social (SCHALL e STRUCHINER, 1995, p.88).

Esta função social da educação torna-se controladora de comportamentos manipuláveis, que na compreensão da AIDS seriam as práticas sexuais e o uso de drogas; restringindo a complexidade da dependência química e das relações sexuais ao “aprender a responder” a AIDS, citado por Mann, Tarantola e Netter. Essa restrição aos comportamentos apreendidos reafirma o deslocamento da AIDS para o indivíduo com responsabilidade e, portanto, com direitos; porém, com ênfase no dever da prevenção. As práticas educativas propiciam a limitação da compreensão, fragmentando a consciência e possibilitando a despolitização. Um exemplo da despolitização é assumir a responsabilidade da contaminação como ação técnica e não relacional promovendo a isenção da sociedade e do governo nesse contexto. O realce dado à individualidade na prevenção nega a relação com o outro que acaba impedindo a percepção do risco e reduzindo a percepção da experiência sexual ou do uso de drogas como ato mecânico isento de emoções e sentimentos.

A despolitização não é percebida no cotidiano, outro exemplo é o uso corriqueiro da linguagem militar nas conversas e discussões sobre a epidemia de HIV/AIDS. Essa linguagem pode ser observada nas explicações sobre os aspectos biológicos e ações do vírus; além das nomeações de programas e campanhas associadas a AIDS. O uso regular de palavras como “inimigo” para focalizar o vírus e associa simbolicamente as pessoas portadoras do HIV/AIDS como o risco que se deve evitar; o “contra” como ação de “combate” à epidemia, que localiza nas pessoas portadoras do HIV/AIDS a necessidade de “defesas” imunológicas para “lutarem” nessa “guerra” pela saúde. No início das ações educativas, as palestras foram um recurso didático amplamente empregado. O objetivo era a informação, sendo esclarecidas as formas de transmissão, contaminação e ação viral com a linguagem militar, o que favoreceu a compreensão coletiva do vírus como “inimigo” e do outro como uma “bomba relógio”.

... em que o processo de infecção é descrito com uma linguagem apropriada à espécie de guerra “high-tech” para qual estamos sendo preparados (e treinados) pelas fantasias de nossos

líderes e pelos “vídeo-games”. Na era da Guerra nas Estrelas e dos Invasores do Espaço, a AIDS tornou-se uma doença idealmente inteligível (SONTAG, 1989, p.23).

As explicações técnicas descontextualizadas do mundo da vida adquirem formas não previstas. A linguagem militar propiciou compreensões preconceituosas na relação com as pessoas portadoras do HIV/AIDS, transformando-as no próprio vírus/inimigo. A competência técnica é fundamental na solução dos problemas técnicos como a descoberta do vírus, a medicação, os testes etc. O conflito se estabelece no predomínio destas explicações para as ações do âmbito inter-relacional, nas ações comunicativas constituintes do mundo da vida.

Durante as décadas de 70 e 80, a transmissão da epidemia ocorria de forma silenciosa, sem o domínio do conhecimento científico pela sociedade. Nos anos de 1981 a 1985, o desvelamento da AIDS aconteceu de forma gradual, com a produção do conhecimento sendo gerado: “... com o uso de técnicas de culturas de células, isolamento e clonagem de seqüenciais de ADN por meio de técnicas de engenharia genética, desenhava-se uma nova arena laboratorial para a produção do conhecimento” (CAMARGO JR., 1995, p.34).

A descoberta do retrovírus como agente etiológico e das técnicas para provar sua existência, o conhecimento das formas de transmissão e prevenção não aconteceram na mesma velocidade da disseminação da infecção pelo HIV/AIDS. A tentativa de controlar a epidemia através da produção do conhecimento técnico-científico por parte da sociedade pode ser observada pela “arena laboratorial” constituída durante esses anos, como se a descoberta da cura biológica da AIDS pudesse resolver os problemas sociais dela decorrentes. As ações racionais, compreendidas como a função de fornecer argumentos baseados em regularidades causais e justificáveis para desenvolver a cura, reduz a epidemia a um procedimento laboratorial, através do qual o cientista poderia controlar os mecanismos de transmissão e, portanto, a pandemia que se previa.

A redução do esclarecimento da transmissão viral a um procedimento laboratorial limita o conhecimento complexo que envolve a epidemia, pois o conhecimento dos

mecanismos biológicos da forma de contaminação não consegue evitar a disseminação da infecção por envolver outros aspectos que não só biológicos. Aspectos sociais, culturais, emocionais, políticos, econômicos, éticos, estéticos etc; que deveriam ser percebidos como limitadores para as ações de prevenção da epidemia. A ênfase nos aparatos tecnológicos resulta em uma ação instrumental e não em ação comunicativa que busca a resolução dos conflitos pela crítica e argumentação. A descoberta da cura não soluciona o conflito da contaminação, que requer ênfase na prevenção.

Na primeira década da AIDS foram produzidos balanços e análises por parte dos cientistas e pesquisadores envolvidos com o HIV/AIDS, apresentados nas conferências científicas do tema em questão. Um exemplo é a reportagem de Luc Montaigner, Diretor do Departamento de Virologia do Instituto Pasteur de Paris, responsável pelo isolamento do HIV - vírus “causador” da AIDS:

Na pesquisa contra a AIDS impera uma nefasta postura reducionista. O dogma dos primeiros microbiólogos - um agente causador para cada doença infecciosa - foi transferido mecanicamente para a AIDS. O vírus isolado era, conforme foi explicado por nós mesmos e, posteriormente por muitos outros, o candidato ideal para o papel de agente infeccioso. Apesar de termos reconhecido que as outras doenças que afetam o homem do século 20 (câncer, doenças circulatórias e cardíacas, degeneração do sistema nervoso) são multifatoriais, nos negamos a abranger neste conceito as doenças infecciosas (ABIA nº20,1993, p. 6).

Entre outras análises, Luc Montaigner cita a ineficiência das medicações antivirais isoladamente, exigindo combinações complexas de medicamentos. Coloca o início da infecção pelo HIV em época anterior ao conhecimento da epidemia, descentralizando o início das contaminações da região da África, localizando-as globalmente. Sugere a relação da letalidade viral com um sistema imunológico anteriormente comprometido à infecção do HIV, teorizando sobre o suicídio do sistema imune. Estas análises “balançaram” as crenças sobre etiologia³⁹, patogenia⁴⁰ e virulência⁴¹ do HIV/AIDS, o

³⁹ Etiologia - Ciência ou estudo das causas das doenças, quer diretas, quer predisponentes, e do seu mecanismo de ação. Dicionário Médico Blakiston, 1987, p.408.

⁴⁰ Patogenia - Origem e evolução de uma doença. Dicionário Médico Blakiston, 1987, p.792.

⁴¹ Virulência ~~é~~ - Malignidade; nocividade; infetividade. Capacidade patogênica de um microrganismo. Dicionário Médico Blakiston, 1987, p.1094.

que provocou a retração dos investimentos na pesquisa. A UNESCO juntamente com Luc Montaigner criou a Fundação para a Pesquisa e a Prevenção da AIDS, com liberdade de poder se aventurar a pesquisar, resistindo às limitações políticas impostas economicamente.

A razão instrumental/técnica exige a manutenção das idéias pré-estabelecidas como regras, gerando novos conhecimentos para quem as colocar em dúvidas ou revelando falhas nas soluções vigentes. Os espaços públicos nos quais pesquisadores e profissionais discutem essa validação são os encontros científicos; porém, o aceitar críticas está vinculado à filosofia que embasa a pesquisa.

As conferências internacionais que, pela previsão, deveriam ser bienais, ocorreram anualmente na primeira década da AIDS, em decorrência da rápida evolução da epidemia e dos avanços nas pesquisas cujos resultados exigiram em debate e intercâmbio mais acelerados. A primeira conferência ocorreu em Atlanta no ano de 1985 com um público de duas mil pessoas, depois em Paris no ano de 1986, em Washington no ano de 1987, em Estocolmo no ano de 1988, em Montreal no ano de 1989, em São Francisco no ano de 1990, em Florença no ano de 1991, em Amsterdam no ano de 1992 e em Berlim no ano de 1993, já com catorze mil participantes.

Um aspecto realçado na entrevista de Nogueira sobre as conferências internacionais é a fala do “outro lado da humanidade”, que envolve os intelectuais:

A Aids mostrou que dentro da epidemia têm muitas pessoas que lucram com a desgraça. E dentro da área médica, existem os infectologistas oportunistas, têm os agentes oportunistas... porque se vê o “frisson” com as viagens, com os congressos. É o outro lado da humanidade: têm pessoas que se dedicam com o suor de seu rosto, e têm aquelas que apareceram em vigência disso. A epidemia gerou isso, não só no Brasil como no mundo inteiro (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.28).

As estratégias de prevenção começaram a ser revistas a partir da VIIth International Conference on AIDS, na cidade de Florença, na Itália, em junho de 1991, quando as ações de informação/educação passaram a fazer parte da temática do

evento que teve como foco a biomedicina. Os temas apresentados pelos pesquisadores foram: patogenia viral, vacinas, evolução nas pesquisas de terapias e dimensões da epidemia; questões psicológicas e sociais. Entretanto, a grande modificação esteve no reconhecimento que as mudanças de “comportamento de risco” (termo da época) não se dariam com as intervenções realizadas até aquele momento. Os números mostravam que a prevenção era ineficaz, abrindo possibilidades para a reflexão sobre os motivos do fracasso e as ações mais adequadas. A estratégia de trabalhar com pares, iguais, surge nesta conferência; a inclusão no processo de investigação/prevenção de pessoas pertencentes ao público-alvo da ação de prevenção, os chamados agentes comunitários/multiplicadores. Essa estratégia é chamada de “*peer education*”, com a educação sendo produzida e desenvolvida por e entre iguais: “Esta metodologia de trabalho de prevenção trouxe à tona a importância da linguagem nascida e construída pela comunidade, dando espaço e relevância a projetos implementados por tais grupos” (GALVÃO, 1997, p.88).

As discussões sobre a prevenção e a solução de convidar para participar das estratégias o público alvo tiveram ampla aceitação na educação, como vimos nas propostas sugeridas pela Coalizão Global de Políticas contra a AIDS e a compreensão do conceito de vulnerabilidade⁴² um ano após essa conferência. As ações técnicas e estratégicas na história da AIDS foram rápidas com a sacração da tecnologia, mas as dificuldades se colocaram na operacionalização destas, pois a unidimensionalidade da razão técnica não integrava as questões individuais; em contradição com a própria ênfase à individualidade.

A proposta da Coalizão para a redução dos fatores sociais de risco compreendeu três etapas: identificar a discriminação, estudar como esta discriminação expõe ao risco e reduzir a discriminação. Esta proposta acopla a questão da vulnerabilidade à infecção, e a redução da discriminação vinculada à preocupação com a questão dos Direitos Humanos que, na primeira década da AIDS, estava vinculada às ações das

⁴² Vulnerabilidade compreendida como “susceptibilidade biológica à infecção e modos de transmissão do HIV limitados, baseados no comportamento [...]. O comportamento individual é tanto mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa [...] influenciado por indivíduos, comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religião e estadações” (MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W., A AIDS no Mundo, 1993, p.276)

ONGs, representantes das minorias e da saúde pública. Essa preocupação também é constante entre os profissionais da saúde, percebida como uma ação positiva da doença:

... a parte ética em relação ao paciente, o respeito aos seus direitos enquanto cidadão e enquanto doente. Aliás, eu acho que isso a AIDS veio resgatar, tem tanta coisa ruim na epidemia, mais isso é bom (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.20).

As discussões éticas, o sofrimento, a solidariedade encomendada ou a “responsabilidade solidária” permeavam os debates nas conferências, suscitando a revisão de propostas técnicas, através dos conflitos, pressões ou determinações legais.

Outro momento importante na história foi a Conferência Internacional de AIDS no ano de 1996 em Vancouver, na qual a comunidade científica reafirma seu papel no controle da ciência para a sociedade. A apresentação dos pesquisadores David Ho e Martin Markowitz consolidou o HIV como o causador da AIDS, trazendo à comunidade o uso da terapia tripla: uso combinado de três medicamentos que agem em fases diferentes da infecção viral⁴³; combinação conhecida como “coquetel”. Essas afirmações surgiram como resposta a outro pesquisador, Peter Duesberg que, desde 1989, vinha desafiando a comunidade científica discordando da tese central de que a infecção pelo HIV seria a única causa da AIDS. Desde 1993, a fala do “descobridor” do HIV, Luc Montaigner, reflete a preocupação com a pesquisa de co-fatores que facilitariam a infecção viral no ser humano, o que resultou em falta de financiamento para continuidade dessa pesquisa e, para Peter Duesberg, o descrédito entre a comunidade científica.

A atuação técnica nesse período demonstrou a compreensão ideológica de como superar a crise da saúde que se colocava no cotidiano. A população com uma compreensão fragmentada da realidade e desejando se afastar do medo causado pela

⁴³ Terapia tripla: uso de dois inibidores de transcriptase reversa, fase inicial da contaminação celular pelo HIV; com um inibidor de protease, fase final da replicação intracelular.

AIDS, acata a indicação médica do “coquetel” como a descoberta científica que pode controlar a morte. O uso irrestrito dos medicamentos beneficia as pessoas portadoras do HIV/AIDS; entretanto a forma como a divulgação ocorre favorece a compreensão da inexistência do risco da morte.

A conseqüência imediata da conferência de Vancouver foi a exacerbação da medicalização da AIDS, com as pessoas portadoras tomando em torno de trinta comprimidos/dia com a esperança de cura.

A Folha de São Paulo em 14/10/97 noticia que David Ho descobre que o “coquetel” não elimina o HIV, apenas o reduz em níveis não percebidos nos exames atuais, alojando-se nos gânglios linfáticos, o que promoveu uma expectativa irreal de extinção do causador da infecção. A possibilidade de “cura” se distancia novamente do coletivo de pessoas infectadas pelo HIV e da liberdade do uso de medidas preventivas.

A medicalização da AIDS, com o custo elevado, promoveu a discussão sobre o tratamento diferenciado às pessoas portadoras do HIV/AIDS, como a ampliação dos benefícios sociais garantidos por leis e o acesso à terapia tripla; condições favoráveis para o cuidado com a saúde que não coadunam com as condições de moradia, trabalho e alimentação, vivência geral da população.

A prática é dura, aquele que não tem para onde ir, que está marginalizado pela sociedade, que está tomando o coquetel e está muito bem obrigado, mas não tem emprego; o desemprego está para todos e em especial para o portador do vírus. O coquetel trouxe muitos benefícios, prolongou a vida e a qualidade de vida. Muitos estavam para morrer e hoje estão andando,... estão vivendo com uma vida muito mais digna, o coquetel ajudou muito, diminuiu as internações... mas por outro lado eu estou verificando, melhora na qualidade de vida e o vírus fica indetectável, ele fica muito bem obrigado; mas cadê emprego, cadê condições de vida. Estamos vivendo uma fase muito contraditória (CALAZANS,L.B. Entrevista concedida pela Diretora do Serviço Social do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 30 mar.1999, p.14).

A questão dos Direitos Humanos que permeou as reivindicações das minorias e tentou sensibilizar a população no intuito de diminuir a discriminação também foi tônica das ações do Programa Global contra a AIDS desde o início da epidemia. Em julho de

1989, o Centro das Nações Unidas para os Direitos Humanos convocou uma Consultoria Internacional sobre HIV/AIDS e Direitos Humanos, com apoio técnico e financeiro do Programa Global.

O objetivo da Consultoria foi de reunir peritos nas áreas de direito, religião, ética, direitos humanos, políticas públicas e saúde pública para discutirem aspectos de direitos humanos, incluindo várias formas de discriminação, em relação ao vírus da imunodeficiência humana e à síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) (BRASIL, M.S., Boletim Epidemiológico, Ano III, nº 7, p. 2).

A discussão sobre atitudes discriminatórias ante as pessoas portadoras do HIV/AIDS resultou em documento facilitador da compreensão sobre os direitos humanos e norteador de ações que respeitem os padrões internacionais. Os temas abordados foram: testagem sorológica com consentimento explícito, direito ao trabalho, à casa, à constituição de família, à liberdade, à informação etc, além da garantia da responsabilidade do Estado na atenção à saúde e a revisão de medidas como confinamento de seres humanos⁴⁴, internação forçada, testagem obrigatória, divulgação de diagnóstico para terceiros, coleta de dados epidemiológicos com informações identificáveis das pessoas portadoras sem garantia de sigilo médico. A questão dos Direitos Humanos tenta, nesse momento, aplacar as medidas técnicas coercitivas que, historicamente, acompanham as epidemias e que, no Brasil⁴⁵, podem ser observadas durante a epidemia de febre amarela; com a criação de lazaretos, hospitais de isolamento, notificação compulsória, desinfecção domiciliar e vacinas obrigatórias. Essa atuação técnica estava atrelada à época do higienismo com a participação das polícias sanitárias.

Outro momento de discussão sobre direitos humanos e ética ocorreu no início das pesquisas clínicas com seres humanos, em função de não existir um modelo animal

⁴⁴ O confinamento foi uma estratégia utilizada em Cuba no ano de 1986, quando foi criado o Sanatório Santiago de Las Vegas, um sistema de assistência sanatorial; regime de internação que presta atenção as pessoas infectadas pelo HIV/AIDS, através do convencimento ou persuasão. Ler mais em "Experiência cubana na abordagem da infecção por HIV/AIDS". (1994).

⁴⁵ No Brasil o confinamento ocorreu na epidemia de varíola em 1880, além dos doentes, as enfermeiras eram obrigadas a morar no local. Sobre esse assunto ler mais na home-page do Hospital Emílio Ribas: <http://www.emilioribas.sp.gov.Br/Institut.htm>

perfeito que pudessem servir de cobaia de laboratório e as pesquisas terem que ser realizadas em fase final em seres humanos. Os pesquisadores discutiram sobre as pessoas portadoras do HIV/AIDS receberem medicações em fase de teste, sobre o desejo de ser voluntário nas pesquisas, sobre o decidir tomar ou não as medicações. Estes ensaios clínicos foram regidos pela Declaração de Helsinque, que consiste em recomendações para a pesquisa biomédica em seres humanos, datada de 1964, adotada na 18ª Assembléia Médica Mundial e revisada em 1975 pela 29ª Assembléia Médica Mundial.

A discriminação social como potencializador da contaminação pode ser observada na conferência internacional, no ano de 2000, realizada no continente africano; mostrando a necessidade premente de discutir os direitos humanos. A intenção de chamar a atenção de todos para a gravidade da situação epidemiológica dessa população, revelou não só o preconceito entre as pessoas do continente como das autoridades responsáveis pelas decisões relativas às ações de assistência e de prevenção que resistem a confirmação científica da causalidade entre HIV e AIDS.

A discussão dos direitos humanos ligados à saúde se precipitou com o advento da AIDS e foi incorporada ao longo da década de 90 pela saúde pública. Entretanto, a contradição entre a saúde pública com alguns métodos coercivos (notificação obrigatória, revelação de diagnóstico) e as leis que garantem os direitos humanos (revelação do risco, manutenção do sigilo do diagnóstico) estão explicitadas nas escolhas de formas de implementação dos programas de prevenção e assistência.

Poderíamos mesmo falar de uma “revolução” no pensamento sobre a saúde através da estreita ligação com os direitos humanos. Entretanto, a tentação de se retomarem as abordagens ditas tradicionais de saúde pública também é forte e se intensificará com o aumento do número de pessoas com AIDS e o impacto da pandemia na década de 90....Porém, na medida que os desafios colocados pela AIDS e outros importantes problemas de saúde pública no futuro envolverem comportamentos - individuais e coletivos - o valor da incorporação das normas de direitos humanos à prática da saúde pública aumentará (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1993, p.241).

Os riscos de ceder a pressões sociais ao adotar posturas restritivas e tradicionais na saúde pública, em atenção às pessoas com HIV/AIDS como em medidas de prevenção, está presente nas discussões sobre os direitos humanos: o direito à saúde. A discriminação aumentou a vulnerabilidade à infecção pelo HIV; a garantia dos direitos humanos, além de constar nas leis de grande parte dos países no mundo, é parte integrante das medidas de prevenção. Compreender as reações coercitivas nos programas de saúde, as críticas aos “favorecimentos” econômicos à AIDS e portadores do HIV, os preconceitos e a discriminação como parte do contexto social de desrespeito a todos, integram a discussão dos direitos humanos vinculados à AIDS e ampliam a discussão sobre cidadania em que estão colocados os direitos e a liberdade.

A epidemia da infecção pela HIV/AIDS no continente africano é a mais grave de todo planeta, com 28,5 milhões de pessoas contaminadas; sendo que no ano de 2001 ocorreram 3,5 milhões novas contaminações. Apenas 30 mil pessoas recebem tratamento com a medicação anti-retroviral e 11 milhões de crianças estão órfãs em decorrência da AIDS. A gravidade da epidemia neste continente alarmou todos os países que durante a conferência em Barcelona se prontificaram a apoiar a África na luta contra a síndrome. A XIV Conferência Internacional de AIDS, realizada em julho de 2002, em Barcelona, teve como pauta de discussão os avanços e a política de acesso ao tratamento anti-retroviral para pessoas portadoras do HIV/AIDS em países pobres. A experiência brasileira tornou-se exemplo de luta pela produção de medicamentos genéricos para outros países. O Brasil infringiu o acordo de proteção de patentes, denominado acordo Trips, para produção de medicamentos genéricos para AIDS⁴⁶; com o argumento de urgência de saúde pública. Os EUA retiraram a queixa contra o país na Organização Mundial do Comércio após a pressão da opinião pública internacional e das ONGs.

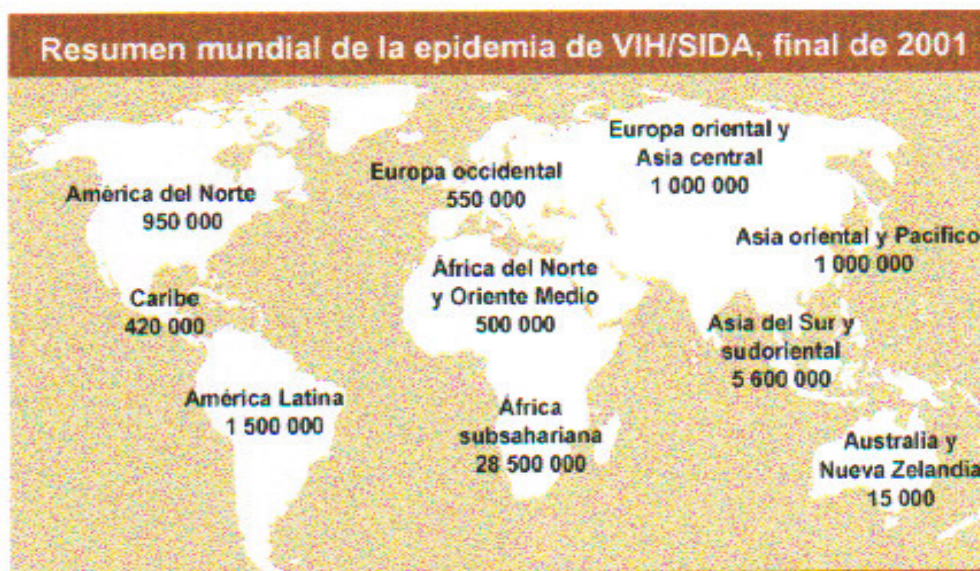
O encontro das primeiras damas de dezoito países africanos realizado em Genebra, em julho de 2002, teve como resultado a criação da “Organização Africana de Primeiras Damas contra o HIV/AIDS”. A organização deste encontro foi realizada pela

⁴⁶ O Brasil distribui gratuitamente 15 tipos de medicamentos anti-retrovirais, dos quais oito são produzidos no país. O custo anual aproximado para o tratamento por pessoa é de R\$ 2.100,00, um décimo do custo do tratamento em outros países.

UNAIDS e pela ONG International AIDS Trust, que em momentos anteriores, no ano de 2001 e 2002, já haviam iniciado as discussões sobre a formação de uma organização nos países africanos para mobilizar ações e recursos para prevenção e assistência da população acometida pelo HIV/AIDS.

Os dados epidemiológicos mundiais reunidos pela UNAIDS em 2001 foram:

Figura 1 – Resumo Mundial da Epidemia de AIDS, ano de 2001



Fonte: Panorama mundial de la epidemia. 2002. ONUSIDA. (<http://www.unaids.org>).

Esses dados demonstram a situação da epidemia nos continentes do planeta; destacando a gravidade da África sub-sahariana e a preocupante realidade da Ásia com 5,6 milhões de pessoas contaminadas. A América Latina apresenta o número de 1,5 milhões de pessoas contaminadas; dados que são estimados através das taxas de prevalência da infecção na população.

O número estimado até 2001 de pessoas que vivem com HIV/AIDS é de 40 milhões, sendo 37,1 milhão de adultos, dos quais 18,5 milhões de mulheres adultas e 3 milhões entre adolescentes e crianças menores de 15 anos. A estimativa para contaminações

de novas pessoas, no ano de 2001, foi de 5 milhões; 2 milhões de mulheres e 800 mil adolescentes.

A tentativa de facilitar a prevenção da AIDS entre o público masculino propiciou criação da campanha mundial contra a AIDS em 2001, com o tema “Os homens marcam a diferença”. Os objetivos definidos para essa campanha foram: motivar a comunicação entre homens e mulheres sobre sexo, sexualidade e consumo de drogas; estimular que os homens cuidem de si, de suas parceiras e de sua família; e favorecer programas para atender essas necessidades.

A campanha mundial contra a AIDS da UNAIDS para os anos de 2002 e 2003 é sobre Estigma e Discriminação: “Viver e deixar Viver”; por acreditarem ser esse um dos principais obstáculos para a prevenção e assistência à AIDS. A campanha se propõe a estimular as pessoas a romperem com o silêncio e lutarem pela prevenção e assistência. A proposta para o ano de 2004 é dirigir as campanhas para as mulheres que, pelos dados epidemiológicos, representam as pessoas com risco de contaminação sem consciência deste.

A luta mundial contra a AIDS proposta pela UNAIDS, foi apresentada na Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, em junho de 2001. Os países membros da ONU firmaram um acordo em uma “Declaração de Compromisso” que envolve a sociedade civil e os governos, com o intuito de deter e intervir no curso da epidemia de HIV/AIDS. Os objetivos traçados foram: assegurar recursos para os programas de prevenção; reduzir a taxa de infecção do HIV/AIDS entre jovens e recém-nascidos; desenvolver programas participativos de assistência; reforçar os sistemas de saúde e medidas de proteção aos direitos humanos.

2. A AIDS no território nacional

A epidemia da AIDS se disseminava no Brasil desde meados da década de 70, sem que a população pudesse imaginar que estávamos próximos de uma nova

“peste”⁴⁷. Castilho e Chequer referem o início dos registros da epidemia no Brasil no ano de 1982, através do Sistema de Vigilância Epidemiológica, com seis casos; porém, com um caso reconhecido através de estudo retrospectivo datado de 1980, em São Paulo. Estudos mostraram o início da disseminação da infecção a partir de dados atuais da evolução clínica da AIDS⁴⁸, como ilustra a dedução dos autores:

Considerando o período de incubação do HIV, podemos deduzir que a introdução do vírus no país deve ter ocorrido no final da década de 70 e sua difusão, num primeiro momento, entre as principais áreas metropolitanas do centro-sul, seguida de um processo de disseminação para as diversas regiões do país na primeira metade da década de 80 (CASTILHO e CHEQUER, 1997, p.17).

Entretanto, o conhecimento público do “primeiro caso” ocorreu com a descrição feita pela Dra. Valéria Petri, da Escola Paulista de Medicina, em setembro de 1982. O conhecimento social, chamado o “boom” da epidemia, aconteceu em julho de 1983, com a morte de um costureiro famoso, repercutindo a idéia da existência da AIDS no país. O relato do primeiro diagnóstico feminino no país ocorreu em outubro de 1983, logo após a inauguração do Programa de Controle e Prevenção da AIDS do Estado de São Paulo (GRANGEIRO, 1994).

Na cidade do Rio de Janeiro, no Fraga Filho, os casos de pessoas portadoras doentes de AIDS surgiram em 1985 com uma característica comum: eram homens que haviam saído do país e retornado doentes.

...o primeiro doente de AIDS que nós tivemos foi em janeiro de 1985, era um escultor que foi para os Estados Unidos, pegou o vírus e morreu aqui. E depois, naquele mesmo mês, entraram mais dois; desses três, dois nitidamente saíram do país e voltaram doentes... (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do DIP do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R. J., 25 mar. 1999, p.11).

⁴⁷ Ver: CAMARGO, Jr. A construção da AIDS. IN: CZERESNIA, D; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO,S.(org.) AIDS Ética, Medicina e Biotecnologia. 1995. E como sugestão: SONTAG, S. AIDS e suas Metáforas. 1989.

⁴⁸ Atualmente a comunidade científica crê que a evolução clínica da AIDS demore de dez a quinze anos (em situação especial de cuidado com a saúde) para se manifestar.

Na cidade de São Paulo o início do cuidado da epidemia de AIDS ocorreu na Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SESSP), na Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (DHDS) do Instituto de Saúde. Os serviços hospitalares e ambulatoriais ficaram delimitados ao: Hospital Emílio Ribas, Hospital das Clínicas e o Hospital dos Servidores Públicos; sendo que efetivamente apenas o Emílio Ribas arcou com essa responsabilidade⁴⁹. “Foi no Hospital Emílio Ribas que o primeiro caso de AIDS do país foi atendido. Do início até os dias atuais, cerca de 27.0000 pessoas contaminadas pelo vírus já passaram pelo Instituto. São mulheres, homens e crianças sofrendo com o flagelo do século. Para atender pacientes de AIDS o Instituto teve que se adequar”.⁵⁰

O Brasil foi classificado pela OMS⁵¹ como Padrão I em 1986-87, com disseminação precoce da infecção pelo HIV, predominantemente em homens homossexuais e bissexuais, alguns usuários de droga injetável e com baixa incidência entre mulheres. O alerta sobre a contaminação através dos produtos do sangue e da sua venda ocorreu após a contaminação de pessoas socialmente famosas e através da pressão dos familiares, amigos e sociedade. O equívoco desta classificação estava na apresentação da epidemia como estática e não dinâmica; o que promoveu a negação da possibilidade de risco por parte da população que não se encontrava classificada ou rotulada como tal, permitindo a contínua, imperceptível e silenciosa disseminação do HIV.

A dissociação do padrão epidemiológico⁵² esperado com os primeiros diagnósticos realizados no país; foi demonstrado em estudo realizado a partir de atestados de óbitos sete anos após o diagnóstico do primeiro caso no país, demonstrou que os casos que não se encaixavam na descrição apresentada eram descartados; o que promoveu o desconhecimento da situação de saúde no contexto vivido, dificultando a compreensão da nacionalização da disseminação.

⁴⁹ Para maiores informações ler: GUERRA, M.A.T. Política de Controle da AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no período 1983-1992: A História contada por seus agentes. (dissertação de mestrado/USP).

⁵⁰ Home page, <http://www.emilioribas.sp.gov.br/Instituit.htm>; 26/08/99

⁵¹ Ver nota de rodapé nº 26, página 57.

⁵² Padrão epidemiológico pode ser compreendido como o modo de transmissão do HIV nas diferentes regiões geográficas, anteriormente delimitadas; constituindo-se um modelo.

Assim, o que se verifica a partir desses casos é que, em primeiro lugar, a infecção pelo HIV só foi diagnosticada no país depois de dois anos de fazer, sabidamente, sua primeira vítima e que, mesmo após o primeiro grande envolvimento da opinião pública com a questão da AIDS, verifica-se que casos dissociados do padrão social epidemiológico dominante não eram revelados enquanto casos de AIDS (GRANGEIRO, 1994, p.97).

A discrepância entre os dados e a realidade da contaminação no Brasil, apresentou a redução da epidemia a dados estatísticos que comprovassem os padrões delineados excluindo o que não se adequassem, mostrou a intenção de calcular a tragédia que se revelava como epidemia dentro dos padrões delineados pela OMS; o não questionamento desses padrões demonstrou a confiança nos dados estatísticos quanto na classificação recebida pelo país. As pessoas que não correspondiam ao perfil desenhado não seriam possíveis portadores. O conflito entre a essência e a aparência dos dados se delineiava, no qual, o indivíduo doente que não tivesse o perfil esperado não seria tratado adequadamente em seu sofrimento, patologia; entretanto, o que se enquadrasse ao padrão I seria testado para o anti-HIV. A redução estatística nesse momento da história da AIDS no país possibilitou a compreensão dos dados como definitivos e a utilidade desses dados ocasionaram divulgações errôneas sobre as formas de contaminação e ações de prevenção inadequada aos possíveis sujeitos dessa contaminação.

A intenção de calcular a dimensão da epidemia que crescia e classificar as formas de contaminações com a divulgação dos padrões epidemiológicos pode ser compreendida como tentativa de controlar e dominar o medo, o sofrimento, o trágico. Adorno/Horkheimer nos falam sobre a relação da cultura de massas com o trágico e da sua expectativa de que esse seja controlável, calculável e eliminado. “O trágico, transformado em um aspecto calculado e aceito do mundo, torna-se uma bênção para ele. Ele nos protege da censura de não sermos muito escrupulosos com a verdade, quando de fato nos apropriamos dela com cínico pesar”(ADORNO/ HORKHEIMER, 1985, p.142).

Entretanto, outro entrave se colocou frente aos dados epidemiológicos: a falta de estrutura dos serviços de vigilância epidemiológica, propiciando visões errôneas da epidemia nas cinco regiões do país e a falta de compreensão dos seus significados na construção de políticas públicas de ação preventiva e social.

A falta de preparo dos profissionais para realizarem as notificações, a ausência de preocupação dos serviços de saúde, o desconhecimento dos critérios de classificação da doença, a inoperância das políticas públicas, o medo e o preconceito para atender pessoas portadoras do HIV/AIDS refletem-se nas estatísticas; criando assim uma realidade virtual com dados verdadeiros para esse contexto histórico, entretanto, não verídicos com relação a realidade que se construía.

O deslocamento da responsabilidade pela discrepância dos dados epidemiológicos apresentados foi transferido para inoperância ou desestrutura do serviço de vigilância epidemiológica; alterando o foco de discussão das questões que condicionaram a definição dos padrões epidemiológicos para as de estrutura e de funcionamento dos serviços, não possibilitando a reflexão sobre o preconceito social que permeou as atitudes dos profissionais no delineamento da epidemia, semelhante ao processo de negação como mecanismo de defesa.

As formulações teóricas clínico-epidemiológicas, ancoradas em pressupostos que não são usualmente objeto de reflexão crítica pelo seu caráter implícito, legitimam preconceitos etnocêntricos pela cientificização, naturalizando-os. No caso da AIDS há um perigo adicional nessa atitude, uma vez que gera uma preocupante ilusão de segurança nos grupos sociais que não fazem parte dos chamados grupos de risco. Como decorrência imediata dessa atitude, temos a apatia com que a sociedade brasileira encara a inércia das autoridades sanitárias ante uma pandemia que tem neste país um de seus principais focos (CAMARGO JR., 1995, p.33).

A “cientificização” colocada pelo autor mostra o papel das teorias clínico-epidemiológicas na criação da ilusão de segurança à população, isentando-a da responsabilidade de compreender as ações políticas decorrentes dessas teorias. A população se mostra “apática” por acreditar que as “autoridades sanitárias”, os especialistas, estão atentos e criando políticas de controle da epidemia. Esse

movimento individual e coletivo é compreendido como a colonização do mundo da vida, na qual a racionalização técnica com os especialistas explicando a realidade com dados que delimitam como essa deve ser compreendida, e vivida por essa população. A compreensão limitada por essa racionalização, através dos dados revelados, tranquiliza o medo da epidemia. A complexidade dessa racionalização se assemelha à defesa psicológica na qual um indivíduo que não tem condições de compreender a realidade de uma forma, condiciona essa compreensão à uma ilusão de segurança por necessidades psicológicas, sociais e políticas; delineando assim uma consciência fragmentada da realidade.

Os profissionais da saúde, condicionados pela divulgação dos padrões epidemiológicos, agem de forma preconceituosa na triagem da população para indicação de quem deveria realizar os testes sorológicos; atitude que confirmava a existência dos padrões epidemiológicos e que direcionava as campanhas de prevenção. As notificações de casos de AIDS que poderiam desmontar os padrões divulgados pela OMS não eram realizadas ou se perdiam nos controles nacionais do programa de Vigilância Epidemiológica, o que confirmava a imagem dos padrões. O não questionamento desses padrões pode estar atrelado à relação que se estabelece com o medo do trágico: “A simples existência de uma receita conhecida é suficiente para apaziguar o medo de que o trágico possa escapar ao controle” (ADORNO/HORKHEIMER, 1985, p.142).

A realização dessa “receita conhecida” na investigação sorológica por parte dos profissionais reforçou o preconceito que a população tem nas relações com pessoas portadoras do HIV, revelando os tabus sociais no que se refere a sexo e uso de drogas.

A consciência fragmentada dificulta a compreensão e impede a crítica das próprias ações. Atualmente, a definição clara das formas de transmissão facilita o atendimento das pessoas portadoras do HIV/AIDS, o que no início da epidemia era um complicador, devido ao medo do contágio:

... eu comecei a atender os primeiros pacientes em 1985. [...] não tinha ninguém que atendesse os pacientes assim, ninguém gostava, ninguém queria... e eu nunca achei que isso se

transmitia assim. Eu nunca imaginei que isso fosse ficar do jeito que ficou (ZORNITTE, M. Entrevista concedida pela psicóloga do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R. J., 25 mar. 1999, p.5).

Já o aspecto ressaltado pela assistente social é o preconceito que vive o profissional da saúde ao trabalhar com essa clientela já estigmatizada e a relação com o desconhecido:

Eu comecei a trabalhar com pacientes portadores de HIV em 1985, com todos os problemas decorrentes daquele momento histórico. A dificuldade das pessoas aceitarem, a dificuldade de trabalhar nessa área; as pessoas te questionavam muito: você vai trabalhar logo com isso? E, sempre havia aquela possibilidade de que não se estava dizendo a verdade sobre o problema, nós não tínhamos a dimensão exata sobre o problema. Nós ouvíamos que era apenas a ponta de um iceberg, mas como é que seria isso, nós não tínhamos essa dimensão. [...] Eu me lembro que na ocasião, em casa falavam: olha você toma cuidado, isso é muito perigoso, nós não sabemos se estão dizendo tudo, isso pode dar algum problema, algum paciente pode te morder, tinha assim uma coisa... As pessoas tinham uma visão bastante mágica a respeito da situação (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.4).

O preconceito gerado por discursos técnicos, políticos e acadêmicos através da mídia e do desconhecimento dos profissionais da saúde na assistência às pessoas portadoras do HIV/AIDS marcou a AIDS com um ar de mistério, de distante, do estranho.

De fato, os “mistérios” que envolvem a AIDS decorrem muito menos do desconhecimento científico sobre a doença que dos tabus que acompanham as doenças sexualmente transmissíveis. A AIDS foi associada desde os primórdios a grupos socialmente marginalizados, grupos considerados “perigosos”, “subversivos”. Os conceitos associados à AIDS de “contagiosidade” e “mortalidade” têm muito menos a ver com a realidade do HIV do que com as fantasias sobre sexualidade e sobre práticas proibidas (ABIA, nº6, 1989, p.2).

Os profissionais sem clareza de como a epidemia estava sendo constituída, não tinham idéia que se tornaria uma pandemia e possuíam dúvidas sobre o que estava

sendo divulgado; era o medo atrelado à possibilidade da infecção e da morte. Essa faceta importante do medo, que envolve a própria contaminação, é o lidar com a própria morte e a do outro. Disso resulta uma pressão que se coloca no cotidiano desses profissionais. A fala do psiquiatra que trabalhou no preparo emocional da equipe do Emílio Ribas para a assistência às pessoas portadoras do HIV/AIDS, mostra o árduo lidar com a notícia da morte e a sensação de impotência que gera, podendo ser esse um dos motivos de constituição do trabalho em equipe:

No primeiro momento da AIDS ainda não estavam totalmente esclarecidas as formas de contaminação, o medo era ainda maior, isso foi trazendo também, uma pressão emocional sobre a equipe. E uma pressão de morte sobre quem recebia a notícia, começando a se tornar evidente a necessidade de dar um suporte psicológico tanto para a equipe como para o paciente. Quando se começa a trabalhar com o paciente e a primeira sensação é de impotência (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 16 jun. 1999, p.8).

A fala da assistente social lembra a realidade inicial da AIDS, quando, sem a medicação atual, as pessoas portadoras do HIV/AIDS não tinham muitas esperanças no tratamento e a morte era parte do cotidiano desses profissionais:

Eu acompanhei a AIDS desde o início, desde a admissão, a falta de recursos...quando tinha muitos óbitos, morria muita gente, aquele corredor cheio de pronto socorro...não tinha medicação. Então, todo esse processo evolutivo eu participei, eu vi tudo...(CALAZANS,L.B. Entrevista concedida pela Diretora do Serviço Social do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 30 mar.1999, p.4).

Os profissionais entrevistados relatam como lidaram com a questão da morte nesse cotidiano:

Eu acho que temos que avaliar muito e falar sobre a morte. Para mim não é tabu, se o paciente quer falar sobre morte eu falo, se ele não quer não falo. [...] Porque, o maior problema com a morte não é o doente não, somos nós profissionais; nós é que temos medo da morte. Porque, nós não estamos acostumados a, nem por alto, nós não passamos perto dela. Com raras

exceções, depende das experiências de vida que cada um tenha tido. Morte para nós é algo muito distante, então nós achamos que morte é no outro, que não vamos morrer; e se morrermos, nós vamos estar tão velhos que não vamos mais racionalizar nada (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.14).

Eu acho que, basicamente, o que é importante é a experiência, como trabalhamos isso internamente; para poder trabalhar com os pacientes, e para conversar com as pessoas. Sem isso, não tem livro, não tem nada que adiante. Então, imagine o momento que você trabalhou isso, dá para você conversar, dá para lidar com isso. Porque, senão, fica difícil trabalhar com o paciente, qualquer que seja (ZORNITTE, M. Entrevista concedida pela psicóloga do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.13).

Eu acho que em relação à morte da mesma forma que é difícil para o doente jovem entender que vai morrer; para nós como profissionais foi muito difícil conviver com isso. Até porque, as doenças infecciosas não são iguais às doenças crônicas, nós sempre tínhamos uma esperança de salvar; então, a AIDS foi um desafio muito grande (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.21).

A relação com a morte levou os profissionais a rever conceitos e compreender pessoalmente as dificuldades de lidar com essas “experiências de vida”, de “trabalho pessoal” ou de “desafio profissional”. O aprender a lidar com a morte tem origem na experiência cotidiana, como relatam os entrevistados, “não se aprende nos livros”. A experiência com a morte não pode ser mediada pelo saber ou pela tecnologia, requer o conhecer e o agir de forma integrada com os sentimentos e a razão e especialmente na relação com o outro. Esse aprendizado não foi transmitido e sim vivenciado, surgindo da relação dos profissionais com as pessoas portadoras do HIV/AIDS.

Os profissionais percebem as diferenças entre a realidade científica e a fantasia da população, a partir do que é vivenciado e compreendido como realidade; as fantasias podem ser compreendidas como um denunciador, como expressões do preconceito que está velado nas interações, demonstrando o que ocultamos ou falsificamos quando alteramos um conceito sem discuti-lo, sem problematizá-lo. A entrevista com o psiquiatra expressa essa percepção⁵³:

⁵³ Essa percepção é compartilhada com a autora S. SONTAG em: AIDS e suas metáforas, 1989.

A AIDS, na verdade, tem pelo menos duas existências: a clínica infecciosa que é a menos conhecida; os profissionais que trabalham na área a conhecem, mas no imaginário cultural é a menos conhecida. E, a que hoje existe e está presente no imaginário é a do pesadelo, do terror, da acusação, da promiscuidade. A AIDS vai trazendo uma série de mazelas da nossa sociedade, da nossa cultura que não está vinculada diretamente a ela; porém, acaba funcionando como um denunciador dos males da sociedade (MELLO, R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 16 jun. 1999, p.21).

Os tabus relacionados ao sexo e à droga, os medos de contaminação pelo HIV e da morte, o preconceito com pessoas portadoras do HIV/AIDS, com os profissionais e com os locais de atendimento foram reforçados pelos meios de comunicação de massa, que deveriam ter a função oposta de despertar a solidariedade e recuperar a legitimação dos direitos sociais. Entretanto, as divulgações concernentes à AIDS estavam vinculadas às campanhas de prevenção e explicitavam os mesmos medos, preconceitos e impotência vivenciados diretamente pelas pessoas portadoras do HIV/AIDS, profissionais e população. A ênfase na utilização de meios de comunicação eficientes, como as campanhas publicitárias, construíram conflitos na compreensão das mensagens, sem demonstrar uma preocupação com o que estava sendo comunicado. Ao contrário ostentavam uma preocupação em alertar que o trágico estava controlado pelo cálculo das formas de contaminação. Adorno e Horkheimer nos dão a dimensão exata do risco que podem advir dos meios de comunicação e da indústria cultural:

Tanto técnica quanto economicamente, a publicidade e a indústria cultural se confundem. Tanto lá como cá, a mesma coisa aparece em inúmeros lugares, e a repetição mecânica do mesmo produto cultural já é a repetição do mesmo slogan propagandístico. Lá como cá, sob o imperativo da eficácia, a técnica converte-se em psicotécnica, em procedimento de manipulação das pessoas (HORKHEIMER, ADORNO, 1985, p.153).

A repetição do slogan que a AIDS estava restrita à contaminação de determinados perfis divulgava uma tranquilidade que pode ser acatada, pois, propiciava o alívio da angústia, do medo da contaminação, o medo da morte. A manipulação ocorre pela

redução da informação a esse dado epidemiológico que é de fácil consumo social; o conflito da insegurança, da não confiabilidade dos dados, do risco pessoal de contágio e a não atribuição ao outro do perigo é omitido, promovendo a alienação da realidade vivenciada. O distanciamento político favorece a manipulação, o desligamento do funcionamento sistêmico em troca da redução das angústias.

2.1. As campanhas nacionais

As campanhas de prevenção da infecção pelo HIV no país, foram inicialmente, realizadas através de grandes campanhas em televisão, promovidas pelo Ministério da Saúde. Entretanto, os sistemas de saúde, distantes do contexto da AIDS, não tinham profissionais capacitados para atender à população que necessitava de informação, orientação e assistência.

Em fevereiro de 1988, a Divisão de AIDS do Ministério da Saúde, lançou a campanha de prevenção em televisão com o seguinte slogan: “*Quem vê cara não vê AIDS*” e “*AIDS - pare com isso*”. Esta campanha foi duramente criticada pela ABIA, em virtude da falta de expectativa de vida, da intolerância, não clareza da informação e injustiça social apresentada na peça publicitária; entretanto, foi defendida pelo fundador do Grupo Gay da Bahia que acreditava ser este o caminho de alerta para população. As ONGs sempre se mantiveram atentas aos conteúdos das campanhas, sinalizando como essas eram percebidas pelas pessoas portadoras do HIV/AIDS; suas críticas provocaram apenas alterações no discurso, mas não conseguiram alterar a idéia que permeava as divulgações. Como exemplo, vale lembrar uma outra campanha nacional que utilizava a poesia de Carlos Drummond de Andrade: “... *que amava José, que amava Maria,... que morreu de AIDS*”; foi criticada pela falta de perspectivas que era transmitida a todos, não só às pessoas portadoras do HIV/AIDS. Eram os meios de comunicação realçando o medo da morte e a prevenção baseada na “pedagogia do

medo”. Ação educativa resgatada da época do higienismo que momentaneamente é eficaz, pois lida com o medo do trágico; porém, como este não se concretiza a técnica se dilui, e a conduta esperada não é internalizada.

As campanhas reforçaram a informação de que apenas parte da população tinha AIDS; os “não classificados” pelos padrões epidemiológicos se isentaram do risco da contaminação. As campanhas nacionais sempre foram objeto de críticas, em virtude da forma como eram concebidas, sem a participação popular ou do público-alvo. A conceituação técnica de grupo de risco para a população que estava mais vulnerável à contaminação pelo HIV reforçava no imaginário popular a discriminação social.

A preocupação constante com a construção social do preconceito foi ressaltada na publicação da ABIA em 1988, após a iniciativa por parte da vigilância epidemiológica de alterar a categorização de “grupo de risco” para comportamento ou atitude de risco:

Entretanto, a fixação de categorias através de qualificações individualizantes passou a fazer parte de um modelo epidemiológico, mesmo que a denominação grupo de risco tenha sido substituída por outras. Mudou a denominação, permaneceu a concepção. O modelo acaba fazendo dessas qualidades critérios de definição do **doente**, não mais aspectos comuns entre grupos de doentes. Inverte-se, portanto, a proposta epidemiológica... a classificação não mais serve para controlar a doença, serve para cercear o doente numa discriminação (ABIA, nº5, 1988, p.4).

A troca do conceito “grupo de risco” por “comportamento de risco” pode sugerir a tentativa de ampliação da compreensão das formas de transmissão para toda a população; porém, o imaginário está composto do padrão de doença/doente favorecido pelo deslocamento do risco para o outro e não para si. As pessoas portadoras do HIV/AIDS são as culpadas pela transmissão e pela existência da própria doença e “as pessoas” não portadoras são as vítimas da possibilidade de contaminação. A mudança da terminologia não altera o sentido epidemiológico do conceito e, portanto, pouca diferença faz na delimitação das ações de saúde; contraditoriamente é o mesmo individualismo promovido pelo sistema que impede que essa troca de conceitos possibilite a compreensão. Essa terminologia epidemiológica sobre o risco reflete uma

visão de ciência e esclarece a opção pela “pedagogia do medo” nas campanhas de prevenção, a tradição positivista nas ações de saúde:

A epidemiologia tem insistido que o risco de adoecer e morrer se distribui desigualmente na população. Há um movimento dos serviços de saúde no sentido de buscar identificar os grupos de maior risco para a atuação mais dirigida, a fim de possibilitar maior eficácia e menor custo. A epidemiologia, refletindo o predomínio do positivismo nas ciências da saúde e, portanto admitindo basicamente certezas testadas experimentalmente e validadas pelo raciocínio matemático, tem concentrado seus esforços buscando identificar características que estejam estatisticamente associadas ao maior risco de adoecer e de morrer. São os chamados fatores de risco (VASCONCELOS, 1998, p.54).

O discurso do risco de contaminação para um maior grupo de pessoas e não mais baseado nos dados epidemiológicos que anteriormente notificavam apenas as pessoas que estavam incluídas nos padrões epidemiológicos definidos pela OMS, expandiu a compreensão de quem era o inimigo, “linguagem militar”, mudando a localização desse. O inimigo deixa de ser um vírus e passa a ser o humano, o portador. A internalização deste conceito pela sociedade, que inclui as pessoas portadoras do HIV/AIDS, promove comparações verbais de seres humanos com “bombas-relógio” prontas para detonar, contaminar e arrasar o outro. A pessoa portadora do HIV/AIDS não é a vítima, assume a posição de inimigo e a vítima passa a ser aquele que não está contaminado. A terminologia militar é muito utilizada pela saúde pública e pelos profissionais, sendo rapidamente absorvida pelos portadores. Constatação que revela o distanciamento da população de: “O perfil idealizado faz da AIDS fundamentalmente a “doença do outro”. O doente é um alheio que pertence a um grupo estranho”(ABIA, nº5, 1988, p.5).

As palavras de Adorno e Horkheimer, embora utilizadas em outro contexto, são plenas de sentido: “O inimigo que se combate é o inimigo que já está derrotado, o sujeito pensante” (ADORNO/HORKHEIMER, 1985, p.140).

O distanciamento do sujeito do contexto vivenciado, devido à interferência da racionalidade técnica no mundo da vida, que o afasta das informações, experiências e questionamentos sobre essas o reduz a ser indivíduo submetido à mediação de nossas

experiências. Não nos relacionamos mais com o outro e sim com aquilo que dizem que o outro é; no caso o inimigo, o que cerceia as inter-relações e nos impede de termos experiências concretas, um círculo de reproduções.

A interferência dos meios de comunicação nas construções de compreensões e favorecimento de ações pode ser elucidada com os exemplos acima, isentando em parte a população de questionar, refletir e discutir sobre o que estava sendo veiculado, possibilitando movimentos de resistência como os da ABIA na tentativa de clarear pontos que estavam implícitos nas comunicações. A participação e a isenção da população frente às comunicações de massa:

Uma mensagem pode ser disseminada amplamente por um período indefinido sem ser diretamente contestada, ou interrompida. Os meios de comunicação de massa facilitam, assim, a condensação da ação comunicativa ao promover a possibilidade de domínios de discurso especializados independentes da ação e de hierarquias de autoridade e conhecimento, liberando-nos da necessidade de negociar certos itens do nosso mundo vivo cultural. Em vez disso, aceitamos simplesmente que certos problemas já tenham sido resolvidos pelos líderes políticos, os especialistas e outras pessoas que estão em posição de saber (INGRAM, 1994, p.169).

As peças publicitárias do Ministério da Saúde que incluíam os usuários de drogas como público-alvo, surgiram no momento em que os índices epidemiológicos apontavam a tendência crescente da contaminação nessa população; as campanhas de prevenção apresentadas sobre o uso de droga geraram mais conflitos que as relacionadas ao sexo. Para compreender a dimensão do problema com relação as pessoas usuárias de drogas, estudos sobre a geopolítica que delineavam as rotas de tráfico, como também, sobre os índices de notificações de pessoas portadoras do HIV/AIDS por essa via de transmissão foram realizados.

A maior concentração de notificações de pessoas portadoras do HIV/AIDS com contaminação por uso de drogas ocorreu: no Estado de São Paulo na ligação com o Estado do Mato Grosso; na via interior paulista ao litoral, com atividades portuárias e nas rotas rodoviárias e malhas viárias do Centro-Oeste. As ações de prevenção para a

AIDS perpassam por esta compreensão macro-política, sócioeconômica e cultural em todo o planejar e realizar a assistência e a educação (ABIA nº25, 1994 e nº. 27, 1995).

O Programa Nacional de DST e AIDS (PNDST/AIDS) em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas no Brasil (PNUCD) desenvolveram o projeto “Prevenção ao Abuso de Drogas” que incluiu capacitação em centro de tratamento, formação de agentes multiplicadores, formação de professores multiplicadores e treinamento de professores e alunos. A produção de material educativo para prevenção de drogas, DST e AIDS, foi outra ação desses programas. O objetivo desse projeto era prevenir o uso de drogas e reduzir ou estabilizar a transmissão de DSTs e do HIV. A introdução do tema nas campanhas de informação e educação do Ministério da Saúde pretendeu promover a discussão da relação entre uso de drogas injetáveis e AIDS. Porém, a mesma pedagogia do medo perpassava todas as peças, acreditando-se ser a solução para chamar a atenção da população. Estratégias semelhantes foram usadas na época do higienismo⁵⁴, com impressos divulgando hábitos necessários para a saúde.

E então, pronuncia a frase que tem sido idéia-basilar de todo o programa oficial de prevenção no Brasil: AIDS = MORTE. AIDS é uma viagem que não tem volta”. Metáfora convencional para reafirmar a mentira-pânico preferida pelo nosso governo: cuidado com a AIDS, porque ela mata; previna-se da AIDS porque quem pega, morre; fuja dela, porque ela é a morte (ABIA nº6, 1989, p.8).

Outra campanha que reforçava o slogan da morte veiculada em janeiro de 1991, quando o governo brasileiro lançou a campanha de combate a AIDS, patrocinada por um “pool” de dez empresas. Campanha essa que incluiu televisão, cartazes, e tinha como slogan a fala “Eu tenho AIDS, eu vou morrer”. A repercussão negativa dessa campanha promoveu a mobilização dos familiares e das ONGs/AIDS contra o Ministério da Saúde para a retirada da campanha e a denúncia dos gastos financeiros com esta forma mórbida de prevenção.

⁵⁴ Ler mais sobre: “Educação pela Higiene. Histórias de muitas cruzadas” Cadernos CEDES nº59, 2003.

As respostas das ONGs/AIDS superaram as críticas realizadas as estratégias governamentais, iniciando uma articulação coletiva com a criação da Rede Brasileira de Solidariedade. A finalidade dessa rede foi, primeiramente, o intercâmbio entre as ONGs/AIDS, a partir do princípio da solidariedade e do compromisso de lutar pelo direito à saúde e o desejo de transformar o slogan AIDS = MORTE, transmitido continuamente em rede nacional, em AIDS = SOLIDARIEDADE. O recurso utilizado pelas ONGs para divulgar e criticar as ações preconceituosas foi o mesmo das campanhas de prevenção: a racionalidade técnica. Essa foi apreendida pelas ONGs que usaram a linguagem para questionar, porém no discurso oficial permanece a ameaça, o preconceito de punição aos que não se preveniram, que não se adequaram às regras colocadas ou que não aprenderam com a “pedagogia do medo”.

A crítica das ONGs é absorvida como parte do sistema, contida nele, tornando-se sem poder de transformação; promove um falso caráter democrático no qual todos têm voz, porém emudecidos na possibilidade de tematização, pois, não é uma crítica à forma de veiculação ou à racionalidade desvelada através da informação, é apenas um incômodo que foi ouvido.

A redução ou condensação das informações sobre a AIDS com o objetivo de torná-las mais eficientes, atingindo um maior número de pessoas teve a função de alertar a população para a prevenção, porém ao transformar a comunicação em um instrumento ou um meio de ação tornou-a manipuladora das mesmas informações.

O consenso que deveria ser conquistado através das discussões e reflexões sobre a AIDS foi substituído pela estratégia utilitarista de espalhar informações reduzidas sobre a síndrome, condicionando a compreensão das formas de prevenção sem a discussão de como viabilizá-las ou vivenciá-las nos mundos individuais. A fixação da palavra “preservativo” e o distanciamento da experiência promovem o verbalismo e o conhecimento desta informação, porém não tornou possível a experimentação da prevenção pelos indivíduos na relação com o outro. A importância do uso do preservativo é informação conhecida, porém o relacionar-se, que não restrito ao ato sexual, mas a sexualidade, a afetividade, a moral não foi discutido e, portanto, o uso do

preservativo fica sem sentido, fica petrificado em si, a palavra tornando-se slogan de saúde:

Mas deste modo a palavra, que não deve significar mais nada e agora só pode designar, fica tão fixada na coisa que ela se torna uma fórmula petrificada. Isso afeta tanto a linguagem quanto o objeto. Ao invés de trazer o objeto à experiência, a palavra purificada serve para exibi-lo como instância de um aspecto abstrato... (HORKHEIMER/ADORNO, 1985, p.154).

O uso das campanhas publicitárias no Brasil, desde 1988 até o presente, como forma de prevenção oscila entre a divulgação do medo e das informações técnicas, entre as formas de prevenção e os dados alarmantes. As críticas denunciam a forma como excluem as pessoas portadoras do HIV da massa cultural que absorve as campanhas e explicitam a inadequação em estabelecer uma relação entre o trágico e o educativo. A dificuldade em estabelecer essa relação pode ser compreendida pelo distanciamento entre o individual e o coletivo, impedindo a compreensão da totalidade, e desvelando a contradição: “A liquidação do trágico confirma a eliminação do indivíduo” (HORKHEIMER/ADORNO, 1985, p.144).

A linguagem técnica utilizada nas campanhas de prevenção com o discurso do trágico controlável propicia a crença de segurança nas relações sexuais, sem a preocupação com o outro e, portanto, consigo. As mensagens com a punição a quem não coopera, a desumanização da AIDS petrificada em preservativo, a generalização das pessoas, a condensação da ação comunicativa, o caráter manipulativo, a eliminação do sujeito pensante dos contextos; traz uma responsabilidade social aos profissionais da área da saúde que é refletir sobre essa história comunicativa e torná-la um aprendizado social.

O movimento de privatização da doença, um desejo de tornar a AIDS um problema de saúde secundário, deslocando para o nível individual a responsabilidade da contaminação, retirando do social o compromisso das ações coletivas de prevenção e tratamento foi à tônica desse período de governo e da coordenação da Divisão Nacional de DST/AIDS. A imagem transmitida em cada campanha de prevenção

mostrou a ideologia da época. A privatização da AIDS para o individual mostra: “... um modelo da doença e da epidemia, como se tratasse de uma relação entre qualquer pessoa e um vírus. Uma epidemia é muito mais do que uma disputa entre um corpo e uma doença” (ABIA nº13, 1991, p.2).

2.2. O governo

O contexto nacional estava permeado pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que propunha alterações no sistema de saúde com a implantação do Sistema Único de Saúde; até então as secretarias estaduais tinham a responsabilidade pela Saúde Pública e o INAMPS pela assistência médica. O sistema de saúde estava em fase de mudança e a epidemia da AIDS trouxe a explicitação da própria crise desse sistema. O governo do país em reestruturação após anos de regime militar, com aspectos ditatoriais, reforçou a consciência fragmentada da população. A abertura política no Estado de São Paulo no governo de Franco Montoro, com a Secretaria da Saúde sendo fortalecida pelo movimento sanitarista progressista, possibilitou esse estado ser uma das referências nacionais para assistência às pessoas portadoras do HIV/AIDS.

A AIDS no Brasil se caracterizou desde o início dos anos 80 como um problema quase que exclusivo do setor da saúde. Desta forma, a maior parte das políticas públicas emanava deste setor, que tem também executado quase a totalidade das ações programáticas de prevenção e controle da epidemia (TEIXEIRA, 1997, p. 43).

A Portaria Ministerial nº236 de 02/05 de 1985 criou o Programa Nacional de AIDS que, desde fevereiro, promovia reuniões técnicas na Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (DHDS), e, em 1986, foi implantada a Divisão Nacional de Controle de DST e AIDS do Ministério da Saúde, coordenada pela

Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues, da Universidade de Brasília, com experiência de trabalho no Centers for Disease Control (CDC/Atlanta)⁵⁵ e contatos relevantes com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁵⁶. A equipe de trabalho da divisão incluía trinta pessoas, entre epidemiologistas, clínicos e sanitaristas. Os trabalhos realizados foram diversos: criação de manuais para profissionais de saúde, publicação regular de boletim epidemiológico, campanhas de prevenção, promoção de teleconferências, estruturação dos serviços de vigilância epidemiológica, legislação do controle do sangue e articulações com a OMS e a OPAS. O Programa Nacional passou a incorporar a experiência adquirida pelas iniciativas e programas realizados pelos estados, como também os referenciais éticos e políticos.

Em dezembro de 1986, a medida de notificação compulsória para AIDS foi tomada através da Portaria Ministerial 542 de 22.12 de 1986. Essa medida determinou que qualquer pessoa portadora de AIDS tivesse seu nome nos registros epidemiológicos do país; com a revelação para os governos municipais, estadual e federal de sua vida pessoal, pois incluía na notificação a forma de contaminação. O receio individual de ser revelado em virtude do preconceito social era motivo de resistência ao sistema de notificação, realçando a problemática dos dados estatísticos apresentados ao país pelos órgãos oficiais (ABIA, nº3, 1988, p.1).

A substituição na condução do Programa Nacional de DST/AIDS se deu em abril de 1990, com a demissão de Dra. Lair Guerra, no momento em que as críticas acirradas por parte das ONGs provocaram a ruptura e a impossibilidade de diálogo. A composição do Ministério da Saúde ficou com o Ministro da Saúde Dr. Alcenir Guerra e o Diretor da Divisão Nacional de DSTs/AIDS, o médico Dr. Eduardo Cortes, pesquisador da Universidade Federal do Rio de Janeiro com experiência vinculada à AIDS.

As expectativas para esta nova fase foram logo frustradas diante da descontinuidade do trabalho anterior, da falta de recursos financeiros e da própria

⁵⁵ Neste estudo estaremos utilizando a sigla CDC para designar Centers for Disease Control, instituição americana sediada em Atlanta, responsável pelos dados epidemiológicos, controle do uso de medicamentos e vacinas para AIDS; funções correlatas ao Sistema de Vigilância Epidemiológica no Brasil.

⁵⁶ Estaremos utilizando neste estudo a sigla OPAS para designar Organização Pan-Americana de Saúde.

condução dessa coordenação. O trabalho anteriormente realizado foi totalmente desestruturado e a desarticulação com os programas estaduais promoveram ações isoladas e desvinculadas de uma política nacional. O processo de revisão de todos os dados epidemiológicos do país ocupou grande parte da atenção dessa coordenação, atrasando a liberação dos novos boletins epidemiológicos e comprometendo o Sistema de Vigilância Epidemiológica, mantendo um silêncio que se tornou característico dessa fase.

No artigo “Governo Collor: cem dias de omissão”, a ABIA criticou o silêncio desse novo governo no que se referiu a estratégia global de ação contra a AIDS, mostrando atenção às atitudes governamentais: “O atual governo, entre omissão e a demonstração autoritária de personalismo, continua em total silêncio em relação à epidemia” (ABIA nº11, 1990, p.3).

O silêncio por parte do governo também se refletiu na imprensa, como aponta o artigo do jornalista Sérgio Adeodato, do Jornal do Brasil, com o título “*Imprensa Paralisada*”, que fez uma análise sobre o decréscimo percentual de matérias sobre AIDS, utilizando como referência o próprio jornal; a reflexão do autor sugeriu a perpetuação da ideologia dominante em continuidade com a paralisação do Programa Nacional de DST/AIDS, retratando particularmente o período de janeiro e fevereiro de 1990, no qual constata que o número de reportagens era de: “6,3% - quatro vezes menos do que se publicava há três anos. E o centro das atenções tem sido os avanços científicos, do tratamento e da vacina (75% das matérias) e não o comportamento, a orientação e a política (25%)” (ABIA nº12, 1990, p.7).

As ONGs/AIDS se mobilizaram para exigirem uma discussão com o, então, governo sobre o Programa Mínimo Emergencial para Enfrentar a AIDS no Brasil. As publicações, via boletim, convocaram a discussão e a divulgação desse programa mínimo, além da exigência da implantação de um Programa Nacional de DST/AIDS.

A resposta nacional surgiu após a estruturação e desenvolvimento de políticas estaduais e municipais em algumas unidades da federação; onze estados apresentaram programas organizados: Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e

Rio de Janeiro. A utilização dessas iniciativas no desenvolvimento e na consolidação de um programa nacional permeado pela cooperação internacional trouxe alguns conflitos nas esferas políticas governamentais. O conflito ocorreu com a apropriação pelo governo nacional das experiências estaduais e municipais, são exemplos: as propostas de capacitação existentes nas secretarias da saúde dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, que se tornaram as propostas de “treinamentos” do Programa Nacional de DST/AIDS.

A participação da comunitária nesse período favoreceu o chamado de atenção para a epidemia e das pressões realizadas, através da mídia, solicitando ações governamentais.

As mobilizações internacionais realizadas pelo Programa de Ação Global com a participação do governo brasileiro foram escassas; um exemplo da ausência ocorreu no debate sobre o Protocolo Internacional de Vacinas para o HIV/AIDS - PGA/OMS, no qual o Ministério da Saúde não permitiu a inclusão de brasileiros, sem levar em conta os aspectos éticos já definidos anteriormente. Essa reunião ocorreu em dezembro de 1991, sendo esvaziada e não tendo continuidade ou resposta da participação brasileira nesse protocolo:

A discussão ficou suspensa; entretanto, por razões que não se prendem diretamente a AIDS, a direção da Divisão de DST e AIDS foi demitida e a política de saúde mudou mais uma vez. Alcení Guerra, o Ministro da Saúde de Collor, foi demitido em função de acusações sobre corrupção e clientelismo político no seu ministério, num caso exemplar de cidadania, que viria mais tarde a ser radicalizado com o impeachment do próprio presidente Collor (BASTOS et al., 1994, p.45).

Foi neste cenário turbulento que ocorreu o primeiro pronunciamento do presidente da República com relação a AIDS, no dia 1º de dezembro de 1991, no dia mundial de luta contra a AIDS (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1993, p.241).

Em março de 1992, em função da exoneração do Diretor da Coordenação Nacional de DST/AIDS fato que era esperado, assumiu novamente a coordenação a Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues que estava trabalhando em Washington na OMS. O

Ministério da Saúde ficou sob a liderança de Adib Jatene (Instituto do Coração - INCOR/ Hospital das Clínicas de São Paulo), com a imagem de eficiência e confiança necessária para a recuperação de credibilidade governamental. Após o afastamento do presidente Fernando Collor, ocorreram mudanças no Ministério da Saúde, assumindo Jamil Haddad e depois Henrique Santillo.

As mudanças no Ministério da Saúde e particularmente no Programa Nacional de DST/AIDS provocaram expectativas diversas com o surgimento de unidades técnicas e setor de articulação com ONGs e com o setor privado; representando uma atenção por parte da equipe de trabalho aos problemas de comunicação ocorridos na outra gestão (ABIA nº18, 1993, p.1). A sociedade esperava a apresentação de um plano de ação global, somados com as exigências das ONGs e a existência de negociações de financiamento junto ao Banco Mundial, em forma de empréstimo, que mobilizou a comunidade envolvida com HIV/AIDS e, devido ao rigor com relação aos prazos por parte da agência financiadora, o projeto foi realizado em apenas seis meses (ABIA nº19, 1993, p.8). A inexistência de dados que caracterizassem a epidemia na dimensão da complexidade brasileira, exigiu esforços do Programa Nacional em elaborar o projeto de ação global e a exclusão de fases metodológicas de conhecimento/aproximação da realidade da AIDS no país.

O projeto ressaltava o estabelecimento da descentralização do planejamento das ações, a forma como os recursos seriam gerenciados e as intenções institucionais deveriam estar apoiadas pela política estadual e integradas com as negociações federais. A execução, a avaliação e o acompanhamento dos projetos seriam atribuições do Programa Nacional de DST/AIDS, Ministério da Saúde, do Tribunal de Contas da União, do Banco Mundial e auditores externos.

O Projeto de financiamento trienal de 300 milhões de dólares apoiaria financeiramente a execução das ações de prevenção e controle da AIDS no Brasil, se houvesse proposta elaborada; entretanto, a fragilidade política anterior demonstrada na ausência dessa proposta foi usada para justificar a discussão e a exigência da força política necessária para a implementação de um plano nacional. A participação dos

representantes das instituições e das ONGs na elaboração do projeto os tornaram parceiros na construção das ações e co-participantes do acordo com o Banco Mundial.

O significativo é que o projeto negociado com o Banco Mundial não é consequência de um Plano Nacional, pelo contrário. O Plano Nacional será desenhado em função do Projeto, como um invólucro. Isto é o que podemos chamar o avesso dos avessos. O Plano e o Projeto são sinônimos neste raciocínio. O grave não é esta associação, mas justamente o seu não-reconhecimento pelos atores diretamente envolvidos neste roteiro (ABIA nº 18, 1993, p.2).

A análise política e econômica do país interferiu na viabilização do projeto: o Sistema Único de Saúde apresentou-se em condições precárias de atendimento das demandas da população; o Ministério da Fazenda deveria repassar igual valor de contrapartida para o Programa Nacional o que exigia a disponibilidade de recursos na União; o assumir da dívida pelo Ministério da Fazenda que começaria a ser paga ao fim dos três anos; os recursos seriam trimestrais com repasse imediato, sem permissão de atrasos; o monitoramento financeiro, por parte do Ministério, dos repasses aos executores dos projetos. A contrapartida nacional de 50% do total do recurso financiado pelo Banco Mundial teve como justificativa o objetivo de garantir o respeito à cultura brasileira na elaboração das campanhas nacionais, em contraposição ao recurso externo que exigiria licitação e que a execução poderia ser internacional.

O contexto político, no início desse acordo, estava delineado com a desarticulação das Comissões Nacionais, Estaduais e Municipais de AIDS; com o desconhecimento da soroprevalência⁵⁷ na população e da dimensão da epidemia nos aspectos regionais e sócio-econômicos; não se conhecia a real necessidade financeira, devido à falta da elaboração de um projeto de ação objetivo e detalhado e a precariedade dos serviços de saúde, no que se refere à estrutura e “capacitação”.

A necessidade de recuperação política e articulação social eram emergentes para garantir frente à aprovação do acordo, o recebimento dos recursos e estruturar os executores para o uso adequado deste.

⁵⁷ Soro Prevalência: "A probabilidade de que um exame determine acuradamente o real estado de uma pessoa em relação à infecção varia com a prevalência da infecção pelo HIV na população de origem desta pessoa". Boletim Epidemiológico, ano V, nº3.

O cenário nacional manteve os conflitos gerados pelo distanciamento entre o sistema e o mundo da vida; uma nova portaria foi sancionada (Portaria Interministerial 786, de 23 de maio 1992), pelos Ministérios da Saúde e da Educação proibindo o teste sorológico compulsório para detecção dos anticorpos contra o vírus HIV prévio à matrícula de alunos nas escolas, bem como de professores, garantindo o sigilo familiar (não revelação à escola do diagnóstico). A sanção da portaria se deu como reflexo das decisões jurídicas nos fóruns de São Paulo onde ocorreu a batalha judicial entre os advogados de uma criança e uma escola particular. O SIEESP - Sindicato das Escolas Particulares do Estado de São Paulo organizou as discussões sobre o perigo do contágio entre as crianças, mobilizando resposta de especialistas, políticos e ONGs. Outra Portaria SNAS 291, de 23 de junho de 1992, assinada pelo presidente do INAMPS incluiu no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o tratamento para AIDS, com a criação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs); suscitada por conflitos com as pessoas doentes e o sistema hospitalar. Essas portarias que poderiam demonstrar o reconhecimento governamental com relação a atenção que deveria ser dispensada aos portadores do HIV/AIDS, ocorreram após determinações judiciais de reconhecimento dos direitos das pessoas portadoras do HIV/AIDS.

A Constituição Brasileira define que a saúde seja responsabilidade do Estado, prescrito no artigo nº 21 da Constituição que garante, desde 1995, o acesso aos medicamentos aos doentes de AIDS, classificados clinicamente como tal. Em 1996, o decreto-lei nº 9.313 ampliou os deveres do Estado, exigindo do governo a padronização e controle da dispensa⁵⁸ do medicamento. A Solução de Consenso do Ministério da Saúde foi realizada em parceria com centros universitários e de pesquisa para definir o uso de medicamentos e em que momento da doença. O Ministério da Saúde modificou essa Solução de Consenso, após a Conferência de Vancouver, na qual a indicação da terapia combinada de três drogas ficou conhecida como coquetel, ampliando a compra e indicação de medicamentos. Cabe a ressalva de que a medicação é entregue às

⁵⁸ Dispensar - Preparar e distribuir medicamentos. Dicionário Médico, 1987: 329.

peças, com base em critérios clínicos e laboratoriais estabelecidos como AIDS⁵⁹ doença, conforme o Centers for Disease Control (CDC). As pessoas portadoras do HIV com sistema imunológico em declínio não têm acesso ao medicamento fornecido pelo governo, devido a consenso nacional estabelecido após a Conferência de Vancouver em 1996, entre o governo federal e os representantes da comunidade científica.

A acessibilidade aos medicamentos é parte das obrigações do Estado, e isso gerou e gera muitos conflitos, nacional e internacionalmente, recolocando em foco a questão dos direitos sociais e os privilégios dados às pessoas portadoras do HIV/AIDS. Essa questão permeia as discussões entre os profissionais que atendem essa clientela demonstrando as contradições do cotidiano:

Com o nosso momento de crise, com o problema do real, do desemprego, da globalização, com tudo isso esse homem que hoje está com AIDS está tomando um coquetel que está dando a ele uma sobrevida melhor, uma perspectiva. Porém, será que o governo vai continuar bancando essa medicação? Somos e vivemos num país que tem milhares de pessoas com outros tipos de doenças que não são vistas... é uma contradição muito grande... como é que nós vamos estruturar esse sistema de forma que ele possa atender minimamente e não excluir cada vez mais (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.22-23).

A distribuição de medicamentos no Brasil apresenta pontos obscuros para os profissionais envolvidos com a questão da AIDS, para as próprias pessoas portadoras do HIV/AIDS e para a população que desconhece como essa ocorre, caracterizando mais uma vez a formação de uma consciência fragmentada. O Ministério da Saúde está debatendo com o Banco Mundial a política de distribuição de medicamentos por esta não estar em consonância com as razões técnico-científicas, corresponder aos interesses econômicos; as reivindicações dos direitos à saúde estão balizando a pressão sobre o Ministério da Saúde, demonstrando que essa é uma força de resistência ao processo de fragmentação. Entretanto, a visão discordante do Banco

⁵⁹ Critérios clínicos e laboratoriais definem AIDS como doença quando a pessoa apresenta exames laboratoriais com níveis inferiores ao estabelecido como normal, quando apresenta sintomas ou sinais representativos de infecções oportunistas.

Mundial ao compromisso governamental de distribuição dos medicamentos anti-retrovirais é clara no relatório de avaliação do Projeto AIDS I, realizado pelo próprio banco, com estudos para o Projeto AIDS II:

O governo, atualmente, subsidia mais pacientes com HIV/AIDS que o faz com outras doenças. A principal explicação é que como o tratamento da AIDS é muito caro, instituições privadas não aceitam pacientes com AIDS, então, o setor público cuida de uma proporção muito maior de pacientes com AIDS que pacientes com outras doenças. O alto custo também significa que os seguros de saúde privados têm evitado a cobertura desta doença. A mobilização social eficaz de pacientes com HIV/AIDS provavelmente os tem ajudado a acessar recursos públicos. O governo tem uma política de fornecimento de medicamentos, incluindo medicamentos da terapia tripla, sem encargos para o paciente. [...] Este Projeto não inclui o financiamento para medicamentos. As atividades patrocinadas pelo Projeto, para promover alternativa a assistência hospitalar (hospitais-dia, assistência domiciliar, e outros serviços), estão desenhadas para melhorar a eficiência à pacientes com HIV/AIDS. [...] Estudos que examinarão taxas de sobrevivência de pacientes com AIDS e custos de tratamento de pacientes serão realizados sob responsabilidade do Projeto e fornecerá uma oportunidade para o Banco continuar as discussões com o governo sobre as implicações dos custos de tratamento e financiamento público para pacientes com AIDS nas prioridades e despesas gerais com saúde no Brasil (BANCO MUNDIAL, Documento de avaliação de Projeto de Controle de AIDS e DST, 1999, p.7).

O presidente da república, Fernando Henrique Cardoso, no discurso do lançamento da campanha mundial de prevenção a AIDS, em dezembro de 1998, falou sobre a política de fornecimento de medicamentos às pessoas portadoras do HIV/AIDS e sobre o desenvolvimento de programas sociais durante sua gestão:

Esta Lei, de número 9313, foi publicada em 13 de novembro de 1996. Quando o texto aprovado pelo congresso veio a sanção presidencial, não faltaram palavras de prudência para dizer quanto custaria esse programa de fornecimento de medicamentos. Felizmente, também não faltou o bom senso para dizer que, independentemente do custo, o programa deveria ser desenvolvido. E isto ocorreu e, como o Ministro Serra disse, vamos continuar a desenvolvê-lo, independentemente de seus custos. Dadas as atuais dificuldades econômicas enfrentadas pelo Brasil, existe uma preocupação de alguns setores a respeito da manutenção dos programas

sociais do Governo. Gostaria de aproveitar esta oportunidade para garantir que o Governo sabe de sua importância e tem um forte compromisso com tais programas. Estamos cientes da necessidade de garantir que os ajustes necessários não tenham como consequência a diminuição do nível de atenção para aqueles que necessitam (BRASIL, M.S., Lançamento da Campanha para Prevenção à AIDS, 1999, p.1).

Nesse momento político o posicionamento do presidente da república foi fundamental para manter a parceria com as ONGs/AIDS, parceria necessária para a efetivação de projetos em virtude do segundo acordo financeiro com o próprio Banco Mundial.

O PNDST/AIDS encerrou o acordo de empréstimo com o Banco Mundial conhecido como AIDS I (1994 a 1998) e, após avaliações, assinou um novo acordo chamado de AIDS II (1998 a 2002) com diretrizes gerais semelhantes ao anterior. O processo de discussão apresentado como extenso, com a formulação dos seguintes objetivos: reduzir a incidência da infecção, ampliar a acessibilidade para o diagnóstico, oferecer tratamento e assistência em DST/HIV/AIDS, garantindo o fortalecimento institucional dos serviços públicos e privados. A inclusão dos serviços privados está entre as novidades do último acordo que teve como ênfase a descentralização, institucionalização, participação, controle social e sustentabilidade.

O posicionamento contrário ao fornecimento da terapia tripla está balizado por preocupações financeiras, uma vez que o Brasil mantém essa distribuição gratuita. Devido às posições discordantes alguns profissionais e parte da população poderão acompanhar as discussões que se estenderão sobre o tema, explicitando os conflitos de interesses e podendo integrar as informações conflitantes. Alguns estudos demonstram que o fornecimento de medicamentos representa economia ao sistema de saúde, outros expõem que o privilégio dado à AIDS representa um grave risco para o sistema econômico. Entretanto, a decisão para manter esse benefício recebido pelas pessoas portadoras do HIV/AIDS deve estar atrelada não aos fatores econômicos e sim à possibilidade da vida dessas pessoas, o sistema econômico deve se estruturar para dar condições de vida ou sobrevida à população.

A compreensão da prioridade da visão econômica no complexo enredo social encontra fundamento no sistema capitalista liberal, no qual o mercado financeiro interfere em todo o funcionamento da sociedade, propiciando as crises ou usando-as como justificativa para as ações (HABERMAS, 1999, p.39).

A problemática do vislumbre do encerramento dos projetos e, conseqüentemente, o fim dos recursos financeiros foi pouco debatido, questionado ou refletido pelas ONGs, Programas Estaduais e Municipais, apesar da sinalização clara do término desses convênios. As dificuldades ocorreram, principalmente, no encerramento do primeiro convênio com o fechamento de ONGs que se estruturaram basicamente a partir da disponibilidade dos recursos e a desestruturação de programas governamentais que basearam suas atividades de prevenção, assistência e apoio, também nesse convênio. A preocupação por parte do PNDST/AIDS pode ser observada pelas estratégias de descentralizar suas ações, dividindo as responsabilidades com os governos estaduais e municipais. O início desta estratégia ocorreu com a política de medicamentos para as infecções oportunistas⁶⁰ em decorrência da AIDS, ampliando para a “capacitação”, quando começaram os “treinamentos” para profissionais de saúde nas universidades de todo o país.

A pressão pela sobrevivência gerou a necessidade de recursos financeiros que exigia constante busca de agências financiadoras internacionais que impondo regras e decisões de prioridades ao combate da epidemia, não levaram em consideração os problemas contextuais.

“... a exigência contínua das agências financiadoras para obter níveis cada vez mais elevados de especialização e profissionalismo, a serem atingidos com uma equipe reduzida e menos recursos”. (ABIA nº26, 1994, p.1).

A interferência da agência financiadora no funcionamento das ONGs e dos programas estaduais e municipais foi determinante nas escolhas das estratégias usadas; a definição das ações que receberiam financiamento favoreceu a

⁶⁰ Infecções Oportunistas: infecções causadas por um organismo que se torna patogênico sob certas condições. Essas infecções acometem as pessoas portadoras do HIV/AIDS. Como exemplo: Pneumocistis carinii, criptosporidose, herpes, toxoplasmose, citomegalovírus, candidíase. (Descritores em Ciências de Saúde/ DeCS). site: <http://decs.bvs.br>

concretização das intenções do Banco Mundial. A justificativa técnica apresentada foi a participação de todos na construção do projeto nacional.

O Programa Nacional de DST/AIDS teve como coordenador o epidemiologista Pedro Chequer, entre agosto de 1996 a 1999; em virtude do afastamento de Dra. Lair Guerra. O papel do PNDST/AIDS nessa época era:

... responsável pela organização, normatização, coordenação e supervisão das atividades diretamente ligadas ao atendimento das DST/HIV/AIDS em todos os estados e municípios conveniados. Foi definido o programa de Serviços Integrados para a Assistência Adequada aos Portadores de DST/HIV/AIDS no âmbito dos princípios básicos de universalidade, regionalização, hierarquização e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a organizar o atendimento e institucionalizar um sistema de referência e contra-referência entre os níveis primário, secundário e terciário da rede assistencial (ABIA nº. 35, 1997, p.6).

O Ministro da Saúde, em 1997, Carlos César de Albuquerque avaliou o trabalho do Programa Nacional de DST/AIDS e o planejamento do ano 2000:

A experiência do Ministério da Saúde na área de DST e AIDS e o êxito alcançado pelo seu trabalho, reconhecido internacionalmente, vêm confirmar a eficácia da prevenção como estratégia prioritária para o controle do HIV e da epidemia da AIDS. Com a aprovação do novo Projeto de Controle das DST/AIDS (AIDS II) para o período de junho de 1998 a junho de 2002, o Ministério da Saúde deverá promover uma nova política e um novo programa em nível nacional, que incluirão projetos específicos dirigidos aos diferentes subgrupos da população, considerados pelo seu grau de maior vulnerabilidade e risco de infecção pelo HIV, diante da realidade de disseminação da epidemia, que pode ser constatada por sua “heterossexualização”, “feminilização”, “pauperização”, “juvenilização” e “interiorização” (BRASIL, M.S., Boletim Epidemiológico, 1997, p.3).

Nos anos de 2000 a 2002 estive no cargo de coordenador Paulo Roberto Teixeira, médico sanitário e dermatologista, ex-coordenador da unidade técnica ONG/AIDS do Ministério da Saúde e ex-coordenador do Programa de DST/AIDS do Estado de São Paulo; que teve sua trajetória na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Atualmente, o Programa Nacional está vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde,

criada em 2003 para agregar as antigas atribuições do Centro Nacional de Epidemiologia que coordenava os programas de tuberculose, hanseníase, hepatites virais e DST/AIDS. Essa secretaria está atrelada a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde supervisiona a Diretoria Técnica do Programa de DST/AIDS que está a cargo de Alexandre Granjeiro.

O projeto AIDS III apresentado na home page do PNDST/AIDS, está na forma de Carta Consulta⁶¹ à Comissão de Financiamento Externo, para apreciação da população e em negociação com o Banco Mundial. O projeto foi nomeado “Projeto de Sustentabilidade e Gestão Estratégica das Políticas de HIV/AIDS e Outras DST”, e têm como eixos de atuação o aperfeiçoamento do planejamento, monitoramento, supervisão e avaliação das ações de combate à epidemia e expandir o processo de descentralização, envolvendo mais municípios nas estratégias de combate. Na apresentação da Carta Consulta, o coordenador do PNDST/AIDS relata:

O Projeto de Sustentabilidade e Gestão Estratégica das Políticas de HIV/Aids e Outras DST tem por escopo o aprimoramento da resposta Nacional, garantindo a sustentabilidade das ações e processos exitosos da Política Nacional de Combate à AIDS, iniciados durante o Projeto DST/AIDS I (1994 - 1998) e consolidados no Projeto DST/AIDS II (1998 – 2002). Os resultados obtidos foram, sem dúvida, altamente positivos. Dentre eles, destacam-se a significativa diminuição de casos de aids (25% de 2000 para 2001), a tendência à estabilização que a incidência da doença tem demonstrado e a redução da mortalidade por aids em 50% (BRASIL, M.S., PNDST/AIDS, Carta Proposta. AIDS III. 2002, p.3).

O objetivo deste projeto é a sustentabilidade financeira, com ações específicas para: redução do impacto da epidemia no país, prevenir novas infecções, identificar e implementar ações para as mudanças na dinâmica da epidemia (interiorização, heterossexualização - feminização e pauperização).

A AIDS no território nacional apresentou dissonâncias epidemiológicas que caracterizaram as racionalizações técnicas e os preconceitos com as pessoas

⁶¹ Carta Consulta é a forma de apresentação dos projetos que são submetidos para apreciação do Banco Mundial, elaborados dentro dos critérios do financiador. A apresentação à população é uma das etapas exigidas, representando o aceite da comunidade ao projeto proposto.

portadoras do HIV/AIDS; as exacerbações do medo da morte e do risco da contaminação estruturaram ações de assistência e campanhas de prevenção; a criação e consolidação do PNDST/AIDS com dificuldades na implementação de uma política nacional iniciam com o projeto Banco Mundial a delimitação das ações e o financiamento de estratégias de prevenção; a geopolítica e a falta de recursos financeiros propiciou a descentralização das responsabilidades e a tentativa de sustentabilidade.

CAPÍTULO III

TESSITURA DA EDUCAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS

1. O envolvimento do Banco Mundial

O Banco Mundial é um organismo formado pelo Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), pela Associação Internacional de Fomento (AIF) e pela Corporação Financeira Internacional (CFI); surgiu durante a Conferência Financeira Internacional em Bretton Woods, Estado de New Hampshire, Estados Unidos, em julho de 1944. O Banco Mundial é um dos três organismos internacionais reguladores da ordem econômica após a Segunda Grande Guerra, quando ocorreu a mudança do padrão monetário, que era o ouro regulado pela Inglaterra, para o padrão dólar fixado pela hegemonia norte americana. O evento em Bretton Woods aconteceu para delimitar as novas regras do mercado econômico, com a discussão de dois planos econômicos: Keynes (Inglaterra) e White (EUA). Outra decisão importante neste evento, que se mantém nos dias atuais, é sobre a presidência do Banco Mundial sendo ocupada por um americano, indicado pelo governo americano, e a direção do FMI por um europeu.

Os financiamentos, baseados em análises sociais e políticas sobre quem solicita os empréstimos, concedidos pelo Banco Mundial são de longo prazo e direcionados a projetos específicos, com respaldo financeiro e técnico (SABBI, 1991, p.52).

A gestão do presidente Robert S. McNamara entre 1968 e 1981 alterou o uso de estratégias financeiras para soluções de problemas econômicos imediatos, para: “defender uma intervenção direta no problema, por meio do estímulo a setores da saúde e educação, julgados capazes de aumentar o bem estar social e de ajudar na distribuição de renda” (RIZZOTTO; 2000, p.80). A crença nesta gestão era que o desenvolvimento econômico ocorreria com a resolução dos problemas sociais, tais como, pobreza, educação e desnutrição.

Após o “Consenso de Washington”, encontro realizado em 1989, no qual participaram funcionários do Banco Mundial, FMI e economistas, nova política econômica é definida com estratégias como: desregulamentação da economia com abertura comercial e financeira, privatização de empresas estatais, flexibilização de mão de obra, taxa cambial realista e políticas governamentais reduzidas a regulamentações; o pensamento liberal ou neoliberal delineando mudanças e reformas a serem implantadas nos países que requererem os empréstimos (RIZZOTTO, 2000).

Os empréstimos fornecidos pelo Banco Mundial devem estar enquadrados no contexto do país ou dos problemas econômicos, porém, vinculados a um programa anteriormente estruturado, com a assistência técnica de seus funcionários. Essa preocupação com quem solicita o empréstimo tornou as avaliações e os estudos das condições sócio-econômicas e políticas nos “famosos” relatórios emitidos pelo Banco Mundial sobre as situações dos diversos países analisados.

As teorias econômicas do FMI e do Banco Mundial não são explicitadas, não existindo uma versão oficial sobre as bases teóricas que fundamentam suas atividades.

Em consequência, para entender o seu tecido teórico e estratégico é necessário realizar, então, um exercício de releitura e reinterpretação dos seus trabalhos. Muitas vezes, esse procedimento conduz a ambigüidades... Diversos autores..., tendem a aceitar a inexistência de um modelo ou conjunto orgânico de elementos que oriente as suas políticas (LICHTENSZTEJN E BAER, 1987, p.172).

Os autores propõem o exercício da releitura, porém sugerem ambigüidades ou inexistência de um padrão oficial. Dentre essas ambigüidades temos as intenções políticas esboçadas para saúde e educação. A política de saúde referendada pelo Banco Mundial está amparada pelo fornecimento de serviços básicos, que inclui a participação da educação no controle da natalidade e na medicina preventiva (LICHTENSZTEJN E BAER, 1987, p.190). Essa tendência é mantida nos acordos firmados, AIDS I e AIDS II com o PNDST/AIDS, no que se refere a educação como estratégia de prevenção.

A epidemia da AIDS entra no foco de atenção do Banco Mundial por este considerá-la causadora de forte impacto macroeconômico devido a morte de mão de obra capacitada, desvio dos recursos de investimentos para a saúde, ameaçando o crescimento econômico. A preocupação pode ser percebida nessa citação:

A epidemia de AIDS, através de seus efeitos sobre a poupança e a produtividade, representa uma ameaça ao crescimento econômico de muitos países que já estão em dificuldades.(...) O forte impacto macroeconômico da AIDS advém em parte do alto custo do tratamento, que desvia recursos dos investimentos produtivos.(...) Dependendo da assistência médica prestada ao paciente, num típico país em desenvolvimento, o custo total por morte de adulto varia entre 8 e 400% da renda per capita anual; a média é aproximadamente 150% da renda per capita anual. O impacto econômico da AIDS é agravado pelo fato de a doença matar tantos adultos capacitados (BANCO MUNDIAL, 1993, p.22).

A preocupação com a geração de pobreza, devido à morte do adulto trabalhador, causando perda para o setor produtivo que terá que substituí-lo por outro profissional não capacitado; a dificuldade familiar em decorrência da perda do gerador de recursos, afetando as crianças que terão que trabalhar e ficar fora da escola. A manutenção do sistema econômico justifica essa preocupação com a redução dos custos, que pode ser observada quando os investimentos são nas ações preventivas em detrimento das ações curativas, deixando claras as intenções e as estratégias financeiras.

A política educacional do Banco Mundial delinea as atividades educativas desenvolvidas nos “treinamentos”. A compreensão da educação realizada a partir de análise das experiências observadas, as quais enfatizam o crescimento econômico com a satisfação das necessidades básicas, isto é, elevar os níveis de produtividade e aumentar os serviços básicos: controle demográfico, saúde e educação para atacar à pobreza; uma política de compensações sociais.

Em educação, o Banco Mundial também exhibe antecedentes e prepositivos; com o enfoque das necessidades básicas, introduz o conceito de “capital humano” que se define como a acumulação de conhecimentos e aptidões das pessoas. A formação de capital humano, através da educação consiste em prestar atenção à sua produtividade (como capital físico), mas, também à sua condição sócio-política (LICHTENSZTEJN E BAER, 1987, p190).

O Banco Mundial compreende a educação como acumulação de conhecimento e desenvolvimento de aptidões, apoiando a formação profissional técnica com aplicação prática. A visão de educação relacionada ao desenvolvimento do “capital humano” está implícita ou explícita nas publicações do Banco Mundial. A compreensão desse conceito se assemelha com a definição de “competência profissional”, da Resolução CNE-CEB nº04/99, de 08/12/99 como: “ a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”. A definição de capital humano na compreensão desse é:

Capital humano. As aptidões e capacidades de um indivíduo ou de uma força de trabalho, adquiridas em parte com a melhoria da saúde e da nutrição, da educação e do treinamento. [...] Os investimentos em recursos humanos requeridos para o aprendizado dessas aptidões - investimentos em saúde, nutrição e em educação e treinamento - começam na primeira idade e se estendem por toda a vida (BANCO MUNDIAL, 1995, p.viii-42).

O jogo de explicitar ou ocultar as teorias que regem as ações estratégias pode ser exemplificado com o propósito de gerar conflitos frente às declarações que apresenta à população; de acordo com a severidade de críticas recebidas às concepções que são

pontuadas promove um recuo, com a justificativa de realizar novos estudos. LAUGLO, ex-consultor do Banco Mundial, faz referência sobre o ato de revelar suas concepções e sobre o ato de retirar estrategicamente as mesmas concepções, alegando necessidade de aprofundamento dessas mesmas concepções. Por exemplo, o conflito entre o Governo Brasileiro e o Banco em relação ao fornecimento da terapia tripla para as pessoas portadoras do HIV/AIDS, motivou uma declaração por parte do banco de que novos estudos deverão subsidiar essas discussões. A crítica do Banco ao governo brasileiro baseava-se na compreensão neoliberal de que o Estado não deve oferecer benefícios sociais, reduzindo sua atuação na epidemia à prevenção.

Todavia, em vista do poder do Banco e de sua conhecida e autoconfiante cultura interna, presume-se que as influências externas somente causem alterações menores: a mudança de tom de certos argumentos e conclusões, quando os mesmos encontram forte crítica; a retirada de certas questões controversas para “estudos de aprofundamento”, quando tais questões são periféricas para os interesses do Banco (LAUGLO, 1997, p.15).

O contornar conflitos é parte das estratégias políticas do sistema capitalista que se retira do diálogo para aprofundar os conhecimentos técnicos e subsidia compensações para garantir a lealdade da população, sem que isso lhe seja desfavorável.

O sistema do capitalismo tardio está a tal ponto determinado por uma política de compensações que assegura a lealdade das massas dependentes do trabalho, ou seja, por uma política de evitação do conflito, que é precisamente esse conflito incrustado sem cessar na estrutura da sociedade com a regularização do capital em termos de economia privada, o que com maior probabilidade irá permanecer latente. Retrocede perante os outros conflitos que, sem dúvida, são igualmente condicionados pelo modo de produção, mas que já não podem assumir a forma de conflitos de classes. [...] Prenhes de conflito são as necessidades que ficam na periferia do campo da acção estatal, porque estão afastados do conflito central conservado latente e por isso nenhuma prioridade se lhes concede na prevenção dos conflitos (HABERMAS, 1968, p. 76-77).

O conflito latente de tematizar o sistema capitalista explicitaria dentre outras as seguintes disparidades: o desenvolvimento técnico institucionalizado e o possível; a

desproporção do desenvolvimento das tecnologias militares em contraposição com a precariedade da saúde e da educação; a regulamentação e controle dos sistemas financeiros e o descontrole da violência (HABERMAS, 1968, p.77). A preocupação em retirar as propostas após as críticas, estratégia frente aos conflitos dificulta a percepção do que deveria ser discutido, refletido e tematizado; favorecendo a manutenção do sistema vigente.

As políticas de saúde e educação citadas pelo Banco possuem bases técnico-científicas devido aos estudos contratados e conduzidos para as análises de possíveis acordos e intervenções financeiras. Os documentos produzidos sobre essas políticas são um conjunto elaborado entre os interesses financeiros e as pesquisas encomendadas. Dois relatórios específicos sobre saúde foram produzidos pelos técnicos do Banco, em 1975 e em 1993. A proposta de reforma no setor de saúde em 1975 propunha:

... a principal característica a mudança no sistema público, que deveria abandonar a assistência individual de alto custo, realizada em âmbito hospitalar, e concentrar suas ações em uma assistência coletiva, simplificada e descentralizada para o nível comunitário. [...] Dentre as estratégias a serem utilizadas nas reformas, estariam as práticas de educação em saúde, com o objetivo de provocar mudanças nos hábitos de vida das populações pobres (RIZZOTTO; 2000, p.127).

As propostas das práticas educativas que resgatam as idéias da época do higienismo⁶², na qual a população deveria ser orientada em hábitos de higiene e alimentares que comporiam a saúde individual e favoreceriam o desenvolvimento do capital humano.

O papel e a atuação do Banco Mundial merecem contínua atenção e reflexão devido à interferência no cotidiano de todos. A forma implícita de ação e as estratégias de recuo das discussões devem elucidar as maneiras como os financiamentos são realizados e a influência que exercem sem serem notados dentro do sistema educacional e do sistema de saúde.

⁶² Para crítica dessa proposta ler: "Sobre o Risco. Para Compreender a Epidemiologia". AYRES, J.R.C.M. Hucitec, 1997.

As concepções de educação são colonizadas pela visão econômica, determinando as ações e delimitando os objetivos e metodologias selecionadas com interesses técnicos que racionalizam o próprio pensar educativo (MUHL, 1999).

Essas análises podem auxiliar nas reflexões das ações que envolvem o cumprimento das regras burocráticas definidas pelo financiador, a realização dos extensos controles impede a compreensão de como essas ações atendem aos interesses do Banco Mundial.

1.1.. A estrutura do acordo financeiro

Todo o projeto de “treinamentos”, realizado pelo PNDST/AIDS foi financiado pelo Banco Mundial através de Empréstimo acordado entre o governo brasileiro e essa instituição financeira. O primeiro acordo foi assinado em 1994 no valor global de U\$ 250,000,000.00 sendo U\$ 160,000,000.00 financiados pelo empréstimo e U\$ 90,000,000.00 provenientes do Tesouro Nacional. Este empréstimo entre a República Federativa do Brasil e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, foi chamado de Acordo de Empréstimo BIRD 3659/BR - AIDS I. Os 1175 projetos⁶³ financiados com esse recurso estavam distribuídos desta forma: 53% do componente de Prevenção; 19% do componente de Serviços; 21% do Desenvolvimento Institucional e 7% da Vigilância Epidemiológica.

Em 1998, um novo acordo foi assinado, chamado empréstimo número 4392-BR - AIDS II, no valor de US\$ 300,000,000.00, dos quais US\$165,000,000.00 representam o empréstimo e a contrapartida nacional de US\$ 135,000,000.00. Os recursos foram liberados até junho de 2002.

⁶³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação-Geral do PNDST/AIDS. AIDS I. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/planejamento/ef98/conclusões.htm>>. Acesso em:21 jun. 1999.

limitadores nas negociações foram: o orçamento do Ministério da Saúde para a contrapartida que dependia da aprovação do Congresso Nacional; a lei de licitações públicas do Brasil, pois não estava de acordo com as normas do Banco Mundial.

A constatação de que o volume do recurso financeiro não promoveria mudanças sem a vontade política do governo, de toda a sociedade e, principalmente, dos representantes ministeriais mudou o tom do discurso eufórico perante as possibilidades de realização, para um tom de concretização das ações. O comprometimento social com a epidemia e a descentralização da AIDS do discurso médico são pontos apontados como solução para a redução dos índices epidemiológicos da epidemia.

A administração dos valores financeiros desembolsados pelo Banco Mundial, durante a vigência do AIDS I pelo Ministério da Saúde, que prestava contas do uso do dinheiro, teve o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como o repassador dos recursos às entidades financiadas e essas teriam “que se adequar às normas estabelecidas no acordo de empréstimo” (BRASIL, M.S., 1996b, p.1-2). A preocupação com a forma de gerir os recursos promoveu a burocratização e o controle dos gastos efetivados pelas entidades parceiras realizados por extensos relatórios financeiros.

O documento referente ao AIDS II, apresentava os objetivos de reduzir a incidência da epidemia, ampliar o acesso aos serviços, fortalecer as instituições e melhorar a qualidade de diagnóstico; com o delineamento de outros sub-componentes (BRASIL, M.S., AIDS II. Características Gerais, 1999, p.1).

O uso do recurso para determinados fins provocou a crítica e o questionamento dos que estão no atendimento cotidiano da população; o destino marcado da verba impossibilita a autonomia no gerenciamento. A infectologista do Fraga Filho apresenta sua crítica as regras prescritas nesse acordo, que a impediam de decidir sobre a utilização do dinheiro:

Eu nunca entendi, em algumas coisas deveria ser usado esse dinheiro e em outras não. Por exemplo, eu tenho AZT, 3TC, inibidor de protease para o meu doente e não tenho bactrim para evitar a infecção oportunista e ele não tem dinheiro. E, falta teste, falta leite...O governo federal

não pode dar tudo, o estadual tem que ter responsabilidade, mas todo recurso é central, o programa é central e vertical. E a autonomia, eu estou pagando, não estou ganhando de graça (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.30-31).

A delimitação sobre a empregabilidade do recurso estava definida anteriormente na Carta Consulta, com a definição dos objetivos e das formas de avaliação da efetividade das ações propostas. A autonomia da decisão não estava atrelada aos executores dos projetos e sim aos elaboradores desse, em consonância com as deliberações do financiador.

1.2. A compreensão dos interesses econômicos

A visão do Banco Mundial é explicitada por seus interesses econômicos através da ação, mas não em suas comunicações que são realizadas com terminologias técnicas e que aparentemente referendam intenções de solidariedade dos países credores com os países devedores. Entretanto, o Banco é uma instituição financeira e, portanto a solidariedade se torna um negócio no qual o dinheiro retornará com juros. Os acordos são realizados e facilitados com a apresentação de estudos técnicos que propiciam a manipulação política e tornam as relações interessantes financeiramente e adequadas socialmente.

A infectologista entrevistada apresenta sua compreensão desse acordo financeiro que envolve recursos únicos, de um mesmo financiador e que gerou críticas por ser empréstimo com gastos direcionados, sem autonomia para quem recebe a verba:

Em termos do Banco, tudo bem se o Brasil não tem dinheiro e tem que importar; que não são bonzinhos; que os outros países também vêem que os americanos gastam em AIDS é um negócio estúpido. De certa forma é tudo do mesmo bolo, deve ter tirado de alguma forma.

Agora eu acho que devia ter mais autonomia, eu imagino, posso estar enganada, eu estou muito longe, estou vendo da trincheira, eu acho que devia ter mais munição para a gente. Se fosse doação tudo bem, mas ...o Brasil está se endividando com isso (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.29-30).

O interesse do Banco Mundial em fornecer auxílio via PNDST/AIDS ao Brasil pode ser esclarecido por Parker (1997) que coloca duas possibilidades de intenção: a primeira seria a tentativa de manter o desenvolvimento econômico mundial com respostas às interrupções nesse processo, como seria a AIDS e a segunda possibilidade de intenção do Banco Mundial seria a recuperação de sua imagem pública, após o seu desgaste em decorrência dos ajustes fiscais que impõem aos países que solicitam auxílio:

Na verdade, talvez a melhor indicação disso seja o fato do próprio projeto do Banco Mundial, que marcou não só a história da epidemia no Brasil, mas caracterizou simultaneamente as mudanças que aconteceram ao nível do gerenciamento internacional da pandemia de HIV/AIDS, particularmente na transição do Programa Global de AIDS da Organização Mundial de Saúde para Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Se um dos aspectos-chave dessa transição tem sido o papel cada vez maior do Banco Mundial em responder à AIDS no mundo em desenvolvimento, as atividades apoiadas pelo Banco no Brasil certamente constituem o teste mais visível dessa nova abordagem. [...] ...é talvez impossível entender a destinação recente de recursos do Banco Mundial aos programas de HIV/AIDS, no Brasil e em outros lugares, sem considerar a crítica interna do próprio Banco ao impacto social do ajuste estrutural e sua decisão consciente de atuar em uma variedade de áreas sociais, como a de saúde, que sofreram as conseqüências negativas de muitos programas de ajuste estrutural (PARKER, 1997, p.13-14).

Essa compreensão do interesse econômico apresentado pela ajuda financeira do Banco Mundial é compartilhada pelo psiquiatra entrevistado, dando como clara a intenção de manter a integridade do sistema financeiro:

O interesse é pelo impacto econômico que a AIDS tem no mundo, não é só no Brasil e talvez pela necessidade de tentar controlar e diminuir esse impacto que não se limita às fronteiras.

Não é por ser bonzinho nem nada, acho que tem um impacto econômico grande é mundial. Isso afeta a população economicamente mais ativa e o custo é muito alto (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 16 jun. 1999, p. 23).

A política requer a estabilidade econômica e, portanto, precisa prevenir as disfuncionalidades e os riscos que ameacem a segurança do sistema capitalista; invertendo a ação que deveria ser a realização do bem-estar social em resolução de questões técnicas (HABERMAS, 1997, p.70). Neste contexto de risco econômico com a AIDS atingindo a população, na maioria, economicamente ativa o país requer ações de proteção ao sistema capitalista com um Banco apoiando ações sociais de prevenção à doença.

A segunda possibilidade apresentada por Parker (1997) como resgate da imagem pública a partir de uma revisão por parte do Banco Mundial em virtude de seus ajustes econômicos; crítica absorvida pelo financiador, pois não desvela o interesse por trás das ações estratégicas. O financiamento que na aparência é uma ajuda inversa, pois estaria atrelada ao resgate da própria imagem é uma forma de compensar não os ajustes financeiros e sim a tragédia econômica que a doença gera, favorecendo a lealdade da população por acreditar na aparência, na solidariedade encomendada. “A forma privada da revalorização do capital e a chave de distribuição das compensações sociais, que garantem a lealdade da população, permanecem como tais subtraídas à discussão” (HABERMAS, 1968, p.73).

A compreensão das pretensões/intenções do Banco Mundial por parte dos profissionais não é muito clara, mas podemos notar algumas críticas sobre a forma como estava sendo realizado o acordo:

No início desse programa da AIDS, o pessoal do Banco veio visitar o hospital e eu questioneei o diretor do hospital, eu pensei que era uma doação, porque não pode fazer obras, não pode pagar remédio, não pode não sei o que [...] não estou entendendo, é uma doação para o Ministério da Saúde ou é um empréstimo? Ele respondeu que era um empréstimo. Então... eu nunca entendi por que o Banco Mundial vai emprestar e vai dizer onde gastar? Porque isso é dinheiro do Brasil. [...] Eu fiquei impressionada com essa reunião que houve no início, porque

nós perguntávamos: vai poder melhorar o hospital, vai poder comprar remédio, que na época ainda não tinha ... eles estão dando a diretriz [...] porque estão doando? Eles podem até ter a compreensão da epidemia, mas não são bonzinhos. Eu acho que devíamos ter mais autonomia (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 25 mar. 1999, p.15 e 29).

Na verdade eles têm um dinheiro que foi dado... que foi feito um convênio com o nosso país, que tinha uma contrapartida; eu não sei exatamente se a contrapartida era na quantia que deveria...[...] A mim parece que existe uma intenção de ser uma ajuda inicial, para que cada local consiga se organizar para manter, para não ficar eternamente na dependência do dinheiro internacional. [...] O próprio custo de saúde que representa, neste sentido podemos dizer que tem tido bons resultados no Brasil, a queda da mortalidade, a queda da internação, os custos com certeza vão diminuir e podem ser, claramente, compensados pelo crescimento do número de casos, mas por enquanto a per capita com certeza diminuiu (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 16 jun. 1999, p.23).

O acordo com o Banco Mundial não explicita os objetivos das ações, o que favoreceu uma confusão entre as ações determinadas pelo acordo e as ações iniciadas por pressões das pessoas portadoras do HIV/AIDS ou determinações judiciais ou constitucionais; por exemplo, a queda nos custos com a assistência às pessoas portadoras do HIV/AIDS está atrelada ao benefício que o governo brasileiro oferece de medicação anti-retroviral gratuita, política duramente criticada por esse financiador e que a excluía dos itens possíveis de favorecimento.

Em 1992, os países em desenvolvimento gastaram cerca de US\$ 340 milhões com o tratamento de aids. Isso é apenas uma pequena parcela dos US\$ 4,7 bilhões que os países industrializados gastaram com o mesmo tratamento, mas mesmo assim é quase o dobro do montante despendido com a prevenção da AIDS no mundo em desenvolvimento. [...] Até agora, muitos programas de controle da AIDS não estabeleceram diretrizes para dispensar aos aids os tratamentos que seja eficaz em função dos custos. Remédios antiviróticos como o AZT são caríssimos, causam graves efeitos colaterais e podem, quando muito, adiar a manifestação da AIDS e prolongar um pouco a vida. Um ano de tratamento com AZT custa mais de US\$ 3mil, cifra proibitiva. Em muitos países de baixa renda, as opções de tratamento limitam-se, pois ao alívio da dor e ao controle das infecções oportunistas - geralmente

tuberculose, diarreia e candidíase – que afligem os portadores do HIV (BANCO MUNDIAL, 1993, p.11).

O dinheiro proveniente destes financiamentos só poderiam ser gastos com prevenção e capacitação; no acordo AIDS II e possivelmente AIDS III, a prevenção e o diagnóstico que são compreendidos como parte da prevenção, são as diretrizes de ações.

A política de financiamento executada pelo Banco Mundial neste acordo é desconhecida pelos entrevistados; que contraditoriamente realizaram os projetos de treinamentos financiados e prestaram contas detalhadamente dos gastos. A consciência fragmentada desta política permitiu uma assimilação diferente pelos profissionais entrevistados:

O programa de AIDS tem muito mais dinheiro que o programa de malária, que também tem gente morrendo no nordeste e, portanto não importa. Agora o Ministério tem que entender que esse dinheiro não é doação, o povo está pagando. Eu tenho consciência, eu antes não sabia, não é doação do Banco Mundial, o Brasil está pagando. É excelente o programa de AIDS do Ministério, em relação aos outros países, porém, se gasta mais do que se pode gastar (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.15).

Eu não tenho muito conhecimento não, mas eu sei que é bom; no sentido que eles têm a verba para países do terceiro mundo, para desenvolver projetos na área social, para treinamento, capacitação, eu acho bom receber. Eu não tenho muito conhecimento em termos de repasse, não sei quais são os acordos que são feitos para que esse dinheiro venha, nem como é gerenciado. Eu só sei que o dinheiro chega. Então, por eu desconhecer eu não posso opinar (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.25).

Eu nunca li nada muito estruturado a respeito de como é que foi feito esse financiamento, não tenho uma visão crítica a respeito disso. Eu não tenho uma avaliação, como eu já vi o pessoal de ONGs fazerem uma avaliação profunda a respeito do assunto. Eu não sei dizer se poderia ser de uma outra forma, se isso é responsável pelo aumento da dívida externa (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.24).

Não sei (ZORNITTE, M. Entrevista concedida pela psicóloga do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.22).

Não me pergunte, nunca procurei me informar. Não sei a resposta ainda, não procurei me informar (CALAZANS,L.B. Entrevista concedida pela Diretora do Serviço Social do Emílio Ribas, São Paulo. São Paulo, 30 mar.1999, p.18).

Não sei como foi estabelecido não, não sei a história; só sei que existe o Banco Mundial". (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 16 jun. 1999, p.22).

Não. Não. Sinceramente tenho que ter a honestidade de falar a esse respeito, porque qualquer coisa que vem de lá, não é limpo. Existe alguma coisa estranha. Eu não acredito na boa fé do Banco Mundial, existe alguma coisa. Um tema complexo, boas intenções, dinheiro americano; eles têm boas intenções, só querem ajudar o Brasil, não tem segundas intenções, que é isso? Querem preservar a saúde do Brasil? Não, a intenção é o domínio, é tirar a autonomia, tirar a personalidade do país (SHULTE, G. Entrevista concedida pelo coordenador da Saúde Mental do Emílio Ribas, São Paulo, 28 set. 1999, p.12).

Os profissionais entrevistados têm visões diferentes sobre o Banco Mundial: não opinam por não terem conhecimento dos acordos firmados; criticam por saberem que é empréstimo e que o financiador determina as diretrizes; outros desconhecem. A função de coordenador favorece o conhecimento do financiador, pois os projetos, a prestação de contas, e os relatórios de atividades são realizados dentro de padrões estabelecidos por essa agência financiadora. O que pode ser percebido pela distinção entre as instituições. No Emílio Ribas existe um responsável pela parte financeira e relatórios, apresentando dois profissionais que não sabem o que dizer sobre o tema, apenas o coordenador tem opinião sobre o tema. No Fraga Filho, onde não existe um responsável para essa função, portanto, todos realizam essas atividades, apenas um profissional respondeu que não sabia. O distanciamento das denominadas atividades burocráticas propicia uma "falta de interesse" sobre o tema, a despolitização: "não me pergunte, nunca procurei me informar"; promovendo uma atitude de tranqüilidade. A própria razão técnica transformada agora em ideologia favorece essa acomodação, uma submissão que lhe fornece conforto.

Mas, paradoxalmente, esta repressão pode desvanecer-se da consciência da população, porque a legitimação da dominação assumiu um novo caráter: a saber, a referência à crescente produtividade e ao domínio da natureza, que também proporcionam aos indivíduos uma vida mais confortável (HABERMAS, 1968, p.80).

Habermas fala da natureza, mas podemos falar de homens objetivados ou fabricados que, por não serem questionados, não precisam pensar; tudo está solucionado pela razão, pelo sistema. Essa dissociação do mundo da vida com o sistema provoca a impossibilidade de criticar, gerando uma apatia; uma patologia da modernidade (HABERMAS, 1968, p.85).

Os profissionais mais envolvidos com as exigências do financiador são capazes de suspeitar e criticar: “existe alguma coisa”; “eu pago e não posso usar como quero”; “se gasta mais do que pode”; “o que vem de lá não é limpo”. Entretanto a intenção é dominar, é tirar a autonomia, a personalidade.

A mesma força que gera a fragmentação da consciência é geradora também da reflexão; apesar da tentativa ideológica de impedir a tematização. Segundo Habermas a força: “...que gera tanto a falsa consciência como a força de reflexão à qual se deve a crítica das ideologias, já não subjaz, porém, da mesma forma à consciência tecnocrática” (HABERMAS, 1968, p.80). Portanto, o poder de reflexão pode ser resgatado, através desta aproximação dos sujeitos com a política.

A crítica sobre a dominação, a retirada da autonomia e da personalidade é desvelada com a compreensão de que a racionalidade que está por trás dos financiamentos é econômica e esta permeia toda a ação técnica da efetividade dos custos e da eficácia das ações. A dominação sugerida é a política que se oculta através da técnica e torna-se quase imperceptível: “O conceito de razão técnica é talvez também em si mesmo ideologia. Não só a sua aplicação, mas a própria técnica é dominação metódica, científica, calculada e calculante (sobre a natureza e sobre o homem) (HABERMAS, 1997, p.46).

A avaliação das ações de contribuição financeira ou dos programas de apoio a países em desenvolvimento ocorreu pontualmente durante a execução dos programas,

com ênfase nos recursos econômicos. Os aspectos políticos envolvidos nesses apoios e as influências sociais, econômicas e políticas aos países apoiados é tema de discussão de alguns autores. Eles relatam os acordos em consonância com a era da globalização econômica e condutas despolitizadoras de críticas e opiniões. Citamos ALTMAN, que pontua o desconhecimento como parte integrante destes acordos:

“Esses programas representam uma complexa mistura de motivações, com o empreendimento econômico misturado à preocupação política, freqüentemente de maneiras obscuras até mesmo para os mais envolvidos” (ALTMAN, 1995, p.187).

Entretanto, esse desconhecimento fazendo parte dos acordos na era da globalização está em consonância com a despolitização dos sujeitos envolvidos com projetos financiados, supostos conhecedores dos meandros dessa razão; o esclarecimento de Habermas pode auxiliar a compreensão da necessidade desse desconhecimento político para que o país possa delinear seus programas de ação:

A solução de tarefas técnicas não depende de discussão pública. Discussões públicas poderiam, antes, problematizar as condições de contorno do sistema, dentro das quais as tarefas da atividade do Estado se apresentam como técnicas. A nova política de intervencionismo do Estado exige, por isso, uma despolitização da massa da população (HABERMAS, 1980, p.320).

O Banco na década de 90 ampliou os acordos de empréstimos na área da saúde, no Brasil outros dois projetos se desenvolvem concomitantemente aos da AIDS. O REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde⁶⁵, iniciado em 1996, “é o maior investimento do Ministério da Saúde e integra o Plano de Metas do próprio Ministério e Programa Avança Brasil do governo Fernando Henrique Cardoso”⁶⁶. Os componentes deste projeto são: 1. Recuperação da rede física de saúde do país, que inclui a compra de equipamentos, reformas, ampliações e construção de estabelecimentos de saúde; 2. Melhoria da gestão do sistema de saúde nacional. O

⁶⁵ Ler mais sobre REFORSUS: RIZZOTTO, M.L.F. O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. 2000. Tese de Doutorado. UNICAMP.

⁶⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Reforço à Organização do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.reforsus.saude.gov.br>. Acesso em: 27 set. 2002.

outro projeto denominado VIGISUS – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, iniciado em 1999 com duração de seis anos, tem como objetivo aperfeiçoar o sistema de vigilância nacional para reduzir os índices de mortalidade e de morbidez das doenças transmissíveis.

2. Programas de “Capacitação Profissional”

A participação do Ministério da Saúde como financiador de “treinamentos” iniciou-se em 1987, em parceria com o Emílio Ribas, através de trabalho em conjunto com as equipes do PNDST/AIDS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Dois pedagogos integravam o grupo, um dos quais era o coordenador da área de treinamento do Emílio Ribas. O trabalho mais artesanal e característico desta fase inicial é realçado por esse coordenador:

Esse financiamento do Banco Mundial de fato começou em 1992 com uma verba mais substancial para o desenvolvimento dos treinamentos,...surgiu uma coisa bem mais organizada e profissional (SHULTE, G. Entrevista concedida pelo coordenador da Saúde Mental do Emílio Ribas, São Paulo, S.P., 28 set. 1999, p.2).

A racionalidade técnica ordenando e profissionalizando o artesanal de maneira a ser percebida como um adequar-se às novas propostas educativas, retira do contexto a criação, iniciando uma fase de adaptações.

O financiamento do Banco Mundial dos projetos AIDS I e II tem a capacitação profissional como parte dos componentes: Desenvolvimento Institucional do Programa Nacional e Desenvolvimento de Políticas sustentáveis de promoção e prevenção à saúde, proteção aos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/AIDS e Assistência em HIV/AIDS e outras DST, respectivamente. A primeira referência aos

“treinamentos” surgiu no primeiro plano estratégico divulgado em 1993, com os seguintes objetivos:

Desenvolvimento Institucional para incrementar a capacidade de lidar com problemas relacionados ao HIV/AIDS e DST, através: (i) treinamento⁶⁷ () dirigido aos profissionais de saúde na execução de serviços, controle da qualidade e monitorização da AIDS, na realização de teste de laboratório e controle da qualidade, e aconselhamento e tratamento através do Sistema Único de Saúde (SUS), (ii) Incremento de laboratórios de Referência Estaduais para atingir um padrão básico em cada macro-região a fim de dar suporte a testes para HIV/AIDS e DST, e (iii) Assistência Técnica aos vários elementos do projeto (BRASIL, M.S., 1993a, p.2).

A meta desse componente era transferir para os Estados e Municípios a “definição, operacionalização de projetos adequados à sua realidade” que, após o fortalecimento institucional, estariam aptos para lidar com os problemas da execução e do controle de qualidade dos serviços prestados. A operacionalização do serviço com o agir técnico conduzindo a resolutividade dos problemas.

O formato dos “treinamentos” propostos era modular com o desenvolvimento realizado pelas instituições nacionais e ONGs.

O modelo do plano estratégico revelou as normas que o regiam: a crença no SUS, o respeito pelos direitos humanos e garantias de condições sociais para que esse respeito se concretizasse. O planejamento foi realizado através do diagnóstico da situação, com a elaboração de uma programação e de uma avaliação posterior. A implementação desse planejamento seria realizada com os “treinamentos” dos profissionais envolvidos nessa etapa e os resultados desse planejamento seriam analisados através do impacto causado.

O resultado obtido em 1993, no componente desenvolvimento institucional que integra o planejamento estratégico, foi a ampliação dos “treinamentos” para profissionais de saúde e membros de ONGs. O plano apresentado nesse ano foi ambicioso e mostrou um gasto elevado por pessoa treinada ao custo de US\$ 1.000, conforme a divulgação que revelou essas intenções: “Até o final de 1993, 3.500

⁶⁷ Grifo nosso.

pessoas serão treinadas através de 141 seminários, o orçamento para a implantação deste projeto é da ordem de US\$ 3.500.000” (BRASIL, M.S., 1993a, p.38).

A justificativa da coordenação nacional para o controle das estratégias de “treinamentos” estar centralizado foi a falta de experiência com essas práticas educativas no país; o que omitiu a reprodução das idéias dos governos municipais e estaduais que iniciaram essa ação educativa anteriormente: “...seguindo a estratégia centralizada, dada a então pequena experiência dos centros formadores de recursos humanos do País na área de AIDS” (BRASIL, M.S., Projeto Universidaids, 1998, p.1).

O surgimento dos “treinamentos” como ações educativas para profissionais da saúde teve início nas instituições estaduais selecionadas para este estudo, Instituto Emílio Ribas/SP e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/RJ desde 1987/88, como mostram as entrevistas realizadas. Os estados, principalmente, Rio de Janeiro e São Paulo, iniciaram cursos para os profissionais em parcerias com os Programas Estaduais e Municipais. O início da atividade no município do Rio de Janeiro ocorreu:

Em 1987, nós montamos um serviço, um programa de assistência ao paciente com AIDS e também os treinamentos. Inicialmente, era um curso de quinze dias, para profissionais de: serviços sociais, médicos,... toda a equipe multidisciplinar, literalmente. Depois, quando o Ministério começou também a treinar, a oferecer e a dizer: queremos tantos treinamentos básicos para clínicos. Então, quando nasceu esse projeto da AIDS junto à universidade, da UFRJ, o hospital universitário já tinha a assistência e educação juntas. A educação dos profissionais de saúde começou ao mesmo tempo em nível municipal e estadual, só depois com o Ministério (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do DIP do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.12).

O início das atividades de “treinamento” aconteceu em parceria realizada entre os programas estadual e municipal do Rio de Janeiro com o envolvimento de “toda a equipe multidisciplinar”. A proposta de financiamento alterou essa iniciativa com a definição da operacionalização de quais e quantos projetos seriam adequados à realidade do Município e do Estado. A definição de treinar por especialidades deslocando as ações de assistência da equipe para o individual, o especialista;

alterando o conteúdo do “treinamento” anterior que era pautado nas ações coletivas, como lembra a assistente social:

Nós tínhamos módulos comuns e específicos, nós não queríamos que esse treinamento versasse sobre sistemas altamente... voltados para a área da medicina, ou seja epidemiologia, fisiopatogênia, tudo que terminava em ia. Nós queríamos sim um treinamento que pudéssemos discutir a questão da sexualidade (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.5).

O PNDST/AIDS através das propostas de “treinamentos” interferiu no funcionamento das instituições com o delineamento das ações entre estados e municípios distanciadas e ampliação das ações técnicas para a especialização. As interferências não são explicitadas nas entrevistas, porém, o caráter saudoso pode ser percebido através das falas. A mesma ação racional é observada nas duas instituições pesquisadas, alterando o cotidiano dos profissionais para ações estrategicamente planejadas.

Os “treinamentos” de equipes propiciavam as discussões de temas surgidos das dificuldades nas ações práticas: sexualidade, emoções, dúvidas; porém, a falta da especificação era percebida como necessidade:

Nós começamos a perceber que muita coisa do curso não podia ser contemplada por ser em conjunto. Então, nós não podíamos contemplar todas as áreas que nós queríamos do serviço social, porque tinha médicos, psicólogos e não interessava para eles e por sua vez, eles queriam uma especificidade no atendimento deles. Eles não queriam saber como o assistente social atende a família, qual o envolvimento com a família, qual o desdobramento com os grupos de apoio, coisas específicas da nossa prática. Então, nós sugerimos ao Ministério um treinamento separado (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.6).

A sugestão de separar os “treinamentos” por áreas de atuação coincide com a intenção do Ministério em capacitar profissionais pelas especialidades, contrariando a característica inicial dos “treinamentos” serem realizados para equipes

multiprofissionais/multidisciplinares. O contexto histórico no início da epidemia propiciava a construção dos trabalhos assistenciais com diferentes profissionais, pois a resolução dos problemas não estava atrelada a nenhuma especialidade. O trabalho em equipe era compreendido como facilitador, as dificuldades inerentes às ações multiprofissionais foram descaracterizadas com essa proposta dos “treinamentos”. As ações comunicativas que auxiliavam a compreensão das ações técnicas foram diminuídas pela ação estratégica, com o objetivo de ampliar a eficiência na operacionalização dos serviços. A limitação em perceber essas relações proporcionou uma concordância com o saber compartimentalizado: “muita coisa no curso não podia ser contemplada”, o desejo do individualismo sobressai.

A interferência do PNDST/AIDS nos programas estaduais e municipais provocou o encerramento de propostas de “treinamento” de equipes; convergindo todas as ações educativas para as especialidades, limitando o fortalecimento das equipes de saúde, enquanto grupos constituintes de ações conjuntas. Outra limitação nessas ações foram as divulgações, que os entrevistados ressaltaram como uma das dificuldades encontradas.

A forma de divulgação destas oportunidades deveria garantir a acessibilidade a todos os profissionais do país vinculados ao SUS, ocorrendo através dos Catálogos de Oportunidades de Treinamento, uma publicação semestral lançada pelo Programa Nacional e distribuída aos Programas Estaduais e Municipais de AIDS. O atraso dessas publicações e, conseqüentemente, a restrita divulgação dos “treinamentos” foram indicados por todos os entrevistados, que acreditavam na divulgação oral, realizada pelos profissionais já treinados e conhecedores das instituições.

Inicialmente os cursos eram divulgados através de correspondência aos parceiros em estados e municípios, com orientação para que também procedessem à divulgação entre instituições de sua área. Mas o desenvolvimento do Programa e a ampliação das ofertas de cursos exigiram métodos mais eficazes. Passou-se a editar o **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**, que veicula informações dirigidas a pessoas interessadas em se capacitar (BRASIL, M.S., 1996a, p.74).

A divulgação dos “treinamentos” ocorreu via correspondência, através de catálogos distribuídos para as entidades que trabalhavam direta ou indiretamente com DST/AIDS, chegando até aos países do Cone Sul e outras nações de língua portuguesa. Existia a possibilidade de recebimento dos catálogos por parte de qualquer pessoa que acessasse o Programa Nacional através da *home page*⁶⁸ via sistema internet ou que fornecesse os dados pessoais para que fosse incluída no *mailing list*; uma falsa crença na igualdade de oportunidades.

O primeiro catálogo foi divulgado em 1993, apresentando as ofertas de “treinamento” e as orientações para inscrição dos profissionais, pelo formulário anexo. Esse formulário continha dados de identificação pessoal; dados sobre a instituição de origem; informações sobre a formação acadêmico-curricular do profissional; um plano de ação que explicitava a forma de aplicação do conteúdo aprendido, a intenção de “organização/dinamização de serviço e treinamento”, como também, o compromisso institucional de que esse profissional seria apoiado na execução desse plano de ação com recursos financeiros.

A periodicidade dos catálogos era semestral com tiragem de 5.000 exemplares. Nesse catálogo eram divulgados “treinamentos” promovidos pelo Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST/AIDS, bem como, por outras instituições como universidades conveniadas; além de contemplar eventos nacionais e internacionais.

O atraso na divulgação do catálogo foi referendado pelos entrevistados como fator limitador e excludente, pois alguns profissionais não tiveram acesso à informação. As entrevistas criticam essa estratégia:

Quando os catálogos chegam, muitos cursos já aconteceram ou estão na iminência de acontecer. E as pessoas às vezes não se capacitam, não se inscrevem por conta deste atraso...nem sempre essa propaganda é feita de maneira que possamos ter uma seleção, capacitar pessoas que estejam em posição chave. O ideal é que pudéssemos treinar pessoas que estivessem ou no atendimento ou na intenção de iniciar...nós acabamos capacitando pessoas que de alguma forma já estão capacitadas, estamos especializando. [...] As pessoas não chegam aqui, não porque não querem, é porque não foi dada a elas a oportunidade, por

⁶⁸ Endereço eletrônico da home page: <<http://www.aids.gov.br>>.

falta de uma divulgação (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.10).

...desde os problemas relacionados à questão da divulgação. Porque, as vezes não era divulgado, o Ministério não divulgava, pois, se enrolava com as datas...havia uma confusão, e nós fazíamos a divulgação, imagina a loucura. Eu pegava aquele panfleto, aquele livrinho; elaborava uma comunicação, oficiava como coordenadora e mandava para todas as instituições. Porque, se o Ministério não tinha o catálogo, o que eu ia fazer? De repente, eu ficava sem o meu cliente no curso (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.13).

A divulgação é oficial do Ministério, e às vezes sai depois que o curso aconteceu (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.24).

Eu recebo ligações, recebo cartas, querendo que eu avise quando vai ter o próximo curso, que o catálogo saiu depois, nunca saiu antes. Então, é sempre boca a boca. Eu não sei se esse ano vai funcionar, se o catálogo saiu antes; normalmente saí depois que o curso foi implantado, o catálogo saiu sempre atrasado. Então, esse boca a boca é muito mais gratificante... (CALAZANS,L.B. Entrevista concedida pela Diretora do Serviço Social do Emílio Ribas, São Paulo. São Paulo, 30 mar.1999, p.11).

O catálogo saiu sempre atrasado, quando o pessoal recebe o primeiro o treinamento já foi. E, essas pessoas interessadas, que receberam atrasados, ligavam e nós anotávamos os nomes; quando chegava o primeiro do ano, que é quando não chegou o catálogo, a gente acaba ligando para os interessados e vendo...acaba sendo um boca a boca, mais que catálogo de oportunidades (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. São Paulo, 16 jun. 1999, p.15).

A propaganda é sempre feita pelo Ministério, e pelos próprios treinandos depois que eles terminam. Problemas burocráticos, administrativos sempre têm uma defasagem entre os treinamentos, os cursos e a propaganda. Eu diria que é uma defasagem razoável, que acontece com toda máquina burocrática (SHULTE, G. Entrevista concedida pelo coordenador da Saúde Mental do Emílio Ribas, São Paulo, 28 set. 1999, p.4).

O atraso na divulgação dos catálogos ocorria por “problemas administrativos com a máquina burocrática” ou porque existia a dificuldade na organização das datas. Essa consequência, resultante da estratégia centralizadora assumida pelo PNDST/AIDS, criou entre os coordenadores, formas alternativas para a divulgação: usar lista de interessados, responder às solicitações telefônicas e por cartas, além de utilizar-se do

cargo funcional para oficializar as correspondências. As entrevistas revelam outro aspecto da preocupação com a divulgação, o interesse na manutenção dos treinamentos nas instituições executoras e, também, com os profissionais que não têm acesso às divulgações realizadas pelo Programa Nacional.

O aspecto da exclusão pode ser explicitado com a limitação do acesso às informações pelos profissionais que iriam iniciar a assistência às pessoas portadoras do HIV/AIDS, em favorecimento dos que já estavam se especializando, por terem o conhecimento das datas dos cursos; desvelando uma contradição com os objetivos da proposta nacional.

A especialização de profissionais contraria o objetivo de “treinar” para a implantação de novos serviços. Entretanto, essa contradição desvela o “treinar” com um outro objetivo de aperfeiçoamento das habilidades, em concordância com a racionalidade instrumental que espera como resultado a ação técnica realizada com eficiência e melhorando a qualidade de atendimento.

As visões de “treinamento” referendadas pelos profissionais são diversas e auxiliam na compreensão deste conflito, treinar ou especializar. As definições para “treinamento” são: capacitação, trocas de experiências, aplicação na prática da teoria aprendida, dar atendimento mais digno ao paciente, atualização, fazer, transmissão, reflexão e conhecimento para interagir.

Eu entendo como capacitação de uma pessoa em relação a novos conteúdos, uma troca de experiência. O treinamento é a capacitação do profissional, de certo conteúdo, para ele poder oferecer assistência com aquilo que ele aprendeu [...] dar um atendimento mais digno para os doentes (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do DIP do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.20).

...essa palavra treinamento até dá aflição... ranço dessa palavra até na formação psicológica. Mas, claro que precisa de treinamento, ter conhecimento do que esta acontecendo, alguns dados sobre a doença, tipos de aconselhamento (ZORNITTE, M. Entrevista concedida pela psicóloga do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.9).

A finalidade do treinamento na minha visão é capacitar e descentralizar. Treinar para mim é fazer. Eu acho que só se aprende fazendo (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe

da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.10).

Eu nunca me preocupei com essa terminologia não...seria alguma coisa no sentido que você pudesse aliar a teoria e a prática como constituinte do mesmo processo de aprendizagem de trabalho. Treinamento em serviço eu acho que seria a terminologia mais correta, você tem sua experiência, mas a gente reveste isso; discute aspectos teóricos ligados a essa experiência. Você decodifica conceitos e codifica conceitos. Você reflete sobre essa prática (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.20).

...passar maior número de informações pertinentes na área. É conscientizar, mas uma conscientização profissional para que ele fique motivado a trabalhar de uma forma digna, mas consciente (CALAZANS,L.B. Entrevista concedida pela Diretora do Serviço Social do Emílio Ribas, São Paulo. São Paulo, 30 mar.1999, p.11).

Conhecimentos básicos em relação à AIDS, possibilitar nas pessoas uma certa reflexão do próprio processo, do morrer e do viver, dar elementos para avaliar a situação, em termos de saúde pública e algum nível de planejamento [...] adquirir conhecimento, condições pessoais para interagir com o problema, com a questão e com o paciente (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. São Paulo, 16 jun. 1999, p.13).

Essas definições representam as diferentes concepções de educação, uma delineada pelo agir técnico enrijecido pela razão instrumental e apoiado pelo financiador. Outra que suscita a reflexão, a troca de experiências e conhecimentos para interagir; característico do agir comunicativo e integrantes das propostas educacionais emancipatórias.

A escolha dos profissionais estava atrelada ao preenchimento do formulário e o envio ao PNDST/AIDS que iniciavam o processo de seleção dos candidatos aos “treinamentos”. No período entre 1993 até 1994, o próprio Programa Nacional realizava a seleção dos profissionais e enviava à instituição executora uma lista com os nomes dos profissionais. A partir de 1995, a seleção dos candidatos foi transferida para as instituições executoras, sem a participação direta do PNDST/AIDS. Para auxiliar nesse processo o Programa Nacional lançou a publicação: “Orientação às instituições executoras de Treinamento para a seleção de candidatos”, explicitando que: “O objetivo

deste manual que ora apresentamos é exatamente o de orientar as instituições executoras nesta importante tarefa” (BRASIL, M.S., 1995, p.1).

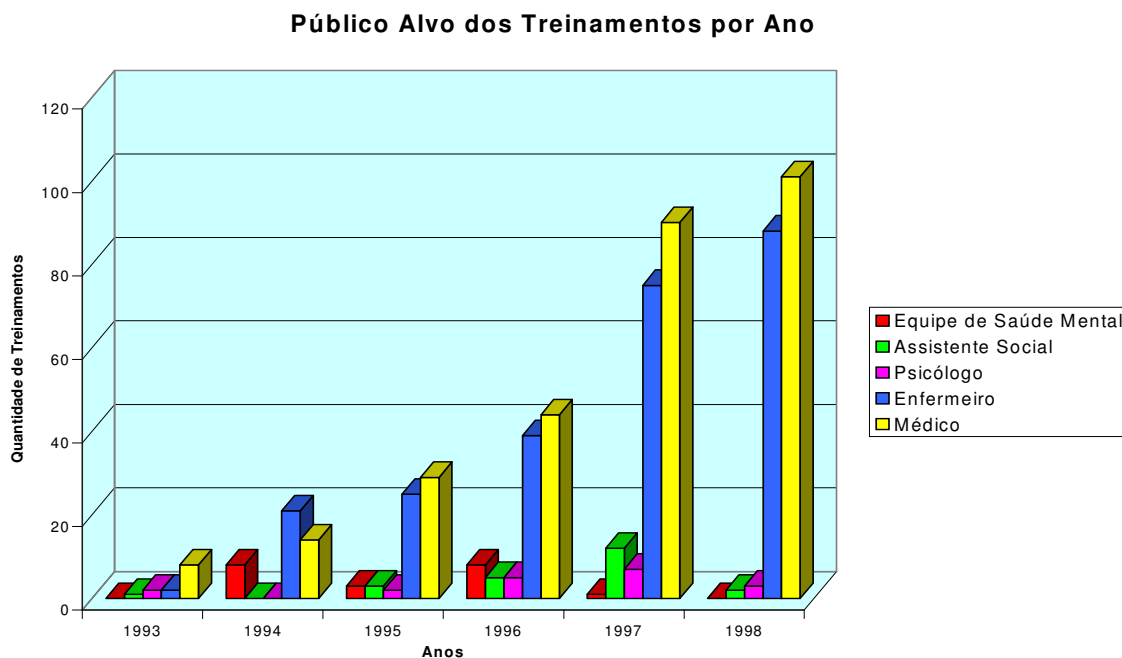
Os profissionais selecionados deveriam estar vinculados a instituições que prestavam atendimentos para o SUS, serem da área específica do “treinamento” oferecido e apresentar um plano de ação para ser realizado após esse, com a anuência e o compromisso institucional do chefe imediato. Os critérios de seleção recomendados pelo Programa Nacional eram: a incidência e prevalência de HIV/AIDS e outras DSTs na região de procedência e a possibilidade destes profissionais serem agentes multiplicadores. A responsabilidade desta ação multiplicadora era da instituição e do profissional selecionado; a justificativa para a ênfase em multiplicar o “treinamento” é uma das diretrizes do SUS, a descentralização.

O PNDST/AIDS fornecia ajuda de custo (alimentação) para os “treinados” da cidade e região onde estava localizada a instituição realizadora e, para profissionais de outros estados uma diária (estadia e alimentação). A instituição de procedência do profissional deveria arcar com os custos do transporte do mesmo. Uma crítica constante encontrada nas entrevistas é o atraso na liberação desses recursos financeiros, o que acarretou o cancelamento ou adiamento do “treinamento”, além de gerar ansiedades entre os coordenadores.

O “público alvo” norteou as divulgações e os conteúdos apresentados, as ofertas foram dirigidas para clínicos, infectologistas, ginecologistas e obstetras, pediatras, equipes de saúde mental (psiquiatras e psicólogos), assistentes sociais, enfermeiras, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e farmacêuticos. O maior número de profissionais encontrados na análise da tabela 4 (anexo 1) foram médicos e enfermeiros. Os profissionais da área de assistência social aparecem em 22 oportunidades de “treinamento”, enquanto os da área psicológica surgem em 19. A equipe de saúde mental tem 20 opções dentre o total de 417. Os médicos aparecem com especialidades diferentes em 286 “treinamentos” destinados a eles, sendo essas: psiquiatria, ginecologia, clínica, infectologia e neurologia. Os enfermeiros têm 250 oportunidades e os técnicos e auxiliares de enfermagem têm 32 opções de “capacitação”.

O gráfico abaixo, construído a partir da Tabela 4 – Público Alvo por Ano, anexo 1, propicia a leitura desse enfoque para os médicos e enfermeiros:

Gráfico 3 – Público Alvo dos “Treinamentos” por ano



Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos.

As oportunidades privilegiando médicos e enfermeiras revelam a compreensão de saúde na atuação clínica para o atendimento de pessoas portadoras do HIV/AIDS. A ênfase na saúde física em detrimento dos aspectos sociais e psicológicos desvela a redução da AIDS a uma doença orgânica. Essa visão reduzida da AIDS orientou os objetivos delineados pelo PNDST/AIDS para os “treinamentos” que eram apresentados como ensino com técnicas de aprendizado e avaliação; um exemplo da razão positivista controlando o processo educativo. “Para desenvolver os treinamentos, foram elaboradas diretrizes curriculares que orientam no sentido de se alcançar os objetivos da capacitação, sugerindo técnicas de ensino, aprendizado e instrumentos de avaliação” (BRASIL, M.S., 1996a, p.72).

As diretrizes curriculares com ênfase nas técnicas de ensino e aprendizagem e modelos de instrumentos de avaliação foram as orientações encontradas dentro das visões educacionais e pedagógicas existentes. A preocupação com a organização, a elaboração de instrumentos, os objetivos das experiências educacionais a serem oferecidas; delineia uma forma de compreender a educação. Essa tendência pedagógica que mostra a face tecnicista da educação teve influência no Brasil a partir dos anos 60. A redução da educação ao agir instrumental reforça os aspectos técnicos e limita o agir comunicativo, integrado ao mundo da vida. A visão de saúde e educação apresentada exclui o que poderia favorecer a reflexão das atuações: o interesse comunicativo e conseqüentemente o emancipatório.

As orientações para a elaboração de planos de “treinamentos” seguiram essas diretrizes, sendo esses aprovados após avaliação realizada pela equipe do PNDST/AIDS sobre a pertinência dos mesmos, com análise da organização das experiências de aprendizagem.

Os profissionais que realizavam anteriormente os “treinamentos” foram convidados pelo Programa Nacional para elaborarem as Diretrizes Curriculares de algumas especialidades da área de saúde. Os especialistas a partir de objetivos traçados previamente pelo PNDST/AIDS discutiam as diretrizes. A cultura de especialistas surge novamente como legitimador das ações, favorecendo a aceitação e a não discussão das diretrizes; a técnica como ideologia. A fala da assistente social que participou dessa elaboração elucida o processo:

Eles convidavam um grupo de pessoas que trabalhavam na assistência e que conheciam quem trabalhava com treinamento e como o hospital era centro de referência...Nós montamos as diretrizes que continha exatamente como poderia se guiar na elaboração do programa e do conteúdo. Os objetivos eram definidos pelo Ministério, e com esse objetivo o grupo se reuniu e nós discutíamos. Existia um grupo do Ministério e nós que trabalhávamos direto na assistência, então a influência, isso eu posso dizer sem sombras de dúvidas, a influência do grupo que trabalhava na assistência era muito grande (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.8-9).

A parte prática sendo realçada como importante poderia trazer a discussão e a reflexão para os “treinamentos”; entretanto, a estrutura padrão desenhada para essa ação limitou a experiência a trocas de informações.

O formato dos “treinamentos” apresentados nos catálogos seguia um modelo padrão: nome do “treinamento”, propósitos/objetivos, conteúdos principais, clientela, período, instituição executora, coordenação, data da seleção e número de vagas. Os formatos das apresentações se diferenciavam segundo o “público alvo”, áreas profissionais contempladas com as ofertas; sendo que, instituições diferentes divulgavam as mesmas informações, alterando apenas os coordenadores e as datas oferecidas.

A programação do “treinamento” deveria contemplar uma parte teórica e outra prática, entendida como a atuação do profissional com pessoas portadoras do HIV/AIDS; com a ressalva de serem práticas supervisionadas e devendo ocupar pelo menos 50% da carga horária do curso (BRASIL, M.S.,1995, p.9).

Os conteúdos dos “treinamentos” apresentavam aspectos comuns como: epidemiologia, aconselhamento, tratamento, biossegurança, etiologia e organização de novos “treinamentos”, com os profissionais sendo considerados agentes multiplicadores. Temas como ética, aspectos psicossociais, cidadania, sociais, trabalhistas e ações educativas compunham alguns “treinamentos” vinculados a essas áreas específicas. Esses conteúdos deveriam ter consonância com as diretrizes curriculares apresentadas em documento divulgado às instituições executoras:

A maioria dos cursos oferecidos tem diretrizes curriculares claramente definidas, com currículos mínimos apontados. Esses currículos refletem discussões entre especialistas dos temas. Foram validados nacionalmente, e são as diretrizes de que dispomos para a capacitação de pessoal na área. Recomenda-se, portanto, que estas diretrizes sejam seguidas, com ajustes necessários às condições locais (BRASIL, M.S.,1995, p.8).

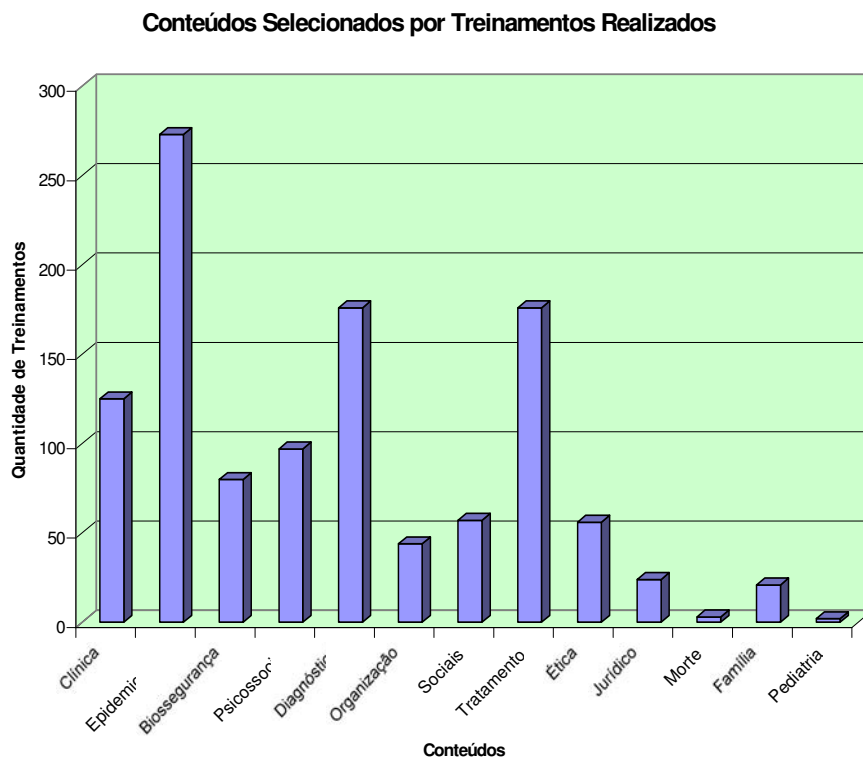
A clara recomendação para o seguimento das diretrizes estava legitimada porque *“refletem discussões entre especialistas dos temas”*. Essas diretrizes desvelam a expansão da cultura dos especialistas, impedindo reflexões dos profissionais locais que

deveriam seguir essas orientações e executar as ações. O termo “ajustes necessários” favoreceria as negociações sobre a forma e os conteúdos, porém, essas são minimizadas devido ao peso dado à validação nacional e por serem orientações de especialistas.

As diretrizes curriculares, elaboradas para cada “treinamento”, eram compostas por objetivos, conteúdos e experiência de aprendizagem para cada tema selecionado como fundamental para a organização desse.

O enfoque para as dimensões médico-biológicas é observado na análise do gráfico abaixo, elaborado a partir da Tabela 3 – Conteúdo dos Treinamentos por Ano, anexo 1:

Gráfico 4 – Conteúdos selecionados por “treinamentos” Oferecidos



Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamento.

A análise da tabela 3 mostra que todos os temas abordados perfazem 80 conteúdos específicos, sendo que o conteúdo epidemiologia consta 273 vezes do total de 417 “treinamentos”. Os aspectos clínicos são citados em 125 “treinamentos”, biossegurança em 80, diagnóstico e tratamento em 176 de forma pareada. O enfoque social aparece em 57 “treinamentos”, a dimensão psicossocial é citada em 97 e os aspectos éticos em 56. O tema morte consta em apenas 3 “treinamentos”, representando um silêncio sobre essa dimensão da epidemia. A organização de “treinamentos” faz parte das diretrizes curriculares, porém, podemos observar esse tema 44 vezes; o que demonstra uma relutância em cumprir essa recomendação.

A complexidade da AIDS é reduzida aos aspectos médico-biológicos, sendo que a multidimensionalidade, que envolve aspectos sociais, psicológicos, éticos, políticos, religiosos, culturais, estéticos, não é observada neste gráfico.

Os profissionais entrevistados relatam os conteúdos por eles selecionados:

O conteúdo básico, bem acadêmico: tratamento disso, diagnóstico disso; objetivo educacional, mas a parte ética sempre entra com os direitos à informação. A epidemia da AIDS... (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.20).

Uma parte do conteúdo é prática, outra parte é teórica, inclusive uma parte é visita a locais que atendem AIDS. As demandas são diferentes, às vezes dava oportunidade para cada um falar sobre seu trabalho, eu acho que é uma experiência que marca. Na parte prática relatamos como é o trabalho, leitura de prontuário, conversa com pacientes (ZORNITTE, M. Entrevista concedida pela psicóloga do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.12).

O conteúdo foi montado por esse grupo de Brasília, quando chega para nós já tem alguns temas que são importantes, que nós temos que abordar: epidemiologia, infecções associadas a AIDS, parte neurológica; parte mais voltada para parte clínica. E dentro da nossa área: ética, cidadania, previdência social, legislação previdenciária e trabalhista, direitos do cidadão. O eixo fundamental é para onde encaminhar o paciente quando ele vem buscar ajuda. O nosso conteúdo foi montado centrado na parte médica e na parte social (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.11).

Eu me preocupava com isso, que o profissional tivesse elementos para ser uma pessoa crítica, uma pessoa que pudesse pensar a questão da saúde de uma forma mais abrangente e

entender que a AIDS é mais um problema, num conjunto de problemas. Havia essa preocupação e ela era passada e bem delimitada, não só na escolha dos conteúdos, como na discussão com os professores. Por exemplo: falar do impacto da AIDS, eu escolhia uma pessoa X que tivesse uma história que pudesse abordar a questão e falar sobre questões sócio-econômico-culturais. Essa pessoa era escolhida para que pudesse dar conta dos aspectos fundamentais e traçar indicadores para os problemas que estávamos vivenciando. Um curso sem intenção, pelo contrário um curso cheio de intenções, um curso bem-intencionado (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.18-19).

A parte teórica desde as DSTs, AIDS aspectos clínicos gerais. Não adianta colocar um tema muito difícil, não atinge a população que não está formada para isso. Incluía: AIDS e cidadania, epidemiologia, saúde mental, biossegurança, aspectos jurídicos, novas drogas, nutrição, AIDS e mulher, AIDS e pediatria, educação em AIDS, hospital-dia, violência doméstica e AIDS, COAS, AIDS nas escolas, AIDS e dependência química. A parte supervisionada era visitar entidades, passávamos a nossa experiência, nossos projetos, como funciona, os defeitos, as qualidades, os questionamentos. Oficina de criatividade e elaboração de um plano, programa e projeto para a instituição de origem (CALAZANS,L.B. Entrevista concedida pela Diretora do Serviço Social do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 30 mar.1999, p.5-8).

A idéia é você montar um curso, primeiro com as informações básicas clínicas, epidemiológicas com relação a AIDS; pois quando você vai trabalhar com o paciente, você precisa saber o que é aquilo que ele está sentindo. Ele vai vir perguntar para você sobre o exame, sobre aquilo que ele não entendeu, ou que teve vergonha de perguntar para o médico, ou porque tinha receio da resposta. Então, você tem que ter um conhecimento, que não é para responder tudo, mas às vezes é orientar onde deve buscar essa informação. Outra parte que eu acho fundamental é as pessoas poderem se voltar para si e pensarem um pouco a respeito do próprio processo de viver e de morrer. O intuito é romper com a paralisia, romper com o bloqueio. Ser capaz de perceber-se transitório, como alguém que está morrendo, que as respostas para as coisas não é a promessa de vida eterna, mas a qualidade das coisas em si, no momento em que elas estão presentes. Felizmente, as coisas não são boas porque são para sempre, as coisas são boas por elas (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 16 jun. 1999, p.9).

O conteúdo é selecionado dentro daquilo que é mais atual em cada área. Na parte clínica, na área de saúde mental, na área social, os aspectos sócio-econômicos mais atuais, qual a repercussão; se dá o histórico e se fala o que é mais atual (SHULTE, G. Entrevista concedida pelo coordenador da Saúde Mental do Emílio Ribas, São Paulo,S.P., 28 set. 1999, p.5).

A seleção dos conteúdos está relacionada à formação e à atuação profissional. Os aspectos ressaltados pelas assistentes sociais revelam a preocupação com benefícios sociais, encaminhamentos, clínica, ética e elaboração de um plano de ação para a instituição de origem. Os médicos destacam os aspectos clínicos de forma acadêmica e atualizada. A psicóloga cita a troca de experiência como parte enriquecedora do conteúdo. E o psiquiatra realça a necessidade do conhecimento para informar as pessoas portadoras do HIV/AIDS e a vivência pessoal para poder atender.

Os conteúdos clínicos permeiam todas as escolhas, com objetivo delineado: poder responder ao outro, poder atender, poder tratar, poder encaminhar. Os aspectos sócio-econômicos que são citados para a compreensão do impacto da AIDS é parte da atuação das assistentes sociais. Os aspectos emocionais realçados pelo psiquiatra, também têm a clara finalidade de favorecer o atendimento da pessoa portadora do HIV/AIDS. O objetivo que perpassa essas escolhas é capacitar os profissionais para o atendimento nas respectivas áreas, uma preocupação com a ação prática.

O destaque, nesta leitura, é a preocupação de uma entrevistada com a formação do profissional crítico, que tem como intenção a compreensão da AIDS como mais um problema dentro do contexto de vida da pessoa portadora do HIV/AIDS.

A compreensão de saúde dos profissionais interfere na manutenção das diretrizes, alguns restringem a definição de saúde aos conceitos da OMS: bem estar físico, social e espiritual.

Vou tirar da OMS, bem estar físico, social e psíquico (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.28).

...parte psicológica, parte biológica, parte física do homem...um todo que funciona; que se funcionar integrado o tempo todo é possível ter saúde (ZORNITTE, M. Entrevista concedida pela psicóloga do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.21).

...saúde pra mim é o equilíbrio de todas as necessidades do homem, seja emocional, psicológica, espiritual e profissional [...] são quatro necessidades... trabalho, amor, religião e o lazer (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.26).

É qualidade de vida, é questões de moradia, de salário, insalubridade, todo um conjunto de determinantes que vi se traduzir uma qualidade de vida para as pessoas, para o indivíduo (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.24).

Saúde, vou dar a definição usual, é o bem estar físico, mental e social (CALAZANS,L.B. Entrevista concedida pela Diretora do Serviço Social do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 30 mar.1999, p.16).

A visão de saúde está relacionada com o conceito de homem, como as entrevistas sugerem um ser complexo e basicamente angustiado; um animal perfeito à imagem de Deus; um ser único dotado de inteligência que pode ser conduzido ou induzido, moldado; um ser que compra a própria imagem dentro de uma cultura do ter.

A minha concepção de homem é um ser físico, social e espiritual; que esta na terra para aprender e para evoluir (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.28).

...é um ser complexo, a procura de si mesmo. Cheio de contradições e basicamente angustiado [...] lutar contra essa angústia da morte para não morrer. Procurando ser o mais feliz possível (ZORNITTE, M. Entrevista concedida pela psicóloga do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.21).

O homem é o animal mais perfeito, porque na minha visão ele é a imagem e semelhança de Deus [...] o ser que pensa, que tem vontade, que direciona, que tem livre arbítrio e que determina sua vida (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.25).

...dotado de inteligência, de potenciais que podem ser utilizados para o bem ou para o mal. Podem ser conduzidos, induzidos...mas podem ser educado, moldado (CALAZANS,L.B. Entrevista concedida pela Diretora do Serviço Social do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 30 mar.1999, p.16).

...cultura muito doente. Então a gente nasce numa sociedade de consumo, que tende na verdade te desviar do caminho onde você possa realmente identificar o que você é enquanto pessoa. E tenta te vender uma fantasia para ser melhor tenha isso, para ser melhor tenha aquilo (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 16 jun. 1999, p.22).

A definição perpassa as formações profissionais e os aspectos realçados desvelam o individualismo e a não interação dos diferentes saberes; demonstrando que a seleção dos conteúdos não está distante do cotidiano e a manutenção das diretrizes relacionadas com a consciência fragmentada da saúde.

O tema morte, como observamos no gráfico 4, não é citado. Os entrevistados responderam sobre esse tema após serem questionados e confirmarem o que estava sendo perguntado. Todos abordaram o tema nos treinamentos que coordenaram, porém, não os citaram livremente; as respostas foram:

Eu lembro que tem uma aula de morte, tem até líder religioso; mas o serviço social pode falar mais. Tem a sua experiência, a troca, não vai dar uma solução: um kit o que fazer quando o paciente grave vai morrer. Você às vezes vai até chorar com ele, e chora. Isso é passado em termos de conteúdo e tem em qualquer área. A evolução do doente de AIDS é extremamente dinâmica, a gente não tem respostas, muda de uma época para outra. E a gente tentando acompanhar com a leitura, é muito difícil (NOGUEIRA, S.A. Entrevista concedida pela infectologista e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.21).

Morte e luto? Com os pacientes? Ah... a gente convida algumas pessoas para falar de morte, geralmente é assim, melhor, eu me lembrei tem um livro, tem um vídeo...fala sobre como as pessoas faziam para elaborar a morte e a partir daí você conversa sobre. Eu acho basicamente, o que é importante é a experiência da gente (ZORNITTE, M. Entrevista concedida pela psicóloga do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.13).

Luto? Nós temos uma mesa redonda, que eu brinco que nós chamamos de mesa mortuária: um psiquiatra, um psicólogo, um enfermeiro, um médico e analisamos o que é a morte, no sentido clínico, religioso, social, psicológico; cada profissional fala como ele vê a morte (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.13).

Luto. Aula, aula não. No próximo eu selecionei sobre a clínica do luto (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 16 jun. 1999, p.16).

Muito embora exista um aspecto tanatológico que é dado por uma psicóloga, por razões políticas ela foi deixada de lado (SHULTE, G. Entrevista concedida pelo coordenador da Saúde Mental do Emílio Ribas, São Paulo, S.P. , 28 set. 1999, p.5).

A fala sobre morte remete à experiência vivida por cada profissional, à forma individual que cada um construiu para lidar com a morte das pessoas que atendem; como romper com o bloqueio, como conversar sobre. A ausência do tema nos catálogos de “treinamentos” é percebida, apesar da taxa de mortalidade atual ainda estar em 38,7% em indivíduos menores de treze anos e 48,5 em indivíduos maiores de treze anos⁶⁹. O esquecimento dos entrevistados, com exceção do psiquiatra que trabalhou na preparação de equipes para atuação no hospital, demonstra as dificuldades pessoais e profissionais para lidar com esse tema difícil que requer elaboração de vivências e experiências passadas.

O medo, a morte como constituintes do trágico são excluídos da compreensão de AIDS que se delinea; são aspectos do mundo da vida, da relação com o outro, das dificuldades do diálogo e da elaboração da dor. Os tabus sexo e morte não foram conteúdos selecionados pelos especialistas; surgiram na elaboração de alguns programas locais e raros (3 em 417). A racionalidade técnica predominante na visão reduzida da AIDS e da educação não possibilitaria a inclusão de temas que são pertinentes ao agir comunicativo que provocaria a reflexão das ações técnicas e suscitaria críticas as próprias ações. A experiência com o medo, com a dor e com o sofrimento da pessoa portadora do HIV/AIDS, o outro na relação profissional, provoca questionamentos que são inerentes à própria atuação com o outro enquanto sujeito; novamente o trágico precisa ser eliminado e acaba eliminando o próprio sujeito pensante (HORKHEIMER/ADORNO, 1985, p.142).

As instituições executoras de “treinamentos” e os estados envolvidos nesse programa de “capacitação” eram selecionados pelo critério epidemiológico; as regiões com maior concentração de casos de AIDS deveriam ter centros treinadores. Atualmente, com a regionalização das ações, prerrogativa do SUS, as universidades dos diferentes estados da federação começaram a ter a responsabilidade de desenvolver atividades de “treinamento”.

O desenvolvimento dos “treinamentos” teve grande ênfase no ano de 1996, atingindo 80 ofertas realizadas, sendo que o ano de 1998, mesmo com o fim dos

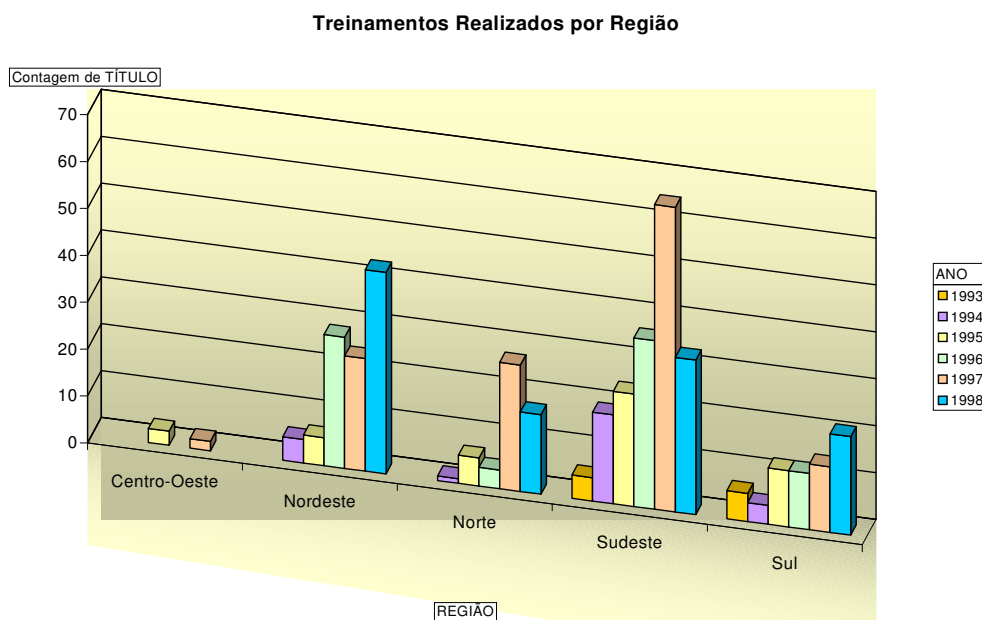
⁶⁹ Dados divulgados no Boletim Epidemiológico – Impacto da AIDS, 2002.

recursos financeiros, foi o ano com 114 oportunidades, com número menor apenas que o ano de 1997 com 132 oportunidades (gráfico 1, proveniente da tabela 2 no anexo 1).

A distribuição da realização dos “treinamentos” nos estados refletiu a grande atividade no eixo Rio - São Paulo, totalizando 157 ofertas dentro do contexto de 417, sendo o estado de São Paulo o maior agregador com 107; seguidos de 50 oportunidades no Rio de Janeiro, 50 no Rio Grande do Sul, 37 no Ceará, 22 no Pará e 27 em Pernambuco. Os dados da distribuição por estados constam na tabela 5, no anexo 1.

O gráfico abaixo demonstra a distribuição dos “treinamentos” por região e o ano de oferta, dados organizados a partir da Tabela 8 - Número de Treinamentos Distribuídos por Região e Ano, no anexo1.

Gráfico 5 - “Treinamentos” realizados por Região Federativa



Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos.

Dentre as 182 oportunidades de “treinamentos” da região sudeste temos os profissionais mais “treinados” em ordem decrescente: médicos e enfermeiros, equipes de saúde mental, assistentes sociais e dentistas. As regiões norte, nordeste e sul se

destacam por treinar médicos e enfermeiros, a região centro-oeste ainda não demonstra um contingente numérico que possa ser ressaltado, como observado na tabela 10 (anexo 1).

As instituições selecionadas localizadas na região sudeste possuem os maiores índices de “treinamento” por instituições executoras, o Emílio Ribas totaliza 33 oportunidades, enquanto o Fraga Filho ofereceu até 1998 o total de 23. Outras instituições no país capacitam tanto quanto as já citadas, como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre com 27 “treinamentos”, o Hospital Universitário João de Barros Barreto em Belém do Pará com 17 e a Universidade Federal do Ceará com 22. Instituições como A Escola de Saúde de Minas Gerais já realizou 16 “treinamentos”, a Universidade Estadual de Campinas ofereceu 19 oportunidades e a ONG/Centro Corsini de Campinas/SP 11 ofertas. Os demais dados relacionando quantidade de “treinamentos” por instituições executoras podem ser observados na tabela 9 do anexo 1, como também, a expansão de instituições treinadoras no país e o início da descentralização para outras regiões além da sudeste.

A descentralização dos “treinamentos” teve como norma as Diretrizes do SUS, seguindo a política de descentralização dos serviços de saúde. A elaboração e o desenvolvimento do projeto de controle da AIDS e das DSTs, financiado pelo Banco Mundial, acelerou essa descentralização, perfazendo os princípios da agência financiadora que os justificou através dos ideais democráticos do SUS; inseridos nos Projeto Reforsus⁷⁰.

O projeto Universidaids, que designou às universidades as responsabilidades de “capacitação” dos profissionais, surgiu devido ao aumento da demanda de “treinamentos” junto aos Centros Nacionais de Treinamentos e dos Centros Treinadores, como também para alinhar-se às diretrizes básicas do SUS.

A descentralização dos treinamentos, com a participação das Universidaids, permite que as necessidades sejam supridas, com a maior proximidade do local de atuação dos profissionais, e possibilita a elaboração de currículos adequados às demandas específicas, não previamente

⁷⁰ Ver nota de rodapé 65.

definidas. Além disso, proporciona horários adequados, que exigem um afastamento menor dos profissionais de suas funções, tornando menos dispendiosa a atividade e permitindo uma avaliação direta do seu impacto junto à realidade local (BRASIL, M.S., Projeto Universidaids, 1998, p.2).

A descentralização dos “treinamentos”, com a legitimação dada pelas diretrizes do SUS, estava em concordância com as propostas da nova estruturação do Programa Nacional e com as orientações do Banco Mundial para a educação. Essas novas orientações revogaram as diretrizes anteriores, nesse novo contexto os especialistas centrais seriam regionalizados.

Além da finalidade de descentralizar, o projeto Universidaids apresentou uma proposta de mudança conceitual, transformando os padrões de “treinamentos” em educação continuada em serviço:

A perspectiva de atuar dentro da filosofia da “educação continuada em serviço”, envolvendo as Universidades e os serviços, destina-se a melhorar a qualidade de ensino ministrado aos profissionais em campo, que terminam sua graduação formal e necessitam de constante atualização. Também possibilita às Universidades revisar e melhorar os conteúdos e práticas de ensino em DST/AIDS, na graduação e pós-graduação dos cursos na área da saúde (BRASIL, M.S., Projeto Universidaids, 1998, p.2).

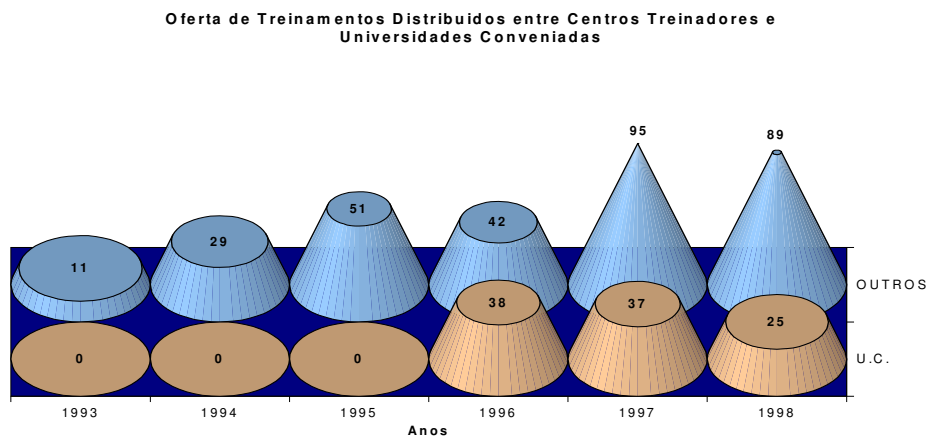
A estrutura organizacional do PNDST/AIDS assemelhou-se, em diversos pontos, com a do projeto de controle das DST/AIDS; que se constituiu por: *Promoção a Saúde e Extensão*, que contempla as áreas de prevenção, organizações não governamentais, drogas & AIDS, preservativos e disque saúde; *Epidemiologia e Capacitação de Recursos Humanos*, que engloba vigilância e análise de dados, assessoria de monitoramento de práticas sociais e **treinamento**; *Diagnóstico, Tratamento e Assistência à Saúde*, que envolve assistência à saúde, laboratório, remédios e distribuição de preservativos. O esclarecimento sobre o eixo condutor do projeto mostra a repetição das diretrizes do próprio programa, como esclarecido na publicação do Ministério da Saúde:

O eixo prioritário da ação é a descentralização através da integração dos três níveis - Federal, Estadual e Municipal, à Prevenção, em caráter permanente, é o foco central das ações com os projetos de intervenção comportamental dirigidos a grupos sob maior risco, com o objetivo de evitar novas infecções. A questão assistencial é de fundamental importância, pois busca alternativas compatíveis com a realidade nacional e com muita ênfase na melhoria da qualidade de vida e na dimensão humanitária. Aliado a isto, o desenvolvimento institucional, com a transferência tecnológica, será intensificado (BRASIL, M.S., 1996b, p.1).

Essa descentralização teve como primeira estratégia o envolvimento das universidades e a manutenção dos centros treinadores e dos centros de referência nacional, enquanto essas se preparavam para assumir a atividade.

Podemos observar a evolução da descentralização, através do gráfico abaixo, demonstrando o início do envolvimento das universidades conveniadas em 1996, manutenção do número de ofertas em 1997 e pequena redução no ano de 1998. Gráfico elaborado a partir da Tabela 9 – Instituições Executoras de Treinamento por Região, anexo1.

Gráfico 6 – Oferta de “treinamentos” distribuídos entre os Centros Treinadores (outros) e as Universidades Conveniadas (UC)



Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos.

Os centros treinadores apresentaram uma diminuição das ofertas em 1996, entretanto, ampliaram o número de ofertas em 1997 e permaneceram com números próximos em 1998.

Os entrevistados possuem opiniões diferentes sobre esse processo de descentralização dos “treinamentos”:

Eles tentaram colocar essa coordenação junto a uma universidade, então tem a USP, vamos dizer, quem vai ser o tal professor da USP. Ele vai ficar na coordenação do treinamento, mas ele nunca viu AIDS. Não é só ele, não tem clínica de AIDS, só tem um caso ou outro. Não há sentido nisso. Em algumas cidades de outros estados é uma atribuição universitária fazer treinamento...Tentaram fazer aqui, não deu em nada. O projeto Universidaids, aqui não deu certo. E não foi porque o recurso iria para a universidade, então eles descentralizariam de vez. Segundo, não deu em nada até agora, imagine a USP vai dar treinamento em AIDS...eles vão dar o treinamento dentro de que, dentro de certas estruturas curriculares, de certos teóricos...não deu em nada. Deve ter dado alguma coisa lá no norte, nordeste. Aqui em São Paulo não. Imagine tirar do Emílio Ribas o treinamento, para por na USP (SHULTE, G. Entrevista concedida pelo coordenador da Saúde Mental do Emílio Ribas, São Paulo,S.P., 28 set. 1999, p.8).

O próximo desafio é que os treinamentos se articulem ao nível comunitário, inclusive para identificar necessidades, definir cursos a serem oferecidos e buscar recursos quando acabar o AIDS II, para poder ter continuidade. Só que isso está muito atrasado...Na verdade até agora essa articulação inter-institucional da proposta não ocorreu. Acho que há uma grande dificuldade a ser vencida. É que quando você fala em articular ao nível inter-institucional, então você fala de São Paulo e tem que falar Emílio Ribas, USP, Paulista, Santa Casa...tem muito cocar. O que tem de cacique, então as dificuldades acabam sendo ter que vencer vaidades e interesses de quem vai querer dar a última palavra no sentido de quem é que manda no dinheiro. Dentro desta proposta existe a autonomia regional, inclusive no diferenciamento econômico (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 16 jun. 1999, p.6).

Eu cheguei à conclusão que se nós pudéssemos ter pessoas que pudessem ser treinadas no local de origem delas, ao invés dos alunos se deslocarem para cá, nós teríamos os profissionais capacitando e oferecendo o curso com a experiência daqui e a realidade de lá. Então, a partir desse ano, eles aceitaram a nossa sugestão...agora é a Secretaria de Estado que dirá que região que ela quer que pessoas sejam treinadas. Agora desmembrou, ao invés de ter contato com o Ministério, teremos contato com a Secretaria, descentralizou. Eu achei

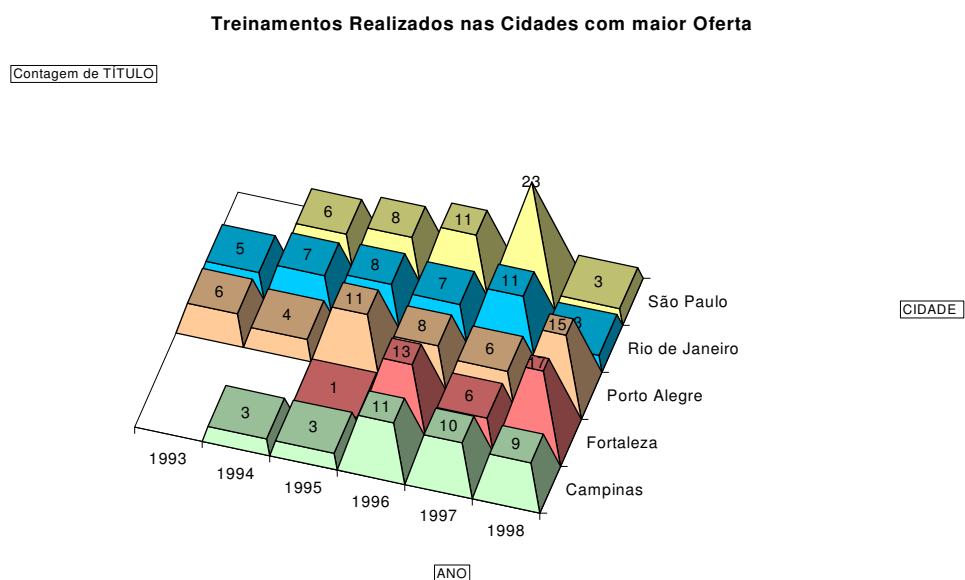
ótimo, descentralizou, ficou na Secretaria a inscrição, seleção... Porque ela tem o mapeamento da região, ela tem os dados epidemiológicos para saber qual a região que precisa de treinamento. De repente nós estávamos capacitando pessoas que vão ter um conhecimento excelente profissional, mas não tem o retorno que é o objetivo, que é capacitar outros ou implantar centros de atendimento (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.2).

A compreensão da necessidade epidemiológica de novos “treinamentos” que propiciarão profissionais capacitados para a assistência de pessoas portadoras do HIV/AIDS versus a limitação em aceitar mudanças, devido às histórias profissionais construídas no decorrer dessa centralização; promoverão diferentes discussões sobre a descentralização, no eixo Rio de Janeiro e São Paulo. A cidade de São Paulo se caracterizou por divergências na organização das ações coletivas desde o início da epidemia. Representadas por discussões: sobre quem iniciou o programa estadual, a decisão de quem diagnosticou o primeiro caso de AIDS, a centralização do poder pela secretaria de saúde, a não aceitação da divisão das responsabilidades na fase de internação; enfim, vivências históricas que dificultarão a descentralização das ações do Emílio Ribas para as universidades do município. Na cidade do Rio de Janeiro a epidemia começou dentro de uma universidade que tinha como responsabilidade a assistência e a educação, dado que favorece a descentralização e o repasse da responsabilidade para a secretaria estadual.

Os municípios do país com maior número de ofertas e considerados centros treinadores são as cidades de São Paulo com 51, Porto Alegre com 50, Rio de Janeiro com 41, Fortaleza com 36 e Campinas com 36 ofertas. As ofertas de “treinamento” da cidade de Campinas apresentam uma exclusividade dentre os Centros Treinadores, a participação de uma ONG, além da universidade estadual e da secretaria municipal; conforme a tabela 7 do anexo 1.

O gráfico abaixo ilustra essa distribuição dentro do período de 1993 e 1998, sendo o ano de 1997 com maior oferta obtido a partir da Tabela 7 – Número de Treinamentos Distribuídos por Cidade e Ano, anexo 1.

Gráfico 7 – “Treinamentos” nas cidades com maior oferta por Ano



Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos.

A intenção de descentralizar as ações educativas estava na pauta do projeto AIDS II, o que possibilitou discussões sobre essa reestruturação:

No decorrer de 1995, as ações de treinamento sofreram importante redirecionamento, de modo a ampliar a descentralização de atividades e ofertas. Essa reorientação favorece ainda a autonomia dos promotores de treinamento de todo o país. Para se abrirem novas frentes de capacitação, iniciou-se uma série de contatos com instituições universitárias. A estas caberá agilizar e gerenciar projetos circunstanciados às suas áreas de atuação, em estreita colaboração com os parceiros tradicionais, notadamente as coordenações de DST e AIDS de municípios e estados (BRASIL, M.S., 1996a, p.72).

Esse redirecionamento atribuiu as universidades o dever de realizar comissões interinstitucionais para realizar o diagnóstico situacional: delimitar área de atuação, avaliar a situação epidemiológica das DSTs e da AIDS, conhecer as condições institucionais e comunitárias, saber o número de profissionais a serem “treinados” para atuarem na assistência a pessoas portadoras do HIV/AIDS e estimar a necessidade de

capacitação para atender a demanda epidemiológica. Essas ações deveriam estar vinculadas ao plano estratégico, que deveria responder às questões acima pontuadas.

O Programa Nacional de DST/AIDS lançou um modelo de ação em publicações (1993 e 1994) sugeriu que os resultados fossem medidos através do impacto causado; a implementação deveria acontecer pelo monitoramento, uso de indicadores e redirecionamento com “treinamentos”; o planejamento deveria ser posterior ao conhecimento da realidade nacional e a elaboração da programação. A política, anteriormente denominada norma, estava atrelada à descentralização, promoção da saúde, acessibilidade, participação social, uso da epidemiologia como critério de prioridade e desenvolvimento institucional. Esses seriam os caminhos pelos quais as universidades deveriam iniciar e consolidar suas atividades de “treinamento”, o que exigiria a colaboração de comissão interinstitucional, que seriam formadas por profissionais de diferentes instituições dos municípios envolvidos com as questões referentes à AIDS.

As instituições treinadoras estavam divididas em: Centro de Referência Nacional e Centros Treinadores. Os Centros de Referência Nacional (CRN - AIDS) foram definidos como: “...são serviços hospitalares de nível terciário e importantes referências assistenciais, alguns dos quais com as maiores casuísticas e experiência, em nosso país e no mundo” (BRASIL, M.S., 1994b, p 21).

Os Centros Treinadores em Doenças Sexualmente Transmissíveis (CT-DST), criados desde 1994, são serviços ambulatoriais públicos já existentes e considerados de referência no atendimento às pessoas com DST, esses não constam no foco de análise deste estudo.

As universidades conveniadas, em número de quinze e situadas em diferentes regiões do país, são consideradas aquelas que oferecem “treinamentos” dentro dos padrões sugeridos pelo PNDST/AIDS. A lista com as universidades conveniadas está localizada no anexo 2.

2.1. A avaliação

O próprio Ministério da Saúde constituiu um Grupo Assessor de Treinamento (GAT) para realizar a avaliação dessa prática educativa, entretanto, como parte da estratégia política de descentralização dessas ações, com o propósito de:

...traçar um perfil contextualizado das Instituições cooperadas, no que se refere ao planejamento, implementação e avaliação das ações de treinamento, por meio do levantamento de informações, percepções e valores que, em consonância com a estratégia de descentralização, servirão como subsídio para:

- a) fortalecer e reforçar a capacidade dos grupos das Instituições cooperadas de criar/desenvolver/institucionalizar processos auto-avaliativos permanentes;
- b) reforçar o papel das Instituições cooperadas como responsáveis pela capacitação de recursos humanos em DST/AIDS;
- c) suprir as necessidades relacionadas com a capacitação de recursos humanos em DST/AIDS, identificadas nessas Instituições;
- d) fortalecer os canais de comunicação, acompanhamento e atendimento a demandas entre Ministério da Saúde e Instituições cooperadas; e
- e) reorientar o estabelecimento dos Termos de Cooperação Técnica da área de treinamento e a alocação dos recursos nas diferentes Instituições (BRASIL, M.S., Anexo IV, p. 1-2).

A ação específica do grupo assessor foi a avaliação, compreendida como “função diagnóstica” para auxiliar na reflexão sobre a prática, com abordagem denominada por eles de “responsiva” baseada em Stake (1975), com a metodologia de trabalho composta por: levantamento documental e visita de acompanhamento às Instituições cooperadas e emissão de relatórios.

A avaliação proposta teve a finalidade de dar respostas como a elucidação abaixo:

... o papel da avaliação é dar respostas às indagações que, por sua vez, provêm essencialmente de três grupos interessados: os que têm poder de decisão sobre o objeto ou o foco em questão (programa, curso em ação, Instituição ou outro); os que, de fora da Instituição ou desse objeto, influem direta ou indiretamente na formulação de políticas relacionadas ao

foco de atuação; e aqueles que formam o corpo da Instituição ou do programa e que vivem e dinamizam seu cotidiano (Tijiboy, Penna Firme e Stone, 1990) (BRASIL, M.S., Anexo IV, 1998, p.9).

As respostas deveriam ser dadas para quem tem poder de decisão, a quem influencia o processo educativo e a quem o executa, demonstrando a hierarquia do poder de mudança ou permanência nas instâncias do Programa Nacional. O próprio grupo GAT pode ser situado entre os que influenciam as decisões e os profissionais das instituições executoras aos que vivem os programas educativos.

A avaliação apresentada pelo grupo assessor, no Relatório Anual do GAT - 1997, continha informações colhidas pelos sete membros que o compõem, foram realizadas análises documentais e visitas a 50 projetos, “o que corresponde a 52% do total de 96 Termos de Cooperação firmados em 1997” (BRASIL, Documento Básico da Proposta de trabalho do Grupo Assessor de Treinamento da CN-DST/AIDS, 1998, p1).

O relatório respondeu a questões relacionadas com os itens: comissão interinstitucional, integração intra e interinstitucionais, coordenações, recursos e/ou condições para realização dos “treinamentos”, processo de identificação das necessidades de “treinamentos” e de seleção dos “treinados”, diretrizes curriculares, conteúdos e processo de aprendizagem versus necessidades do trabalho; processos avaliativos, incluindo pertinência do currículo de “treinamento” e a avaliação do seu impacto na realidade do trabalho. A conclusão do relatório apontou mudanças como a incorporação de conteúdos específicos sobre AIDS nos currículos de graduação, a exigência de redimensionar as necessidades de treinamentos no país, a intenção de investigar a integração ensino/serviço, colocando uma discussão: “...que é a visão do treinamento como meio para que estratégias definidas a partir de políticas de saúde para o controle das DST/AIDS sejam alcançadas” (BRASIL, M.S., Anexo IV, 1998, p21). A compreensão dessa visão sugere que as estratégias políticas de saúde para controlar a epidemia dependem dos “treinamentos” para serem alcançadas. Essa prática educativa recupera a concepção de educação como “salvadora”, encontrada no século XIX na época do higienismo.

As conclusões do relatório nos remetem a descentralização como estratégia para “redimensionar as necessidades de treinamento no país”, como também para a incorporação dessa “capacitação” durante a formação/graduação profissional. Essas conclusões podem sugerir a transferência de responsabilidades das instituições executoras consideradas Centros de Referência para as universidades que são componentes do projeto Universidaids, decompondo o programa de “treinamento” que perde o financiamento em 2002, retirando a responsabilidade dessa organização do Programa Nacional. A descentralização ocorre em consonância com a suspensão do financiamento, sendo legitimada pelas diretrizes do SUS.

A assistente social que participou da equipe de especialistas para a elaboração das diretrizes, conheceu o trabalho do GAT e teve acesso a parte do relatório que foi divulgado na home page. Os outros entrevistados não fizeram parte do público selecionado na amostragem. Os relatos demonstram desconhecimento do trabalho realizado pelo grupo:

Não sei, comigo acho que não (ZORNITTE, M. Entrevista concedida pela psicóloga do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R.J., 25 mar. 1999, p.22).

Não, eu diretamente não. Provavelmente, ela deve ter alguma coisa para te informar... (MARINS, H.M.R. Entrevista concedida pela chefe da sessão de Planejamento do Serviço Social do Fraga Filho, Rio de Janeiro, R.J., 25 mar. 1999, p.25).

A assistente social que participou dessa avaliação refere parte da compreensão do processo:

Houve um período, em determinado momento que o próprio NUTES estava em função de avaliar, mas depois a gente não soube muito. Eu soube parte do relatório dessas avaliações, ou seja de um modo global dos cursos. O NUTES (Núcleo de Educação em Saúde/RJ) tem uma ligação com o GAT, que é quem fez um trabalho nesse sentido. Mas na minha cabeça acho que o Ministério deveria, a partir do momento que ele era tão rigoroso... (SOARES, M.G. Entrevista concedida pela Diretora da Divisão de Apoio Assistencial do Fraga Filho, Rio de Janeiro. R. J., 25 mar. 1999, p.13).

A realização do trabalho de avaliação foi minuciosa na etapa das entrevistas e do conhecimento dos locais selecionados, porém, a demora na divulgação da conclusão e a forma resumida como foi apresentada na home page, sem devolução aos locais entrevistados, trouxe um desconhecimento sobre essa etapa do projeto do Banco Mundial. As informações fragmentadas e o desconhecimento desta avaliação suprimiram parte da história dos “treinamentos” aos executores. O mesmo movimento da consciência fragmentada ocorreu, os especialistas detiveram as informações e divulgaram apenas parte do conteúdo, não contribuindo para a revisão das propostas ou das ações dos executores. Os dados apresentados nesse relatório subsidiaram as negociações do novo projeto de financiamento que tem como objetivo a sustentabilidade do PNDST/AIDS.

O GAT não respondeu aos propósitos de: favorecer a comunicação, facilitando o acesso das informações ao PNDST/AIDS; não supriu as necessidades de capacitação das instituições executoras e não fortaleceu a auto-avaliação. Entretanto, conseguiu orientar os termos de cooperação técnica entre o PNDST/AIDS e o Banco Mundial.

O projeto AIDS III tem como componentes ações que envolvem: a gestão estratégica, o desenvolvimento de políticas sustentáveis de prevenção e promoção dos direitos humanos. O termo “treinamento” não aparece nas linhas traçadas do projeto, a palavra “capacitação” a substitui no componente gestão estratégica, apresentada como “Fortalecimento e capacitação dos gestores de programas e serviços para o HIV/AIDS dos novos municípios participantes” do processo de descentralização. O conceito “capacitação” significa tornar-se capaz, habilitar-se, termos amplamente usados para designar cursos que favoreceriam a realização do trabalho. A mudança conceitual de “treinamento” para “capacitação” sugere mudanças nas propostas de cursos oferecidos aos profissionais, referendando mais a descentralização que as propostas educativas. As ações especificadas para esse sub-componente são:

Fortalecer os processos de formação e atualização dos recursos humanos na área de saúde para HIV/AIDS e outras DST;

Ampliar a resposta assistencial, de diagnóstico e de promoção à saúde por meio de cursos de especialização e de formação profissional nos diversos níveis de atenção (BRASIL, M.S., PNDST/AIDS, Carta Consulta. 2002).

O tema da “capacitação” profissional e a definição dessas oportunidades para os profissionais de saúde permeiam as discussões sobre a ampliação da assistência às pessoas portadoras do HIV/AIDS; a contenção da epidemia e o fortalecimento da gestão estratégica, por se constituir parte do desenrolar das ações nacionais no combate à epidemia de AIDS.

A compreensão das diferentes visões de educação elucidada a forma e a importância das “capacitações”. A interferência, quase invisível, do Banco Mundial nesse processo educativo ocorreu através da visão de educação que imprime nos programas de “treinamento”, na forma como são elaborados as diretrizes e os planos educativos. O financiador assume a razão instrumental como padrão de ação e os envolvidos com a execução dos projetos, por estarem distanciados da política envolvida, reforçam o individualismo e perdem a visão complexa da AIDS.

As visões sobre a AIDS são diversas entre os entrevistados, a definem como: veio para revolucionar o sistema de saúde; doença privilegiada; uma doença qualquer; tremendamente assustadora; um problema de todos, aspectos culturais, sociais e econômicos; mudança de valores; um pesadelo, um terror; denunciador dos males sociais. Essas compreensões estão permeadas pelos diferentes saberes e pelos componentes do mundo da vida e do sistema, entretanto, a relação teoria - prática, as reflexões ficam distanciadas das próprias ações.

A descentralização dos “treinamentos” representou a transferência da responsabilidade da execução, interrompendo essas ações nas instituições pesquisadas. No início dessas práticas educativas, a centralização em instituições com assistência a pessoas portadoras do HIV/AIDS, alterou o funcionamento dos serviços e a rotina dos profissionais que ampliaram suas atribuições. A permeabilidade dos serviços às interferências do financiador, a despolitização dos profissionais sobre os acordos firmados entre governo e Banco Mundial, as preocupações com a assistência

e a prevenção; favorecem a fragmentação de suas compreensões e ações, nos colocando distantes da crítica. Entretanto, a AIDS traz em si um potencial de transformação, a relação com o medo, com a morte, com o trágico quando não paralisa impedindo a reflexão provoca a aproximação e suscita ações de interação com o outro. A relação com outro nos instiga favorecendo a crítica e possibilitando a mudança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conflitos e tabus relacionados com a AIDS desvelaram as fragilidades das ações curativas e o difícil caminho entre a vida e a morte. O aprender a cuidar do outro requer uma compreensão do próprio processo com a doença, com a dor, com a morte, enfim, uma auto-reflexão; como relatou o psiquiatra:

O trabalho todo é a oportunidade de ter uma percepção do seu próprio processo, inclusive isso foi acontecendo comigo na própria vivência com os pacientes, eles que me trouxeram isso, a partir das próprias atitudes e reflexões deles; eles me fizeram parar e refletir sobre mim mesmo (MELLO,R.T.C. Entrevista concedida pelo psiquiatra do Emílio Ribas, São Paulo. S.P., 16 jun. 1999, p.9).

A compreensão da própria dor favorecendo o cuidado com o outro tem representação na mitologia, no “primeiro educador” em saúde, o mito de Quíron. O centauro, filho do deus Cronos com a ninfa Filira foi instruído nas artes marciais, no conhecimento da natureza, das ervas, da cura; pelos tutores Apolo e Artemis. Quirón dedicou-se a instrução, orientando vários heróis como Hércules, Orfeu e dentre eles Asclépio/Esculápio deus grego-romano da medicina⁷¹. Quíron é conhecido como o curador ferido, pois acidentalmente foi ferido por uma flecha envenenada, resultando numa dor incurável. Asclépio, pai de Hígea (deusa da saúde) e de Panacéia (deusa da cura), tem como símbolo um bastão com uma serpente em volta, símbolo esse usado ainda hoje pela medicina⁷².

A reflexão sobre a dor e a atuação curativa possibilita a compreensão da doença e da complexa relação com o outro, a pessoa portadora do HIV/AIDS inserida em uma sociedade neste momento histórico. A relação com o outro, quando baseada na comunicação, promove a emancipação que nos tira das coerções pessoais, sociais,

⁷¹ <<http://www.Neuropsicologia.pcs.br/quiron.html>>

⁷² Ler mais em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/simbolo.htm>.

políticas e econômicas. A intersubjetividade propiciando a emancipação, enquanto pessoas livres dos condicionamentos que vivenciamos dentro dos sistemas sociais e políticos.

A trajetória da AIDS nesse momento histórico favoreceu reflexões, retrocessos e percursos que podem nos incitar a atuações mais pertinentes nas epidemias futuras.

As ações curativas não mantiveram as conquistas dos trabalhos realizados em equipes, característica das primeiras ações de assistência. A prática assistencialista centrada na visão médica, recuperada com a medicalização da AIDS, está representada na seleção dos conteúdos e dos profissionais priorizados para os “treinamentos”. A educação com a função de treinar e capacitar para determinados objetivos diminuiu as possibilidades de comunicação com a especialização e a individualização predominando nessas ações educativas. A racionalidade instrumental, representada por essa visão de educação, condicionou a forma de atuação com as pessoas portadoras do HIV/AIDS.

O Banco Mundial teve um papel fundamental no enfrentamento da epidemia, enquanto parceiro e financiador de parte do PNDST/AIDS; manteve a segurança do sistema sem crises, influenciou de maneira silenciosa os projetos educativos e as ações de prevenção. Atualmente, continua participando das elaborações das propostas mundiais de combate à epidemia.

O Brasil, com o PNDST/AIDS, tem um dos programas mais reconhecidos internacionalmente como modelo de controle e prevenção da epidemia. Um dos aspectos não apoiados pelo Banco Mundial se refere a manutenção do direito à saúde em respeito à Constituição Federal que garante o acesso aos medicamentos anti-retrovirais. Essa prática é considerada assistencialista pelos técnicos do Banco e contrária às idéias apresentadas nos projetos financiados que visa um Estado com ações sociais reduzidas.

Os meandros das negociações com o Banco Mundial ficaram distantes dos profissionais, o que gerou conflitos, contradições e não-compreensão dos interesses implícitos nesses acordos financeiros. O financiador delimitou o uso do recurso financeiro como regra e definiu como seria a utilização para os componentes

acordados e a pertinência destes aos objetivos traçados; distanciando a compreensão da totalidade da comunicação, fragmentando a consciência. Esse processo que envolve a hierarquia de poderes, e no qual a necessidade de discussões é substituída por regras, a realização da ação pode ficar restrita a atitudes instrumentais. A redução das informações se limita ao que concerne à execução de tarefas ou aos aspectos relevantes para o êxito dos acordos, gerando uma tolerância aos aspectos desconhecidos que tornariam claras as instruções, finalidades e explicitariam conflitos de interesses. A fragmentação da consciência nesse momento favoreceu a tranquilidade na realização do acordo entre o Banco Mundial e o governo brasileiro, evitando questionamentos sobre a aplicação dos recursos às necessidades da clientela atendida.

A cultura dos especialistas aprofundou o conhecimento de parte da totalidade, porém, contraditoriamente trouxe como consequência a visão limitada desta totalidade, promovendo a fragmentação da compreensão. Na história da AIDS observamos momentos em que a fragmentação propiciou a despolitização dos profissionais envolvidos com a epidemia; o desconhecimento do acordo firmado entre o Brasil e o Banco Mundial; o preconceito gerado pela mídia às pessoas contaminadas pelo HIV/AIDS, entre outros exemplos.

O trajeto desta história trouxe a redução do trágico para o cotidiano, tornou a informação parte da consciência fragmentada, e demonstrou a preocupação financeira balizando as ações de solidariedade. Na referência a Horkheimer/Adorno, o trágico calculado se torna uma benção e nos protege do medo, possibilitando a tranquilidade necessária para a manutenção do sistema

A redução da incidência da contaminação é importante, a queda da mortalidade é fundamental para a vida das pessoas portadoras do HIV/AIDS; porém, no desenrolar da história perdemos a oportunidade de vivenciarmos a epidemia sem colonizá-la ao sistema capitalista, perdemos a oportunidade de realizarmos ações assistenciais condizentes com a tragédia da morte. Conseguimos reduzir o medo, ampliar a vida e não aprendemos, de certa forma, como nos relacionarmos com os conflitos da morte, das diferenças nas opções sexuais, da solidariedade com o outro. Aprendemos a criar

movimentos de solidariedade, de realizarmos resistências, mas ainda falta não nos deixarmos aprisionar.

O medo como lembrança do trágico é necessário para que a epidemia possa ser contida socialmente, para que ações possam ser estruturadas preventivamente. Entretanto, individualmente o medo da morte requer elaboração, aproximação, contenção, pois a pessoa portadora do HIV/AIDS sobrevive a epidemia. O conflito entre o medo social, preventivo e o medo individual e limitador deve ser discutido para as elaborações de campanhas educativas; evitando o preconceito, o estigma e o distanciamento das experiências, petrificando as ações preventivas em informações. A morte é usada como referencia na prevenção e distanciada do cotidiano da assistência prestada as pessoas portadoras do HIV/AIDS por estratégias das ações técnicas; na prevenção o trágico é usado para que a prevenção seja efetiva e na assistência é distanciada para que o cuidado com o outro aconteça. Contradição nas ações técnicas que favorece a efetividade dessas, porém, não propiciam a compreensão das relações e a interferência do sistema no mundo da vida.

A educação estabeleceu uma relação complexa com a saúde, tanto na prevenção como na capacitação. A função atribuída à educação de controlar a epidemia através da prevenção, realçou a individualidade e petrificou a palavra preservativo como solução. A prevenção resgatou algumas estratégias utilizadas na educação sanitária, nesse momento histórico com outras ações tecnológicas, porém, com os objetivos de mudança de comportamento como na “era do higienismo”. As campanhas publicitárias, como no passado, tiveram a função social de controlar comportamentos manipuláveis, sugerindo o “aprender a responder” a contaminação do HIV/AIDS. A “pedagogia do medo” foi recuperada com o outro se tornando o “inimigo” a ser evitado, sendo divulgada em vários slogans como: “Quem vê cara não vê AIDS”.

O deslocamento das responsabilidades sociais para o indivíduo promove o cuidado consigo quando não isenta o Estado de suas atribuições, favorecendo a despolitização e culpabilização da população com o uso da linguagem militar para referendar ações “contra” a epidemia. Essa linguagem mostra os resquícios do passado, quando as estratégias utilizadas nas epidemias tinham a participação da polícia sanitária para

controlar, inspecionar e garantir as diretrizes definidas no “combate” à doença em questão.

As epidemias que acometem a população por séculos causam impactos e reações semelhantes, a educação desde o século XVIII tem assumido a função de orientação, prevenção, mudança de comportamento e capacitação profissional.

A relação da educação com a capacitação profissional permeada pela interferência do Banco Mundial propiciou inúmeros “treinamentos”, instrumentalizando os profissionais para as ações técnicas e não comunicativas. Os profissionais aprenderam técnicas importantes para a assistência às pessoas portadoras do HIV/AIDS, perderam o medo do contato com o outro, conheceram a epidemia, os dados estatísticos, a doença e o tratamento; entretanto, a ausência de conteúdos relacionados à morte, às emoções, à cultura etc, promoveram ações curativas predominantemente com uma visão médica, biológica.

As políticas públicas desvelaram como parte integrante do contexto da AIDS, a intolerância, a solidariedade encomendada, as ações compensadoras e a manutenção da segurança do sistema. Porém, demonstraram-se sujeitas as pressões sociais, determinações judiciais e capazes de manterem as conquistas dos direitos civis.

As políticas internacionais estimularam as pessoas a lutarem pela prevenção e pelo direito à assistência. Esse estímulo será parte da campanha publicitária da UNAIDS para o ano de 2004. O que reflete os diferentes contextos nacionais de exclusão e intolerância, as ações políticas frente à epidemia estão em patamares tão diversos que se alternam realidades de conquista com o descuido humano, encontrado em alguns países da África.

A participação das ONGs em diálogo com o governo, mostraram-se parte do mesmo argumento em alguns momentos nos quais as críticas eram absorvidas e integradas ao sistema. Entretanto, por representarem as pessoas portadoras do HIV/AIDS conquistaram reconhecimentos e incomodaram o suficiente para alterar algumas regras. A conscientização que exercem favorece o questionamento do sistema político, entretanto, em alguns momentos com poder de persuasão e mudanças e em outros de resignação.

A relação dos profissionais e das ONGs com as pessoas portadoras do HIV/AIDS é um suscitador das reflexões que nos aproximam do conhecimento e nos humanizam. Essa relação deve ser resgatada na dimensão da intersubjetividade, na qual os sujeitos interagem dentro do agir comunicativo e diminuem o poder da racionalização no agir técnico.

O conhecimento da política envolvida nas ações educativas possibilita o desvelamento das racionalidades intrínsecas e promove a crítica, que é transformadora, pois nos permite assumir posições e estabelecer relações mais verdadeiras com o outro.

O objetivo de desvelar o papel da educação na interface com a saúde pode ser compreendido através das análises das ações de prevenção e capacitação realizadas neste contexto histórico. A educação fundamentada pela razão instrumental favoreceu ações técnicas que interferiram no mundo da vida e limitaram a compreensão da epidemia, reduzindo sua complexidade; ao excluir o agir comunicativo das ações terminou colonizando a AIDS.

Esta pesquisa revelou aspectos políticos que condicionaram as ações educativas, analisou as propostas de capacitação e dialogou com os sujeitos executores dos “treinamentos”. Temas pertinentes a AIDS deverão ser estudados para nos aproximarmos da complexidade desta epidemia, que não foram abordados nesta: o papel do Estado na elaboração das políticas, a aproximação da AIDS com as epidemias do passado, entre outros. As análises estão pautadas nas reflexões delimitadas pelo contexto apresentado, pela compreensão teórica e pelas escolhas metodológicas, merecendo novas leituras e críticas futuras.

A reflexão sobre a complexidade da AIDS, a aproximação dos sujeitos com o contexto político, social, econômico, cultural têm o mesmo poder da força que gera a consciência fragmentada, como nos lembra Habermas; portanto, a revisão e elaboração de novas ações educativas é uma continuidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1988). Boletim nº2, nº3, nº5. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1989). Boletim nº6. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1990). Boletim nº11, nº12. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1991). Boletim nº13. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1993). Boletim nº18, nº19, nº20, nº22 e Boletim Especial 4. Ano 7. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1994). Boletim nº24, nº25 e nº26. Ano 8. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1995). Boletim nº27. Ano 9. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1996). Boletim nº33. Ano 10. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1997). Boletim nº35. Ano 11. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ADORNO, T. **Educação e Emancipação**. Tradução de Wolfgang Leo Maar. São Paulo, S. P.: Editora Paz e Terra, 1995. 190p.

ALTMAN, D. **Poder e Comunidade**. Tradução de Hugo S. Melo. Rio de Janeiro, R.J.: Relume-Dumará: ABIA: IMS; UERJ, 1995. 220p. (História Social da AIDS, nº5)

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo, S.P.: Boitempo Editorial, 1999. 258p.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco**. Para compreender a epidemiologia. São Paulo, S.P.: Editora HUCITEC, 1997. 327p. (Saúde em Debate, 106)

BANCO MUNDIAL. **Investindo em Saúde**. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993. Tradução da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, R.J. Fundação Getúlio Vargas, 1993. 347p.

BANCO MUNDIAL. **O Trabalhador e o Processo de Integração Mundial**. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1995. Tradução de Emílio Breyer. Washington D.C.: Oxford University Press, 1995. 273p.

BANCO MUNDIAL. **Documento de Avaliação de Projeto de Controle de AIDS e DST**. Grupo de Desenvolvimento Humano e Social, 1998. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/planejamento/aids2_planejamento.htm>. Acesso em: 21 jul. 1999.

BASTOS, C. et al. Introdução. In: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. (Org.) **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro, R.J.: Relume-Dumará: ABIA: IMS; UERJ, 1994. p.13 - 56.

BASTOS, F.I.; BARCELLOS,C.; TELLES, P.R. A Geo-política da AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. In: ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS.(1995). Boletim nº27. Ano 9. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Objetivos, Estratégias e Ações**. Brasília, D.F.,1993a. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Centros de Referência Nacional em DST/AIDS**. Brasília, D.F.,1993b. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F.,1993c. Ano I, nº1 - outubro/dezembro de 1993. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F.,1993d. Ano I, nº2 - dezembro de 1993/ fevereiro de 1994. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Programa Nacional de DST/AIDS. Relatório 1992 - 1994**. Brasília, D.F., 1994a. 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F.,1994b. Ano II, nº1 - fevereiro/abril de 1994. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F.,1994c. Ano II, nº2 - maio/julho de 1994. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F., 1994d. Ano II, nº3 - setembro/novembro de 1994. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Orientação às Instituições Executoras de Treinamento para a Seleção de Candidatos**. Brasília, D.F., 1995a. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F., 1995b. Ano III, nº1 - janeiro/julho de 1995. 88p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F., 1995c. Ano III, nº2 - agosto/dezembro de 1995. 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **DST/HIV/AIDS A Resposta do Brasil**. Brasília, D.F., 1996a. 95p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. Administração Financeira. **Instruções Práticas de Procedimentos Administrativos do projeto de Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS**. Brasília, D.F., 1996b. 37p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F., 1996c. Ano IV, nº1 - janeiro/julho de 1996. 74p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F.,1996d. Ano IV, nº2 - agosto/dezembro de 1996. 95p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F.,1997a. Ano V, nº1 - janeiro/julho de 1997. 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F.,1997b. Ano V, nº2 - agosto/dezembro de 1997. 79p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F.,1998. Ano VI, nº1 - janeiro/julho de 1998. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Documento Básico da Proposta de trabalho do Grupo Assessor de Treinamento (GAT) da CN-DST/AIDS**. Brasília, D.F.,1998. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/udtv/gat.htm>. Acesso em: 02 mai. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral do PN DST/AIDS. **Anexo IV - Documento Básico da Proposta de trabalho do Grupo Assessor de Treinamento (GAT) da CN-DST/AIDS**. Brasília, D.F.,1998. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/projuniv/anexoiv.htm>>. Acesso em: 02 mai. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Projeto UNIVERSIDAIDS**. Brasília, D.F.,1998. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/projuniv.htm>>. Acesso em: 02 mai. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **AIDSII. Características Gerais**. Brasília, D.F.,1999. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/planejamento/aids_2.htm>. Acesso em: 21 jul. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Lançamento da Campanha Mundial de Prevenção à AIDS**. Brasília, D.F.,1999. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/cap_mundial.htm>. Acesso em: 24 set. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Catálogo de Oportunidades de Treinamento**. Brasília, D.F.,1999-2000. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/udtv/cot1999_sudeste.htm>. Acesso em: 18 abr. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Carta-Consulta. Projeto de Apoio à Sustentabilidade e Gestão Estratégica das Políticas de Controle do HIV/Aids e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. AIDS III**. Brasília, D.F.,2002. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **REFORSUS. Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde**. Brasília, D.F., 2002. Disponível em: <http://www.reforsus.saude.gov.br/pag_reforsus.asp>. Acesso em: 27 set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, D.F., Ano III, nº7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, D.F., Ano V, nº3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, D.F., nº6. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico. Impacto da AIDS**. Brasília, D.F. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/site/impacto.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2002.

CADERNOS ABONG. **Direitos Humanos, Cidadania e AIDS**. São Paulo, S.P.: Editora Autores Associados. 2000, nº28. 175p.

CAMARGO, A.M.F. **A AIDS e a Sociedade Contemporânea**. São Paulo, S.P.: Editora Letras & Letras/FUNCAMP, 1994. 384p.

CAMARGO JR., K.R. A construção da AIDS. In: CZERESNIA,D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO,S. (Org.) **AIDS Ética, Medicina e Biotecnologia**. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1995. p.27-50.

CASTILHO, E.A.; CHEQUER, P. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, R. (Org.) **Políticas, Instituições e AIDS**. Rio de Janeiro, R.J.: Jorge Zahar Editor/ABIA, 1997. p.17- 42.

CHAUÍ, M. Janela da Alma, Espelho do Mundo. In: NOVAES, A. (Org.) **O Olhar**. São Paulo,S.P.: Cia das Letras, 1988. p. 31-63.

CUNHA, A. G. **Dicionário Etimológico. Nova fronteira da Língua Portuguesa**. 2ª ed. Rio de Janeiro, R.J.: Editora Nova Fronteira, 1982. 839p.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro, R.J.: Tempo Brasileiro, 1994.125p.

FERREIRA, Aurélio B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 1ª ed. Rio de Janeiro, R.J.: Editora Nova Fronteira, 1975. 1499p.

FINLAY, J. Financiamentos para a Estratégia Global Contra a AIDS. In: MANN, J.; TARANTOLA, D. J.M.; NETTER, T.W. (Org.) **A AIDS no Mundo**. Tradução de Outras Palavras. Rio de Janeiro, R.J.: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993. p.223-239. (História Social da AIDS nº1)

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: PARKER, R. (Org.) **Políticas, Instituições e AIDS**. Rio de Janeiro, R.J.: Jorge Zahar Editor/ABIA, 1997. p.6 -108.

GAMBOA, S.S. Quantidade-qualidade: para além de um dualismo técnico e de uma dicotomia epistemológica In: GAMBOA,S.S. (Org) **Pesquisa Educacional: quantidade-qualidade**. São Paulo, S.P.: Cortez. 2000. p.84-110. (Coleção Questões da Nossa Época; v.42)

GOERGEN, P. **Pós-modernidade, ética e educação**. Campinas, S.P.: Autores Associados, 2001. 95p. (Coleção Nosso Tempo; 79)

GOERGEN, P. Pesquisa em Educação: sua função crítica. In: **Educação & Sociedade**. Campinas, S.P.: Ano III, nº 9. p.65-96, 1985.

GOERGEN, P. Educação moral: adestramento ou reflexão comunicativa. **Educação & Sociedade**. Campinas, S.P.: Ano XXII, nº76. p.147-174, 2001.

GRANGEIRO, A. O Perfil Sócio-econômico dos Casos de AIDS na Cidade de São Paulo. In: PARKER,R.;BASTOS,C.;GALVÃO,J.PEDROSA,J.S.(Org.) **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro, R.J.: Relume-Dumará:ABIA: IMS; UERJ, 1994. p 91-125.

GUERRA, M. A. T. **Política de Controle da AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no período 1983-1992:** A História contada por seus agentes. São Paulo,S.P., 1993. 280p. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica.** Tradução de Álvaro L.M. Valls. Porto Alegre, R.S.: L&PM, 1987. 136p.

HABERMAS, J. Técnica e Ciência enquanto “Ideologia”. Tradução de Zeljko Loparié. In: BENJAMIN, W.; HORKHEIMER, M.; ADORNO, T.; HABERMAS, J. **Textos Escolhidos.** São Paulo,S.P.: Abril Cultural, 1968, p.303 -333.

HABERMAS, J. **Técnica e Ciência como Ideologia.** Tradução de Artur Morão. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1997. 147p.

HABERMAS, J. Conhecimento e Interesse. Tradução de Maurício Tragtenberg. In: BENJAMIN,.; HORKHEIMER, M.; ADORNO, T.; HABERMAS, J. **Textos Escolhidos.** São Paulo,S.P.: Abril Cultural, 1968, p.291 -302.

HABERMAS, J. **Conhecimento e Interesse.** Tradução de José N. Heck. Rio de Janeiro, R.J. Zahar Editores, 1982, 367p.

HABERMAS, J. **Crise de Legitimação no Capitalismo Tardio.** Tradução de Vamireh Chacon. Rio de Janeiro, R.J.: Tempo Brasileiro, 1999. 179p.

HABERMAS, J. **Pensamento pós-metafísico.** Estudos Filosóficos. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro, R.J.: Tempo Brasileiro, 1990. 271p. (Biblioteca Tempo Universitário; nº90. Série Estudos Alemães)

HABERMAS, J. **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. Tradução de Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro, R.J.: Tempo Brasileiro, 1989. 236p.

HABERMAS, J. **A inclusão do Outro** - estudos de teoria política. Tradução de George Sperber e Paulo Astor Soethe[UFPR]. São Paulo. S.P. Edições Loyola, 2002. 390p.

HORKHEIMER, M.;ADORNO,T. **Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos**. Tradução de Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Zahar Ed.1985. 254p.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S.; FRANCO, F.M.M. **Houaiss. Dicionário da língua portuguesa**. 1ª ed. Rio de Janeiro, R.J.: Editora Objetiva. 2001. 2925p.

INGRAM, D. **Habermas e a dialética da razão**. 2ª ed. Tradução de Sérgio Bath. Brasília, D.F.: Editora Universidade de Brasília, 1994. 297p.

LAUGLO, J. Crítica às prioridades e estratégias do Banco Mundial para a educação. Tradução de Dagmar M. L. Zibas. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, S.P. nº100. p 11-36. mar.1997.

LICHTENSZTEJN, S.; BAER, M. **Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial**. Estratégias e políticas de poder financeiro. Tradução de Nathan Giraldi. São Paulo, S.P.: Editora Brasiliense, 1987. 239p.

MARIN, A.J. Educação Continuada: Introdução a uma Análise de Termos e Concepções. In: **Cadernos CEDES - Educação Continuada**. Campinas, S.P., v. 36, p. 13-20, 1995.

MÜHL, E.H. **Racionalidade Comunicativa e Educação Emancipadora**. Campinas, S.P., 1999. 275p. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

NETO, O.C. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: MINAYO, M.C.S.(Org.) **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 7ª ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, p. 51-66. 1997

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Programa especial sobre a AIDS. Relatório da OMS. In: **AÇÃO ANTI-AIDS** . Rio de Janeiro, R.J.: Editores responsáveis ABIA (Daniel, H.; Cardoso Jr., R.; Almeida, W.). p.9-12. set. 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ONUSIDA. **Panorama mundial de la epidemia**. Disponível em:<<http://www.unaids.org/wac/2002/Spanish/index..htm1>>. Acesso em: 19 ago. 2002.

OSOL, A. et al. **Dicionário Médico Blakiston**. 2ª ed. São Paulo, S.P.: Organização Andrei Editora Ltda, 1987. 1169p.

PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J. PEDROSA, J. S. (Org.) **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro, R.J.: Relume-Dumará: ABIA: IMS; UERJ, 1994. 360p.

PARKER, R. (Org.) **Políticas, Instituições e AIDS**. Rio de Janeiro, R.J.: Jorge Zahar Editor/ABIA, 1997. 182p.

QUEIROZ, M.I.P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. 2ª ed. São Paulo, S.P.: CERU e FFLCH/USP, 1983. 182p. (Coleção Textos, 4)

RIZZOTTO, M.L.F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, S.P., 2000. 265p. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

ROCHA, H.H.P. **A Higienização dos Costumes**. Campinas, S.P.: Mercados das Letras; São Paulo: FAPESP, 2003. 272p.

ROCHA, H.H.P. **Educação escolar e higienização da infância**. IN: Educação pela Higiene. Histórias de muitas Cruzadas. Cadernos CEDES, nº59. 1ª ed. abril/2003, 126p.

SABBI, A.P. **O que é FMI**. São Paulo, S.P.: Editora Brasiliense, 1991. 76p.

SCHALL, V.T.; STRUCHINER, M. Educação no Contexto da Epidemia de HIV/AIDS: Teorias e Tendências Pedagógicas. In: CZERESNIA, D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO, S. (Org.) **AIDS_Pesquisa Social e Educação**. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, p. 84-105. 1995

SONTAG, S. **AIDS e suas Metáforas**. Tradução de Paulo Henrique Brito. São Paulo, S.P.: Companhia das Letras, 1989. 111p.

STEIN, E. Dialética e Hermenêutica: Uma Controvérsia sobre Método em Filosofia. In: HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Tradução de Álvaro L.M.Valls. Porto Alegre, R.S.: L&PM, Apêndice, p. 98-134. 1987.

TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.) **Políticas, Instituições e AIDS**. Rio de Janeiro, R.J.: Jorge Zahar Editor/ABIA, p. 43-68. 1997.

TELAROLLI JR., R. **Poder e Saúde**. As epidemias e a formação dos serviços de Saúde em São Paulo. São Paulo, S.P.: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996. 259p. (Prismas)

TRIVIÑOS, A.N.S., **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. A pesquisa Qualitativa em educação. São Paulo, S.P.: Atlas, 1987. 175p.

UJVARI, S. C. **A História e suas Epidemias**. Rio de Janeiro, R.J.: Editora Senac Rio: Editora Senac São Paulo, 2003. 328p.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**. Participação popular e Controle de endemias. Rio de Janeiro, R.J. Vol.14 (sup.2) p.39-57. ago./set. 1998.

VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da Praxis**. 3^a ed. Tradução de Luiz Fernando Cardoso. Rio de Janeiro, R.J.: Paz e Terra, 1977. 454p.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1988). Boletim nº4, nº5. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1989). Boletim nº7, nº8, nº9. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1990). Boletim nº10. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1991). Boletim nº15 e Boletim Especial 1. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1992). Boletim nº16, nº17, Boletim Especial 2 e 3. Ano 6. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1993). Boletim nº21. Ano 7. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1994). Boletim nº23, nº24, nº25, Especial 5 e 6. Ano 8. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1995). Boletim nº28, nº29 e nº30. Ano 9. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1996). Boletim nº31. Ano 10. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ABIA/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1996). Boletim nº32, nº34. Ano 10. Rio de Janeiro, MCR Gráfica.

ARAGÃO, L.M.C. **Razão Comunicativa e Teoria Social Crítica em Jürgen Habermas**. Rio de Janeiro, R.J.: Tempo Brasileiro, 1992. 146p.

AROUCA, A.T. A Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. **Saúde e Medicina no Brasil**. Contribuições para um Debate. 5ª ed. Rio de Janeiro, R.J.: Edições Graal, 1984. 296p. (Biblioteca de Saúde e Sociedade v.3)

AYRES, J.R.C.M. Razão, Ciência e Pedagogia da emancipação. **Interface**. Comunicação, Saúde ,Educação. Botucatu,S.P. v.1. p 95-108. ago. 1997.

BAGNATO, M.H.S. Formação Crítica dos Profissionais da área de Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, S.C.: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Jan./Abr. 1999. v.8, nº1. p. 31- 43.

BIANCARELLI, A. Doença em Foco: As reportagens sobre AIDS publicadas pela Folha de S. Paulo. **Revista USP - Dossiê AIDS**. São Paulo, S.P.: nº33, p.136 -147, mar./mai.1997.

BRONNER, S.E. **Da teoria crítica e seus teóricos**. Tradução de Tomás R. Bueno, Cristina Meneguelo. Campinas, S.P.: Papyrus, 1997. 442p.

BUITONI, D.S. AIDS: As fala e silêncios em revistas masculinas e femininas. **Revista USP - Dossiê AIDS**. São Paulo, S.P.: nº 33, p.148-147, mar./mai.1997.

CAMARGO, A.L.C. AIDS e Direito Penal: Aspectos Gerais. **Revista USP - Dossiê AIDS**. São Paulo, S.P.: nº 33, p.56-65, mar./mai.1997.

CAMARGO JR, K.R. **As Ciências da AIDS & A AIDS das Ciências**. O Discurso Médico e a Construção da AIDS. Rio de Janeiro, R.J.:Relume - Dumará:ABIA: IMS;UERJ, 1994. 207p.

CARR, W. **Una teoría para la educación**. Hacia una investigación educativa crítica. Traducción de Pablo Manzano. Madri, España: Ediciones Morata y Fundación Paideia, 1996. 173p. (Colección Pegagogia Educación Crítica)

CARR, W. ; KEMMIS, S. **Teoría crítica de la enseñaza**. La investigación-acción en la formación del profesorado. Traducción J.A. Bravo. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, 1988. 241p.

CARR, W. Education and Democracy: confronting the postmodernist challenge. **Jornal of Philosophy of Education**. Oxford, IJF and Cambridge,USA. Volume 29, issue 1. p 75-91. March 1995.

CARVALHO, M.C.M. A Ética Discursiva de J. Habermas: um intento de conferir dignidade epistêmica à ética normativa. **Reflexão - “Dimensões da Racionalidade**. Campinas, S.P. nº64/65, p.11-39. jan./ago. 1996.

CASTELLS, Manuel et al. **Novas perspectivas críticas em educação**. Tradução Juan Acuña. Porto Alegre, R.S.: Artes Médicas, 1996. 140p. (Educação. Teoria e Crítica).

CASTILHO, E.A.;BASTOS, F.I. AIDS (1981-91): O Rastro da Tormenta. **Revista USP - Dossiê AIDS**. São Paulo, S.P.: nº 33, p.6-19, mar./mai.1997.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, R.J. Vol.13 (nº3). p.469-478. jul./set. 1997.

CORRAGGIO, J.L. **Desenvolvimento Humano e Educação**. O papel das ONGs latinoamericanas na iniciativa da educação para todos. 2ª ed. São Paulo, S.P.: Cortez, 1999. 277p. (Coleção Prospectiva, v.1)

CUPANI, A. Filosofia, Racionalidade e Comunicação. O papel atual da Filosofia conforme Apel e Habermas. **Reflexão - Racionalidade e Comunicação**. Campinas, S.P. nº59 . p.11-30. mai./ago. 1994.

CURY, C.R.J. **Educação e Contradição**. 4ª ed. São Paulo, S.P.: Cortez Editora, 1989.134p. (Coleção Educação Contemporânea)

CZERESNIA,D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO,S. (Org.) **AIDS Pesquisa Social e Educação**. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1995. 206p.

CZERESNIA,D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO,S. (Org.) **AIDS Ética, Medicina e Biotecnologia**. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1995. 158p.

DANIEL, H.; PARKER, R. **AIDS a terceira epidemia**. Ensaios e tentativas. São Paulo, S.P.: Iglu Editora, 1991. 127p

DEMO, Pedro. **Avaliação Qualitativa**. Polêmicas do nosso Tempo . 5.ed. Campinas, S.P.: Editora Autores Associados, 1995. 102p.

DEMO, Pedro. **ABC: iniciação à competência reconstrutiva do professor básico.** Campinas, S.P.: Papyrus, 1995. 212p. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico)

DEMO, Pedro. **Desafios Modernos da Educação.** 3.ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1995. 272p.

DEMO, Pedro. **Educação e Desenvolvimento.** Mito e Realidade de uma relação possível e fantasiosa. Campinas, S.P.: Papyrus, 1999. 96p. (Coleção Papyrus Educação)

DINIZ, Eli. **Crise, Reforma do Estado e Governabilidade: Brasil, 1985-95.** Rio de Janeiro, R.J.: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997. 228p.

ECO, U. **Como se faz uma tese.** 15ª ed. Tradução de Gilson Cesar Cardoso de Souza. São Paulo, S.P.: Editora Perspectiva S.A., 1999. 170p. (Coleção Estudos)

FONSECA, M. O Banco Mundial e a Gestão da Educação Brasileira. In: OLIVEIRA, D.A. (Org.) **Gestão Democrática da Educação.** Desafios Contemporâneos. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1997. 283p.

FREITAG, B.; ROUANET, S.P. (Org.) **Habermas.** 3ª ed. Tradução de Barbara Freitag, Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo, S.P.: Editora Ática,1993. 216p. (Coleção Grandes Cientistas Sociais nº15)

FREITAG, B. **A Teoria Crítica: ontem e hoje.** São Paulo, S.P.: Editora Brasiliense, 1986. 184p.

FRIGOTTO, G. (Org.) **Educação e crise do trabalho:** Perspectivas de final de século. 2ª ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1998. 230p. (Coleção estudos culturais em educação)

GADOTTI, M. **História das idéias pedagógicas**. 4ª ed. São Paulo, S.P.: Editora Ática, 1996. 319p. (Série Educação)

GERMANO, J.W. **Estado Militar e Educação no Brasil (1964-1985)**. São Paulo, S.P.: Cortez Editora e Editora da UNICAMP, 1993. 297p.

GEUSS, R. **Teoria Crítica: Habermas e a Escola de Frankfurt**. Tradução de Bento Itamar Borges. Campinas,S.P.: Papirus, 1988. 160p.

GIROUX, H. **Escola Crítica e Política Cultural**. 3ª ed. Tradução de Dagmar M.L. Zibas. São Paulo, S.P.: Cortez, 1992. 104p. (Coleção polêmicas do nosso tempo; 20)

GIROUX, H. **Teoria Crítica e Resistência em Educação**. Para além das teorias de reprodução. Tradução de Ângela Maria B.Biaggio. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1986. 336p.

GIROUX, H. A. **Os professores como intelectuais. Rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem.** Tradução Daniel Bueno. Porto Alegre, R.S.: Artes Médicas, 1997. 270p.

GIULIANI, A.C.; PEREIRA, M.Z.C. Os (des)Caminhos da Educação Profissional no Brasil. **Ensaio**. Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Rio de Janeiro, R.J. v.6.nº20. p.405 - 419. jul./set. 1998.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**.Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo, S.P.: Editora ABRASCO, 1994. 278p. (Saúde em Debate, 76)

GRANDE DICIONÁRIO LAROUSSE CULTURAL DA LÍNGUA PORTUGUESA, São Paulo, S.P.: Editora Nova Cultural, 1999.

GUIMARÃES,R.; TAVARES,R.A.W. **Saúde e Sociedade no Brasil : anos 80**. Rio de Janeiro, R.J.: Relume Dumará, 1994. 280p.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa: complementos y estudios previos**. Tradução de Manuel Jiménez Redondo. Madrid. Ediciones Cátedra, 1989. 506p.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Racionalidad de la acción y racionalización social. Tradução de Manuel Jiménez Redondo. Madrid. Taurus, Tomo I. 1989. 517p.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Crítica de la razón funcionalista. Tradução de Manuel Jiménez Redondo. Madrid. Taurus, Tomo II. 1989. 618p.

HABERMAS, J. **O Discurso Filosófico da Modernidade**. Revisão de António Marques. Lisboa. Publicações Dom Quixote. 1998. 350p.

HILL, B.; LENZI,M. Notes on the training of workers in the health sector. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, R.J. Vol.13 (nº.2) p.317-319.abr./jun. 1997.

HORKHEIMER, M.; ADORNO,T. Conceito de Iluminismo. Tradução de Zeljko Loparié. In: BENJAMIN, W.; HORKHEIMER, M.; ADORNO, T.; HABERMAS, J. **Textos Escolhidos**. São Paulo, S.P.: Abril Cultural, p. 97-124. 1980.

HORKHEIMER, M. Teoria Tradicional e Teoria Crítica. Tradução de Edgard A. Malagodi, Ronaldo P. Cunha. In: BENJAMIN, W.; HORKHEIMER, M.; ADORNO, T.; HABERMAS, J. **Textos Escolhidos**. São Paulo, S.P.: Abril Cultural, p.125 -162. 1980.

HORKHEIMER, M. Filosofia e Teoria Crítica. Tradução de Edgard A. Malagodi, Ronaldo P. Cunha. In: BENJAMIN, W.; HORKHEIMER, M.; ADORNO, T.; HABERMAS, J. **Textos Escolhidos**. São Paulo, S.P.: Abril Cultural, p. 163 -169. 1980.

International Conference on AIDS, VIIth: 1991: Florence, Italy. **Anais Science Challenging AIDS**. Switzerland. Karger AG, 1992. 300p.

JONATHAN, R. Liberalism and Education. **Jornal of Philosophy of Education**. Oxford, IJF and Cambridge, USA. Volume 31, special issue 1. p.181-216. March 1997.

LOYOLA, M.A. (Org.) **AIDS e Sexualidade**. Rio de Janeiro, R.J.: Relume-Dumará/UERJ, 1994. 246p.

LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil**. Instituição e Estratégia de Hegemonia. 3ª ed. Rio Janeiro, R.J.: Edições Graal, 1986. 295p. (Biblioteca de Saúde e Sociedade v. 4)

LUZ, M. T. A Saúde e as Instituições Médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. **Saúde e Medicina no Brasil**. Contribuições para um Debate. 5ª ed. Rio de Janeiro, R.J.: Edições Graal, 1984. 296p. (Biblioteca de Saúde e Sociedade, v.3)

MACHADO, J.L.M.; CALDAS JUNIOR, A.L.; BERTONCELLO, N.M.F. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de Saúde. **Interface**. Comunicação, Saúde, educação. Botucatu, S.P. v.1. p 147-156. ago. 1997.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M. (Org.) **AIDS in the World II**. New York, New York: Oxford University Press, 1996. 616p.

MARTINS, C. **O que é Política Educacional**. 2ªed. São Paulo, S.P.: Editora Brasiliense, 1994. 73p. (Coleção Primeiros Passos, nº 282)

MARKET, W. (Org.) **Trabalho, qualificação e politecnia**. Campinas, S.P.: Papyrus, 1996. 160p. (Coleção Educação e transformação)

MARKET, W. (Org.) **Teorias de Educação do Iluminismo, Conceitos de Trabalho e do Sujeito**. Tradução de Claudia Cavalcanti. Rio de Janeiro, R.J.: Tempo Brasileiro, 1994. 198p. (Coleção Biblioteca estudos universitários; 95)

MATTOS, M.C.I. Ensino Médico: o que sabemos? **Interface**. Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, S.P. v.1. p 193-196. ago. 1997.

McLAREN, P. **A vida nas Escolas**. Uma introdução à pedagogia crítica nos fundamentos da educação. 2ª ed. Tradução de Lúcia P. Zimmer (et.al.). Porto Alegre, R.S.: Artes Médicas, 1977. 353p. (Educação Teoria e Crítica)

MINAYO, M. C. **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC-ABRASCO, 1995. 356p.

MONTAGNIER, L. **Vírus e Homens**. AIDS: Seus Mecanismos e Tratamentos. Tradução de Maria Luiza X.A. Borges. Rio de Janeiro, R.J.: Jorge Zahar Editor, 1995. 240p. (Coleção Ciência e Cultura)

NOGUEIRA, F.M.G. **Ajuda externa para a Educação Brasileira**. Da USAID ao Banco Mundial. Cascavel, P.R.: EDUNIOESTE, 1999. 192p.

OLIVEIRA, R. A. O julgamento simulado do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: processo de ensino da ética médica. **Interface**. Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu,S.P. v.1. p 141- 146. ago.1997.

OLIVEIRA, A.D. (Org.) **Gestão Democrática da Educação:** Desafios Contemporâneos. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1997. 283p.

PÁDUA, E.M.M. **Metodologia da Pesquisa.** Abordagem teórico-prática. 2ª edição. Campinas, S.P.: Papyrus, 1997. 94p. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico)

PAIVA,V. (Org.) **Em Tempos de AIDS.** São Paulo, S.P.: Summus Editorial, 1992. 214p.

PARKER, Richard. **A Construção da Solidariedade.** Rio de Janeiro, R.J.: Relume-Dumará:ABIA:IMS,UERJ, 1994. 141p. (História Social da AIDS nº3)

PARKER,R.; GALVÃO, J. (Org.) **Quebrando o Silêncio.** Rio de Janeiro, R.J.: Relume-Dumará:ABIA;IMS;UERJ, 1996. 206p. (História Social da AIDS nº7)

PASTERNAK,J. AIDS: História Pessoal de uma epidemia. **Revista USP – Dossiê AIDS.** São Paulo, S.P.: nº 33, p.20-39, mar./mai.1997.

PERLONGHER,N. **O que é AIDS.** 2ª ed. São Paulo, S.P.: Editora Brasiliense, 1987. 94p.

PIMENTA,S.A. **AIDS: uma doença, vários discursos.** Campinas, S.P., 1997. 105p. Dissertação (Mestrado em Metodologia de Ensino). Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas.

PIRES, M.F.C. O materialismo histórico dialético e a educação **Interface.** Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, S.P. v.1. p 83-94. ago.1997.

POLLAK, M. **Os Homossexuais e a AIDS**. Tradução de Paula Rosas. São Paulo, S.P.: Estação Liberdade, 1990. 212p.

QUADRA, A. A.; AMANCIO, A. O planejamento e a formação dos recursos humanos para a saúde. In: GUIMARÃES, R. **Saúde e Medicina no Brasil**. Contribuições para um Debate. 5ªed. Rio de Janeiro, R.J.: Edições Graal, 1984. 296p. (Biblioteca de Saúde e Sociedade v.3)

SANCHES,R.M. A Relação Médico-Paciente sob o signo da AIDS. **Revista USP - Dossiê AIDS**. São Paulo, S.P.: nº33, p.46-55, mar./mai.1997.

SANTOS, G.C. **Manual de Organização de Referências e Citações Bibliográficas para Documentos Impressos e Eletrônicos**. Campinas, S.P. Editora Autores Associados; Editora da UNICAMP, 2000. 92p.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface**. Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu,S.P. v.1. p 123-140. ago.1997.

Seminário: O Impacto Social da AIDS no Brasil. 1994. Rio de Janeiro, R.J. **A Epidemiologia Social da AIDS**. Rio de Janeiro, R.J.: IMS;UERJ; ABIA: 1994. 61p.

Seminário: O Impacto Social da AIDS no Brasil. 1995. Rio de Janeiro, R.J. **Políticas Públicas de Saúde Relacionadas à AIDS**. Rio de Janeiro, R.J.:IMS;UERJ; ABIA: 1995. 50p.

Seminário: O Impacto Social da AIDS no Brasil. 1995. Rio de Janeiro, R.J. **O Impacto Sócio-Econômico da Epidemia de HIV/AIDS**. Rio de Janeiro, R.J.: IMS;UERJ; ABIA: 1995. 41p.

SILVA, C.L.C. ONGs/AIDS, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. **Cadernos de Saúde Pública**. Participação popular e Controle de endemias. Rio de Janeiro, R.J. Vol.14 (sup.2) p.129-139. ago./set. 1998.

SILVA, S.A.I. **Filosofia Moderna uma introdução**. Uma iniciação à Interrogação Epistemológica. São Paulo, S.P.: EDUC, 1992. 79p. (Série Trilhas)

SIMPÓSIO SATÉLITE. 1997, Brasília. **A Epidemia da AIDS no Brasil: Situação e Tendências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 311p.

SOARES, R. L. AIDS e imprensa: escritos do Jornal Folha S.Paulo. **Interface**. Comunicação, Saúde. Educação. Botucatu,S.P. v.2. p 47-76. fev. 1998.

TEIXEIRA, R.R. Epidemia e Mundo Securitário. **Interface**. Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu,S.P. v.2. p 77-96. fev. 1998.

TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface**. Comunicação, Saúde ,Educação. Botucatu, S.P. v.1. p 7-42. ago. 1997.

TEMPORINI, E.R. Prevenção da AIDS: Um desafio sócio-comportamental. **Revista USP - Dossiê AIDS**. São Paulo, S.P.: nº 33, p.38-45, mar./mai.1997.

TOMMASI, L.D.;WARDE, M.J.; HADDAD,S.(Org.) **O Banco Mundial e as Políticas Educacionais**. 2ªed. São Paulo, S.P.: Cortez, 1998. 279p.

VALLA, V.V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**. Participação popular e Controle de endemias. Rio de Janeiro, R.J. Vol.14 (sup.2) p.7-18. ago./set. 1998.

WINCH, C. Education: A Contested Concept. **Jornal of Philosophy of Education**.
Oxford, IJF and Cambridge, USA. Volume 30, special issue 1. p 25- 31. March 1996.

WORLD BANK. **Confronting AIDS: Public priorities in a Global Epidemic**. A World
Bank Policy Research Report. Oxford University Press, 1997. 353p.

ZUIN, A.A.S.; PUCCI, B. **A Pedagogia Radical de Henry Giroux** - Uma crítica
imaneante. Piracicaba, S.P.: Editora UNIMEP, 1999. 144p. (Teoria Crítica nº1)

ANEXOS

ANEXO 1 – TABELAS

TABELA 1

INSTITUIÇÕES EXECUTORAS DE TREINAMENTOS
POR ANO

Instituições Executoras de Treinamentos por Ano

Contagem de INSTITUIÇÃO	ANO						Total Global
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Centro Corsini / ONG		2	2	4	3		11
Centro de Orientação e Aconselhamento Henfil (Sec. Municipal)		2	1	2			5
Centro de Orientação e Apoio Sorológico de Campinas				1			1
Centro de Orientação e Apoio Sorológico/SES		2	1				3
Centro de Orientação e Apoio Sorológico/SES-RS				2			2
Centro de Orientação e Apoio Sorológico-Sergipe				1			1
Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-CRT				2	2		4
Centro de Referência Estadual na Prevenção e Controle das DST-BA					4	7	11
Centro de Treinamento- DST - Centro de Saúde José de Alencar - CE						5	5
Centro de Treinamento- DST - Centro de Saúde Meireles -CE						3	3
Centro de Treinamento DST / AIDS - São Paulo					2		2
Centro de Treinamento DST / BA					5		5
Centro de Treinamento DST / Centro Municipal DST/AIDS Porto Alegre						1	1
Centro de Treinamento DST / FCM/ UNICAMP					1	2	3
Centro de Treinamento DST / Hospital de Clínicas de Porto Alegre RS						6	6
Centro de Treinamento DST / Hospital Ipiranga					2		2
Centro de Treinamento DST / Hospital Materno Infantil Pres. Vargas RS						5	5
Centro de Treinamento DST / PE					3		3
Centro de Treinamento DST / PE - Hospital Agamenon Magalhães						1	1
Centro de Treinamento DST / PI					7		7
Centro de Treinamento DST / RN					7		7
Centro de Treinamento DST / RS					3	1	4
Centro de Treinamento DST / SE					3		3
Centro de Treinamento DST / Secretaria de Higiene e Saúde de Santos					5	3	8
Centro de Treinamento DST / Universidade Federal Fluminense -RJ					5	1	6
Centro de Treinamento DST/Faculdade de Medicina de Petrópolis -RJ						3	3
Centro de Treinamento DST/Policlínica 2 Distrito Ambulatório Aracajú						4	4
Centro de Treinamento DST/Policlínica Centro Sul Belo Horizonte BH						3	3
Centro de Treinamento DST/Universidade Federal de Pernambuco						6	6
Centro de Treinamento DST/Hosp. de Doenças Infecto-Contagiosas PI						10	10
Centro de Treinamento DST/Inst.de Dermatologia Tropical e Venerologia						5	5
Centro de Treinamento DST/Inst.de Pesquisa Assistência Materno Infantil						2	2
Coordenação do Programa Municipal de DST/AIDS			1	1	1		3
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo					3		3
Grupo Hospitalar Conceição			1				1
Hosp.Serv.Est./Instituto de Previdência Est.do Maranhão e PNDST/AIDS-MS		1					1
Hospital das Clínicas- UNICAMP			1				1
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPOA)/UFRGS	6	1	9	6	3	2	27

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 1

Instituições Executoras de Treinamentos por Ano

Hospital de Moléstia Tropical			1				1
Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão		1					1
Hospital Eduardo de Menezes			2				2
Hospital Geral de Pediatria do Instituto Materno Infantil de Pernambuco		1	4	5	2		12
Hospital Giselda Trigueiro			1				1
Hospital Nereu Ramos			1				1
Hospital Osvaldo Cruz			1				1
Hospital São José			1				1
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	3	1	5	4	8	2	23
Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle (HUGG) / UNIRIO	2	1	2	2	3	1	11
Hospital Universitário João de Barros Barreto(HUJBB)			4	4	8	1	17
Hospital Universitário Vitória - Espírito Santo			1				1
Hospital Universitário-Centro Formador de Recursos Humanos			1				1
Instituto de Infectologia Emílio Ribas		4	5	7	14	3	33
Instituto Materno Infantil de Pernambuco						2	2
Ministério da Saúde-PN DST/AIDS			1				1
Prefeitura Municipal de Bauru			1				1
Programa Estadual de DST/AIDS-São Paulo			2				2
Programa Nacionalde DST/AIDS			1				1
Sec. Est.Saúde de Pernambuco/Universidade de Brasília e PN DST/AIDS-MS	1						1
Sec. Estadual de Saúde-ES e PNDST/AIDS-MS	1						1
Sec. Estadual de Saúde-RO, Universidade de Cuiabá e PNDST/AIDS-MS	1						1
Sec. Estadual de Saúde-RS e PNDST/AIDS-MS	1						1
Sec. Municipal de Saúde de Campinas e PNDST/AIDS-MS	1						1
Sec. Municipal de Saúde de São José do Rio Preto e PNDST/AIDS-MS	1						1
Sec.Est. de Saúde -RJ, Sec.Estadual de Saúde-BA e PNDST/AIDS-MS	1						1
Sec.Municipal de Santos, Universidade de Brasília e PNDST/AIDS-MS	1						1
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - Fortaleza - CE						6	6
Secs. Estaduais de Saúde-SE/BA e PNDST/AIDS-MS	1						1
U.C.- Universidade do Sul de Santa Catarina					2	1	3
U.C.-Escola de Saúde de Minas Gerais-ESMIG				3	6	7	16
U.C.-Hospital das Clínicas- UNICAMP				6	1		7
U.C.-Hospital Universitário de Brasília					2		2
U.C.-Universidade de Campinas UNICAMP					5	7	12
U.C.-Universidade do Vale do Itajaí				4	6	1	11
U.C.-Universidade Estadual Paulista				3	3		6
U.C.-Universidade Federal da Bahia/UFBA				6		2	8
U.C.-Universidade Federal da Paraíba				3	5	4	12
U.C.-Universidade Federal de Pernambuco					1		1
U.C.-Universidade Federal do Ceará				13	6	3	22
Unidade de Testagem e Aconselhamento-SIDA/AIDS-HESFA/UFRJ	4	1	1				6
Universidade de Contestado S.C.						2	2
Universidade Federal do Piauí						1	1
Univesidade Federal de Juiz de Fora					1	1	2
Total Global	11	29	51	80	132	114	417

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 1

TABELA 2

TÍTULO DOS TREINAMENTOS POR ANO

Títulos dos Treinamentos por Ano

Contagem de TÍTULO	ANO						Total Global
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Abordagem Síndrômica em DST						1	1
Afecções Cirúrgicas na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida					1		1
Aspectos Psiquiátricos e Neurológicos em HIV/AIDS					1	1	2
Assistência às DST/AIDS em Mulheres					3		3
Assistência às Mulheres com HIV/AIDS						1	1
Atendimento à Mulher com HIV/AIDS					1		1
Atendimento ao Paciente Pediátrico com HIV/AIDS					1	1	2
Atendimento do Paciente Adulto com HIV/AIDS						1	1
Atualização em AIDS Infantil e Acompanhamento de Gestantes HIV Positiva					1		1
Atualização em AIDS para Odontólogos					1		1
Atualização em DST, HIV/AIDS						2	2
Capacitação na Abordagem de AIDS/Tuberculose				3	2		5
Capacitação para Médicos no Atendimento de Casos de DST com Ênfase na Abordagem Síndrômica						1	1
Capacitação para o Manejo Clínico-Psicossocial dos Portadores do HIV/AIDS : Estágio Prático						4	4
Capacitação Técnica para o Auxiliar e Técnico de Enfermagem em AIDS		10	12				22
Cuidados Integrals à Criança Infectada pelo HIV				1			1
Curso de Aconselhamento Pré e Pós Teste de HIV				1			1
Curso de AIDS para Odontólogos				1			1
Curso sobre Tuberculose e AIDS				1			1
Curso Teórico-Prático Cuidados Integrals à Criança Infectada pelo HIV				1			1
Curso Teórico-Prático de Assistência à Mulher com Infecção pelo HIV/AIDS				1			1
Curso Teórico-Prático para Assistência Clínica ao Paciente com HIV/AIDS				4			4
Diagnóstico e Tratamento das DST com Ênfase na Abordagem Síndrômica						2	2
Hemoterapia e AIDS						1	1
Manejo Clínico da Infecção pelo HIV						1	1
Manejo Clínico de Pacientes Com AIDS					1		1
Manejo Clínico-Psicossocial de Protadores de HIV e Pacientes com AIDS					3	1	4
Neurologia em AIDS				1	1		2
Oferecimento Universal da Sorologia para HIV no Pré Natal						1	1
Oficina de Capacitação para Aconselhamento Pré e Pós-Teste Sorológico para HIV						1	1
Oficina sobre Aspectos Psico-Sociais-Culturais Relacionados à Infecção pelo HIV/AIDS					3		3
Organização do Serviço Social para o Manejo de DST/AIDS					1		1
Preparação de Assistentes Sociais para a Assistência à Portadores de HIV e AIDS	1		3	3	6	2	15
Preparação de Equipes de Saúde Mental para a Assistência à Portadores de HIV e AIDS	2		2	4	6	2	16
Preparação de Médicos Anátomo- Patologistas para o Controle da AIDS	2	1	2	2	2		9
Preparação de Médicos Para o Manejo Clínico-Epidemiológico da AIDS Pediátrica e da Sífilis Congênita	2	2	7	6	6	1	24
Preparação de Médicos, Enfermeiros p. o Manejo Clínico-Epidemiológico da AIDS Pediátrica e da Sífilis Congênita					2		2
Seminário de AIDS Materno Infantil						1	1
Seminário de Atualização em AIDS Infantil e Acompanhamento de Gestante HIV Positiva						1	1
Seminário de Atualização em Diagnóstico e Tratamento do Paciente com HIV/AIDS				2			2
Seminário Sobre AIDS e Mulheres				1			1

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 2

Títulos dos Treinamentos por Ano

Treinamento em Aconselhamento em DST/AIDS					1		1
Treinamento Clínico Básico para a Assistência à Portadores de HIV e AIDS					1	1	2
Treinamento Clínico Básico para Enfermeiros e Obstetrias na Assistência à Portadores de HIV e AIDS	2	3	5	8	3		21
Treinamento Clínico Básico para Médicos na Assistência à Portadores de HIV e AIDS	1	3	7				11
Treinamento Clínico Terapêutico em HIV/AIDS					2	1	3
Treinamento Clínico-Terapêutico p/ Médicos e Enfermeiros na Assist. a Indiv. com Infecção - HIV/AIDS				1			1
Treinamento de Assistentes Sociais para Assistência a Portadores de HIV/AIDS				2			2
Treinamento de Auxiliares de Enfermagem em Técnicas de Biossegurança				6			6
Treinamento de Médicos e Enfermeiros na Assistência às DST/AIDS					47	68	115
Treinamento de Médicos no Diagnóstico e Tratamento das Manifestações Oportunistas na AIDS					1	1	2
Treinamento de Multiplicadores em Aconselhamento para Atuação em COAS		8	3	7			18
Treinamento de Preparação para Médicos na Assist. a Portadores de HIV e Doentes de AIDS e Tuberculose					2		2
Treinamento de Profissionais Gineco-Obstetras na Prevenção/Controle e Assistência ao HIV/AIDS						1	1
Treinamento em Aconselhamento para Pacientes de DST/AIDS e Portadores de HIV					1		1
Treinamento em Assistência Básica em DST e Prevenção da AIDS						1	1
Treinamento em Assistência Integrada no Pré-natal de Gestantes Infectadas pelo HIV				2	3		5
Treinamento em Diagnóstico Bucal das DST/AIDS					1	2	3
Treinamento em Diagnóstico e Manejo Clínico da Transmissão Vertical das DST/AIDS					1	1	2
Treinamento em Manejo Clínico e Psicossocial em DST/AIDS					1		1
Treinamento em Relações Humanas na Assistência as Pessoas Protadoras de DST/AIDS					1		1
Treinamento em Terapia Combinada para Pacientes Sintomáticos						4	4
Treinamento em Terapias Corporais Aplicadas na Assistência de DST/AIDS					1		1
Treinamento para Assistência Integrada à Gestante Infectada pelo HIV e Com AIDS					1	1	2
Treinamento para Assistência Social em HIV/AIDS					1		1
Treinamento para Auxiliares de Enfermagem para Compor a Equipe Multidisciplinar na Atenção às DST/AIDS				2	1		3
Treinamento para Implantação de Assistência Domiciliar Terapêutica (A.D.T.)			1	1	2		4
Treinamento para Implantação de Hospital-Dia (HD)			2	2	4		8
Treinamento para Implantação de Serviço de Assistência Especializada (SAE)			2	2	2		6
Treinamento para Manejo Clínico de Portadores de HIV/AIDS em Gineco-obstecícia						1	1
Treinamento para Manejo Clínico-Epidemiológico de DST/AIDS nos Níveis Primário e Secundário de Atenção				3			3
Treinamento para Médicos no Manejo da Transmissão Vertical do HIV						2	2
Treinamento para o Manejo Clínico de Portadores de HIV e AIDS na área de Gineco-Obstetria	1		3	1	1		6
Treinamento para o Manejo Clínico de Portadores de HIV/AIDS				2			2
Treinamento para Odontólogos na Assistência ao Paciente com AIDS				2			2
Treinamento para Prevenção DST/AIDS e Assistência a Portador de HIV e Paciente com AIDS em Saúde Mental				1			1
Treinamento Prático-Teórico em AIDS para Dentistas					3		3
Treinamento Teórico Prático em DST						2	2
Treinamento Teórico Prático para Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos e Nutricionistas					1		1
Treinamento Teórico/Prático de Preparação de Nutricionistas p/ Assist. Nutricional a Port. HIV/AIDS					2		2
Treinamento Teórico/Prático para Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos e Nutricionistas					1		1
Treinamento Teórico-Prático em AIDS para Dentistas		2	2	6	3		13
Tuberculose e AIDS					1	1	2
Uso da Propedêutica Armada p/ Diagnóstico e Seguimento de Portadores de HIV e Pacientes de AIDS					1	1	2
Total Global	11	29	51	80	132	114	417

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 2

TABELA 3

CONTEÚDOS DOS TREINAMENTOS POR ANO

Conteúdo dos Treinamentos por Ano

Contagem de CONTEÚDOS	ANO						Total Global
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Seminários,Aulas Teóricas e Práticas Sobre Programa de Tuberculose e AIDS					1	1	2
Abord. Sindrômica,Diag. Tratamento,Ações Vigilância Epidemiológica,Aconselhamento, Prát. Supervisionada				1			1
Abordagem Multidis.,Proc.Cirúrgicos Finalidade de Suporte ou Diagnostica,Afecções Cirurgicas					1		1
Abordagem Sindrômica nas Úlceras e Abordagem Sindrômica nas Secreções Genitais						4	4
Abordagem Sindrômica, Diag. Tratamento,Ações de Vigilância Epidemiológica Aconselhamento, Prática Superv.						1	1
Aconselhamento DST/Gestantes Sífilis/HIV/ Casais Portadores de HIV e Aconselhamento Telefônico					1		1
AIDS-Etiologia, Transmissão e Contaminação,Principais DST,Epidemio,AconselhamentoDST/AIDS,Sexualidade						1	1
Aspectos Clínicos Testes Anti-HIV ,Diagnóstico,Aspectos Psicossociais/Éticos e Jurídicos, Aconselhamento						1	1
Aspectos Clínicos-epidemio, Aconselhamento, Prevenção,Adesão ao Tratamento, Apoio Psicológico.						2	2
Assist. Enfermagem, Biossegurança, Participação do Técnico e Auxiliar de Enfermagem		10	12				22
Bases de Vigilância,Epidemio,Apresentação Clínica, Abordagem Sindrômica e Aconselhamento						2	2
Capacit. S. Mental,Epidemio,Trans. Prevenção,Diag. Asp.Clínicos,Terapêut. Éticos,Psicos,Aconselh, Biossegur.				1			1
Clínica e Epidemio ,Manifestações Orais,Infecções Oportunistas, Biossegurança,Aspectos Éticos e Prevenção						2	2
COAS, Valor Preditivo, Clínica, Asp. Psicossociais, Éticos, Jurídicos, Prática e Org.Treinam.		8	3	7			18
Compreensão do Risco de Adquirir DST/AIDS,Epidemio,Tratamento Precoce, Prevenção Transm. Vertical					3		3
Conteúdos Gerais Comuns e Aprofundamento de Conteúdos Específicos			2	4	6	2	14
Descrição do Serviço, Interação com Outras Instituições,Atendimento Ambulatório,Hospital, HD, PID.						4	4
Diagnóstico e Tratamento DST,Aconselhamento,Acompanhamento, Prevenção da Transmissão Vertical					1		1
Diagnóstico e Tratamento DST,Aconselhamento,Asp. Epidemiológicos e Práticas Amb. Supervisionadas					47	68	115
Dificuldades Atend, Risco e Biossegurança.,Diag.,Infec. e Gestação.,Complic.,Trans. Vertical, Adoles.				1			1
DST que Oferecem Risco de Transm. Mãe-Filho, Mecanismo de Transmissão,Meios de Diagnóstico,Terapêutica						1	1
Epidemio da AIDS, Asp. Clínicos, Trans. Vertical,Assist. Asp. Éticos,Psicossocial, Sexualid ,Prev DST/AIDS				1			1
Epidemio da Tuberculose,Aids, Prog. Controle Tuberc.,Diagnost., Tratamento, Atuação Equipe, Est. Caso					2		2
Epidemio Tuberculose/Aids,Diagnost.,Tratam.,Prevenção,Aconselhamento,Biossegurança,Enferm.na Equipe					1		1

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 3

Conteúdo dos Treinamentos por Ano

Epidemio, Etiopatogenia, Assistência, Aspec. Psicossociais, Éticos, Biossegurança, Org. e Gerência, Treinamento					1		1
Epidemio, Etiopatogenia, Manifestações Bucais, Prevenção, Controle, Oficina de Sexo Seguro, Aconselhamento					3		3
Epidemio, Aspectos Clínicos, Repercussão para Assistência, Transmissão Vertical, Biossegurança						1	1
Epidemio, Etiopatogenia, Asp. Clínicos/ Terap., Biossegurança, Asp. Jurídicos/ Éticos/ Psicossociais, Aconselhame.					3	1	4
Epidemio, Etiopatogenia, Aspectos Clínicos, Terapêuticos, Prevenção e Controle, Aspectos Psicossociais					1		1
Epidemio, Etiopatogenia, Manifestações Clínicas e Tratamento						1	1
Epidemio, Etiopatogenia, Aspectos Clínicos, Prevenção e Controle, Aspectos Psicossociais					1		1
Epidemio, Etiopatogenia, Diagnóstico, Biosseg., Aval. Nutricional, Interdisciplinaridade, Orient, Multicadores					2		2
Epidemio, Etiopatogenia, Transmissão Vertical, Prevenção, Manejo da Infecção na Mulher e na Criança						2	2
Epidemio, Fisiol., Diagnóstico, Aspec. Clínicos, Éticos e Psicossociais, Acons., Org. Serviço, Terapêutica				1			1
Epidemio, Gravidez e Infecção, Acompanhamento Integrado Pré-natal Aconselhamento pré e pós, Prevenção				2	4		6
Epidemio, Trans. Vertical, Manejo Clínico, Biossegurança, Diag., Prevenção, Asp. Psicossociais/ Éticos e Jurídicos						1	1
Epidemio, Vigilância, Notificação, Diagnóstico Psicossocial, Éticos, Ações Educativas, Org. Treinamento	1		3	1	1		6
Epidemio, Abordagem Clínica, Diagnóstico e Tratamento, Diagnóstico Laboratorial, Biossegurança				1	2		3
Epidemio, Aspec. Cívicos, Sociais, Assist. à Familiares e Parceiros, Encaminhamentos, Org. Treinam.	1		3	3	6	2	15
Epidemio, Biologia e Patog., Aspectos Clínicos, Tratamento, Aspectos Psicossociais e Éticos				1			1
Epidemio, Clínico, Labor, Fisiopatogenia, Condutas, Asp. Psicossoc., Éticos, Aconselhamento, Biosseg., Infecção				2			2
Epidemio, Diag., Tratam., Manif. Orais- Diag. e Tratam., Controle Infec. Asp. Éticos, Psicossociais., Ex. Clínico		2	2	5	3		12
Epidemio, Diagnóstico Clínico e Laboratorial, Diagnóstico e Tratamento, Biossegurança				2			2
Epidemio, Diagnóstico e Tratamento, Aconselhamento, Biossegurança, Papel da Enferm. na Equipe				1			1
Epidemio, Histo. Natural, Diagnóstico, Químico, Organização e Serviço				1			1
Epidemio, Visão Social e Cidadania, Assistência aos Parceiros e Familiares, Encaminhamento.				2			2
Epidemiologia, Clínica, Atuação Específica, Precauções, Psicossocial, Organização e Treinamento	2	3	5	8	2		20
Epidemiologia, Etiologia, Diagnóstico, Psicossocial, Vigilância, Tratamento e Org. Treinamentos	2	2	7	6		1	18
Epidemiologia, Etiopatogenia, Diagnóstico, Psicossocial, Vigilância, Tratamento e Org. Treinamentos					4		4
Epidemiologia, Etiopatogenia, Diagnóstico, Psicossocial, Vigilância, Tratamento e Org. Treinamentos, Nutric.					2		2
Epidemiologia, Clínica, Diagnóstico, Tratamento, Precauções Universais, Organização de Treinamentos	1	3	7		1		12

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 3

Conteúdo dos Treinamentos por Ano

Essencialmente Prático, Utilizando Técnicas de Relaxamento, Respiração, Musicoterapia, Percepção Sensorial...					1		1
Estágio Prático, Discussão de Caso, Seminários Asp. Epidemio, Clínico, Laborat., Orientação e Educação/Saúde					3	4	7
Esteriótipos e Representações da Sexualidade, Morte, Uso de Drogas, Prevenção DST/AIDS, Cidadania e AIDS					3		3
Etiologia, AIDS Pediátrica e Obstétrica, Sífilis Congênita, Terapêutica Anti-retroviral, Asp. Éticos, Humanização						2	2
Hist. Natural, Controle, Tuberc em Doentes HIV, Diag., Abordagem dos Comunicantes, Prog. Pneumo.				2	1		3
Histologia, Citologia, Imunopatologia, Morfologia, Biossegurança, Organização de Treinamento	2	1	2	2	2		9
Implicações Clínicas do Diagnóstico de HIV/AIDS para Gestantes e Recém Nascidos, Aconselhamento, Ética						1	1
Imunologia, Aspectos Psicológicos da Família, Transmissão Vertical, Prevenção, Planejamento Familiar						1	1
Infor. DST/AIDS, Biossegurança, Papel do Aux. Enfermagem Controle AIDS na Equipe Multidisciplinar				2			2
Manejo Clínico de Pacientes Infectados pelo HIV/AIDS em Unidade Primária da Saúde					1	1	2
Manif. Oraís-Diag. e Tratam., Controle Infec., Ex. Clínico				1			1
Manifestações Bucais, Tratamento Sindrômico DST/AIDS Aconselhamento, Normas Biossegurança					1		1
Manifestações Clínicas das DST/AIDS, Asp. Psicossociais, Éticos e Jurídicos, Práticas de Aconselhamento					1		1
Manifestações Neuro-Psiq. e Psico., Aconselhamento, Psicossocial, Equipe Multi. e Org. Treinam.	2						2
Não Informado				9	4	1	14
Noções Epidemio, Abord. Psicossocial, Assistência e Previdência Social, Org. Serviço, AIDS/Ética-Comunidade					1		1
Perfil Epidemiológico, Vigilância e Notificações, Clínica, Diagnóstico, Precauções, Organização de Treinamentos						2	2
Perfil Epidemiológico, Abordagem Clínica, Diagnóstico e Tratamento,				2			2
Perfil Epidemiológico, Etiologia, Etiopatogenia, Abordagem Clínica, Diagnóstico e Tratamento, Vig. Epidemiológica					4		4
Planejamento, Administração, Biossegurança e Aspec. Clínicos e Terapêuticos			2	2	4		8
Planejamento, Administração, Biossegurança, Aspec. Clínicos e Terapêuticos, Assit. Farmacêutica			2	2	2		6
Planejamento, Biossegurança, Aspectos Clínicos, Terapêuticos e Odontológicos			1				1
Planejamento, Biossegurança, Aspectos Psicológicos da Interação Família/Paciente				1	2		3
Principais Manifestações, Método Diag., Terapêutica, Terapia anti-retroviral, Profilaxia, Biossegurança					1	1	2
Rad., Tomo., Ressonância, Ultrasonografia, Eco Eletrocardiograma, Bronco, Endo, Coloscopia, Diag Lab.					1	1	2
Saúde como Direito e Cidadania					1		1
Técnicas de Risco, Biossegurança, Procedimentos em Caso de Acidentes				6			6
Transmissão Vertical, Manifestações Clínicas da Criança, Acompanhamento a Gestante, Terapia Anti-retroviral						1	1
Triagem Sorológica do HIV/AIDS, Hemoterapia, Orientação a Clientela, Controle de Qualidade, Inativação do Virus						1	1
Total Global	11	29	51	80	132	114	417

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 3

TABELA 4

PÚBLICO ALVO POR ANO

Público Alvo por Ano

Contagem de PÚBLICO	ANO						Total Global
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
PÚBLICO							
Assistentes Sociais	1		3	5	8	2	19
Assistentes Sociais e Psicólogos					1		1
Auxiliares de Enfermagem				8	1		9
Dentistas		2	2	9	7	2	22
Enfermeiros e Obstetizas	2	3	5	8	3		21
Enfermeiros e Visitadores Sanitários e Aux.de Enfermagem SUS					1		1
Equipe Multidisciplinar de Saúde					2		2
Equipe: Médico, As.Social, Enfermeiro			2	2	4		8
Equipe: Médico,Enferm.,Farmacêutico e As. Social			2	2	2		6
Equipe:Enferm., Médico, Odonto. ou As. Social			1	1	2		4
Médico, As.Social, Enfermeira, Psicólogo				1			1
Médicos				6	2	6	14
Médicos e Enfermeiros						1	1
Médicos Anátomo-Pathologistas	2	1	2	2	2		9
Médicos Clínicos e Gineco-Obstetrícia	1		3	2	1		7
Médicos Clínicos e Infectologista	1	3	7	1	1		13
Médicos da Área de Gineco-obstetricia						1	1
Médicos da Rede Básica Atuantes no SUS					4	1	5
Médicos dos Serviços Amb.e Hosp. Assistência Pac. HIV/AIDS					1		1
Médicos e Biólogos						1	1
Médicos e Enf. que Realizaram Treinamento em Manejo em 1997						4	4
Médicos e Enfermeiro. Unidade Públicas de Saúde Nível Primário					47	68	115
Médicos e Enfermeiros				7	7	12	26
Médicos e Enfermeiros /Prog. Municipais, Estaduais,ONGs				2			2
Médicos Infectologistas,Clinica Médica e Cirúrgica					1		1
Médicos Infectologistas,Clinicos						1	1
Médicos Neurologistas,Psiquiatras e Psicólogos	2						2
Médicos Obstetras, Pediatras e Enfermeiros					1	1	2
Médicos Pediatras, Infectologista ou Clínicos	2	2	7	6	6	1	24
Médicos Pediatras, Infectologista ou Clínicos, Enfermeiros					2		2
Médicos Psiquiatras e Psicólogos			2	4	6	2	14
Médicos Tocoginecologistas e Enfermeiros				1			1
Médicos, Enf.e Área Psicossocial,Tenham realizado Treinamento						1	1
Médicos, Radiologistas,Enfermeiros, Biomédicos					1	1	2
Médicos,Enfermeiros,Saúde Mental , As. Sociais e Educadores		8		6			14
Médicos,Enfermeiros,Saúde Mental e As. Sociais			3	1			4
Não Informado				2			2
Nutricionistas					2		2
Obstetras e Enfermeiros					4		4
Pessoal de Nível Elementar e Médio de Serviços de Saúde					1		1
Profissionais da Área de Odontologia					1		1
Profissionais da Equipe de Saúde,Atenção Primária de Campinas						1	1
Profissionais da Rede SUS				1		1	2
Profissionais da Saúde Área de Pediatria e Gineco e Obstetra					1		1
Profissionais das Unidades de Saúde						1	1
Profissionais de Nível Superior				2	7	1	10
Profissionais de Nível Superior,Serviços Públicos e Privados					1		1
Profissionais de Saúde						2	2
Profissionais de Saúde de Nível Superior						1	1
Profissionais Envolvidos na Assistência de DST/AIDS					2		2
Profissionais Nível Superior , Área de Saúde Mental do SUS				1			1
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem		10	12				22
Toco-Ginecologistas e Pediatras						2	2
(em branco)							
Total Global	11	29	51	80	132	114	417

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 4

TABELA 5

NÚMERO DE TREINAMENTOS DISTRIBUÍDOS POR ESTADOS E ANO

Número de Treinamentos Distribuídos por Estados e por Ano

Contagem de VAGAS	ANO						Total Global
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Amazônia			1			5	6
Bahia				6	4	9	19
Brasília			2		2		4
Ceará			1	13	6	17	37
Espírito Santo		1	1				2
Maranhão		2					2
Mato Grosso Sul			1				1
Minas Gerais			2	3	7	11	23
Pará			4	4	13	1	22
Paraíba				3	5	4	12
Paraná						2	2
Pernambuco		2	5	5	6	9	27
Piauí					7	11	18
R.Grande do Norte			1		7		8
R.Grande do Sul	6	4	11	8	6	15	50
Rio de Janeiro	5	7	8	7	16	7	50
Rondônia		1					1
Santa Catarina			1	4	8	4	17
São Paulo		11	13	26	42	15	107
Sergipe		1		1	3	4	9
Total Global	11	29	51	80	132	114	417

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 5

TABELA 6

OBJETIVOS DOS TREINAMENTOS POR ANO

Objetivos dos Treinamentos por Ano

Contagem de OBJETIVOS	ANO						Total Global
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Atualizar Médicos e Enfermeiros a Prestar Assistência HIV/AIDS nos Aspectos Clínicos Terapêuticos				2			2
Atualizar Profissionais de Odontologia Sobre Infecção HIV/AIDS, Diag., Manifest. Clínicas, Biossegurança					1		1
Atualizar Profissionais de Pediatria, Gineco e Obstetrícia, Assistência da Criança e Gestante HIV Positiva					1		1
Atualizar Profissionais de Saúde Área Materno Infantil p/ Manejo Clínico-psicossocial da Gestante e Criança						1	1
Auxiliar a Form. Reciclar no Atend. Pac. AIDS/ Ind. Tec., Morbidade, Dif. Mét. Cirurg. p/ fim Diag. ou Terap.					1		1
Capacitar Pessoas de Nível Médio e Elementar Serviços de Saúde na Assistência a Portadores DST/AIDS					1		1
Capacitar Reciclar Médicos que Atuam na Assistência Pacientes HIV/AIDS sobre Afecções Neuro e Psíquicas					1	1	2
Capacitar Assistentes Sociais para Abordagem e Auxílio aos Pacientes com HIV/AIDS e suas Famílias					1		1
Capacitar Assistentes Sociais para Assistência				2			2
Capacitar Auxiliares de Enfermagem em Biossegurança				6			6
Capacitar Gineco, Obstetras e Enfermeiros a Diagnosticar e Conduzir Mulheres com HIV e Prog. Pré Natal					1		1
Capacitar Médicos de Hospitais (Geral e Maternidade) e Centro de Referência						1	1
Capacitar Médicos e Enfermeiros de Centros de Referência do Estado e Município a Diagnosticar e Tratar						2	2
Capacitar Médicos e Enfermeiros de Centros de Saúde de Fortaleza no Tratamento das DST						4	4
Capacitar Médicos e Enfermeiros de Dois Hospitais do Estado e de Centros de Referência do Município						1	1
Capacitar Médicos e Enfermeiros p/ Diagnóstico e Manejo Clínico da Transmissão Vertical das DST/AIDS						1	1
Capacitar Médicos e Enfermeiros para Atuar no Atend. a Pac. com AIDS e Prog. Controle Tuberculose					1	1	2
Capacitar Médicos e Enfermeiros para Diagnóstico e Tratamento				1			1
Capacitar Médicos e Enfermeiros para Diagnóstico e Tratamento e Acompanhar Pacientes com DST/AIDS					2		2
Capacitar Médicos e Enfermeiros para o Atendimento DST e Acompanhamento de Mulheres com HIV					3		3
Capacitar Médicos e Enfermeiros para o Diagnóstico e Manejo Clínico da Transmissão Vertical, DST/AIDS					1		1
Capacitar Médicos no Controle da Tuberculose				1			1
Capacitar Médicos p/ Assistência a Portadores de HIV e Doentes AIDS e Tuberculose Associada.					2		2
Capacitar Médicos p/ o Diag. e Tratamento das DST por Meio da Metodologia da Abordagem Síndrômica						1	1
Capacitar Médicos que Prestam Atendimento ao Paciente com HIV/AIDS nos Ambulatórios e Hospitais						1	1
Capacitar Médicos que Prestam Atendimento Ambulatorial				1			1
Capacitar o Técnico e Auxiliar de Enfermagem, Atuando em Hospitais e Outros Serviços de HIV/AIDS		10	12				22
Capacitar Odontólogos a Diagnosticar e Prestar Assistência				2			2
Capacitar Odontólogos a Diagnosticar Patol. Orais da AIDS, Prestar Assistência, Treinar Odont. Biosseg.					3		3
Capacitar Odontólogos para Diagnóstico Através das Manifestações Orais e Tratamento das DST/AIDS					1	2	3
Capacitar os Profissionais das Unidades de Saúde para o Atendimento de DST						1	1
Capacitar para Assistência, Discutir Noções de Atendimento				3			3
Capacitar Prof. de Saúde Diag. e Tratamento das DST por Meio da Metodologia da Abordagem Síndrômica						2	2
Capacitar Prof. Envolvidos na Assistência à Portadores de DST/AIDS nas Técnicas de Aconselhamento					1		1
Capacitar Profissionais da Rede Ambulatorial e Hospitalar para Testagem Sorológica para o HIV						1	1
Capacitar Profissionais dos Progr. Municipais e Estaduais de Atenção à Criança, Diagnóstico e Conduta					1	1	2
Capacitar Profissionais Envolvidos na Assistência a Portadores de DST/AIDS em Terapias Corporais					1		1
Capacitar Profissionais para Assistência Domiciliar Terapêutica			1	1	2		4
Capacitar Profissionais para Diagnóstico, Abordagem e Condução de Casos				1			1
Capacitar Profissionais para esta Modalidade de Assistência			4	4	6		14
Capacitar Tocoginecologistas para Atendimento				1			1

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 6

Objetivos dos Treinamentos por Ano

Fornecer Subsídios Teóricos e Práticos para Compor Equipe Multiprofissional				3	1		4
Implantação de COAS, e Multiplicação de Aconselhamento		8	3	7			18
Instrumentalizar Médicos e Enf. p/ Assistência a Portadores de HIV/AIDS Gestação/Parto/Puerpério						1	1
Instrumentalizar Profissionais Saúde para Assistência a Portadores de HIV/AIDS, Capac. Multiplicadores					2		2
Instrumentar p/ Diag. e Tratam.das Manif. Orais. Prevenir Contaminação, Conscientizar o Dentista		2	2	4	3		11
Instrumentar p/ Diag. e Tratam.das Manif. Orais. Prevenir Contaminação.				2			2
Melhorar a Capacidade de Diagnóstico de DST/AIDS Abordagem Síndrômica				3			3
Melhorar o Diagnóstico Precoce e o Tratamento Adequado das DST e Contribuir para Prevenção da AIDS						1	1
Melhorar Qualidade do Aconselhamento nos Serviços de Saúde DST/HIV Prevenção e Controle Agravos					1		1
Não informado				4	4		8
Oferecer Oportunidades de Atualização DST/HIV/AIDS p/ Médicos e Enf. Serv. Púb.e Priv. Atenção a Saúde						2	2
Preparar Assistentes Sociais e Psicólogos para Atuar Junto a Portadores de HIV/AIDS e seus Familiares					1		1
Preparar Enfermeiros e Obstet. para Assistência Ambulatorial e Hospitalar, Organização e Gerência	2	3	5	8	3		21
Preparar Equipe de Saúde Mental para o Manejo Clínico Psicológico da Pessoa Infectada pelo HIV/AIDS	2		2	4	6	2	16
Preparar Ginecologistas e Enfermeiros p/ Atendimento Integral em Gineco e Obstetrícia em Mulheres HIV						1	1
Preparar Médicos Clínicos e Gineco Obstetras para Assistência, Capacita-los para Serem Multiplicadores	1		3	1	1	1	7
Preparar Médicos e Enfermeiros para Assistência em AIDS Pediátrica e Sífilis Congênita, Implant.Servicos					2		2
Preparar Médicos para a Assistência, Implantação de Serviços e para Serem Multiplicadores	2	2	7	6	6	1	24
Preparar Médicos para Manejo Clínico, Implantação de Serviços e Atuarem como Multiplicadores	1	3	7		1		12
Preparar Médicos para o Manejo Clínico de Pessoas Infectadas pelo HIV/AIDS, Implantação de Serviços.						1	1
Preparar Profis. Atuação Saúde Mental ,Prevenção DST/AIDS, Manejo Clínico Psicológico Pac HIV/AIDS				1			1
Preparar Profissionais de Saúde da Rede Básica p/ Oferecimento Universal da Sorologia para HIV Pré Natal						1	1
Preparar Profissionais para Assistência				2	3		5
Preparar Profissionais para Assistência da Rede SUS MG para Atuarem na Prevenção e Assistência						1	1
Preparar Profissionais para Assistência e Manejo Psicossocial dos Portadores de HIV e Pac. de AIDS					3		3
Promover Atualização Asp. Clínicos,Epidemio:Discutir Profilaxia, Prevenção da Transmissão Vertical						1	1
Promover Atualização Asp. Clínicos,Epidemio:Discutir Profilaxia, Prevenção				2	3		5
Sensibilizar Clínicos, Gineco e Obstetras. Expansão AIDS Grupos Femininos,Especificidade Assistência M.				1			1
Sensibilizar e Capacitar Odontólogos para o Controle do HIV/AIDS				1			1
Treinamento e Reciclagem de Profissionais de Nível Superior que Trabalham em Bancos de Sangue						1	1
Treinamento em Serviço, Vivências das Rotinas Práticas de Atendimento Pac.HIV/AIDS,Incluindo PID e HD						4	4
Treinar Médicos Anátomo-patologistas para Aumentar a Capacidade de Diagnóstico e Conhecimento	2	1	2	2	2		9
Treinar Médicos das Unidades de Atenção Primária à Saúde Diagnóstico e Abordagem a Nível Primário						1	1
Treinar Médicos de Unidade de Atenção Primária à Saúde do SUS, Tratamento Clínico Portador HIV/AIDS					1		1
Treinar Médicos e Enfermeiros de Unidades Públicas de Saúde ,Nível Primário no Atendimento DST					47	68	115
Treinar Médicos no Manejo das Doenças Oportunistas em HIV/AIDS Nível Prim.					1	1	2
Treinar Médicos,Enfermeiros, Biomédicos das Unidades Públicas na Interpretação de Exames Diag.					1	1	2
Treinar Nutricionistas p/ Assist. a Port. HIV e Doentes de AIDS Capacit. como Prof. Multiplicadores					2		2
Treinar para Assistência à Pacientes,Familiares. Implantação de Serviços e Serem Multiplicadores	1		3	3	6	2	15
Treinar Profissionais da Área de Gineco-obstetrícia na Prevenção, Controle e Assistência ao HIV/AIDS						1	1
Treinar profissionais em aconselhamento pré e pós teste				1			1
Treinar Toco-Gineco e Pediatras no Manejo da Trans.Vertical do HIV Capacitando p/ Reduzir a Transmissão						2	2
Total Global	11	29	51	80	132	114	417

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 6

TABELA 7

NÚMERO DE TREINAMENTOS DISTRIBUÍDOS POR CIDADE E ANO

Número de Treinamentos Distribuídos por Cidade e Ano

Contagem de CIDADE	ANO						Total Global
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Aracajú		1		1	3	4	9
Bauru			1				1
Belém			4	4	13	1	22
Belo Horizonte			2	3	6	10	21
Botucatu				3	3		6
Brasília			2		2		4
Campina Grande				1			1
Campinas		3	3	11	10	9	36
Campo Grande			1				1
Concórdia						2	2
Curitiba						2	2
Florianópolis			1				1
Fortaleza			1	13	6	17	37
Itajaí				4	6	1	11
João Pessoa				2	5	4	11
Juiz de Fora					1	1	2
Manaus			1			5	6
Natal			1		7		8
Niterói					5	1	6
Petrópolis						3	3
Porto Alegre	6	4	11	8	6	15	50
Porto Velho		1					1
Recife		2	5	5	6	9	27
Rio de Janeiro	5	7	8	7	11	3	41
S. J. Rio Preto		1					1
Salvador				6	4	9	19
Santos		1	1	1	6	3	12
São Luís		2					2
São Paulo		6	8	11	23	3	51
Teresina					7	11	18
Tubarão					2	1	3
Vitória		1	1				2
(em branco)							
Total Global	11	29	51	80	132	114	417

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 7

TABELA 8

NÚMERO DE TREINAMENTOS DISTRIBUÍDOS POR REGIÃO E ANO

Número de Treinamentos Distribuídos por Região e Ano

Contagem por REGIÃO	ANO						
REGIÃO	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total Global
Centro-Oeste			3		2		5
Nordeste		5	6	28	24	43	106
Norte		1	6	4	27	17	55
Sudeste	5	19	24	36	65	33	182
Sul	6	4	12	12	14	21	69
Total Global	11	29	51	80	132	114	417

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 8

TABELA 9

INSTITUIÇÕES EXECUTORAS DE TREINAMENTO POR REGIÃO

Instituições Executoras de Treinamento por Região

Contagem por INSTITUIÇÃO	REGIÃO					Total Global
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
Centro Corsini / ONG				11		11
Centro de Orientação e Aconselhamento Henfil (Sec. Municipal)				5		5
Centro de Orientação e Apoio Sorológico de Campinas				1		1
Centro de Orientação e Apoio Sorológico/SES					3	3
Centro de Orientação e Apoio Sorológico/SES-RS					2	2
Centro de Orientação e Apoio Sorológico-Sergipe		1				1
Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-CRT				4		4
Centro de Referência Estadual na Prevenção e Controle das DST-BA		11				11
Centro de Treinamento- DST - Centro de Saúde José de Alencar - CE		5				5
Centro de Treinamento- DST - Centro de Saúde Meireles -CE		3				3
Centro de Treinamento DST / AIDS - São Paulo				2		2
Centro de Treinamento DST / BA			5			5
Centro de Treinamento DST / Centro Municipal DST/AIDS Porto Alegre					1	1
Centro de Treinamento DST / FCM/ UNICAMP				3		3
Centro de Treinamento DST / Hospital de Clínicas de Porto Alegre RS					6	6
Centro de Treinamento DST / Hospital Ipiranga				2		2
Centro de Treinamento DST / Hospital Materno Infantil Pres. Vargas RS					5	5
Centro de Treinamento DST / PE		3				3
Centro de Treinamento DST / PE - Hospital Agamenon Magalhães		1				1
Centro de Treinamento DST / PI			7			7
Centro de Treinamento DST / RN			7			7
Centro de Treinamento DST / RS					4	4
Centro de Treinamento DST / SE		3				3
Centro de Treinamento DST / Secretaria de Higiene e Saúde de Santos				8		8
Centro de Treinamento DST / Universidade Federal Fluminense -RJ				6		6
Centro de Treinamento DST/Faculdade de Medicina de Petrópolis -RJ				3		3
Centro de Treinamento DST/Policlínica 2 Distrito Ambulatório Aracajú		4				4
Centro de Treinamento DST/Policlínica Centro Sul Belo Horizonte BH				3		3
Centro de Treinamento DST/Universidade Federal de Pernambuco		6				6
Centro de Treinamento DST/Hosp. de Doenças Infecto-Contagiosas PI			10			10
Centro de Treinamento DST/Inst.de Dermatologia Tropical e Venerologia			5			5
Centro de Treinamento DST/Inst.de Pesquisa Assistência Materno Infantil					2	2
Coordenação do Programa Municipal de DST/AIDS				3		3
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo				3		3
Grupo Hospitalar Conceição					1	1
Hosp.Serv.Est./Instituto de Previdência Est.do Maranhão e PNDST/AIDS-MS		1				1
Hospital das Clínicas- UNICAMP				1		1
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCP OA)/UFRGS					27	27
Hospital de Moléstia Tropical			1			1
Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão		1				1
Hospital Eduardo de Menezes				2		2

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 9

Instituições Executoras de Treinamento por Região

Hospital Geral de Pediatria do Instituto Materno Infantil de Pernambuco		12				12
Hospital Giselda Trigueiro			1			1
Hospital Nereu Ramos				1		1
Hospital Osvaldo Cruz		1				1
Hospital São José		1				1
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho				23		23
Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle (HUGG) / UNIRIO				11		11
Hospital Universitário João de Barros Barreto(HUJBB)			17			17
Hospital Universitário Vitória - Espírito Santo				1		1
Hospital Universitário-Centro Formador de Recursos Humanos	1					1
Instituto de Infectologia Emílio Ribas				33		33
Instituto Materno Infantil de Pernambuco		2				2
Ministério da Saúde-PN DST/AIDS	1					1
Prefeitura Municipal de Bauru				1		1
Programa Estadual de DST/AIDS-São Paulo				2		2
Programa Nacionalde DST/AIDS	1					1
Sec. Est.Saúde de Pernambuco/Universidade de Brasília e PN DST/AIDS-MS		1				1
Sec. Estadual de Saúde-ES e PNDST/AIDS-MS				1		1
Sec. Estadual de Saúde-RO, Universidade de Cuiabá e PNDST/AIDS-MS			1			1
Sec. Estadual de Saúde-RS e PNDST/AIDS-MS					1	1
Sec. Municipal de Saúde de Campinas e PNDST/AIDS-MS				1		1
Sec. Municipal de Saúde de São José do Rio Preto e PNDST/AIDS-MS				1		1
Sec.Est. de Saúde -RJ, Sec.Estadual de Saúde-BA e PNDST/AIDS-MS				1		1
Sec.Municipal de Santos, Universidade de Brasília e PNDST/AIDS-MS				1		1
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - Fortaleza - CE		6				6
Secs. Estaduais de Saúde-SE/BA e PNDST/AIDS-MS		1				1
U.C.- Universidade do Sul de Santa Catarina					3	3
U.C.-Escola de Saúde de Minas Gerais-ESMIG				16		16
U.C.-Hospital das Clínicas- UNICAMP				7		7
U.C.-Hospital Universitário de Brasília	2					2
U.C.-Universidade de Campinas UNICAMP				12		12
U.C.-Universidade do Vale do Itajaí					11	11
U.C.-Universidade Estadual Paulista				6		6
U.C.-Universidade Federal da Bahia/UFBA		8				8
U.C.-Universidade Federal da Paraíba		12				12
U.C.-Universidade Federal de Pernambuco		1				1
U.C.-Universidade Federal do Ceará		22				22
Unidade de Testagem e Aconselhamento-SIDA/AIDS-HESFA/UFRJ				6		6
Universidade de Contestado S.C.					2	2
Universidade Federal do Piauí			1			1
Univesidade Federal de Juiz de Fora				2		2
Total Global	5	106	55	182	69	417

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)

TABELA 9

TABELA 10

PÚBLICO ALVO POR REGIÃO

Público Alvo por Região

Contagem de PÚBLICO	REGIÃO					Total Global
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
Assistentes Sociais		2	5	12		19
Assistentes Sociais e Psicólogos					1	1
Auxiliares de Enfermagem		6			3	9
Dentistas		8		11	3	22
Enfermeiros e Obstetrias	1	5	4	3	8	21
Enfermeiros e Visitadores Sanitários e Aux.de Enfermagem SUS				1		1
Equipe Multidisciplinar de Saúde					2	2
Equipe: Médico, As.Social, Enfermeiro				8		8
Equipe: Médico,Enferm.,Farmacêutico e As. Social	2			4		6
Equipe:Enferm., Médico, Odonto. ou As. Social		1		3		4
Médico, As.Social, Enfermeira, Psicólogo		1				1
Médicos		4		8	2	14
Médicos e Enfermeiros		1				1
Médicos Anátomo-Patologistas				9		9
Médicos Clínicos e Gineco-Obstetria		1			6	7
Médicos Clínicos e Infectologista			1	9	3	13
Médicos da Área de Gineco-obstetria			1			1
Médicos da Rede Básica Atuantes no SUS			4	1		5
Médicos dos Serviços Amb.e Hosp. Assistência Pac. HIV/AIDS				1		1
Médicos e Biólogos				1		1
Médicos e Enf. que Realizaram Treinamento em Manejo em 1997				4		4
Médicos e Enfermeiro. Unidade Públicas de Saúde Nível Primário		36	34	27	18	115
Médicos e Enfermeiros		13		10	3	26
Médicos e Enfermeiros /Prog. Municipais, Estaduais,ONGs		2				2
Médicos Infectologistas,Clinica Médica e Cirúrgica				1		1
Médicos Infectologistas,Clinicos					1	1
Médicos Neurologistas,Psiquiatras e Psicólogos				1	1	2
Médicos Obstetras, Pediatras e Enfermeiros		2				2
Médicos Pediatras, Infectologista ou Clínicos		8	1	8	7	24
Médicos Pediatras, Infectologista ou Clínicos, Enfermeiros					2	2
Médicos Psiquiatras e Psicólogos				14		14
Médicos Tocoginecologistas e Enfermeiros				1		1
Médicos, Enf.e Área Psicossocial,Tenham realizado Treinamento				1		1
Médicos, Radiologistas,Enfermeiros, Biomédicos				2		2
Médicos,Enfermeiros,Saúde Mental , As. Sociais e Educadores		1		9	4	14
Médicos,Enfermeiros,Saúde Mental e As. Sociais				3	1	4
Não Informado					2	2
Nutricionistas			2			2
Obstetras e Enfermeiros				3	1	4
Pessoal de Nível Elementar e Médio de Serviços de Saúde		1				1
Profissionais da Área de Odontologia		1				1
Profissionais da Equipe de Saúde,Atenção Primária de Campinas				1		1
Profissionais da Rede SUS				2		2
Profissionais da Saúde Área de Pediatria e Gineco e Obstetra		1				1
Profissionais das Unidades de Saúde		1				1
Profissionais de Nível Superior				10		10
Profissionais de Nível Superior,Serviços Públicos e Privados	1					1
Profissionais de Saúde		2				2
Profissionais de Saúde de Nível Superior				1		1
Profissionais Envolvidos na Assistência de DST/AIDS		2				2
Profissionais Nível Superior , Área de Saúde Mental do SUS				1		1
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	1	5	3	10	3	22
Toco-Ginecologistas e Pediatras		2				2
Total Global	5	106	55	180	71	417

Fonte: Banco de Dados dos Catálogos de Treinamentos (Volume 2)
TABELA 10

ANEXO 2 – LISTA DAS UNIVERSIDADES CONVENIADAS

LISTA DAS UNIVERSIDADES CONVENIADAS

1. Universidade do Vale do Itajaí / UNIVALI – Itajaí – Santa Catarina
2. Universidade Federal de Pelotas / Pelotas – Rio Grande do Sul
3. Universidade de Campinas / Campinas – São Paulo
4. Universidade Federal da Paraíba – UFPB
5. Universidade Federal do Ceará – UFCE
6. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
7. Universidade Estadual Paulista / Botucatu – São Paulo
8. Universidade de Pernambuco – UPE / Recife – Pernambuco
9. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ – RJ
10. Universidade do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro – RJ
11. Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador – BA
12. Universidade de São Paulo – USP – São Paulo – SP
13. Escola de Saúde de Minas Gerais – ESMIG – Belo Horizonte – MG
14. Universidade de Brasília – UNB
15. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: ___/___/___

Local: _____

Início: _____ término: _____

- *Apresentação profissional*
- *Apresentação do projeto, do objetivo e da finalidade dos dados desta pesquisa*
- *Apresentação do roteiro de entrevista (leitura no final)*

Como gostaria de ter o retorno deste trabalho, após a defesa?

1. Palestra ()

2. Artigo ()

3. Doação de um exemplar ()

4. Outras: _____

PARTE I

1. Identificação do Profissional

Gostaria de conhecer um pouco da sua história coletando alguns dados sobre você, sobre sua formação profissional e a realização de seu trabalho...

- Nome:
- Sexo:
- Idade:
- Nacionalidade:
- Nível de escolaridade:
Graduação: _____ Especialização: _____ Pós: _____
- Data da última titulação: ___/___/___
- Local de formação e titulação:
- Ocupação atual:
- Cargo:
- Discussão sobre a publicação dos dados: Sigilo pessoal ()
Sigilo institucional ()
Sigilo pessoal e institucional ()

2. Treinamentos:

Agora passamos para a parte específica do treinamento realizado nesta instituição. Gostaria de conferir os dados contidos no “Catálogo de Oportunidades de Treinamento” do Ministério da Saúde...

2.1. Identificação do treinamento: (dados preenchidos anteriormente para cada treinamento com base nos Catálogos de Oportunidades)

- Título do treinamento:
- Objetivos:
- Conteúdos principais:
- Clientela:
- Processo de seleção:
- Coordenador:
- Contato:
- Quantas vezes este treinamento foi oferecido:
- Desde que data este treinamento é oferecido:
- Quantos profissionais foram treinados:
- Qual a procedência dos treinandos:
- Este treinamento recebe alguma ajuda financeira? Outros financiadores?

Encerrada a parte da identificação, gostaria que você contasse como surgiu este treinamento, a razão de estar dirigido para este público específico, enfim, como foi a história?

2.2 Histórico:

- a) justificativa
- b) necessidades
- c) público

Qual o objetivo deste treinamento? Como foi definido e por quem?

2.3 Objetivos:

- a) Como foi o Planejamento Geral? Qual a proposta pedagógica?
- b) Como foi a montagem físico e estrutural? Local? Logística?
- c) Como arregimentou a equipe treinadora?
- d) Quais as finalidades deste treinamento?
- e) O que você entende por treinamento?

Gostaria que você me falasse sobre a composição de sua equipe treinadora? Como foi composta, quem a compõe, qual a formação profissional e pedagógica?

2.4 Equipe de treinadores:

- a) Quantos profissionais compõem sua equipe? São fixos ou se alternam?
- b) Qual a formação profissional/ano?
- c) Qual a formação pedagógica?
- d) Quais as especializações e titulações?
- e) Quem treina os treinadores? E como são treinados?
- f) Que recursos a equipe de treinadores recebe?
- g) Qual a disponibilidade para trabalhar nos treinamentos da equipe? Tempo/Horas
- h) A equipe tem liberação para trabalhar nos treinamentos ou este trabalho é isolado do trabalho “prático”/ cotidiano?

Como é a divulgação dos treinamentos? Existe alguém ou um setor responsável por esta atividade?

2.5 Propaganda:

- a) Como os treinandos têm conhecimento deste treinamento?
- b) A divulgação realizada pelo Programa Nacional de DST/AIDS é suficiente?
- c) Vocês tentaram outras alternativas? Quais?

O processo de seleção dos treinandos é realizado de que forma? Por quem? Vocês seguem as orientações do Programa Nacional de DST/AIDS, incluíram outros critérios?

Qual é a formação dos treinandos? Este treinamento é para quem vai começar o trabalho com esta clientela ou para quem já está trabalhando?

2.6 Processo de seleção:

- a) Quais os critérios para que o profissional possa ser treinado?
- b) Qual a formação profissional exigida?
- c) O processo de seleção requer uma capacitação anterior?
- d) As diretrizes para este processo são do Programa Nacional ou específicas desta instituição?
- e) O que os treinandos recebem?
- f) Tem alguém que os recebe, auxilia durante este período de treinamento?

Como foi organizado os conteúdos do treinamento?

Como e quem selecionou/organizou os conteúdos dentro da complexidade da AIDS?

Quais os temas abordados dentro destes conteúdos?

Você poderia dar ou permitir que eu veja uma cópia do programa de treinamento, das ementas ou planos de aula?

2.7 conteúdo:

a) Quais os principais conceitos trabalhados: (lembretes para questionar se não explicitado)

- sociais
- políticos
- **Morte**
- clínicos
- biológicos
- **Luto**
- éticos
- culturais
- econômicos
- psicológicos
- epidemiológicos- patológicos

Como vocês desenvolvem o treinamento? Como é a programação? Quais os recursos e as técnicas que a equipe treinadora utiliza? Os treinandos recebem uma bibliografia de apoio ao curso? Posso ver e xerocar a lista bibliográfica?

2.8 Didática:

- a) Quais os recursos utilizados pela equipe treinadora?
- b) Quais as técnicas habitualmente usadas?
- c) Como a Bibliografia foi elaborada?
- d) Os treinandos têm um espaço físico e temporal para leitura?
- e) Estão programadas atividades de estudo após os períodos diários de treinamento?

A avaliação deste treinamento é realizada por quem? Em que momento? Vocês entram em contato com o profissional após o encerramento do treinamento ou eles com vocês?

Qual é a concepção de avaliação?

Quem participa do processo de avaliação? Quem avalia quem?

Quais os instrumentos de avaliação que vocês utilizam? Vocês confeccionaram ?

Eu poderia ter uma cópia deste instrumento?

2.9 avaliação

- a) Quais são os instrumentos? São específicos desta instituição ou do PNDST/AIDS?
- b) Quando a avaliação acontece?
- c) Existe um acompanhamento destes profissionais após o término deste treinamento? Por quem? Em que momento? Como é feito este contato?
- d) Vocês realizam pré e pós testes? Como foi elaborado? Como é realizada a análise destes instrumentos?

Vocês tem que produzir relatórios técnicos e financeiros? Para quem são enviados?

O programa Nacional exige prestação de contas e relatório técnico? Vocês seguem o padrão encaminhado ou criaram um padrão específico?

Posso ter uma cópia?

2.10. Relatórios

- a) Como é feita a prestação de contas?
- b) Como é elaborado e por quem o relatório técnico?
- c) Existe um relatório de acompanhamento? O que compõe este relatório?
- d) Vocês usam um modelo específico ou do PNDST/AIDS?

De onde provém o recurso financeiro? Como é gasto este recurso? Quem coordena esta atividade? Como é feita a prestação de contas? Vocês têm autonomia ou restrições para os gastos?

2.11 Recursos financeiros

- a) Quem coordena a parte financeira?
- b) Quem faz a prestação de contas?
- c) Qual a autonomia para executar os gastos/compras?
- d) Quais são as restrições ou limitações orçamentárias?
- e) Já tiveram devolução da prestação de contas ou glosaram gastos?

*Gostaria que falasse sobre as dificuldades encontradas em cada etapa?
E sobre as saídas que vocês buscaram?*

2.12 Dificuldades

- a) Quais as dificuldades em cada etapa do treinamento?
- b) Quais as saídas encontradas, sugeridas?
- c) Quais as mudanças para este próximo ano?

PARTE II

Passaremos para perguntas pessoais agora, quero fale sobre a sua concepção de homem?

1. Concepção de Homem
2. Concepção de Saúde
3. Concepção da AIDS
4. Como você avalia, enquanto coordenador, este programa de treinamentos oferecidos pelo PNDST/AIDS?
5. Qual a relação do PNDST/AIDS com organismos financiadores internacionais?
6. Como é a relação com o Programa Nacional de DST/AIDS
Como é a relação com o Programa Estadual e Municipal de DST/AIDS?
7. O que representa este programa de treinamento para a saúde?
8. Ocorreram mudanças nestas relações durante estes anos de epidemia?
9. Você tem conhecimento sobre o financiador deste programa de treinamentos?
10. Existe alguma interferência por parte do Banco Mundial no seu trabalho?
11. Você conhece as políticas que o Banco Mundial estabelece para os países em desenvolvimento?

- *Agradecimentos.*