

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA**

Marcos Júnior Santos de Alvarenga

**PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE: POR DENTRO DA ROTINA DE  
ATENDIMENTO DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DO  
DISTRITO FEDERAL**

Brasília  
2014

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA**

Marcos Júnior Santos de Alvarenga

**PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE: POR DENTRO DA ROTINA DE  
ATENDIMENTO DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DO  
DISTRITO FEDERAL**

Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de bacharel em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia Social pelo departamento de Antropologia da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dra. Carla Costa Teixeira

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Carla Costa Teixeira  
Departamento de Antropologia  
Universidade de Brasília

---

Prof. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez  
Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Saúde  
Universidade de Brasília

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, que não entendem muito bem o que faço, não irão ler este trabalho, mas me apoiam incondicionalmente em todas as minhas decisões. Sem eles este trabalho e toda minha trajetória acadêmica não existiriam. Tenho para com eles uma dívida eterna.

À equipe de funcionários do Centro de Testagem e Aconselhamento, pela excelente receptividade, os bons momentos vividos durante a pesquisa, a confiança e a sempre presente disponibilidade em ajudar e ensinar. Encontrei verdadeiros mestres, sou grato pelos ensinamentos recebidos.

À minha orientadora, Carla Teixeira, por ter aceitado o desafio de mais uma orientação em meio a uma vida acadêmica bastante atarefada, pelos comentários precisos e valiosos que tornaram este trabalho mais coeso e maduro, e por todo o seu carisma e bom humor que muito me incentivam, não houve uma reunião em que eles não estivessem presentes.

Ao Departamento de Antropologia, pela formação recebida ao longo de cinco intensos anos. Em especial à professora Soraya Fleischer pelo grande incentivo e oportunidades oferecidas em projetos de pesquisa e pelos férteis ensinamentos partilhados em sala de aula.

À professora Pamela, do Departamento de Saúde Coletiva, por aceitar compor a banca examinadora deste trabalho e pelos agradáveis momentos que partilhamos em pesquisas e em sala de aula. Sua dedicação à docência e ao trabalho investigativo me inspira enquanto pesquisador de um tema tão delicado.

Por fim, aos meus amigos, pela companhia durante a graduação e pelos excelentes momentos vividos. Em especial a Sara Godoy, por ter suportado junto comigo, numa espécie de orientação conjunta, a árdua tarefa de produzir uma monografia.

*Sólo le pido a Dios  
que el dolor no me sea indiferente,  
que la reseca muerte no me encuentre  
vacío y solo sin haber hecho lo suficiente.  
(León Gieco)*

**Resumo:** O presente trabalho estruturou-se a partir de uma pesquisa etnográfica que buscou entender as técnicas e mecanismos empregados pelo Estado, no âmbito das instituições de saúde pública, para a gestão de pessoas que são ou se supõe serem afetadas pelas DST. Foi escolhido, então, o Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA – do Distrito Federal, serviço público de saúde voltado exclusivamente para ações de diagnóstico e prevenção de DST, para a investigação, a qual se propôs a entender o funcionamento rotineiro do CTA/DF, a fim de mapear a institucionalização da saúde – como bem público sob gestão estatal – na produção de novos sujeitos, em consequência da sua interação com os agentes de saúde. A pesquisa envolveu observação em campo, análise documental e entrevistas, com especial atenção à criação e à circulação de documentos, formulários e fichas cadastrais dentro do fluxograma de atendimento da instituição. Um dos resultados percebidos é que a ação do Estado se articula, através do CTA/DF, com a produção de formulários, por meio dos quais os usuários são monitorados. Tal mecanismo é entendido pelos agentes de saúde como veículo para produção de dados epidemiológicos. Cabe frisar que a gestão estatal dá-se por intensa disputa entre os diferentes agentes nos espaços destinados à promoção da saúde nesta instituição. Assim, entende-se o Estado não como uma entidade fixa e centralizadora do poder, mas a partir das práticas e efeitos de governo, produzidos pelas mais diversas organizações (governamentais e não governamentais). A importância deste trabalho está no potencial de que suas reflexões venham a trazer importantes contribuições para os estudos antropológicos que abordem a lógica dos saberes técnicos em processos estatais.

**Palavras-chave:** Estado, saberes técnicos, instituições de saúde pública, CTA.

Introdução.....	6
Capítulo 1. Introdução ao trabalho.....	11
1.1 Dos processos de institucionalização .....	11
1.2 Estabelecendo o primeiro contato ou em busca de autorizações.....	14
1.3 Mas, afinal, o que você faz aqui? Apresentando-me à equipe de profissionais .....	18
1.4 Escrever: fiscalizar ou tornar digno de nota?.....	20
1.5 As instituições se movimentam: refletindo a partir dos imponderáveis da pesquisa.....	22
Capítulo 2. Os Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil e o caso do CTA/DF .....	24
2.1 “FiqueSabendo”: O que são os Centros de Testagem e Aconselhamento? .....	24
2.2 Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil: um mundo descrito por manuais técnicos .....	27
2.3 O Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal - CTA/DF: o seu contexto .....	32
2.4 “A mola do CTA/DF”: o aconselhamento como ferramenta pedagógica.....	37
2.5 Fluxograma de atendimento do CTA/DF .....	39
A) A rotina de trabalho .....	39
B) O trabalho na recepção.....	40
C) O aconselhamento coletivo pré-teste .....	43
D) A testagem ou a coleta do material .....	48
E) O retorno à instituição e o aconselhamento individual .....	50
Capítulo 3. Revisitando o CTA/DF “estando aqui” .....	54
3.1 A autoridade sanitária na relação com a autonomia dos usuários .....	54
3.2 Formulários e fichas cadastrais: a criação de um saber técnico dentro do CTA/DF .....	57
3.3 Trajetória do formulário de atendimento: os papéis viram documentos.....	61
3.4 A fragmentação dos usuários entre formulários e Sistemas de Informações em Saúde ....	65
3.5 Produzindo Saúde através de números: a lógica do instrumental .....	68
Conclusão .....	70
Anexos .....	73
Bibliografia.....	76

## **Introdução**

Apesar das desigualdades sociais e econômicas que o Brasil vem enfrentando nos últimos anos, o país conseguiu desenvolver uma política pública de atenção e tratamento para a Aids e as outras DST que é referência no cenário internacional, o que vem demonstrando que, apesar das dificuldades e limitações ainda existentes, o Estado brasileiro está sendo capaz de levar adiante a responsabilização e os custos por essas doenças. A resposta brasileira à Aids tem desafiado empiricamente “a pretensão das ortodoxias médicas e econômicas de que tratar a Aids em contextos com recursos limitados seria impraticável” (BIEHL, 2011). Contudo, há de se considerar que o desenvolvimento da assistência e atenção às pessoas vivendo com HIV ainda conta com sérios problemas estruturais e grandes limitações operacionais e econômicas, que não podem se perder de vista frente às importantes conquistas de até então.

Essa política de assistência e tratamento é parte de um processo histórico no qual se observa uma forte mobilização social baseada em direitos e em parcerias público-privadas. Se o número de pessoas vivendo com HIV no Brasil tem aumentado desde o início da epidemia (BIEHL, 2011), deve-se a isso, principalmente, o investimento na produção e dispensação dos medicamentos antirretrovirais e na criação de uma rede organizada para o atendimento aos afetados pelas DST, em especial à Aids.

No que tange à formação do Programa Nacional de DST e Aids e aos discursos políticos e sociais acerca da doença, o trabalho de Diaz Bermúdez (2005) é uma das referências atuais que gostaria de comentar brevemente. Segundo a pesquisadora, uma das peculiaridades da resposta brasileira à Aids esteve centrada nos esforços de juntar duas dimensões do problema que, em outros países, foram pensadas separadamente: a assistência aos portadores e a prevenção.

O Programa Nacional “entendeu e abraçou” a causa da prevenção, porém, diferente de outros países, promoveu, conjuntamente com a prevenção, uma política de assistência às pessoas atingidas pela enfermidade, a qual é marcada pelo acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais. Essa dupla inserção de combate à Aids, pensada como complementaridade, possibilitou a transformação do HIV/Aids de doença grave para uma doença crônica, a tal ponto que a terapia antirretroviral passou a ser

considerada como um insumo de prevenção (GODOI, 2013). Para Diaz Bermúdez, o acesso aos antirretrovirais, através do SUS, selou em definitivo a identidade do programa brasileiro de combate à Aids. O acesso aos medicamentos passou, então, a ser uma questão de direito de todos.

A conformação das políticas de combate às DST e a dispensação de medicamentos são resultados de um longo processo histórico, marcado por grande pressão e controle social. De acordo com Diaz Bermúdez (2005), a história da Aids no Brasil está marcada pela complexa interação entre governo e sociedade civil. Nesse cenário, a participação social das ONGs Aids e dos militantes gay despontou como componente fundamental para a organização de uma agenda política contra a Aids.

A militância foi a grande responsável pelos primeiros passos para a criação dos programas estaduais de prevenção e atenção e, posteriormente, a organização de uma resposta nacional à Aids . O ativismo foi fundamental para as conquistas e os avanços observados nessa resposta e, como lembra Diaz Bermúdez (2005), ainda hoje o papel de articulação das ONGs Aids exerce pressão, estimulando a continuidade das políticas de atenção. No começo da epidemia, a demanda por direitos foi gerada por pessoas que tinham prática na luta social e foi necessária grande disputa e correlações de força junto às esferas governamentais, já que, no início, a Aids não satisfazia os critérios epidemiológicos de transcendência, magnitude e vulnerabilidade que justificassem algum tipo de intervenção (TEIXEIRA, 1997).

Além da pressão da militância, a formulação do Programa Nacional de combate à Aids está marcada pelo contexto histórico de estruturação do Sistema Único de Saúde, cenário no qual a concepção de acesso aos serviços de saúde se deu pela via da concessão de direitos aos cidadãos. Imperava, nessa época, a noção de participação cidadã na formulação de políticas de saúde e a intervenção dos agentes sociais nas esferas de governo; tudo isso graças ao fortalecimento dos movimentos sociais que vinha ocorrendo desde anos anteriores. Ao acompanhar o processo histórico de construção do programa, nota-se que a resposta governamental brasileira vem buscando abordagens, no que se refere às questões de saúde pública, as quais fazem amplas referências aos direitos humanos e à cidadania.

Essa articulação entre saúde e direitos do cidadão surge como produto de ocorrências históricas originárias dos movimentos e das articulações levadas a cabo pelo Movimento de Reforma Sanitária que o país vivenciou por um longo período, marcado

por grandes conquistas e retrocessos<sup>1</sup>. Aqui, gostaria de detalhar ao menos dois marcos históricos considerados fundamentais para a compreensão dessa articulação, os quais possibilitaram a configuração da saúde como uma questão de direito universal. O primeiro deles, em ordem cronológica, foi a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, evento que é considerado um dos momentos mais significativos do processo de construção de estratégias para a democratização da saúde. O segundo seria a implementação das reivindicações da Conferência na Constituição Brasileira de 1988, que, em seu artigo 196, descreve a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Juntas, essas duas dimensões evidenciaram que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira (ESCOREL et al, 2005).

A 8ª Conferência foi importante fato histórico na medida em que serviu como exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para se possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas em saúde (Escorel, 1998). O eixo central do oitavo encontro desdobrou-se a partir da concepção da saúde como uma questão de direito de todos e um dever do Estado. No relatório final da Conferência<sup>2</sup>, a saúde aparece como um fenômeno, antes de tudo, relacionado a questões sociais de produção, como emprego, lazer, liberdade, acesso a terra etc., não sendo, portanto, um conceito abstrato.

Desse amplo conceito, surge a concepção da saúde como obrigação do Estado, sendo o direito à saúde caracterizado pela “garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis”, conforme consta no relatório final da Conferência. Surge, então, a ideia do direito à saúde sendo uma conquista social que reivindica os serviços de saúde como públicos e essenciais. Constituindo um desdobramento desse eixo reivindicativo, deu-se a negociação pela reformulação do Sistema Nacional de Saúde que resultaria na criação de um Sistema Único de Saúde, o qual efetivamente representaria “a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária”.

---

<sup>1</sup> Para consultar e aprofundar a temática da origem e articulação do movimento sanitário brasileiro, conferir o trabalho de Escorel (1998).

<sup>2</sup> O texto pode ser consultado na íntegra pelo seguinte endereço eletrônico: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf) ( última consulta em 13/02/2014)

Todas essas transformações e associações tiveram, no campo da epidemia de Aids, a grande oportunidade de serem postas em marcha. Diaz Bermúdez (2005) alerta para o fato de que os valores de estruturação do SUS – de universalização, equidade e integralidade – encontraram vazão na política brasileira da Aids, o que validou este campo como um terreno fértil para a sua implementação das diretrizes do SUS. Contudo, apesar de consideráveis avanços, a política de combate às DST carece de significativas melhorias, sobretudo no que diz respeito ao cuidado e à atenção de pessoas em situações de grandes iniquidades sociais e econômicas. A incorporação dos direitos humanos como pauta do campo da saúde é, sem dúvida, um notável avanço, mas sua implementação está em processo e ainda há muito a ser feito.

Falta ao Programa Nacional conhecer melhor outras interfaces da problemática da epidemia que ainda não foram exploradas suficientemente pela política nacional. Em especial, a identificação dos setores sociais pouco alcançados pelas políticas públicas em geral, como, por exemplo, as pessoas em contextos de invisibilidade “pela sua exclusão do sistema de saúde” e que se encontram “à margem do sistema educacional e dos meios de comunicação” (DIAZ BERMÚDEZ, 2005). Essas inclusões acabam afetando a própria estruturação dos serviços de saúde que, assim como o programa, enfrentam dificuldades na implementação de ações que deem conta da atenção às populações marginalizadas e estigmatizadas, comprovando que há muito a se fazer para conquistarmos a máxima da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

É ao enfrentar o cotidiano e a rotina de atendimento das instituições públicas de saúde que essas questões tornam-se mais evidentes. O serviço de atendimento dos Centros de Testagem e Aconselhamento, como discurso político, por exemplo, está estruturado para atender a toda a população, independentemente de quaisquer fatores, sejam eles sociais, econômicos ou estruturais. Sem embargo, a realidade cotidiana impõe limites à plena realização do texto político na medida em que vão surgindo questões impensadas pelas políticas de atendimento, que acabam assumindo um caráter de imprevisibilidade, bem como novos problemas e desafios. Com o avanço da investigação etnográfica, que esteve focada na rotina de atendimento, foi-se sobressaindo a lacuna que se cria entre o texto das políticas nacionais e os limites que a realidade cotidiana lhe impõe.

Essa pequena introdução buscou situar o leitor, sem a pretensão de esgotamento do assunto, nas questões políticas e sociais relacionadas ao combate às epidemias das doenças sexualmente transmissíveis de maneira geral e à epidemia do HIV, de maneira

mais pontual, mencionando-se, brevemente, as linhas que estruturam e orientam o Programa Nacional de DST/Aids, braço forte da resposta brasileira. A próxima seção do texto se dedica a pormenorizar as questões teórico-metodológicas que nortearam a realização da investigação que aqui se apresenta.

## Capítulo 1. Introdução ao trabalho

### 1.1 Dos processos de institucionalização

Este trabalho é a síntese de uma pesquisa etnográfica exploratória focada no entendimento dos mecanismos empregados pelo Estado, no âmbito das instituições de saúde pública, para a gestão de pessoas que são ou se supõe serem afetadas pelas Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. A investigação se propôs a refletir sobre o funcionamento rotineiro de uma instituição pública de saúde que, em seu cotidiano, administrasse essa gestão. Tal pesquisa teve como intuito mapear a institucionalização da saúde – como bem público sob gestão estatal – na produção de novos sujeitos, em consequência da sua interação com os agentes de saúde.

Um dos pressupostos que estrutura a pesquisa e, conseqüentemente, ajudou a desenvolver seus objetivos é a concepção de que as instituições, ao atuarem junto à vida cotidiana dos indivíduos – seja por meio deles ou neles – são responsáveis por moldarem as ações e formas de pensamento desses indivíduos. Para pensar questões como essas, inspirei-me, sobretudo, no trabalho de Mary Douglas (1998) *Como as instituições pensam*. Nele a autora busca demonstrar como as instituições trazem conseqüências para a vida da coletividade e dos indivíduos, agindo, por vezes, diretamente nos processos de classificação e conhecimento do mundo desses agentes sociais. De acordo com a autora, as instituições seriam um agrupamento social que, para existir, disporiam, no mínimo, de uma convenção socialmente construída que fosse, de alguma forma, legitimada. Sendo assim, as instituições podem ser entendidas de maneira consideravelmente ampla, podendo ser um jogo, uma família ou uma cerimônia, desde que expressem um consenso compartilhado e legitimado na forma de conceber o mundo.

Uma das conseqüências da ação das instituições na vida social seria, para Mary Douglas, o processo de institucionalização a que os indivíduos estão submetidos quando acorrem às instituições. Esse processo se desdobraria por meio de diferentes táticas e mecanismos estruturados para organizar e dispor corretamente a coletividade e o pensamento individual. As instituições estariam, assim, submersas em constantes processos classificatórios que atingiriam e modificariam, direta ou indiretamente, a vida cotidiana dos sujeitos. Nesse movimento contínuo, nomes, pessoas e coisas vão sendo

remoldados, para se adequarem ao estilo de pensamento que as instituições promovem. Em última instância, segundo Mary Douglas, uma instituição seria responsável por promover a naturalização das classificações sociais e, ao agir no mundo social, confere uniformidade aos padrões de pensamento, coletivos e individuais, sendo responsável por construir um mundo mais coerente e padronizado.

Partindo desse referencial teórico, busquei traçar os objetivos dessa pesquisa. O principal deles foi sondar os processos de institucionalização aos quais estão sujeitas as pessoas que se supõem afetadas, ou de fato foram afetadas pelas DST, no âmbito das instituições públicas de saúde. Para se sediar a pesquisa, foi escolhido como referencial empírico o Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA – do Distrito Federal, que é um serviço de saúde voltado para ações de diagnóstico e prevenção de DST, onde são realizados gratuitamente testes de HIV, sífilis e hepatites virais (B e C). Dedico parte deste trabalho a contextualizar os CTA do Brasil como um dos serviços de referência dentro do Sistema Único de Saúde no combate às DST.

Ao acompanhar a rotina de trabalho dos agentes de saúde no CTA/DF, constatei que um dos principais mecanismos empreendidos pelo processo de institucionalização são os diferentes documentos produzidos no atendimento à população. Parte desta investigação reflete sobre a circulação desses formulários e fichas de atendimento como ferramentas que favorecem a criação e a manutenção da lógica instrumental e técnica das instituições, fator indispensável para a legitimação e difusão do pensamento institucional.

A base de atualização dessa lógica é a interação entre agentes de saúde e os indivíduos que procuram o serviço, no qual repetidamente a saúde se traduz como um campo técnico sob gestão estatal. Associada a essa dimensão está a forte preocupação com a produção de dados estatísticos no processo de trabalho em saúde. Nesse processo são contabilizados atendimentos, exames, usuários, insumos, horas, semanas, meses etc. Tudo acaba “virando estatística”, como dizem os funcionários.

A produção de dados numéricos e o ato da contagem, que engendram uma gestão calculista, são fenômenos que transcendem o âmbito da saúde por se tratarem de técnicas características dos Estados nacionais, que são assumidas para monitorarem e administrarem sua população. Assim, de maneira geral, busco entender também como a ação do Estado se articulava, dentro dos serviços públicos de saúde, aos processos de institucionalização que, por sua vez, conectam-se à produção de formulários, fichas de

atendimento e dados estatísticos, por meio dos quais usuários são administrados e devem ser controlados.

Este texto está organizado em três eixos primordiais, nos quais desdubro a apresentação e a construção do tema e elaboro as análises consideradas mais férteis. No primeiro capítulo, estão agrupadas as reflexões de cunho metodológico, em que proporciono ao leitor os subsídios necessários à compreensão da entrada ao campo, os núcleos pelos quais se desenrolaram a pesquisa e a construção das redes de empatia, indispensáveis para o andamento geral da pesquisa. Faço também rápidas considerações sobre a experiência da escrita de apontamentos em campo e do diário de campo e uma breve reflexão sobre a ideia de imutabilidade das instituições, que impera no senso comum.

No capítulo seguinte, trato dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Brasil em geral e propriamente do Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal – CTA/DF. Primeiro, apresento e caracterizo o que é um CTA, comentando a construção dos primeiros CTA da rede brasileira de atendimento e aproveitando para descrever a relação da estruturação do serviço com a produção dos manuais técnicos que regem a instituição; depois faço uma descrição mais densa da realidade do CTA/DF, na qual apresento a instituição ao leitor, com suas especificidades, analisando em detalhes seu fluxograma, sua mola estrutural etc.

No último capítulo, apresento as análises teóricas consideradas mais férteis para serem expostas no trabalho. A importância dos temas abordados nesse capítulo surge da recorrência desses temas no dia-a-dia vivenciado junto aos agentes de saúde do CTA/DF e na literatura estudada, bem como de reflexões teóricas que foram adotadas previamente para a elaboração das hipóteses de pesquisa. Discuto, nessa seção, em especial, sobre a autoridade sanitária de que os agentes de saúde dispõem no momento de atendimento aos usuários; sobre a importância dos formulários de atendimento, fazendo um estudo dos documentos e sua utilidade para a lógica institucional; sobre a trajetória desses formulários dentro da instituição, conectando essa dimensão ao imperativo em saúde, que é a produção de dados numéricos; e, finalizando, realizo a conclusão do trabalho.

## **1.2 Estabelecendo o primeiro contato ou em busca de autorizações**

A primeira parte desta investigação correspondeu à elaboração do plano de trabalho e se desenrolou durante o primeiro semestre do ano de 2012. Nessa etapa, foram traçados os objetivos da pesquisa, a forma como a investigação seria levada adiante, o material a ser levantado e estudado, os prazos para a sua realização e as contribuições do estudo para a Antropologia. Já nesse período, realizei pequenas visitas ao CTA/DF, a fim de mapear o terreno e sondar os limites e as possibilidades dos propósitos de minha investigação junto aos funcionários da instituição. O intuito era também verificar até que ponto meus questionamentos e hipóteses eram pertinentes dentro do universo que seria estudado e se seriam relevantes para os integrantes da instituição.

Findada a construção do plano, a ideia seguinte era a de se apresentar uma versão resumida do projeto à coordenação do CTA e depois ao responsável pela Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais do DF. Porém, o CTA encontrava-se em reforma desde fevereiro do mesmo ano e, como não havia data prevista para a retomada das atividades, a construção e a apresentação do resumo foram sendo adiadas. Enquanto o novo espaço era construído, os funcionários contavam com mais tempo livre, por isso, aproveitei, então, para realizar entrevistas com uma das enfermeiras do serviço. Pude assim obter, com calma, informações iniciais estratégicas, registrar o quadro de funcionários, entender a dinâmica de trabalho antes de ir a campo, esclarecer dúvidas e já levantar os conflitos da rotina de funcionamento. Durante as entrevistas, procurei esmiuçar as semelhanças e proximidades do CTA/DF em relação aos outros CTA da rede brasileira, que eram apresentados por artigos, dissertações e teses acadêmicas.

À medida que o serviço não era reinaugurado, também concentrei esforços na leitura de materiais institucionais, como manuais e outras publicações do Ministério da Saúde – MS –; todos pertinentes à temática dos Centros de Testagem e Aconselhamento. A análise documental compôs parte da construção dos dados que são apresentados na presente pesquisa. Nessa etapa, o foco voltou-se, sobretudo, para a análise dos manuais de organização dos CTA da rede brasileira, documentos que estabelecem os princípios organizacionais e as diretrizes de funcionamento da instituição. Dedico parte do trabalho, como se verá mais adiante, a contextualizar os manuais de organização.

Em agosto de 2012, tive a oportunidade de participar do IX Congresso Brasileiro de prevenção das DST e Aids, em São Paulo capital, que ocorreu conjuntamente com o II Segundo Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, o VI Fórum Latino-americano e do Caribe em HIV/Aids e DST e o V Fórum Comunitário Latino-americano e do Caribe em HIV/Aids e DST. Nesses espaços, foi possível conhecer o contexto de outros CTA da rede e a realidade dos serviços de saúde em contextos fora do Brasil. Toda a experiência serviu como significativo complemento à compreensão mais geral do tema. Durante o evento, privilegiei trabalhos relacionados aos CTA, principalmente assuntos como acessibilidade ao serviço, ao diagnóstico e à prevenção; a relação entre as unidades básicas de saúde e a promoção da prevenção das DST; os tensionamentos e reflexões sobre o trabalho dos aconselhadores; e mesas, nas quais eram expostos relatos de experiências.

Acumulei, assim, material pertinente ao estudo e abri novas perspectivas, novas interpretações e, também, novos rumos. Ao retornar a Brasília, fui ao CTA/DF, para conversar e discutir sobre tudo o que havia sido visto e ouvido no Congresso. Esses momentos de conversa mais relaxada, menos formais, foram importantíssimos para o estreitamento dos laços de afinidade e costumavam motivar os funcionários a me ajudarem e a sanarem dúvidas. Findado o ciclo de novidades que o Congresso trouxe, retomei os estudos bibliográficos, aproveitando, sempre que possível, para realizar rápidas visitas ao campo.

Somente quando o serviço foi reinaugurado, a fins do mês de novembro, dei entrada na apresentação do projeto à coordenação do CTA. Apresentei, então, uma versão resumida do plano de trabalho à coordenadora da instituição e a uma de suas enfermeiras. Ambas foram bem receptivas e apoiaram o estudo. A pesquisa foi muito bem recebida por elas e, mais tarde, por toda a equipe que, inclusive, estimulou bastante seu desenvolvimento. Tal aceitação foi de suma importância para a efetivação da pesquisa, afinal, ser aceito em campo é crucial para prosseguir e dar continuidade ao trabalho. Contudo, como já era previsto, o trabalho, para ser efetivado, precisaria passar pela aprovação das instâncias superiores responsáveis pelo CTA/DF, o que significava obter a autorização dos diretores da Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais do Distrito Federal, e da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do DF.

Felizmente faziam parte da rotina de trabalho da coordenadora do CTA reuniões semanais com os diretores da Gerência e da DIVEP/SVS – Diretoria de Vigilância

Epidemiológica/Secretaria de Vigilância em Saúde, de modo que ela acabou se tornando a grande intermediária entre mim e os órgãos responsáveis pela aprovação final do projeto. Como optei por não submeter a investigação ao comitê de ética em pesquisa, a assinatura do plano de trabalho era imprescindível, para que eu pudesse acompanhar o andamento dos serviços. As instituições de saúde são ambientes que estão acostumados com a circulação rotineira de documentos, dos mais variados tipos, como mediadores de relações. Portanto, foi necessário, pela própria lógica interna da instituição, a produção de um documento que mediasse a construção das interlocuções entre pesquisador e os participantes da pesquisa.

Escolhi não submeter o trabalho ao CEP por preferir estabelecer um código de ética que fosse construído e regulado em conjunto com os próprios funcionários do CTA/DF. Por crer que há mais sentido, desde o ponto de vista antropológico, em construir os parâmetros éticos da pesquisa sempre conjuntamente com quem de fato a torna possível e acompanha a investigação até o fim, não julguei necessária a intermediação de órgãos avaliadores na construção da pesquisa, sobretudo, porque acredito que

[...] é possível conceber que de um modo geral as reflexões sobre a história da antropologia e sobre seus dilemas (o colonialismo, o imperialismo, as comunidades periféricas, a etnicidade, a afetividade, o gênero etc.) são, ainda que assim não sejam anunciadas, reflexões sobre ética [...] a antropologia está sempre a tratar tais questões como parte indissociável de seu exercício, na medida em que a confrontação não hierarquizada de moralidades é parte de seu ofício. Ou seja, em antropologia, a ética não é assumida como uma regulação externa, mas como uma constante prática à produção de seus saberes. (PEREIRA, 2012).

Por isso, toda a questão ética deste trabalho foi elaborada na construção diária das relações que estabeleci com os funcionários no exercício cotidiano de suas atribuições. Porém, uma vez me distanciando da mediação do CEP, que, em estudos relacionados à saúde, está bastante influenciado pelo pensamento médico, ao produzir a versão resumida do projeto, adequuei a linguagem e os jargões antropológicos de forma que pudessem ser facilmente assimiláveis por meus interlocutores. Estipulei um máximo de duas páginas para o resumo e delineei no corpo do texto os seguintes pontos: o objetivo geral da pesquisa; os objetivos específicos; o público alvo; a justificativa; a metodologia e a dinâmica do trabalho. Estrategicamente, para a produção

do texto, procurei me inspirar na linguagem adotada nos manuais e documentos utilizados como referência nas políticas de saúde e proteção aos portadores de HIV/Aids e Hepatites Virais.

Como os estudos em Aids e DST costumam mobilizar delicados sentimentos e expor dimensões da vida privada das pessoas, trata-se de um campo que tem por pressuposto básico a concepção de que aqueles que são ou se supõe serem afetados pelas doenças sexualmente transmissíveis estão, em algum nível, vulneráveis. A ideia de vulnerabilidade<sup>3</sup> atua como um campo comum de significado que é compartilhado pelos agentes de saúde no momento da interação com os usuários. Assim sendo, para os profissionais de saúde, o usuário que chega ao serviço precisa ser protegido pela instituição, cabendo ao próprio agente de saúde a responsabilidade por garantir essa proteção. Conseqüentemente, o profissional emerge, na relação com os usuários, como aquele que protege, enquanto os usuários tornam-se a extremidade oposta, aqueles que estão vulneráveis e devem ser resguardados. Como resultado disso, foi necessário frisar, para aprovação do projeto, que o público alvo da investigação seriam os funcionários – a parte forte e inquestionável da instituição – em sua jornada cotidiana de trabalho.

Com esse ponto de partida, a presença dos usuários não foi omitida da pesquisa; foi, em verdade, colocada em segundo plano, aparecendo na medida em que era importante para a compreensão do trabalho e sendo sempre narrada à luz das relações com os agentes de saúde e com os procedimentos institucionais. O resumo que foi apresentado garantia que nenhum usuário seria interpelado de forma direta, por meio de entrevistas ou conversas informais, como de fato aconteceu. O que seria feito era narrar e discutir, sempre que fosse relevante, falas e ações assumidas na interação entre usuários e serviço de saúde.

Junto à coordenação do CTA/DF, todos os pontos do resumo foram discutidos e aclarados. Nessa ocasião, tive a oportunidade de defender a importância do trabalho e dar a conhecer os referenciais metodológicos de que a antropologia costuma lançar mão. É importante notar que, dentro desse processo, foram sugeridas alterações de conteúdo, como a que ocorreu no espaço em que era apresentado o público alvo. Esse trecho assegurava o anonimato dos usuários durante a investigação, contudo, como chamou a

---

<sup>3</sup> Trata-se de um conceito que em saúde faz referência a um conjunto de características políticas, econômicas e socioculturais responsáveis por ampliar ou diluírem os riscos individuais de se adquirir alguma DST. Como conceito, busca estabelecer uma síntese das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentos associados às diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais frente às DST. Para se aprofundar a problemática, consultar: Ayres (1997,2002), Buchalla e Paiva (2002).

atenção minha interlocutora, era importante resguardar também o “sigilo das informações e a privacidade”. Somente depois de realizadas as adequações sugeridas é que o projeto seguiu para a gerência. Ao final da trajetória, o resultado foi um documento assinado pela orientadora da pesquisa, a responsável pelo CTA/DF e o responsável pela Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais do DF. Para evitar quaisquer problemas e também resguardar a pesquisa, uma cópia de segurança foi deixada no CTA, e a outra foi guardada comigo.

Em resumo, a pesquisa esteve situada em três níveis de atuação: o primeiro deles foi o universo dos manuais e documentos técnicos, momento de reflexão teórica, realização de entrevistas com os funcionários do serviço, de rápidas conversas e visitas informais, mas também de leitura de artigos, dissertações e teses relacionadas a pesquisas vinculadas aos CTA; o segundo nível deu-se durante a participação no Congresso sobre prevenção em São Paulo, em que registrei a experiência de profissionais de outros CTA da rede brasileira e a particularidade de cada município no qual o serviço estava implantado. Foi um momento caracterizado por uma etnografia em movimento, no qual o propósito maior era o de se fazerem conjunções ou justaposições de situações e estabelecer uma conexão que viesse complementar, de maneira geral, o trabalho. O terceiro nível, que é o sustentáculo principal, é definido pelo acompanhamento da rotina de trabalho dos agentes de saúde dentro do CTA/DF, onde se deu a observação e a participação nas atividades rotineiras de atendimento. Em seguida, nas duas próximas seções, trato dos aspectos da entrada em campo que serão importantes para a compreensão dos dados que aqui são apresentados.

### **1.3 Mas, afinal, o que você faz aqui? Apresentando-me à equipe de profissionais**

Ao estudar a vida cotidiana de pessoas que despertam bons sentimentos no pesquisador, criar vínculos de empatia e ser bem aceito em campo são condições fundamentais para a realização de uma boa pesquisa etnográfica. Para o fazer antropológico, cultivar bons relacionamentos em campo assume importância na medida em que uma das grandes responsabilidades do etnógrafo é tecer relações e estabelecer diálogos, sempre imbuído da ideia do que os antropólogos estão acostumados a chamar de “observação participante”.

Minha experiência no CTA/DF foi, no que tange à construção de redes de empatias, muito inspiradora e rica, o que muito me ajudou, especialmente, em momentos em que era necessário esclarecer alguma dúvida ou ao ser convidado para acompanhar algum procedimento. E, em consequência do bom relacionamento, a convivência diária foi bastante agradável. Em relação à maneira pela qual me apresentei individualmente aos funcionários do CTA/DF, julguei que não me apresentar, em um primeiro momento, como estudante de antropologia seria importante, para que os funcionários pudessem compreender mais rapidamente meus objetivos, haja vista que estudantes de antropologia dentro de serviços de saúde não são figuras comuns. Na apresentação geral à equipe assumi então a figura genérica de estudante da UnB e pesquisador que estava ali para conhecer e investigar as etapas do serviço prestado, sem especificar minha filiação acadêmica ao Departamento de Antropologia.

Procurei, então, outra estratégia de apresentação. Aproveitando que a instituição estava acostumada a receber pessoas de fora para acompanharem os serviços e tendo em mente que seria necessário acompanhar o maior número de atividades possíveis, passei a apresentar-me inicialmente como estagiário, pessoa que estava ali para participar do atendimento e, sobretudo, ser ensinada. Ao longo da pesquisa, conforme minha presença ia sendo mais bem assimilada, e a partir do estabelecimento de uma relação de maior relaxamento com os agentes de saúde, fui afirmando minha presença enquanto antropólogo.

Em um primeiro momento, julguei a escolha inocente e não imaginei que assumiria as proporções que assumiu com o tempo de pesquisa. Uma vez que me apresentei como estagiário, passei a ser tratado como tal. Por isso, ensinaram-me a atender ao telefone, a passar informações básicas aos usuários na recepção (como dias e horários de atendimento), a fazer agendamentos, a organizar fichas, a imprimir resultados etc. Da mesma forma como os funcionários “ficam de lá para cá”, eu também ficava em movimento, nunca o tempo todo em um mesmo posto ou em uma mesma função.

Com o tempo, fui me convertendo em uma espécie de “quebra-galho” na medida em que ia prestando favores aos funcionários. Em contrapartida, tive acesso a dimensões da instituição que inicialmente não imaginava que teria, como o fato de imprimir e organizar os resultados dos exames para agilizar o atendimento – dimensão que até então era inimaginável para mim. Tal circunstância demonstrou, por um lado, a

confiança que a equipe depositou em mim e, por outro, a forma como fui assimilado na rotina de trabalho.

Passei, então, a vivenciar uma dupla identidade de trabalho em campo, uma como estagiário, uma espécie de potencial funcionário, que atende usuários, que organiza documentos, e outra como pesquisador, que observa, conversa e questiona. O envolvimento com a lógica nativa trata-se de aspecto deveras estimado pelo etnógrafo e, desde esse ponto de vista, minha estadia pelo CTA pode ser considerada satisfatória. Contudo, faz-se imperioso, a fim de que o trabalho final não seja comprometido, o envolvimento com a lógica nativa, sem perder de vista a prática dos questionamentos, sem se esquecer da figura do pesquisador. Por vezes, principalmente nos momentos de grande demanda no atendimento, eu me esquecia do que realmente estava fazendo ali no CTA, de tão imerso que estava no trabalho de estagiário. E a ferramenta que possibilitava retomar minha identidade de pesquisador era a escrita.

#### **1.4 Escrever: fiscalizar ou tornar digno de nota?**

Escrever sempre me proporcionou as condições primordiais para o exercício do distanciamento, sobretudo, quando o envolvimento no cotidiano de trabalho da equipe era muito intenso. O etnólogo deve evitar estar profundamente imerso no campo a ponto de naturalizar as ações de seus interlocutores, já que sua função seria justamente a oposta, a de desnaturalizar o familiar para, assim, compreendê-lo melhor. A experiência de escrever o diário de campo foi a forma que encontrei de trabalhar, no dia a dia, guardando as devidas proporções, o campo “estando aqui”, como qualifica Geertz (1989), ou seja, de trabalhar o “estando lá” – dentro do CTA – com distanciamento não só emocional, mas também físico, acomodado em um “gabinete”.

Essa prática propiciou a retomada da postura reflexiva e permitiu (re)posicionar minha identidade como pesquisador. Porém, escrever, nos dias de hoje, como lembra Geertz (1989), é menos uma dificuldade técnica, na qual o antropólogo tenta superar as tensões entre a dimensão cognitiva e a dimensão emocional, e torna-se cada vez mais um empreendimento delicado “em termos morais, políticos e até epistemológicos”. O exercício da escrita em campo, por exemplo, que se dá por meio de rápidos apontamentos, os quais mais tarde irão compor o conteúdo do diário de campo, costuma trazer impacto nas relações com os interlocutores e evocam questões morais que

merecem ser comentadas. Fazer anotações diante das pessoas pode ser visto como uma atividade deselegante e constrangedora para “quem está sendo anotado”, por isso, desde o começo, tomar notas sempre me foi vetado pelos agentes de saúde, quando eu acompanhava os atendimentos coletivos. O intuito era “preservar o usuário” de constrangimentos.

Já em outros contextos, essa escrita não era vetada, mas assumia um caráter fiscalizador, como se eu estivesse ali para controlar e vigiar as atividades dos funcionários. Certa vez estava na sala da administração, fazendo anotações corriqueiras sobre o atendimento coletivo a que eu havia assistido anteriormente, enquanto estava presente um grupo de funcionárias conversando e rindo animadamente. Quando uma delas ia deixando a sala, disse às outras em tom jocoso “olha, ele está anotando tudinho aí o que vocês estão falando” e deixou a sala. Apesar da brincadeira, a fala foi exemplo de um dos significados que estava sendo atribuído ao meu diário de campo. Naquele instante, tornou-se evidente, para mim, que o registro que eu estava fazendo poderia assumir, dependendo do contexto, um tom de fiscalização.

Por vezes, a escrita ia em direção oposta ao constrangimento e à ideia de controle. Foi vista por uma das agentes de saúde, a que fez a brincadeira sobre a fiscalização, como instrumento oportuno para registrar e levar adiante, quem sabe até legitimar, sua raiva e seus descontentamentos ocasionados em um dia atípico da sua rotina de trabalho.

O segundo dia da reabertura do CTA/DF foi marcado pela visita do então Ministro da Saúde, Alexandra Padilha, e de sua comitiva. O movimento e a organização interna da instituição estavam intensos, em especial, pela presença da comitiva que estava preparando o ambiente para a vinda do ministro, sem contar a presença de repórteres. Em um momento de grande estresse e tensão, a referida funcionária disse em tom irônico para suas companheiras de trabalho, referindo-se à comitiva: “Esse pessoal gosta de armar circo para mostrar serviço”. Virando-se para mim, terminou a frase dizendo “e pode anotar isso e dizer que fui eu quem disse”. Nesse contexto os apontamentos de campo assumiam o atributo de ser um instrumento que viabiliza o registro de emoções e falas que são consideradas dignas de nota e devem ser passadas adiante.

Como se vê, o processo de escrita em campo, sob a perspectiva dos interlocutores, não passa despercebido, mesmo que sejam escolhidos locais discretos para essa atividade, estando sujeito a diferentes interpretações a depender das

circunstâncias. Em resumo, para encerrar o raciocínio, no caso específico da pesquisa dentro do CTA/DF, as significações acerca do exercício de tomar notas giraram em torno de, basicamente, três núcleos de sentido: a escrita como fonte de constrangimentos e de deselegância; como dimensão fiscalizadora do processo de trabalho dos agentes de saúde; como instrumento que legitima falas ao torná-las dignas de nota.

### **1.5 As instituições se movimentam: refletindo a partir dos imponderáveis da pesquisa**

Há uma forte crença, no senso comum, de que as instituições, diferentemente dos indivíduos, tendem a permanecer iguais ao longo do tempo. A progressiva entrada e saída de membros produz a sensação de que as instituições são estáveis e repetem, sem grandes inovações, sua rotina de trabalho. Isso se deve ao fato de, principalmente, termos a percepção de que, em relação às instituições, a existência do indivíduo está sujeita a uma curta duração. O senso comum está acostumado com a ideia de que a vida individual é organizada para cessar em determinado momento, diferentemente da sociedade, que a priori está sujeita a uma duração ilimitada (SIMMEL, 1983). Ao decidir estudar instituições de saúde, seus procedimentos técnicos, suas relações de trabalho e os processos de institucionalização, aos quais os indivíduos estão sujeitos na vida cotidiana, parti justamente desse pressuposto de imutabilidade.

Em fevereiro de 2013, afastei-me das atividades acadêmicas, para realizar um intercâmbio de cinco meses em uma instituição de ensino superior fora do país. Durante esse período, deixei suspensa minha pesquisa. O contato com a equipe do CTA era esporádico e se resumiu a uma troca de e-mails com uma das funcionárias. Ao retornar, tomei por certo que a retomada da pesquisa estaria mais do que garantida. Primeiro, pela grande afinidade que construí com a equipe; segundo, por estar convencido de que as instituições se mantêm praticamente iguais no transcorrer da vida cotidiana. Infelizmente, dois meses após partir para a viagem, o CTA/DF sofreu importantes alterações na sua coordenação, que não me foram comunicadas previamente. De tal sorte que a pesquisa que aqui será apresentada se converteu em um divisor de águas entre duas realidades e dois tipos diferentes de gestão. Infelizmente, por questões de prazo e fôlego, apenas o contexto anterior à mudança será aqui descrito.

Na semana em que retornei do intercâmbio, fui ao CTA/DF marcar o retorno, para continuar a pesquisa. Já na recepção fui informado de que “tudo” havia mudado.

“Mas como tudo?”, perguntei. “Tudo, tudo”, respondeu-me a antiga coordenadora. Para minha surpresa, a Gerência de DST/Aids/HV do DF havia sofrido mudanças relevantes no quadro de seus coordenadores, a ponto de afetar a própria coordenação do CTA/DF, que também foi modificada. Não fui informado sobre a razão das alterações repentinas, porém, pairaram no ar indicações de que a mudança havia sido fruto de tensões políticas internas.

Ao tentar entrar em contato com o novo responsável pela Gerência de DST, informaram-me que desta vez a pesquisa não conseguiria passar sem ser submetida previamente ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fepecs – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Assim, toda a trajetória anterior para a conquista da autorização foi anulada pela nova Gerência de DST do DF. Pelo lado da nova coordenadora do CTA/DF, no que tangia à continuidade da pesquisa, as coisas se mantiveram iguais. Por ela, não haveria qualquer problema em continuar a pesquisa. Mais uma vez, optei por não submeter o trabalho à avaliação do CEP. Dessa vez por razões óbvias: como submeter à avaliação um trabalho que já estava em andamento desde 2012? Por isso, sendo impedido de continuar a investigação, parti para a escrita da etnografia.

Toda essa experiência serviu para mostrar que as instituições não estão estanques, como o senso comum costuma pensar. Pode parecer óbvio, mas vale pontuar, sobretudo por vivermos imersos em uma cultura institucional que prega a impessoalidade das ações, que as instituições são feitas por pessoas e sentimentos. E, precisamente por isso, estão sujeitas a mudanças, instabilidades, a novos posicionamentos e novas formas de agir no mundo. O pesquisador deve estar, portanto, preparado para essas mudanças, afinal de contas, elas podem ser expressivas o suficiente para forçarem alterações nos rumos da pesquisa.

Ao retomar as anotações de campo para a escrita etnográfica, pude me dar conta de que devemos, como pesquisadores, estar preparados para nos adaptarmos, da melhor forma possível, aos imponderáveis que são inerentes a todas as pesquisas. Ter esbarrado nessa troca de gestões, no âmbito da Gerência de DST e do CTA/DF, foi sem dúvida um dos imponderáveis etnográficos com os quais tive de lidar.

## Capítulo 2. Os Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil e o caso do CTA/DF

### 2.1 “FiqueSabendo”<sup>4</sup>: O que são os Centros de Testagem e Aconselhamento?

Os CTA são serviços de saúde voltados para ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), nos quais são realizados gratuitamente testes de HIV, sífilis e hepatites virais (B e C). São serviços de referência dentro do Sistema Único de Saúde no que diz respeito ao combate às DST. Como instituições de saúde pública, os CTA do Brasil têm suas diretrizes norteadas pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (MS), mas são de responsabilidade da esfera estatal ou municipal. No caso do CTA/DF, o Ministério da Saúde fomenta estratégias, emite diretrizes, mas quem realmente assume a responsabilidade pelo CTA é o Governo do Distrito Federal. Sendo assim, os CTA da rede brasileira contam com particularidades de funcionamento próprias de cada estado e município, o que confere grande heterogeneidade ao perfil dos CTA das diferentes regiões do Brasil.

O primeiro CTA foi implantado no final da década de oitenta, mais precisamente em 1988, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e o segundo foi implantado no município de São Paulo, em 1989. Naquele período, os hoje Centros de Testagem e Aconselhamento eram conhecidos como Centros de Orientação e Apoio Sorológico, COAS. Somente no ano de 1997, os COAS foram rebatizados com o atual nome, mudança que veio acompanhada de uma reflexão sobre os princípios que estavam por trás da implantação dos serviços:

No ano de 1997, a Coordenação Nacional [de DST e AIDS] rebatizou a experiência, até então denominada de ‘Centro de Orientação e Apoio Sorológico’ (COAS). Essa alteração deu-se em função da dificuldade de compreensão implícita nesta expressão, além do fato de ela conter um erro semântico (apoio sorológico). Além da modificação terminológica, tratou-se de uma reflexão sobre os princípios que nortearam a implantação e a consolidação dos centros de testagem anti-HIV<sup>5</sup>, o que resultou, principalmente, em novas propostas para o trabalho dos agora denominados ‘Centros de Testagem e Aconselhamento’ – CTA. (BRASIL, 1999)

---

<sup>4</sup> Slogan da campanha desenvolvida pelo MS, no ano de 2003, que incentiva a realização do teste de HIV, sífilis e Hepatites virais.

<sup>5</sup> Apesar de mencionar que a mudança não foi uma simples questão de nomenclatura, o manual não explicita quais seriam as propostas e reflexões por trás dessa mudança de nome.

O desenvolvimento da expansão da rede de CTA no território brasileiro se deu essencialmente em três etapas distintas. A primeira delas entre os anos de 1995 e 1998, que foi quando o MS induziu a implantação dos novos serviços por meio do financiamento de projetos de estados e municípios. Nessa época foram implantados 108 CTA no país, grande parte deles concentrados na região Sudeste. A segunda etapa da expansão ocorreu nos anos de 1999 e 2000, quando outros 39 serviços foram implantados, particularmente nas regiões Sul, Norte e Nordeste. Por último, a terceira etapa se deu entre os anos de 2001 e 2004, quando foram implantados 150 novos serviços (BRASIL, 2010). Portanto, este último período é o que apresenta o maior número de CTA inseridos desde o começo da expansão da rede. Por meio dele, deu-se a implantação da campanha nacional de prevenção “FiqueSabendo”, desenvolvida no ano de 2003 pelo Programa Nacional de DST e Aids. Trata-se de uma campanha de mobilização voltada para o incentivo à testagem, na qual são desenvolvidas ações que visam a conscientizar a população sobre a importância da realização dos exames de HIV, sífilis e hepatites virais.

A campanha oferece alta tecnologia por meio dos testes rápidos, ampliando assim o acesso ao diagnóstico, mas o que não está exposto pelo “FiqueSabendo” é até que ponto realmente é importante, para a pessoa que se testa, conhecer o seu “status sorológico”. Do ponto de vista da vigilância epidemiológica, quanto mais precoce for diagnosticado algum caso de DST, maiores benefícios terão a população e o indivíduo. Contudo, nem sempre os anseios epidemiológicos correspondem às prioridades e importâncias dos usuários. Por isso, a testagem não deve ser vista apenas como um procedimento técnico, uma vez que também produz sentidos, desperta ações e cria novas percepções nos agentes sociais.

Alguns gestores têm grande clareza disso, admitindo que “nem sempre o melhor é ficar sabendo”, como alertou a representante da coordenação estadual de DST/Aids do estado de São Paulo, Karina Wolffenbuttel, em um Fórum sobre acesso ao diagnóstico<sup>6</sup> do HIV e hepatites virais. E, ao se trazer essa questão para dentro dos CTA, percebe-se que eles devem ser apreendidos além da dimensão técnica e operacional que lhes é própria, uma vez que eles não são somente uma instância produtora de exames e

---

<sup>6</sup> Fala registrada durante a apresentação do Fórum *Acesso ao diagnóstico do HIV, hepatites virais e sífilis e ao aconselhamento no âmbito da rede de serviços e comunidade* do IX Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, realizado em São Paulo, em agosto de 2012.

resultados. As atividades que são levadas a cabo dentro dos centros de testagem possibilitam aos usuários, via exame, ou seja, via tecnologia, desenvolver novas percepções sobre corpos e práticas, corroborando assim para a construção de comportamentos conscientes de segurança, nos quais os agentes de saúde procuram introduzir novos valores de vida a serem incorporados em práticas sexuais (BIEHL, 2004). Por isso se é preciso ter em mente que o saber técnico dos centros de testagem e aconselhamento atua, ao menos indiretamente, na criação e reformulação de sentimentos e ações. Assim, como instituição, os CTA são também produtores cotidianos das mais complexas e variadas subjetividades.

A ação dos CTA junto à população se desdobra fundamentalmente em dois eixos primordiais: o oferecimento dos testes sorológicos e o aconselhamento. O grande diferencial dos Centros de Testagens em relação a outros serviços de saúde é, como se verá ao longo deste trabalho, a prática do aconselhamento. Como me foi reportado por uma das funcionárias do CTA/DF: “Testagem qualquer laboratório faz, aconselhamento não. A instituição leva no nome o aconselhamento. [Assim] a figura do aconselhador é função exclusiva do CTA”. Nos CTA, cria-se uma aliança entre esses dois eixos, testagem e aconselhamento, conformando-se subjetividades e explorando-se novas possibilidades de ação. Em vista disso, são entendidos pelas políticas de prevenção e promoção à saúde como estratégias significativas no combate às DST. Em síntese, aconselhamento e testagem permitem aos agentes de saúde criarem subsídios para a (re)construção da subjetividade dos usuários em relação a si e aos usos de seus corpos.

A ideia do aconselhamento não é fornecer conselhos, como uma primeira leitura pode induzir, é antes de tudo “construir junto com o usuário [dos serviços prestados pela instituição] uma conversa”, evitando-se ao máximo “ações prescritivas”, como escutei em diferentes conversas dentro do CTA/DF. A associação entre a prática do aconselhamento e a Aids surge, inicialmente, no contexto das ONGs, “a partir de trabalhos voluntários e de grupos de apoio entre pares”, iniciando-se com grupos de pessoas infectadas e doentes (BRASIL, 1999, pg. 9) e somente depois a prática é assimilada pelos serviços de saúde.

O aconselhamento é uma prática que visa a provocar mudanças de comportamentos e também fornecer apoio emocional com relação à comunicação do diagnóstico. É visto como uma escuta ativa que tende “a sensibilizar” os usuários em relação aos seus “comportamentos de risco”, exigindo do agente de saúde uma postura que valorize as ideias e concepções que os usuários trazem. Cabe notar que, no contexto

dos Centros de Testagem e Aconselhamento, as pessoas que buscam atendimento não são classificadas como pacientes. Os técnicos dos CTA preferem usar o termo “usuário” ou “cliente”. Para uma das aconselhadoras, a palavra “paciente” deveria ser abolida de toda a rede de saúde, pois transmite uma ideia de passividade que pode ser interpretada como um não reconhecimento da agência da pessoa que busca o serviço. Assim, o trabalho do aconselhador está constantemente oscilando entre transformar comportamentos e respeitar a agência dos sujeitos.

## **2.2 Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil: um mundo descrito por manuais técnicos**

A regularização e o estabelecimento dos princípios organizacionais e das diretrizes para o funcionamento dos CTA são desenvolvidos por meio de manuais técnicos que são publicados pelo MS. Por meio desses documentos, os princípios, a estrutura e os objetivos dos serviços são estabelecidos e organizados. Inicialmente, antes de ir a campo, meus estudos começaram pela análise desses manuais. O intuito era poder apreender as traduções entre o que estava sendo dito nos manuais e o que realmente era operado na prática cotidiana. Nessa fase, foram lidas e comparadas as três edições existentes até então. A primeira delas foi publicada no ano de 1993; a segunda, em 1999; e a terceira, em 2010<sup>7</sup>.

Pelos manuais, pude conhecer a forma como o serviço de saúde foi delineado pelos gestores e, sobretudo, seus objetivos, conceitos, prioridades e jargões. Tais materiais são criados para serem uniformes e seguem uma estrutura de apresentação clara e objetiva. Em consequência disso, durante o processo de criação desses documentos, as contradições vão sendo diluídas, e o resultado final é apresentado ao público por meio de uma síntese concisa e geral, pronta para ser aplicada em qualquer contexto, não constando nos manuais a longa trajetória de encontros e desencontros entre os interesses e prioridades dos gestores nas três esferas de governo, dos agentes de saúde e da sociedade civil organizada. Por isso, ao se tratarem os manuais como fontes

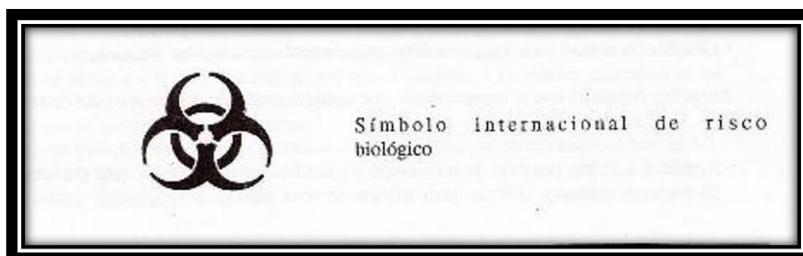
---

<sup>7</sup>As mais recentes podem ser acessadas pelos seguintes endereços eletrônicos: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cta.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cta.pdf) edição de 1999 (Visualizada em 13/02/2014) <http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/cta2010-01-web.pdf> edição de 2010 (Visualizada em 13/02/2014).

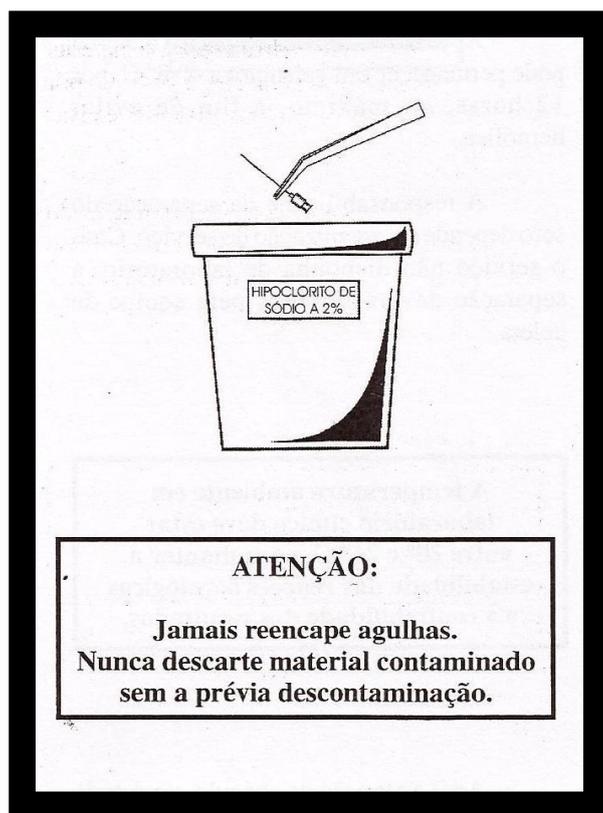
de informação etnográfica, é preciso ter em conta que a sua elaboração é parte de um processo político, no qual estão inerentes conflitos e negociações.

A primeira edição veiculada data, como já mencionado, do ano de 1993, cinco anos após a criação do primeiro serviço na cidade de Porto Alegre. Essa edição foi, no mínimo, um primeiro esforço, que buscou conciliar ao menos três dimensões: (i) as experiências dos serviços de saúde em relação à Aids, (ii) as experiências dos CTA pioneiros implantados no Brasil e (iii) os objetivos da própria política pública de saúde brasileira. A apresentação de uma síntese entre essas dimensões foi, portanto, o produto final desse esforço. Trata-se de uma publicação relativamente sumária e pontual, se comparada às edições posteriores, pois não apresenta gráficos nem documentos anexados, como a edição de 2010, que investe na apresentação de dados por meio de um gráfico e uma pequena tabela de dados estatísticos e dedica boa parte do seu volume a apresentar vários documentos anexados.

Nenhuma das três edições apresenta muitas ilustrações. As poucas que existem compõem a parte do manual destinada às normas técnicas para coleta e preparação das amostras de sangue:



Manual Técnico – edição de 1993



Manual Técnico – edição de 1999

Em relação aos conceitos apresentadas nos manuais e que são comuns às três edições, desde a primeira, os serviços são apresentados como importante meio para viabilizar o diagnóstico precoce, ajudando a interromper a cadeia de transmissão das DST, e apresentam-se os CTA como instituições estruturadas para garantir o anonimato e a confidencialidade no atendimento. Essas duas características são primordiais na construção das particularidades do serviço de saúde oferecido pelos CTA frente aos outros serviços de saúde que também oferecem a testagem sorológica para as DST.

Ao se olhar as edições, é possível verificar que a estrutura dos manuais se manteve praticamente igual desde a sua primeira edição: Apresentação/Prefácio, Marco Conceitual, Objetivos, População Beneficiária, Normas de organização e funcionamento, Normas Técnicas de biossegurança, de limpeza, de desinfecção de material e Anexo. Porém, determinados conteúdos foram reformulados e novos temas foram incorporados. Na primeira edição, é feita uma rápida apresentação do que seria o serviço e qual o propósito do manual e, em seguida, o documento passa aos próximos

tópicos – Marco conceitual e Objetivo – que também são apresentados de maneira extremamente sucinta e objetiva. Já a segunda publicação estende em duas partes o que seria a apresentação da primeira edição. É criado (i) um prefácio, salientando-se o poder da informação como estratégia de prevenção e o caráter essencialmente preventivo do serviço, e é feito (ii) um breve histórico da testagem sorológica anti-HIV no Brasil e do aconselhamento em HIV/Aids.

A edição de 2010 é a que apresenta maior número de páginas, é a mais colorida, estando sua apresentação externa bem destacada na cor vinho. A parte inicial do manual está dividida em uma apresentação, em uma introdução e em dois trechos mais, um que traz a história dos CTA e a mudança no cenário da epidemia e outro que aborda a cobertura e as características da rede de CTA do Brasil. Boa parte desse volume é dedicada à apresentação de diferentes documentos técnicos pertinentes à temática, voltados principalmente para os profissionais de saúde. Nessa edição, conceitos como equidade, direitos humanos, interdisciplinaridade, respeito à diversidade sociocultural e vulnerabilidade foram incorporados e debatidos. Assuntos como o atendimento a gestantes e a crianças e adolescentes, a caracterização dos CTA itinerantes – unidades móveis, como trailers – foram temáticas inéditas até então, adicionadas somente nesta edição. Essas mudanças em relação às outras publicações podem ser interpretadas como uma tentativa, por parte das esferas decisórias, de acompanhar a dinâmica e o cenário de desenvolvimento por que as epidemias das DST e as políticas assistencialistas em saúde vêm passando.

Em resumo, as normas de organização para os CTA são estabelecidas pelos manuais e funcionam como princípios de caráter geral. Tais princípios servem, no horizonte do possível, para reger o andamento da instituição. Os principais pontos a serem observados por todos os CTA costumam ser: a acessibilidade, o anonimato flexível e confidencialidade, a agilidade e resolutividade no atendimento e o aconselhamento. No que diz respeito à acessibilidade, espera-se que a estrutura física da organização esteja situada em local de fácil acesso, tanto para população em geral, como para as populações-alvo. No segundo quesito, anonimato flexível e confidencialidade, estipulou-se que os testes sorológicos, no âmbito dos CTA, poderiam ser realizados de forma anônima ou nominal, tendo-se sempre em vista que a confidencialidade deve prevalecer sobre o anonimato. O terceiro quesito, agilidade e resolutividade, preconiza o encaminhamento interno rápido e um tempo mínimo de espera, o que na prática, como se verá, nem sempre é possível. O quarto quesito, o

aconselhamento, é a ferramenta que melhor distingue o CTA dos outros serviços de saúde pública, sendo, portanto, analisado pausadamente mais adiante.

Nem sempre os princípios norteadores da organização dos CTA podem ser atendidos devido às particularidades e ao contexto de implantação de cada instituição. Alguns podem não contar com a infraestrutura necessária para uma organização adequada, dispondo de pouco espaço para prestar atendimento, por exemplo; já outros contam com pouco capital humano para a realização do trabalho e, em consequência, os funcionários existentes acabam sobrecarregados. Independentemente dessas especificidades, o CTA/DF vem conseguindo cumprir o seu papel e tem estado muito próximo ao que é recomendado pelo MS, sendo, inclusive, um CTA formador, aquele que é capacitado a treinar e formar outros CTA.

Em relação às (des)continuidades entre o conteúdo dos manuais e as falas dos agentes de saúde do CTA/DF, pude perceber que as categorias manuseadas pelos agentes estavam em ampla concordância com as categorias desenvolvidas pelos manuais de diretrizes. Ao compararmos os discursos, é possível percebermos que há grande similaridade entre as falas técnicas e a fala dos agentes de saúde. No entanto, o discurso que é fixado nos manuais sempre estará sujeito a apropriações muito específicas, que irão depender dos mais variados contextos de aplicação. Por exemplo, no segundo manual e no terceiro, é possível encontrarmos a categoria anonimato flexível sendo descrita da seguinte forma:

Os testes sorológicos, no âmbito dos CTA, podem ser realizados de forma anônima ou nominal. Anonimato quer dizer que o usuário não precisa se identificar [...] Flexibilização do anonimato quer dizer que, para o usuário que assim desejar, deve-se proceder à identificação do mesmo no momento do pré-teste ou da coleta. (Brasil, 1999)

Na fala de uma das entrevistadas, a categoria anonimato flexível dá lugar a um novo termo, “anonimato e sigilo”, que foi evocado repetidamente durante os aconselhamentos coletivos e na fala de outros agentes de saúde. A prática do anonimato flexível dentro do CTA/DF de fato ocorre como descrita acima; o usuário é informado que poderá ou não se identificar com seu nome próprio no momento de preencher o formulário de atendimento. Contudo, no discurso cotidiano, a ideia de sigilo prevalece sobre a ideia de flexibilização, demonstrando que o que realmente importa na prática dos agentes de saúde são as dimensões da privacidade, da discrição e do segredo no

atendimento. Entretanto, como se verá mais adiante, durante a trajetória de atendimento ao usuário, o anonimato pode vir a ser quebrado. Casos como esses ocorrem, principalmente, quando o diagnóstico é reagente para alguma DST e a identificação do usuário se faz necessária, para que ele possa ser encaminhado para a rede de tratamento, como veremos mais adiante. Antes, porém, é preciso situar o Centro de Testagem do DF.

### **2.3 O Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal - CTA/DF: o seu contexto**

O CTA/DF encontra-se na Rodoviária do Plano Piloto em Brasília. Foi criado no ano de 1998, localizando-se, nesse período, na parte inferior da Rodoviária do Plano Piloto, área central de Brasília, num “espaço pequeno e não muito cômodo”, como descrito por uma das funcionárias do CTA. No organograma, a instituição está vinculada à Gerência de DST e Aids, no âmbito da Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do DF, e fica sob sua responsabilidade. Do ano de sua criação até o de 2003, o CTA funcionava em dois turnos: manhã e tarde. Em dezembro de 2003, a instituição passou a oferecer um terceiro turno para cobrir o período da noite – das 19h às 22h aproximadamente. O terceiro turno se manteve até 2007 (ano aproximado). Hoje o CTA/DF situa-se na plataforma do meio da Rodoviária do Plano Piloto, conta com dois espaços, estando apenas um em uso, e realiza suas atividades em dois turnos.

A princípio, a instituição voltava-se apenas para a testagem do HIV e da sífilis, tendo sido atualmente incorporada nos serviços a testagem sorológica para as hepatites B e C, o que reflete uma preocupação tardia em relação ao impacto e proporção das hepatites virais em relação a Aids. Segundo Conferência ministrada pelo Secretário de Vigilância em Saúde do MS, Jarbas Barbosa, no II Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites virais, que ocorreu no ano de 2012, somente a partir do ano de 2002, começaram a surgir repostas mais estruturadas para o desafio das hepatites virais, ainda faltando, segundo o Secretário, forte incentivo e intercâmbio de experiências e informações no combate às Hepatites virais.

O CTA/DF conta com autonomia em relação ao seu espaço físico, pois não está localizado dentro de centros de saúde ou hospitais da rede pública. Em um primeiro momento, supus que isso fosse recorrente nos CTA dos outros estados brasileiros,

porém, de acordo com uma das agentes de saúde, são poucos os CTA que contam com uma estrutura física própria, como a que dispõe o CTA/DF. Em geral, as organizações são localizadas dentro de outras instituições, como postos de saúde e hospitais universitários, mesclando-se, assim, aos outros serviços que são prestados à população.

Sendo a sua estrutura espacial separada da de outras instituições de saúde, foi possível visualizar mais facilmente o CTA/DF, durante a pesquisa, como instituição específica e especializada na prevenção e diagnóstico das DST. Praticamente são os mesmos propósitos que levam os usuários ao Centro de Testagem do DF: interesse em realizar os exames, em assistir ao aconselhamento, em conversar e tirar dúvidas sobre as DST. Nesse espaço próprio e bem delimitado, tanto os funcionários quanto os usuários voltam-se exclusivamente para os serviços e atividades que um Centro de Testagem e Aconselhamento desenvolve.

Na época da pesquisa a equipe do CTA contava com treze funcionários de diferentes áreas de formação, os quais estavam distribuídos de acordo com as funções desenvolvidas dentro da instituição para atendimento ao público, como: aconselhadores, técnico de laboratório e técnicos administrativos. No CTA/DF os aconselhadores são divididos em dois grupos. O primeiro deles são os (i) funcionários que têm ensino superior completo – que no CTA/DF possuem os títulos originários dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia –, e o segundo grupo (ii) é integrado pelos que não possuem ensino superior completo – quadro composto pelos técnicos de enfermagem, técnicos administrativos e técnico de laboratório.

O aconselhamento aos usuários ocorre em dois momentos, pré-testagem e pós-testagem. Ambos os grupos de aconselhadores (i e ii) podem realizar o aconselhamento pré-teste, que costuma ser coletivo e é o primeiro contato estabelecido entre agente de saúde e usuário. Já os aconselhamentos pós-teste são individuais e privados, sendo acompanhados da entrega dos resultados. Os funcionários do primeiro grupo estão aptos a realizar os dois aconselhamentos e procederem à entrega dos resultados independentemente de serem ou não reagentes a alguma DST. Já os funcionários do segundo grupo, que não possuem escolaridade superior, só podem realizar o aconselhamento individual em casos de resultados negativos.

O usuário tem direito ao anonimato assim que dá entrada à instituição. Pode realizar os exames sem se identificar nominalmente no formulário de atendimento e sem encaminhamento médico ou prontuário. É comum, nesses casos, o usuário identificar-se por meio de pseudônimos, conhecidos pelos agentes de saúde do CTA/DF pelo termo “senha”. Essa possibilidade confere aos CTA enorme particularidade dentro da rede de

saúde e acaba por ser um dos diferenciadores do serviço. A “não-identificação” só é possível no âmbito dos CTA e é uma diretriz estabelecida pelo MS, como já mencionado anteriormente, quando tratei dos manuais. Em hospitais da rede e em centros de saúde, não se pode estar anônimo e são indispensáveis, para a realização dos exames sorológicos, prontuário e encaminhamento médico. Para os técnicos do CTA/DF e de acordo com a fala de alguns técnicos dos CTA do Brasil – presentes no IX Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids –, essa dimensão é interpretada como um movimento de desburocratização do serviço prestado, tema que será abordado mais adiante, em outra seção.

Mesmo quando o usuário opta pelo anonimato dentro do CTA/DF, ele pode ser quebrado em algum momento durante o percurso do usuário dentro da instituição. “Fulaninho” dá entrada ao CTA/DF e opta por não se identificar nominalmente. Escolhe, então, a senha “Abacaxi”, nome que constará em seu formulário de atendimento e nos tubos de sangue coletados, que serão enviados para testagem no LACEN/DF – Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal. Caso aconteça do resultado de “Abacaxi” ser positivo para o HIV, deverá ser identificado já que há a necessidade de se encaminhar o usuário para iniciar tratamento na rede. Nessa ocasião, os usuários nomeados por senhas, são identificados pelo nome próprio e passam à rede de tratamento.

É recomendado aos técnicos do CTA/DF avisarem que existe a possibilidade de quebra do anonimato, cabendo sempre ao usuário o poder de decidir como quer ser identificado. Porém, nem sempre o anonimato é uma questão de escolha. A pessoa obrigatoriamente será identificada por senha – o pseudônimo –, caso chegue até ao CTA/DF e esqueça-se de trazer algum documento de identificação com foto, como: Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação, Passaporte ou Carteira de Trabalho.

Outra forma de garantir o anonimato, principalmente para aquelas pessoas que optaram por identificar-se nominalmente, é a utilização de números no momento da coleta de sangue. Assim que termina o aconselhamento coletivo pré-teste, as pessoas que ficaram para realizarem o exame são chamadas por números, e não pelo nome próprio ou pela “senha”. A ideia dessas estratégias é preservar os usuários de eventuais constrangimentos.

Segundo uma das aconselhadoras, a instituição necessita de prestar um serviço que seja diferenciado, no sentido de que deve estar livre de preconceitos e abordagens

constrangedoras. Com orgulho de sua atuação dentro do CTA, ela diz: “Travesti entra em Centro de Saúde? Em Hospital? Não! Aqui a gente se conhece pelo nome [as travestis]” e continua “[por vezes] é estabelecida uma forte relação com os usuários, de virar amigo e ir visitar o CTA para dar um oi”. Nem sempre essa atitude desprovida de preconceitos foi adotada por todos os técnicos da instituição. Alguns eram menos receptivos no trato com o público. Ainda assim, para a aconselhadora com quem conversei, é indispensável a um CTA ter um atendimento personalizado. Afinal “se o cara [usuário] não é bem tratado pelo serviço, não volta mais”. E o “não voltar mais” pode significar a continuidade da transmissão, o que gera uma forte preocupação nos agentes de saúde, que é indiscutivelmente de fundo epidemiológico, mas que não exclui a preocupação com a saúde e a vida dos usuários.

Nessa mescla entre a preocupação de fundo epidemiológico e o ideal da construção de um serviço que observa o respeito às diferenças, surge a ideia de que o CTA/DF presta um “serviço personalizado”. Uma das profissionais de saúde repetiu, em diferentes conversas, que a instituição oferece a seus usuários um atendimento “personalizado”, no qual por vezes são estabelecidos vínculos de amizade. Apesar da aparência de contradição, a questão do anonimato e os laços de amizade conferem sentido à ideia de “atendimento personalizado”.

Num primeiro momento, costuma-se pensar a categoria de amigo sempre em oposição à categoria de indivíduo, como se a presença de uma excluísse a existência da outra. O indivíduo costuma emergir nas relações sociais como um fenômeno da ordem do impessoal. Assim, os usuários são, em última instância, agentes impessoais. Contudo, no contexto do CTA/DF, há uma reapropriação dessas categorias, que não necessariamente está marcada por uma relação de exclusão mútua.

Graças ao princípio do anonimato, todos os usuários que recorrem ao serviço estão, momentaneamente, conectados à ordem do impessoal, do ordinário ou do comum, o que se deve, sobretudo, a não serem conhecidos por seus nomes. Porém, ao longo da interação com os agentes de saúde, o anonimato pode ser rompido. Nesse momento, há uma mudança no rumo da interação, abrindo-se a possibilidade de o indivíduo passar a se construir não mais como um indivíduo/usuário – aquele que é genérico –, mas dentro de um sistema de relações pessoais. À vista disso, o usuário se torna “amigo” – no sentido de carregar uma individualidade que lhe distingue do todo –, somente quando passa a ser identificado. Para que os laços de amizade entre agentes de saúde e usuários sejam estabelecidos, é imprescindível, então, que esse usuário saia da

ordem do impessoal. Para DaMatta (1981), haveria no Brasil certa dualidade nas relações sociais, que se manifesta em uma tendência a uma espécie de “pessoalização” das relações, na qual a ideia de indivíduo assumiria, entre os brasileiros, uma leve conotação negativa, já que, dentro das redes dos conhecidos, ser desconhecido – genérico – é estar à parte e não participar de nenhum sistema de relações pessoais.

Se a ideia dos sistemas de relações pessoais é fecunda para elucidar a questão, não esgota a problemática. O CTA/DF vive a relação entre indivíduo e pessoa, de maneira complementar e não excludente, articulando as duas dimensões. O serviço continua sendo anônimo, mesmo quando são estabelecidos vínculos de amizade. Não há aí uma contradição interna, seja nos princípios institucionais, que garantem a confidencialidade e o sigilo, ou na atuação dos profissionais. Há, na verdade, um redimensionamento do papel que a categoria “anônimo” ocupa dentro da interação entre os diferentes agentes.

A garantia do anonimato se cria especialmente para “proteger” os usuários de indivíduos que são externos à instituição, sobretudo porque já se tem por pressuposto que o agente de saúde, no exercício de suas atribuições, não oferece riscos aos usuários, sendo possível ao profissional estar isento de cumprir o princípio do anonimato em relação a ele mesmo. Dado isso, compreende-se como o anonimato é acessado pelos agentes de saúde dentro de sistemas bem estabelecidos de relações pessoais. O anonimato é importante, acima de tudo, dentro da relação que a instituição estabelece com aqueles que lhes são externos ou estranhos.

Outra especificidade do CTA/DF, que consta nas diretrizes, é a agilidade na prestação dos serviços. Os atendimentos no CTA devem ser rápidos e evitar o surgimento de filas. Porém, o CTA/DF contava com uma equipe de profissionais reduzida em relação à demanda diária de usuários, o que dificultava a realização de um serviço ágil. E, como a equipe era reduzida, embora existisse a divisão entre aconselhadore e técnicos administrativos e de laboratório, todos a princípio foram capacitados para darem conta de realizar “todos os serviços”.

Era comum, dentro do CTA, o remanejamento de atividades entre os funcionários. Essa organização interna surgiu da necessidade de conferir agilidade ao atendimento e contava com suas devidas limitações, como as relacionadas às áreas de formação. O remanejamento dentro da sala de coleta, por exemplo, era comum entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, e nem sempre esses improvisos se davam sem

conflitos. Em momentos de tensões, de grande sobrecarga de trabalho, ouvia frases como “eu não sou paga para isso”, “esta não é minha responsabilidade”.

Os remanejamentos se davam principalmente pela falta de funcionários e pela diferença entre as cargas horárias de cada membro. Como relatou uma das aconseladoras: “Eu sou 40 horas, o *fulano*<sup>8</sup> é 10 e o *beltrano* 10 também e a *fulaninha* está de licença maternidade, logo, sobra trabalho para mim”. Nesse ambiente organizacional, marcado pela insuficiência de recursos e pela sobrecarga de trabalho, as relações interpessoais eram afetadas, o que interferia no desenvolvimento do processo de trabalho e, principalmente, no resultado desse processo: o atendimento aos usuários.

Como um dos objetivos deste trabalho esteve focado nos processos de institucionalização que os usuários experimentavam durante sua passagem pela organização, durante a pesquisa não foram abordadas diretamente as questões relacionadas às dificuldades enfrentadas pela equipe de trabalho em seu cotidiano, os anseios e questionamentos dos usuários que recorriam ao serviço de saúde, ou a relação entre usuários do sistema e equipe de profissionais. Para esses temas, contamos com as produções de Moraes e Gómez (2007) e Deslandes (2002), que são trabalhos que buscaram entender a relação entre o atendimento aos usuários e a falta de estrutura, principalmente nas redes hospitalares.

#### **2.4 “A mola do CTA/DF”: o aconselhamento como ferramenta pedagógica**

Para os agentes de saúde, o aconselhamento é tido como um processo que visa a instigar a reflexão e a tomada de consciência pelo usuário, despertando sentimentos e ações seguras. A tarefa do aconselhador exigiria “treinamento nas habilidades para negociar” e deveria dar ênfase “na atitude de escuta ao invés de repasse de informações ou orientações normativas” (VERMELHO & BARBOSA, 2004). Quando posto em prática, o aconselhamento coloca em cheque o modelo de atenção à saúde e a prática médica/hospitalar, reforçando, assim, o já discutido ideal de “atendimento personalizado”.

De acordo com os agentes de saúde do CTA/DF, em seu ofício cotidiano, os aconselhores buscam estimular a prevenção *junto* com os usuários, principalmente através da “escuta ativa”, que, em parceria com “o diálogo”, deve permitir que as

---

<sup>8</sup> Os nomes foram omitidos, a fim de que se preserve a identidade dos funcionários.

peças se sintam ouvidas e adotem uma postura mais aberta e flexível. No aconselhamento, não se devem promover ações que sejam prescritivas, pois “não é prescrevendo ações que se faz saúde”, como me disse uma aconselhadora. No entanto, se o aconselhamento é uma ferramenta pedagógica utilizada para rever comportamentos e afetividades humanas, pode evitar ser prescritivo, mas não deixa de ser disciplinador.

A atenção do profissional volta-se a setores da vida do usuário que não são comuns de serem levantados, quando em atendimento ambulatorial, por exemplo. O aconselhador não busca medicalizar ou tratar de algum órgão específico, em condição fisiológica; sua ação foca-se nomeadamente em instigar no usuário novas formas de comportamento. Para isso, como me disseram algumas aconselhadoras, o agente de saúde fornece informações adequadas à biografia de quem está sendo atendido. O considerado, pelos agentes de saúde, como o bom aconselhamento expõe e discute informações pessoais à luz do saber técnico, sem, contudo, desvalorizar o conhecimento que é próprio do usuário – desde que esse conhecimento não se distancie da prática da prevenção.

O material básico do aconselhador é a informação técnica sobre as formas de prevenção e contágio das DST. Todavia, não basta conhecer as informações; é preciso saber aplicá-las em contexto. O conhecimento e as informações técnicas não podem ser administrados como saberes pré-formatados que se encaixariam em qualquer contexto, como alerta uma das aconselhadoras. Precisam, na verdade, serem administrados, levando-se em consideração a realidade vivenciada pelo usuário. Assim sendo, o aconselhador tentaria adequar ao usuário a linguagem e a forma como a informação será passada. Além de saber lidar com as informações, de acordo com uma das aconselhadoras do CTA/DF, o profissional de saúde precisa “ser comunicativo”. Para ela, até mesmo a postura corporal de quem aconselha deve ser constantemente policiada, numa espécie de autopolicimento, já que o corpo também é responsável por transmitir informações.

Outro traço intrínseco da prática do aconselhamento é despir-se de preconceitos, não apenas como profissional, mas “como pessoa”. Uma exigência que, como se percebe, vai além do âmbito deste trabalho. Um aconselhador “preconceituoso” que tente “moralizar” as populações vulneráveis está fadado a ser um mau aconselhador. Justamente porque a atividade diária exige “qualidades” que escapam do ambiente de trabalho, “só dá conta do serviço aquele que realmente curte a área e gosta do que faz”, lembram as aconselhadoras do CTA/DF, e o “despir-se de preconceitos” está

relacionado a outra característica importante para elas: “a sensibilidade”, já que o aconselhador deve “ser sensível” diante das diferenças do outro, visando sempre a reconhecer e respeitar a autonomia dos usuários.

O exercício da autonomia do usuário, contudo, tem seus limites bem demarcados, quando esbarra nas etapas do atendimento. Pular a etapa do aconselhamento coletivo pré-teste e ir direto à coleta, por exemplo, pode ser uma reivindicação do usuário, mas “até que ponto é uma reivindicação pertinente?” [Pergunta registrada durante o IX Congresso de Prevenção das DST e Aids em agosto de 2012]. Para os agentes de saúde, a estruturação do serviço e sua organização dependem da rotina de trabalho e, para que a instituição funcione bem, é importante respeitar essa dimensão. Para aconselhores e funcionários, queimar ou saltar etapas é ir rumo à desorganização. Assim sendo, a importância da autonomia dos usuários e a “desburocratização do serviço” favorecem muito mais a ampliação do acesso ao diagnóstico do que possibilitam ao usuário pular as etapas do atendimento. Ao fim de seu trabalho, por sua vez, o aconselhador precisa reconhecer os limites de sua atuação como profissional, saber que o resultado de sua tarefa são influências pontuais na vida dos usuários e que sozinho não será capaz de mudar o comportamento de todos, como pontua uma das aconseladoras.

## **2.5 Fluxograma de atendimento do CTA/DF**

### **A) A rotina de trabalho**

Os horários de atendimento são distribuídos de segunda a sexta-feira em dois turnos. Os aconselhamentos e as coletas são realizados de segunda a quinta-feira pela manhã e pela tarde. Na sexta-feira, são realizados pela parte da manhã, pois à tarde são realizados somente aconselhamentos individuais e serviços de organização interna. Às vezes o serviço de organização interna se resume, sobretudo, em tentar dar conta do trabalho acumulado no transcorrer da semana. O atendimento ao usuário estrutura-se em quatro momentos principais: (i) o trabalho na recepção; (ii) o aconselhamento coletivo; (iii) a testagem ou a coleta do material e (iv) o retorno à instituição e o aconselhamento individual.

O CTA/DF está estruturado da seguinte forma: na entrada, há uma sala onde podemos encontrar um balcão de atendimento e algumas cadeiras para a espera. Esse espaço funciona, ao mesmo tempo, como recepção e sala de espera. Nele o balcão de atendimento é o marco físico divisório entre a recepção/sala de espera e o espaço interno/administrativo da instituição. A sala de espera tem uma porta à direita que leva à sala de atendimento coletivo, onde ocorre todo o trabalho do primeiro aconselhamento. Sua capacidade máxima é de aproximadamente dezessete pessoas. Além das cadeiras para acomodar os usuários, a sala conta com uma pequena mesa e um quadro branco para pincel. Contígua à sala de atendimento coletivo, está a porta que leva à sala onde é feita a coleta do material sanguíneo. A saída da sala de coleta dá passagem à parte interna/administrativa da instituição, onde encontramos a sala do administrativo e as salas de atendimento individuais (os consultórios). A saída do espaço interno se dá pelo balcão da recepção. Assim, a trajetória de atendimento do usuário no espaço físico do CTA funciona como uma espécie de círculo, em que a entrada e a saída se dão pela recepção. A seguir discuto com mais detalhes as etapas do atendimento.

## **B) O trabalho na recepção**

A recepção é o primeiro contato entre os agentes de saúde e o público alvo, contato que, apesar de rápido, não está isento de conflitos, como veremos mais adiante. Apesar de ser um serviço de saúde bem específico, diferente do que se possa pensar, há uma enorme variedade nos perfis dos usuários que buscam a instituição – durante a etnografia percebi que chegavam ao serviço jovens acompanhados por suas mães, senhores e senhoras da terceira idade, famílias, trabalhadoras domésticas, seguranças noturnos, casais heterossexuais, casais homossexuais, estudantes e profissionais do sexo. Da recepção esses usuários eram encaminhados à sala onde se realiza o aconselhamento coletivo. Algumas vezes a ordem de chegada era organizada pelos próprios usuários, que aguardavam o atendimento. O número máximo dentro da sala de aconselhamento girava em torno de 17 de pessoas.

Era comum a desistência dos usuários logo após esse primeiro contato na recepção, devido à demora na obtenção dos resultados dos exames ou até mesmo por terem de realizar um aconselhamento coletivo antes da testagem. Na semana de reinauguração do CTA/DF, por exemplo, uma das emissoras de telejornal local

divulgou, erroneamente, que a instituição estava disponibilizando o teste rápido (TR) de HIV como testagem convencional, o que elevou à procura pela realização do exame. Muitas foram as pessoas que chegaram à instituição em busca do TR, porém, quando informadas de que o CTA/DF não estava realizando a testagem rápida em substituição ao teste convencional, algumas pessoas desistiam de realizar o exame, alegando que tinham ido até lá pela “facilidade” em se obter o resultado.

Uma vez que se alcançava o número máximo de pessoas na sala do aconselhamento, os usuários que ficavam de fora eram orientados a retornarem no próximo horário de atendimento. Alguns, diante disso, assumiam uma postura mais resignada, já outros se mostravam bem insatisfeitos e reclamavam, o que desagradava as funcionárias responsáveis pela recepção. O escopo da pesquisa não se propôs a esmiuçar a relação estabelecida entre agentes de saúde e usuários. Assim, essa interação será mencionada na medida em que for importante para a compreensão deste trabalho.

Em geral, quando as demandas dos usuários não podiam ser atendidas, por falta de paciência ou pela falta de capital humano, surgiam os primeiros desentendimentos entre profissionais de saúde e usuários. Esses conflitos foram presenciados mais claramente na recepção, que, dentro da instituição, é o local do primeiro contato com o usuário, o que não quer dizer que os desentendimentos não ocorram em outros setores. A relação conflituosa com os usuários dos serviços de saúde compõe também o cenário de outras etnografias em instituições de saúde, como o trabalho desenvolvido por Fleischer et al (2012), que buscou trazer uma visão antropológica às questões relacionadas à saúde de trabalhadoras e trabalhadores de um Centro de Atenção Básica em Saúde do Distrito Federal, mapeando as dificuldades próprias do cotidiano de trabalho desses profissionais. Uma das dimensões observadas pela equipe foi a constatação de que um dos principais conflitos relatados pelos funcionários era a intrincada relação que se estabelecia no atendimento aos “pacientes”:

Escutar tal situação foi surpreendente para a nossa equipe porque, sobretudo, imaginava-se que um Centro de Saúde tem, como missão e prioridade, atender pessoas adoentadas e oferecer-lhes solução para que tenham condições de restabelecer a saúde. Claro que nem todo problema de saúde é solucionável na atenção básica ou mesmo no sistema biomédico e muitos dxs entrevistadxs têm clareza disso também. Mesmo fazendo concurso para a SES/DF, mesmo fazendo a formação e a carreira em profissões da saúde, isto não quer dizer que x profissional goste de lidar com xs pacientes. Aprendemos que essa equivalência (área da saúde = paciente) não é natural nem óbvia. (2012, pg 37)

A interação mencionada acima não se estabelece de qualquer modo, mas está pautada por uma forte carga de antagonismo e desgaste que começa quando o usuário “reclama”. Situação semelhante ocorria no atendimento da recepção do centro de testagem, onde bastava o usuário reclamar – do não atendimento, das esperas, da falta de atenção –, que se estabelecia uma relação sentida como desagradável por parte das profissionais responsáveis pela recepção.

Em outros setores de atendimento do CTA/DF, as relações com os usuários eram menos conflituosas e caminhavam para o outro extremo, na medida em que a interação com o público era vivenciada como uma relação de natureza amigável e solidária. De acordo com uma das agentes de saúde, o vínculo que se estabelece, em alguns casos, é tão significativo que se criam laços de amizade pessoal, mesmo o CTA/DF se caracterizando por ser um serviço em saúde marcado por uma alta rotatividade de pessoas. Provavelmente o estabelecimento desse vínculo relaciona-se à figura do aconselhador, que deve adotar estratégias para conquistar a confiança do usuário.

Outro movimento que se repete na recepção é a distribuição de preservativos. As “camisinhas” masculinas ficavam expostas sobre o balcão em duas vasilhas de plástico, sendo reabastecidas ao longo do dia. Os preservativos femininos ficavam guardados em uma gaveta e deviam ser solicitados junto às recepcionistas. Ao passarem pela recepção, fosse para tirarem alguma dúvida ou ao saírem depois da coleta, os usuários eram convidados a levarem “camisinhas”. Alguns levavam grandes quantidades de “camisinhas”, sem demonstrarem qualquer tipo de constrangimento. Já outros hesitavam antes de levarem os preservativos, dando a entender que se está levando o preservativo, principalmente pelo fato de uma outra pessoa, na frente de outras pessoas, estar sugerindo. Seria constrangedor recusar esse convite dentro de um atendimento voltado para a prevenção de DST.

Dentro do imaginário social, há uma correspondência entre o “possuir camisinhas” e o “ter uma vida sexualmente ativa”. Assim, levar preservativos é estar confessando, ao menos indiretamente, que se leva uma vida sexual ativa. Não sendo coincidência, portanto, que duas usuárias, certa vez, ao levarem alguns preservativos a mais, riram sem graça e saíram se justificando: “estou levando [preservativos] para as amigas, também”. Uma justificativa que foi lançada para tentar minimizar o seu constrangimento, afinal, levar preservativos é fazer pressupor, frente ao outro, que se tem uma vida sexualmente ativa e, conseqüentemente, quanto mais preservativos, mais

sexualmente ativo se é – o que no que tange às mulheres não é, em geral, um atributo prestigioso em nosso mundo.

### **C) O aconselhamento coletivo pré-teste**

Cada usuário entrava na sala do aconselhamento com um formulário de atendimento do CTA em mão e aguardava o aconselhador chegar, para que assim o preenchessem em conjunto. Algumas vezes, a depender do humor de quem estava na recepção e de quem fosse o responsável pelo aconselhamento coletivo, um ou outro usuário era autorizado a entrar, mesmo depois de passado do horário. Nesses casos, os formulários eram rapidamente preenchidos na recepção pelo agente de saúde. Enquanto estive acompanhando os serviços da recepção, tive a oportunidade de preencher alguns formulários nessas condições. Em ocasiões particulares como essas, cabe à pessoa envolvida no preenchimento do formulário, rapidez, precisão e cuidado, a fim de que as informações possam ser coletadas o mais corretamente possível.

Após o preenchimento em conjunto do formulário, em que o agente de saúde auxilia um ou outro usuário na escrita, tem início o aconselhamento. A forma como é estruturado um aconselhamento coletivo e as estratégias que um aconselhador adota estão sujeitas a variáveis, como, por exemplo, o grupo aconselhado, o espaço físico de que se dispõe, o estilo pedagógico do aconselhador etc. A despeito de ser um conceito em saúde, com diretrizes e normas, um bom aconselhamento depende, acima de tudo, de *feeling* e de aspectos carismáticos por parte dos aconselhadores.

Já o conteúdo trabalhado relativamente se mantém, sempre focado nas formas de contágio e prevenção das DST, nos aspectos técnicos das doenças, no que é janela imunológica<sup>9</sup>, no que é comportamento de risco, como evitar tais comportamentos etc. Temas que, na grande maioria das vezes, estão ligados ao exercício da sexualidade e ao ato sexual.

---

<sup>9</sup> Janela imunológica é o termo designado para o tempo que decorre entre a exposição do indivíduo ao vírus, seja ele o HIV, as Hepatites virais ou a Sífilis, e o surgimento de marcadores detectáveis no organismo (antígeno ou anticorpo). O diagnóstico laboratorial é dependente desse tempo para emitir um parecer mais preciso. Esse foi um dos conceitos mais mencionados durante os aconselhamentos coletivos aos quais pude assistir e costuma ser fonte que desperta aflição nos usuários que decidem se testar. Se o usuário se encontra dentro do período da janela imunológica e, mesmo assim, decide se testar, a testagem pode gerar um resultado negativo, porém falso, por isso se recomenda sempre um novo exame. O tempo de exposição costuma variar entre os agentes de saúde, no CTA/DF a janela imunológica para o HIV costuma estar em torno de 30 a 60 dias a partir da data de exposição. Mesmo “em janela”, alguns usuários insistiam em se testar. Nesses casos, eles já deixavam a instituição com o retorno agendado para uma nova testagem.

Não participei de nenhum aconselhamento coletivo que tratasse diretamente sobre o uso de drogas injetáveis ou fizesse referência sobre o compartilhamento de seringas. A ênfase sempre esteve posta nas informações sobre a transmissão sexual ou a transmissão por meio do compartilhamento de objetos perfurantes pessoais, como tesouras, alicates de unha e barbeadores.

Para uma das enfermeiras do CTA/DF, o aconselhamento não é visto como uma palestra, na qual o aconselhador transmite conhecimentos e informações para um usuário passivo no processo do atendimento. Trata-se, em verdade, para ela, de um encontro, em que o agente de saúde e os usuários criam em conjunto um espaço proveitoso para o diálogo. Em seus aconselhamentos, por exemplo, ela prefere estabelecer uma roda de conversa, na qual a prioridade é que todos participem, conversando e tirando dúvidas, debatendo-se temas que são levantados pelos próprios usuários presentes. Contudo, se, para ela, as palavras “aconselhamento” e “palestra” caracterizam fenômenos distintos, para outros profissionais, elas são usadas como sinônimos e, conseqüentemente, para esses referidos agentes de saúde, o aconselhamento acabava de fato assumindo um caráter “professoral”, com os usuários acompanhando a exposição do aconselhador e tirando eventuais dúvidas, como se estivessem em sala de aula.

Nos aconselhamentos coletivos, evita-se falar em sintomas, principalmente os sintomas da Aids. Esse tema funciona como um tabu para a instituição, e essas informações são resguardadas dos usuários. Os sintomas iniciais da Aids costumam ser gerais e muito abrangentes, sendo o exame o único instrumento que de fato é capaz de dar o veredicto final. Nesse sentido, não revelar sintomas é, para os agentes de saúde, a forma que eles encontraram de preservar as pessoas de angústias e aflições, já que muito provavelmente o usuário “ficaria remoendo os sintomas” antes mesmo de conhecer os resultados.

Em um de meus dias trabalhando na recepção, houve um caso bastante curioso a respeito da administração dos sintomas pelos usuários. Nesse dia, fui interpelado por um homem que estava notadamente ansioso. Ele chegou dizendo que havia se exposto “a um risco” havia poucos dias. Segundo suas contas, teria se exposto a menos de dois dias, mas, ainda assim, julgava ter alguns sintomas da Aids, como “garganta arranhando” e estar sentindo o corpo “meio quente”. Para ele, seriam sintomas que claramente justificariam sua preocupação. Dentro do possível, tirei suas dúvidas, explicando sobre o conceito de janela imunológica. Porém, como ele insistia em expor

preocupadamente seus sintomas – já que, segundo ele, eram “evidentes que eram Aids” –, encaminhei-o para ser atendido por um agente de saúde. Casos como esse apoiam a atitude dos aconselhadores de não mais trabalharem com informações que revelem os sintomas.

Durante os aconselhamentos, a postura e as atitudes dos usuários variaram muito. Alguns se mostraram brincalhões e compartilharam informações e experiências sem constrangimentos. Já outros se mostraram mais reticentes, tentavam sanar suas angústias, expondo o menos possível de suas particularidades. Nos momentos de grandes constrangimentos, fosse quando o usuário expunha um caso particular ou quando levantava alguma dúvida, o riso tornava-se a válvula de escape para a vergonha. O mal-estar que se estabelecia pelo compartilhar da intimidade com estranhos costumava ser dissimulado pelo riso e sorrisos. Em alguns casos, as piadas eram utilizadas como tática, para vencer as barreiras do constrangimento e (re)posicionar de forma mais cômoda os indivíduos dentro da interação. Para Goffman (2011), esse constrangimento, que é marcado por um forte sentimento de desconforto, se deve, sobretudo, à preocupação do indivíduo em manter as impressões desejadas frente a seus interlocutores na interação face a face.

O riso nesses contextos não é neutro nem indiferente, serve para mensurar o quanto os sentimentos, como a vergonha ou o embaraço, pressupõem o julgamento alheio, que pode ser real ou potencial. Durante a interação e principalmente nos seus instantes iniciais, o indivíduo tenta se conformar às expectativas de seus interlocutores. E o sorriso, lembra Le Breton (2009), não necessariamente manifesta alguma alegria, não está sempre associado à alegria ou ao prazer, como o discurso ocidental faz crer. Em determinadas ocasiões, “ele pode ser um comportamento de fachada para dissimular seja um incomodo, seja uma contrariedade” (pg. 141), por estar frente a frente com o julgamento alheio. Como se vê, a corporalidade dos agentes sociais tem peso importante nas relações e jogam importante papel durante os rituais de interação, sendo responsáveis por construir ou, até mesmo, destruir as interações entre os indivíduos. E, quando se fala em interação, tem-se por pressuposto básico que “não é apenas a palavra, mas o corpo, as atitudes e as posturas que primeiramente evidenciam a presença do outro na interação” (LE BRETON, 2009, pg 40).

Juntamente com o riso, gestos e metáforas foram utilizados como subterfúgio na hora de se descrever o ato sexual, tanto por usuários quanto pelos agentes de saúde. O ato sexual nem sempre era encarado sem rodeios, não se tratando, por exemplo, de fazer

sexo oral, mas sim “fazer uma chupetinha”, como diziam alguns usuários. Metáforas como essas costumavam provocar o riso nos presentes, e não se deve pressupor que isso resulte obrigatoriamente de pudor ou receio de se falar sobre sexo. Muitas vezes a linguagem metafórica é a única conhecida pelo usuário, o que acaba por tornar os termos “sexo oral”, “sexo anal”, “sexo vaginal” etc. extremamente técnicos e fora da realidade vivenciada pela pessoa.

Além da dimensão do riso, que surgia quando se falava em sexo, durante os aconselhamentos coletivos, era possível se perceber outra dimensão na relação entre agente de saúde e usuário: a divergência de interesses entre estes e aqueles. Tal descompasso esteve marcado, sobretudo, pela oposição de desejos e expectativas de usuários e aconselhadores. Por mais que o eixo da instituição seja o aconselhamento, não necessariamente é isso que satisfaz, a priori, os anseios dos usuários que chegam à instituição, como veremos a seguir.

Na sala destinada ao aconselhamento coletivo, é possível sentir, pairando no ar, a ansiedade que algumas pessoas vivenciam no instante em que esperam a atividade começar. Algumas ficam, inclusive, impacientes por esperarem o aconselhamento e seguem assim durante toda a atividade pré-teste até a realização dos exames. Essas pessoas têm pressa em realizar a testagem a tal ponto que, se isso dependesse unicamente da sua vontade, não assistiriam à “palestrinha” (termo empregado por um usuário). É nesse momento que a balança entre as expectativas do agente de saúde e do usuário se desequilibra. Por um lado, há o profissional de saúde empenhado em aconselhar e transmitir informações adequadas e estratégicas sobre prevenção, porém, do outro lado, há um interlocutor preocupado em realizar o exame e receber o quanto antes o resultado.

A leitura das relações sociais, feita por Schutz (1979), demonstra que os indivíduos costumam dispor de vários domínios de relevância interconectados a múltiplas interpretações e territórios de prioridade, criando o que ele chama de zonas de significado, pelas quais os indivíduos transitariam. Dentro desses domínios, existiriam diversos princípios de acordo com os quais as relevâncias seriam ou não ordenadas, sendo essa hierarquização elemento que se constitui pela situação social. À luz dessa reflexão, as divergências de motivações entre usuários e agentes de saúde ganham sentido e são até esperadas, na medida em que são pensadas como componentes que se instituem dentro de uma situação social específica, em que os sentimentos de supor-se “infectado” são tão angustiantes que, com frequência, a relevância maior está na

realização da testagem, e não no acompanhamento do aconselhamento. Por sua vez, para os agentes de saúde a relevância de sua função reside em outros valores e prioridades, como, por exemplo, a redução dos casos de incidência de doenças sexualmente transmissíveis.

O ideal da prática de atendimento é que se estabeleça uma relação simétrica com os usuários, evitando-se ao máximo os “moralismos” e “ações prescritivas”. Um aconselhador não deve ser autoritário, exigindo ou forçando os usuários a uma mudança de comportamento. Torna-se necessário, portanto, criar um ambiente propício à “reflexão conjunta” sobre as alternativas, para se estabelecerem hábitos e práticas seguras. Uma vez que o aconselhador não pode obrigar ou forçar o uso das técnicas preventivas, cabe a ele a postura de “sensibilizar” o usuário e, a partir dessa sensibilização, poderia se criar um espaço de intensa negociação entre o profissional e o usuário.

Com relação ao uso do preservativo durante as relações sexuais, por exemplo, vários serão os motivos para negligenciar seu uso e vários serão os motivos para a sua utilização. E é justamente aí, nessa cisão entre motivos e opiniões, que se abre o espaço para a negociação. Dentro desse campo, o aconselhador acaba funcionando como mediador entre o saber técnico e científico, que ele mesmo representa, e os desejos e motivações do usuário. O aconselhador vai medindo aqui e ponderando ali os limites e possibilidades para se estabelecer uma relação sexual segura, para que, dessa forma, uma futura tomada de decisão considerada mais consciente, desde o ponto de vista do agente de saúde, seja então assumida pelo usuário.

Ao final do aconselhamento, deve-se chegar minimamente a um ponto em comum entre o saber do agente de saúde e o saber do usuário. A consequência desejável da construção desse ponto de convergência seria uma tomada de decisão consciente em relação às DST. Em alguns casos, é impossível que se chegue a um ponto em comum e haja a esperada mudança de comportamento em relação às práticas de risco. Nesses momentos, alguns aconselhadores reconhecem o limite de sua atuação e é possível se identificar o hiato existente entre as informações prestadas e a adoção de medidas preventivas.

Essa delicada relação de negociação presente no cotidiano da atividade do aconselhador é perpassada pelo grande receio de se perder o usuário. Uma das profissionais do CTA/DF, em conversa informal, deixou claro, que é preciso ter em mente que muitos usuários lutaram e venceram o preconceito e os pesados sentimentos

de vergonha e medo para poderem chegar até à instituição. Deixar que esses usuários, em algum momento do atendimento, sejam constrangidos ou maltratados é correr o risco de que eles jamais retornem ao serviço. E eles precisam retornar, principalmente para buscarem os resultados dos exames; muitos, resultados positivos para sífilis e HIV.

#### **D) A testagem ou a coleta do material**

Esta era a etapa subsequente ao aconselhamento coletivo. Os usuários que ficavam para testagem eram chamados numericamente e chegavam à sala de coleta. Apesar da grande rotatividade diária de pessoas dentro da instituição, a sala era relativamente pequena, contando com apenas duas cadeiras para atendimento, o que limitava o número de funcionários trabalhando.

Oficialmente, o CTA/DF conta com apenas um responsável pela coleta do material sanguíneo, o técnico de laboratório. Entretanto, nem sempre era ele quem coletava as amostras, o que expressa os já mencionados remanejamentos de atividades. Em geral, quando havia ausência do técnico de laboratório, a responsabilidade pela tarefa recaía principalmente às enfermeiras e às técnicas de enfermagem. E, estando elas ocupadas, coletando as amostras, as tarefas que eram institucionalmente de sua responsabilidade acabavam ficando estacionadas e, eventualmente, acumulando-se.

Para cada usuário, eram coletados três tubos de sangue: um para HIV; um para sífilis e um para as Hepatites B e C. Em cada um desses tubos, era colada uma etiqueta com as informações que foram prestadas pelo usuário por meio do formulário de atendimento (como o seu nome ou a senha/pseudônimo escolhido pelo usuário), que havia sido preenchido no começo do aconselhamento coletivo. Pude observar que grande parte da rotina do CTA/DF estava condicionada à produção e à veiculação dessas etiquetas, que, conjuntamente com a trajetória do formulário de atendimento dentro da instituição, compunham a dimensão rotineira e burocrática da organização. Ainda assim, o CTA/DF é visto por uma de suas funcionárias “como um serviço sem burocracia”.

O conceito de “serviço desburocratizado” surge, principalmente, na relação que o CTA/DF estabelece com a rede de atenção do SUS. Quando perguntei à funcionária o porquê de ela considerar o serviço como sendo “sem burocracia”, sua resposta girou em

torno da afirmação: “tente ir a um centro de saúde mais próximo da sua casa e peça um exame de DST”.

Essa declaração evidencia que a burocracia vem sendo, como conceito, construída pelos agentes de saúde sempre em relação a outros serviços públicos de atendimento, não sendo, portanto, construída de forma isolada. A ideia de serviço desburocratizado também esteve presente na fala de agentes de saúde durante o IX Congresso de prevenção das DST e, como no CTA/DF, a discussão surgiu em comparação direta com a rede pública de atenção, ou seja, em relação aos hospitais e centros de saúde, como se só a atenção básica e os hospitais fossem serviços burocráticos, com suas consultas médicas, marcações de exames, receituários, prontuários e, acima de tudo, por sua temporalidade vista, pelos usuários, como desnecessariamente estendida.

O serviço oferecido pelo centro de testagem do DF não é “desburocratizado” por dispersar ou perder de vista os ideais fundamentais da burocracia enquanto uma forma ou tipo de organização, que se caracteriza pelo caráter impessoal do trabalho, o cumprimento objetivo das tarefas, a calculabilidade dos resultados e, sobretudo, o desenvolvimento de uma administração que está sedimentada em documentos escritos (WEBER, 1971). Com frequência, no senso comum, simbolicamente são associados à burocracia termos depreciativos, como morosidade, procedimentos técnicos desnecessários e ineficiência no atendimento. Contudo, no CTA/DF, a organização burocrática que é levada a cabo pela instituição não é vista em seus valores depreciativos pelos agentes de saúde.

Os mecanismos da administração burocrática não foram excluídos da rotina de atendimento da instituição e, inclusive, são dimensões regularmente exercidas pelos agentes de saúde e entendidas como atividades importantes. A partir disso, a noção weberiana nos ajuda a pensar a “desburocratização” do CTA/DF à medida que, em seu trabalho, a burocracia não assume conotação depreciativa, como com regularidade é comum ocorrer nas representações sociais acerca do fenômeno, principalmente pelos usuários do sistema de saúde.

O próprio atendimento aos usuários está fortemente baseado, como se verá adiante, na criação e circulação de documentos escritos, que resultam em uma das dimensões importantes da administração dos usuários e que, em sua atuação cotidiana sobre os indivíduos, pretende-se despersonalizada e rigorosamente objetiva. E, se por um lado, a burocracia é vista como responsável por impor a padronização das decisões

às decisões individuais, minando a autonomia dos indivíduos, por outro lado, a experiência profissional dos agentes de saúde do CTA/DF mostra que existem possibilidades de diálogo entre a autonomia e os procedimentos de uniformização das decisões que a administração burocrática acarreta. Até porque, como já visto, o serviço se vê como prestando um atendimento de cunho personalizado, afinal “se o cara [usuário] não é bem tratado pelo serviço, não volta mais”, como relatou uma das enfermeiras do serviço. E perder usuários significa diminuir o número de diagnósticos precoces, não conseguir exercer plenamente o seu diferencial como serviço de saúde pública e, principalmente, é também falhar, estando fadado a não cumprir a missão institucional.

O que aqui está sendo posto em questão é o fato de que os conceitos estão sujeitos a apropriações específicas. Na vida cotidiana, as práticas e representações culturais do que é burocracia vão realçando os diferentes matizes que o conceito pode assumir, sempre de acordo com o contexto social no qual se insere. Em síntese, do ponto de vista dos seus funcionários, o CTA/DF torna-se um serviço desburocratizado na medida em que, primeiro, fornece aos usuários facilidades de acesso à testagem e ao diagnóstico e, segundo, a ideia de burocracia é posta em comparação com a rede pública de saúde no que tange à realização de exames.

### **E) O retorno à instituição e o aconselhamento individual**

O atendimento no CTA/DF, além de “personalizado” e “desburocratizado”, é também um serviço de passagem, no qual a missão institucional, em termos de governo de populações, é a “captura do usuário positivo”. Nesses termos, os CTA, de maneira geral, e o CTA do DF, de maneira específica, funcionariam como uma das “portas de entrada” para a rede de tratamento e para possibilitar o diagnóstico precoce. Trata-se, portanto, de um serviço que não acompanha seus usuários. Assim sendo, o retorno à instituição é marcado pela busca dos resultados dos exames, sendo o momento final do ciclo de atendimento que foi iniciado com as atividades pré-teste.

Assim que os usuários deixavam a instituição durante o período de minha observação, já saíam imbuídos da tarefa de marcarem o seu retorno para a entrega dos resultados. O período de espera para o retorno dependia do Laboratório Central – LACEN – e da agenda dos funcionários responsáveis pela entrega desses resultados. O tempo mínimo estimado para os exames ficarem prontos era de 10 dias úteis, porém,

quase todas as entregas ultrapassavam esse período, variando de 12 a 15 dias úteis. Por causa da demora na entrega dos resultados e o “desinteresse” de alguns usuários, nem sempre havia o esperado retorno à instituição para a busca dos resultados, que nesses casos iam se acumulando nos arquivos.

O grande responsável pelo desenrolar da entrega dos resultados era o Laboratório Central – LACEN. Talvez por isso os atrasos nos resultados dos exames nunca fossem sentidos pelos agentes de saúde como culpa do CTA/DF ou de seus funcionários, cabendo sempre ao laboratório a responsabilidade pela demora. Quando os usuários ligavam para o CTA/DF e o exame ainda não estava pronto, o motivo costumava ser o mesmo: “o LACEN está com falta de insumos para realizar os testes”; “o laboratório ainda não liberou o resultado”; “estamos com um problema no laboratório e por isso ainda não temos o resultado”, diziam os funcionários do CTA. A ineficiência era, portanto, sentida como sendo exterior, anônima e impessoal, quase sempre delegada a um terceiro, o laboratório de análises central.

Por vezes, no entanto, a demora não era de responsabilidade do laboratório. Como mencionei, o retorno dependia também da agenda do funcionário responsável pela entrega dos resultados. Às vezes os exames já haviam sido liberados pelo LACEN, mas as agendas da semana estavam ocupadas e o usuário só poderia ser agendado para duas semanas depois ou somente para o outro mês, por exemplo. Assim, o retorno à instituição, dados esses fastios, não era uma tarefa fácil, exigindo do usuário uma sobredose de paciência para buscar os resultados.

Quando, enfim, a entrega do resultado era marcada, e o usuário retornava à instituição, dava-se início ao aconselhamento individual, que era realizado em salas de atendimento, as quais dispunham de uma estrutura voltada para garantir a privacidade, o anonimato e o sigilo. O aconselhamento individual é considerado um momento de grande intimidade entre o profissional de saúde e o usuário, em que são discutidas questões de foro íntimo. Optei, assim, por não acompanhar os aconselhamentos individuais, visando sempre a interferir o mínimo possível na rotina de trabalho dos profissionais do CTA/DF. Minha presença dentro do consultório poderia desencadear embaraços desnecessários aos usuários, o que se configuraria como potencial entrave para a atuação do aconselhador. Porém, por mais que não tenha participado dos aconselhamentos individuais, pude discutir com os profissionais sobre a dinâmica do atendimento e a respeito do conteúdo das conversas.

Dentre os dois aconselhamentos, o individual pós-teste é tido pelos agentes de saúde como o grande momento do CTA/DF, hora em que o profissional, junto à pessoa que está sendo atendida, consegue delinear e identificar os comportamentos de risco do usuário, traçando e registrando seu “perfil epidemiológico”. Quando os dois aconselhamentos são comparados, o primeiro deles, o coletivo pré-teste, assume um caráter mais informativo que o segundo, já que no primeiro são prestadas informações sobre o funcionamento da instituição e sobre as formas de contágio e transmissão das doenças sexualmente transmissíveis, sendo somente no aconselhamento pós-teste que serão aprofundadas questões particulares de caráter íntimo. O propósito do aconselhamento coletivo pré-teste é abordar, com os usuários, o tema das doenças sexuais de maneira geral, e sem expor os casos particulares de cada participante, já que tais casos serão discutidos durante a etapa do aconselhamento individual. Dessa forma, contrariando a retórica geral de que aconselhamento não é apenas informação, o aconselhamento coletivo pré-teste acaba sendo mais informativo e expositivo que o aconselhamento individual pós-teste.

Na etapa do aconselhamento individual, destaca-se a atuação dos formulários como importantes intermediários na interação estabelecida com os usuários, principalmente porque grande parte do que se discute no aconselhamento individual é pautada pelas informações que o documento busca captar. O primeiro passo para dar início ao aconselhamento individual é buscar o formulário do usuário que será atendido. Ao entrarem na sala de atendimento, aconselhador e formulário emergem como elementos indissociáveis da interação, em um movimento, no qual um complementará a atuação do outro. E, quando a trajetória do usuário finda dentro da instituição, ele deixa de existir como pessoa física, mas passa a existir em outra dimensão, dada por meio dos formulários.

Essas fichas permitem resgatar os antecedentes epidemiológicos do usuário, pois nelas são colhidas informações sobre o uso de preservativos e é feito o recorte populacional ao qual o usuário pertence. A dinâmica e a plasticidade da vida são engessadas e imortalizadas nas lacunas a serem preenchidas, e a vida do usuário é examinada a partir das reflexões que o formulário suscita no aconselhador, assim, muita informação que seria valiosa para as políticas de prevenção acabam assumindo um papel secundário frente ao que é priorizado pelos papéis. Isso revelando que há forte seleção no tipo de informação que se deseja captar e que, ao fim, é institucionalizada.

Como ferramentas de monitoramento, os formulários não estão programados para captarem sentimentos e angústias; sua produção compõe a realidade de um saber extremamente técnico que se pretende objetivo, neutro e despolitizado (MORAES & GÓMEZ, 2007) e, por isso, acaba distanciando-se dos processos de doença e cuidado.

A dimensão dos formulários se acentuou sobremaneira no aconselhamento individual, mas não está restrita somente a ele. Sua vida dentro da instituição é longa. Pretendo, mais adiante, traçar o percurso dos formulários dentro do CTA/DF, articulando esse movimento à preocupação em saúde pela produção de dados numéricos.

### Capítulo 3. Revisitando o CTA/DF “estando aqui”

#### 3.1 A autoridade sanitária na relação com a autonomia dos usuários

Como já visto, o serviço prestado à população preza pela autonomia de seus usuários, contudo, os agentes de saúde pública, como representantes do Estado, gozam de autoridade frente ao público atendido, sobretudo, pela capacidade de administrarem saberes específicos e restritos vinculados ao âmbito do saber biomédico, bem como o manejo da própria prestação dos serviços. A biomedicina é apenas uma fração do riquíssimo universo de representações e práticas sociais que tenta explicar e administrar, em diferentes matizes, as manifestações do processo de saúde-atendimento-doença. Como um campo de significados, a biomedicina ganhou amplo espaço, impondo-se na cultura ocidental moderna e atuando no processo de saúde-doença, sempre priorizando a ordem biológica de maneira objetiva e calculista. “Esse modelo se impôs como um saber sobre a doença e, manejado por um corpo de especialistas, o movimento ocasionou o desenvolvimento de uma importante instituição: ‘as ciências médicas’” (BONET, 2004, pg 28). Nesse âmbito das ciências médicas e da biomedicina, o saber médico, e em última instância, o conhecimento científico, legitimam a autoridade que é conferida ao agente de saúde dentro das instituições públicas como um especialista<sup>10</sup> da área médica.

A dimensão autoritária dos agentes de saúde, que confere assimetria nas relações de poder estabelecidas com os usuários, constrói-se sobre dois campos que podem ser isolados analiticamente, mas que na prática cotidiana atuam justapostos: o primeiro deles diz respeito ao profissional de saúde como especialista do saber médico, que evoca para si a racionalidade científico-mecanicista da biomedicina; já o segundo refere-se ao simbolismo construído pela figura do “perito” dentro da administração burocrática. Os funcionários do CTA/DF transitam o tempo todo entre essas duas dimensões. Por trabalharem em uma instituição de saúde como aconselhores, são alocados dentro do saber biomédico, mas, por serem funcionários do Estado, compõem as fileiras de trabalhadores a serviço da organização burocrática, como verdadeiros peritos técnicos. A dimensão autoritária desses profissionais de saúde se construiria,

---

<sup>10</sup> Sobre o tema da biomedicina e do conhecimento científico, consultar o primeiro capítulo do trabalho de Bonet (2004), em que o autor faz uma discussão teórica, a partir de autores clássicos, sobre ciência e estruturação do campo da biomedicina em comparação com as medicinas românticas.

então, sob duas realidades que, no decorrer do dia, ora se confundem, ora se distanciam: a realidade biomédica e a realidade burocrática.

De maneira específica, a autoridade biomédica é sentida e se impõe por meio de objetos, como jalecos, crachás, estetoscópios e da própria roupa branca, que são signos materiais associados, quase sem desvios, ao biomédico e à prática da medicina, por mais que nem todos os funcionários que trabalhem na área da saúde estejam vinculados ao campo biomédico. No caso do CTA/DF, o que marca quem detém a autoridade biomédica é, acima de outros objetos, o jaleco. Ele é o responsável pela diferenciação entre os que pertencem à instituição e o público em geral.

No CTA/DF, o jaleco cumpria a função de distinguir simbolicamente o quadro de funcionários dos potenciais usuários do serviço, com exceção dos funcionários que trabalhavam na segurança, que tinham vestimenta própria. O jaleco branco era peça crucial no processo de construção da figura do especialista, já que a passagem do “eu pessoa comum” para o “eu especialista” sempre esteve marcada pelo ato de vestir o jaleco, em especial quando o profissional de saúde iria assumir alguma função relacionada ao atendimento ao público. Antes de começarem o atendimento ao público era comum que todos passassem pelo ritual de vestirem seus jalecos.

Dentro desse panorama, vivi uma inserção em campo ambígua, que mexeu com minha identidade como pesquisador, uma vez que eu não era um usuário e ainda que houvesse me integrado à rotina do serviço como um funcionário, tampouco era um profissional. Pude sentir essa ambiguidade principalmente durante minha passagem pela recepção ou quando algum usuário vinha falar comigo. Nesses instantes, pude perceber que os usuários hesitavam ao se dirigirem a mim, talvez por minha aparência jovem, mas particularmente quando quem estava ao meu lado fazia uso do jaleco.

Tive de me acostumar com o fato de sentir a minha presença como “inexplicável” perante o público, por não estar usando o jaleco, em especial quando acompanhava os aconselhamentos coletivos. O incômodo se produzia quando todos os usuários começavam a preencher o formulário de atendimento, menos eu. Sentia olhares curiosos sobre a minha presença, que se intensificavam quando o aconselhador interagiu comigo como se eu fosse um funcionário. E, ao ser percebido pelos usuários como sendo um funcionário, acabei entrando no dilema de estar “disfarçado”. Contudo, a ideia inicial foi justamente estar “disfarçado” para evitar constrangimentos aos usuários e intromissões desnecessárias na rotina de trabalho.

Os CTAs, como serviços de saúde, colocam em cheque a prática médica-hospitalar do SUS de maneira geral. É comum se encontrarem, na literatura pertinente ao tema, depoimentos de usuários que dizem que o CTA nem parece um serviço de saúde pública (MINAYO et al, 1999). De acordo com uma das técnicas do CTA/DF, o serviço prestado pela instituição se diferencia principalmente nos quesitos acolhimento e recepção aos usuários. Como a técnica tem orgulho de dizer, o CTA de Brasília tem as portas abertas para profissionais do sexo, travestis e moradores de rua, que são populações mais fragilizadas e estigmatizadas. Entretanto, ter as portas abertas não significa necessariamente a presença real desse público dentro do serviço.

Estamos falando de populações em situações sociais delicadas e que merecem, por todas as suas especificidades, um atendimento não mais “personalizado”, mas diferenciado. Travestis e moradores de rua, por exemplo, são pessoas extremamente fragilizadas e discriminadas e que merecem uma atenção diferenciada por toda a sua condição de não existência dentro da sociedade. Por estarem nessa condição particular, dificilmente conseguem acessar os serviços de saúde com alguma dignidade, sobretudo, pelo grande despreparado dos profissionais de saúde no atendimento a essas pessoas.

Os agentes de saúde do CTA/DF passam por uma capacitação que lhes permite construir alguma experiência no atendimento a esse público. Essa preocupação é estendida também aos segurados terceirizados da instituição, porém em menor grau, já que eles não passam por uma capacitação profissional oficial, mas são “sensibilizados” pelos próprios agentes de saúde, como relatou uma funcionária. Mesmo assim, o atendimento aos “não-presentes”, dentro do CTA/DF, não é apenas uma questão de “capacitação” de funcionários, mas está diretamente conectado à estruturação do serviço. Dificilmente essas pessoas conseguem chegar ao CTA, seja por incompatibilidade de horários ou até mesmo pela opressão que a presença de outros usuários e de seus julgamentos acarreta.

Haja vista essas particularidades, alguns centros de testagem e aconselhamento da rede Brasil adotam campanhas de prevenção extramuros, saindo das instituições e indo ao encontro dos usuários nas ruas, por meio de unidades móveis. O CTA/DF, durante a pesquisa, não realizava esse tipo de atendimento; o que ocorria era uma parceria com a rede de saúde e ONGs/Aids, na qual o CTA/DF “emprestava” funcionários para ajudarem na testagem e aconselhamento que se dava em uma unidade móvel da campanha “FiqueSabendo”. Como se vê, há ainda muito por fazer no que

tange ao atendimento das populações em situações de extrema vulnerabilidade, não sendo suficiente “estar de portas abertas”.

### **3.2 Formulários e fichas cadastrais: a criação de um saber técnico dentro do CTA/DF**

No ano de 1996, o Programa Nacional de DST e Aids lançou, a partir da experiência da cidade de Curitiba, Paraná, a proposta de criação de um Sistema de Informação unificado para a totalidade dos CTA do país (DA SILVA & BARROS, 2004). O intuito dessa iniciativa era gerar e administrar periodicamente informações sobre as DST a partir da prática dos CTA, levando-se em conta as experiências estaduais e municipais. Em outras palavras, o Programa Nacional buscou desenvolver um sistema em condição nacional que possibilitasse o intercâmbio de informações sobre as ações dos CTA, envolvendo os três níveis de governo.

O sistema que permite essa unificação é conhecido por Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) e é uma ferramenta desenhada para facilitar não só a produção de indicadores em saúde, como também o processo de trabalho dentro dos CTA. Sendo os formulários de atendimento o principal meio de entrada dos dados no sistema, o SI-CTA surge para desempenhar funções administrativas e estatísticas, com o intuito de informatizar e facilitar a rotina de trabalho (BRASIL, 2005).

Contudo, ainda que essa ferramenta tenha sido planejada para favorecer o andar da instituição, na prática cotidiana do CTA/DF, o sistema não facilitava o processo de trabalho. Introduzir os dados dos formulários no programa gerava uma demanda extra para os técnicos do CTA, contribuindo para o acúmulo de atividades. Aos técnicos administrativos cabia, dentro da rotina de trabalho da instituição, a responsabilidade de digitalizar as informações constantes nos formulários de atendimento, colocando-as no SI-CTA. No entanto, alguns técnicos eram também auxiliares de enfermagem, que, na falta do técnico de laboratório, deixavam a sala da administração para ajudarem na coleta de sangue. Sendo assim, no dia-a-dia, os funcionários iam alternando suas funções, para poderem prosseguir com o ritmo de atendimentos.

A sobrecarga de trabalho nesses momentos se tornava evidente. As técnicas com mais tempo de serviço na SES/DF e próximas à aposentadoria não tinham familiaridade

com o uso dos computadores e apresentavam dificuldades na hora de digitar. Ao longo do dia, a “lentidão” tornava o trabalho estressante, principalmente para elas. Porém, como a digitação não cabia originalmente a elas, acabava sendo vista pelos companheiros de serviço como um favor prestado, e, com isso, as técnicas ficavam imunes a cobranças explícitas. Ainda assim, mesmo sem cobranças, elas assumiam uma postura autocrítica, admitiam que não eram as mais indicadas para estarem ali e davam o máximo de si. Nos momentos de grande demanda, muitas informações eram digitalizadas erroneamente ou eram ignoradas. Casos assim ocorriam principalmente quando o usuário preenchia de maneira equivocada algum campo do formulário, quando a letra usada no preenchimento era considerada ilegível ou até mesmo quando o usuário deixava de preencher algum campo.

Além da responsabilidade dos usuários, alguns erros eram originados pela falta de paciência dos funcionários na hora da digitalização ou preenchimento dos campos. Esse quadro da realidade demonstra a interferência do agente de saúde – de sua subjetividade – no processamento de informações primárias. Nem sempre a informação que é fornecida pelo usuário nos formulários é a informação que foi registrada no sistema para, mais tarde, ser novamente processada e se converter em dados. Percebe-se, assim, que os dados e informações já estão sujeitos a manipulações subjetivas desde a sua base, sendo comum, às vezes por pressa ou falta de paciência, alguns campos do formulário serem digitalizados na categoria de *informação ignorada*, mesmo quando continha a informação desejada. Isso se dava principalmente no campo do formulário destinado aos dados de residência, mais especificamente no espaço destinado ao preenchimento do “bairro” do usuário, pois nem sempre o local de moradia declarado pelo usuário constava nas opções do sistema de informação. Em situações como essa, comuns de acontecerem, ignorava-se a informação prestada ou era escolhida nas opções do sistema a localidade mais próxima ao bairro declarado.

Certa vez, estava conversando com uma agente de saúde sobre repasse de insumos, de verbas e das informações do SI-CTA para o Ministério da Saúde, e fui percebendo uma limitação nas suas respostas, que estavam sendo vagas e gerais demais. Foi ficando claro, então, que, conforme os trâmites e negociações se distanciam da realidade da base, rumo a esferas mais altas, como a federal, a visão sobre a totalidade do processo de gestão vai ficando nublada. Em alguns casos, o agente de saúde sequer entende a importância das ações que leva a cabo em seu cotidiano de trabalho. Essa variedade de entendimentos sobre um mesmo processo faz sentido e justifica-se, em

especial, pelas diferentes posições nas quais os distintos profissionais estão inseridos dentro da hierarquia de trabalho.

Para os agentes do CTA/DF e possivelmente isso pode ser estendido a outros funcionários que trabalham na base de atendimento da rede pública de saúde, é complicado assimilar a totalidade dos processos de gestão, nomeadamente, por eles estarem envolvidos em um trabalho de “formiguinha”: “para a gente que fica aqui neste trabalho de formiguinha, estes assuntos passam despercebidos” [fala de uma agente de saúde ao conversar sobre financiamentos e a estruturação do Departamento de DST e Aids do MS].

Trabalhar como “formiguinha” é, por vezes, esquecer-se dos porquês deste ou daquele procedimento – ainda que se acredite em sua eficácia – ou é, até mesmo, não estar ciente das consequências e desdobramentos do seu trabalho que, quando comparado com as outras esferas, dá a sensação de ser pequeno, do tamanho de uma “formiguinha”, para não dizer irrelevante. Ter conhecimento de que os funcionários nem sempre têm clareza do processo total de gestão tornou-se dado precioso na medida em que fui percebendo que as funcionárias do CTA/DF apresentavam concepções diferenciadas a respeito do preenchimento do formulário de atendimento. Duas delas – chamadas aqui de funcionária *A* e funcionária *B* – se disponibilizaram a me ensinar como deveria ser preenchido o formulário de atendimento do SI-CTA.

A funcionária *A* estava próxima da aposentadoria e fazia parte do quadro administrativo da instituição. Trabalhava de manhã e à tarde, sendo responsável principalmente pelo atendimento na recepção; a técnica *B* era enfermeira, aconselhadora e responsável por entregar os resultados dos exames. Também estava na instituição pela parte da manhã e da tarde. Em ambas as orientações, pude perceber que nem todos os campos do formulário eram preenchidos, ação que pode ser estendida aos outros profissionais do CTA/DF. Refiro-me principalmente ao campo “dados de residência”, que estrutura o cabeçalho da ficha, onde nem todas as informações pedidas eram colhidas. No campo seguinte, eram pedidos os “dados do usuário” e nesse, de acordo com o preenchimento das funcionárias *A* e *B*, quase todas as informações eram preenchidas.

Em relação às diferenças no preenchimento, a técnica *A* saltou todos os campos dos “dados de orientação” (campo que se refere a informação sobre o local de origem/encaminhamento do usuário, a data de atendimento, o tipo de orientação pré-teste, o nome do orientador profissional que atende ao usuário, etc.), começando o

preenchimento a partir do campo destinado aos “dados do usuário”. Já a técnica B começou o preenchimento do formulário a partir dos “dados de orientação”, porém, preenchendo apenas cinco das dez perguntas que compõem a categoria<sup>11</sup>. Como elas estipulavam um grau distinto de prioridades nas informações a serem coletadas, a utilidade das informações que o formulário suscitava era colocada em cheque no dia-a-dia de trabalho dessas profissionais, sobretudo, na medida em que nem todas as perguntas eram consideradas importantes.

A priorização de determinadas informações por cada uma das funcionárias, que ocasionava o preenchimento desigual dos formulários, não é apenas uma contradição. O fato de privilegiarem certas informações relaciona-se com a percepção que cada funcionária construiu, ao longo de sua carreira, seja como pessoa, seja como profissional de saúde, sobre a missão da instituição, os paradigmas da prevenção e, especialmente, o entendimento que elas têm sobre o processo de gestão que está além da competência do CTA/DF. Além disto, o local e a maneira como os formulários eram preenchidos conta como importante fator na escolha dos campos considerados indispensáveis, para que a instituição obtenha as informações-chave dos usuários que serão atendidos.

A funcionária A, por exemplo, que trabalha na recepção, estava acostumada a preencher os formulários daqueles usuários que chegavam à instituição poucos minutos após já ter começado o aconselhamento coletivo. As informações eram colhidas apressadamente lá mesmo, no balcão da recepção, a fim de que o usuário não perdesse por demais as explicações do atendimento que já havia começado. Situação diferente ocorria com a funcionária B, que estava acostumada a preencher os formulários no instante reservado especificamente ao atendimento aos usuários, lendo e comentando cada campo pausadamente. Com isso, pode-se dizer que a atitude vivenciada por cada uma dessas funcionárias demonstra que o conhecimento técnico e os procedimentos padrões de uma instituição estão sujeitos a dimensões subjetivas e a ritmos objetivos diferentes, que se exemplificam pela biografia do agente responsável por aplicar o conhecimento técnico e, também, pelas condições de que o trabalhador “formiguinha” dispõe para exercer sua função.

---

<sup>11</sup> Os respectivos formulários, da funcionária A e da B, bem como a maneira como priorizam as informações podem ser consultados ao final deste trabalho nos Anexos.

### **3.3 Trajetória do formulário de atendimento: os papéis viram documentos**

O aconselhamento coletivo tem início com o preenchimento do formulário de atendimento. Assim que os usuários terminam de preenchê-los, os papéis são levados para a sala da administração e as informações são passadas para o SI-CTA. Após isso, imprimem-se, para cada formulário, etiquetas de identificação que constarão nos tubos de sangue coletados e no cartão de atendimento do CTA – com o número do protocolo de atendimento. Grande parte da rotina do CTA/DF era condicionada, como já mencionado, pela produção e veiculação dessas etiquetas, que, juntamente com a trajetória do formulário, compunham a dimensão rotineira e burocrática da organização.

Assim que as amostras eram coletadas e os usuários deixavam a instituição, os formulários eram arquivados em pastas e ficavam aguardando o retorno para a entrega dos resultados, quando então era gerada uma nova etapa de cadastros. Os usuários eram os responsáveis por ligarem para a instituição, para saberem se os exames já estavam prontos. O procedimento padrão para o agendamento do retorno era abrir o sistema, inserir o número do protocolo fornecido pelo usuário e verificar os exames que apareciam na tela. Eles eram classificados por números: 1 para não reagente e 2 para reagente. Após checar os resultados, o funcionário prestava o devido encaminhamento dentro da instituição, sempre com muita discrição.

Para o atendimento pós-teste, havia um procedimento para organizar a entrega dos exames. Primeiro, dava-se a impressão da agenda (com os retornos) do dia que se querem organizar. Após a impressão da agenda, os formulários constantes nessa lista eram procurados nas pastas em que haviam sido arquivados. O critério de organização dos formulários era dado pelo dia de realização do atendimento pré-teste. Em geral, para o arquivamento, eram separadas pastas de plástico classificadas por mês e, dentro delas, os formulários eram dispostos em ordem cronológica de dias. Assim que eles eram encontrados nessas pastas, imprimiam-se os resultados dos exames correspondentes a cada formulário retirado do arquivo, para depois esses exames serem grampeados aos formulários equivalentes e serem, então, organizados de acordo com o profissional que iria realizar o atendimento pós-teste. Tudo era disposto de maneira tal que, quando o usuário chegasse à instituição, para buscar os resultados, todos os formulários e papéis já estariam organizados.

Na agitação do dia, era comum alguns formulários não serem encontrados nos lugares em que deveriam estar, fosse por problemas na digitação de datas ou pelo fato de o formulário haver sido guardado em local equivocado:

“Procurei a ficha de *fulano* e não a encontrei. Fui perguntar para uma das enfermeiras o que deveria ser feito quando os formulários não eram encontrados, ao que ela me respondeu: ‘a gente tem que encontrar. Vamos ver no sistema’. Após consultar o sistema na sala da administração, onde ficam os computadores, percebemos que, na agenda que havia sido impressa, o formulário datava do dia 31/12, quando em verdade a data correta, que constava no formulário, era correspondente ao dia 03/12. Resgatar os formulários depois de arquivados demandava um consumo de tempo desnecessário, não sendo total coincidência o fato de esta função ser delegada a mim vez ou outra” [Notas do diário de campo].

Assim que os formulários são encontrados e separados e o usuário retorna, dá-se início ao aconselhamento pós-teste. Nesse momento a atuação dos formulários assume importante posição na interação entre profissional e público. A existência material desses papéis adquire o status de intermediária da interação, sobretudo porque grande parte do que se discutirá no aconselhamento individual está pautada pelas informações que o formulário busca captar. Quando o aconselhamento pós-teste termina, o usuário deixa a instituição, e os formulários entram para a segunda rodada de digitalização, no qual todas as informações colhidas durante o aconselhamento são repassadas para o SI-CTA. Essa etapa é importante, para que a instituição conheça os antecedentes do usuário, realize o recorte populacional ao qual ele pertence e capte informações sobre o uso de preservativos nas relações sexuais. Quando o usuário deixa a instituição e as informações já foram repassadas ao sistema, os formulários ainda permanecem arquivados nos armários.

A vida desses papéis dentro da instituição é muito superior ao tempo que o usuário permanece em atendimento. Os formulários não são descartados como quaisquer papéis, ou melhor, não *podem* ser descartados assim que os usuários deixam a instituição. E, mesmo assim, quando o usuário reincidente volta para novas testagens, são criados outros formulários e estes valem por atendimento, assim, cada novo atendimento é responsável por gerar uma dessas fichas.

Os formulários são impressos aos montes, ficam espalhados dentro da instituição e podem ser encontrados em blocos em cima da mesa da recepção, nas gavetas dos

consultórios, dentro dos armários etc., só assumindo vida dentro da relação funcionário-usuário no momento do atendimento. Uma vez que o formulário é preenchido e vai à sala da administração com o documento de identificação do usuário anexado, ele deixa de ser apenas um simples objeto e passa a representar aquele usuário.

Perguntei, certa vez, a uma das enfermeiras o porquê de os formulários ficarem armazenados na instituição depois de o usuário ter ido embora e as informações já terem sido informatizadas. Confesso que no início tive dificuldades em compreender os motivos pelos quais os formulários eram, mesmo depois de findada sua trajetória, arquivados na instituição, sendo que as informações já haviam sido informatizadas. Por que acumular papéis? Pensava eu. A resposta da enfermeira foi tão simples, que chegou a me constranger de tão óbvia que soou. Os papéis ficam arquivados, “porque são documentos, são assinados, [e] viram documentos”.

Essa pequena fala evidencia uma dimensão analítica que é valiosa para o estudo das instituições e dos procedimentos burocráticos vinculados aos processos de institucionalização. Refiro-me à importância que os documentos assumem para os estudos em instituições e para os agentes submersos nos trâmites institucionais. Esses papéis assinados e preferencialmente carimbados estruturam a racionalidade e a impessoalidade do pensamento burocrático, de tal forma que podemos mesmo pensar que, sem eles, a administração perderia parte de sua eficácia. É fundamental pontuar que, não fosse a assinatura que os formulários levam, muito provavelmente eles seriam tratados como um papel comum, já que, dentro do ambiente urbano, é imprescindível “a marca legal de uma assinatura, principalmente posta junto a um carimbo” (PEIRANO, 2006 ). Esses papéis, ao serem assinados, assumem um novo status, passam a documentos oficiais e vão sendo acumulados nas prateleiras e caixas, mas, a partir de então, com um peso simbólico distinto.

Subjacente ao destaque dado aos documentos, existe uma lógica classificatória muito bem engendrada, estimulada por um forte anseio em organizar e categorizar ações, sentimentos, pessoas e coisas. As instituições operam classificações e criam identidades, sobretudo, por meio da organização e classificação de informações, exercendo um domínio em nossos processos de classificação e de reconhecimento do mundo de tal forma que, por vezes, “uma resposta correta só parece ser correta quando apoiada pelo pensamento institucional” (DOUGLAS, 1998).

Para Mary Douglas (1998), o processo cognitivo mais elementar do indivíduo dependeria das instituições sociais. Essa dependência acarretaria consequências para as

interações sociais, já que as instituições seriam responsáveis por “amoldar nossas ideias” em um formato comum, criando um estilo de pensamento institucionalizado. Os sistemas classificatórios das instituições moldariam as interações sociais a tal ponto que, a partir desse pensamento, os indivíduos fariam suas escolhas pessoais. Espera-se que os usuários que acorrem ao CTA/DF saiam da instituição “sensibilizados”, a ponto de adotarem novas formas de relacionamento, como práticas sexuais seguras, ou que ao menos façam suas escolhas pessoais a partir das informações que foram apresentadas durante os aconselhamentos. E os documentos/formulários desempenham um papel importante dentro do princípio classificatório que a prática do aconselhamento engendra.

Todo o trabalho de aconselhamento desenvolvido dentro do CTA/DF é legitimado pelo saber médico. O aconselhador possui autoridade na relação com os usuários, tanto como agente de saúde quanto pela figura do especialista, como já discutido neste trabalho. Esse poder não seria um fluido abstrato que paira sobre as cabeças dos sujeitos, mas uma realidade que se daria por meio de um conjunto de procedimentos, cálculos e táticas levadas a cabo pelas instituições (Foucault, 2008).

Nos formulários, as relações sexuais e outras práticas, como o uso de drogas, pretendem ser vigiadas de perto pelo saber técnico do aconselhador, que exerce, sob os usuários, um poder disciplinador. O dispositivo disciplinar possui um fim ou um objetivo, que, dentro do CTA/DF, é o ideal da revisão ou reconstrução de comportamentos. Pelos formulários, os agentes de saúde averiguam se os usuários fizeram uso de “drogas”, como álcool, maconha, cocaína, e se esta foi “aspirada” ou “injetável”, estabelecendo uma pequena escala de frequência para o uso de “drogas” como, por exemplo: “nunca usou”, “já usou, mas não usa mais”, “usa de vez em quando” ou “usa frequentemente”. Enquanto as informações são colhidas, os agentes de saúde aproveitam para conversar com o usuário, explicando e ponderando os comportamentos de riscos associados às práticas que estão sendo discutidas no momento do atendimento. Em relação às práticas sexuais, para citar um exemplo, trata-se de uma gestão tão minuciosa que ela se propõe a identificar em detalhes o tipo e a quantidade (em números) das parcerias sexuais que os usuários estabelecem, inclusive estipulando precisão em relação ao tempo, e com que frequência há o uso de preservativos, quando efetivamente há o uso.

Para Foucault (1988), essa vida que entra no domínio dos cálculos explícitos é resultado de transformações históricas marcantes dos mecanismos de poder

responsáveis por regular o direito de vida e morte. Para o autor, o direito de morte foi paulatinamente se deslocando para um poder cada vez mais preocupado em gerenciar e cuidar da vida. Nessa conjuntura do cuidado, a necessidade de viver passou a ser o estandarte dessa nova configuração de poder.

O papel desse poder é sobretudo “multiplicar a vida” e colocá-la em “ordem” e, para isso, são lançadas as mais diversas técnicas disciplinares, como a Saúde Pública, já não se eliminando o corpo que se desvia das regras, mas ao contrário, o poder que rege a vida procura agora “domesticá-lo” e reabilitá-lo por meio da educação disciplinar. Sob essa ótica, ao CTA caberia a responsabilidade em capturar os sujeitos para as redes disciplinares estatais da saúde pública. Os agentes de saúde do Centro de Testagem prestam atendimento a usuários que estão de passagem pela instituição, sendo a rotatividade dentro da instituição sua marca distintiva, daí a metáfora da captura e redirecionamento para a rede pública de saúde, já menciona em páginas anteriores.

O Estado brasileiro apresenta hoje toda uma cadeia bem estruturada, ao menos a nível teórico, para a prevenção e o atendimento às pessoas afetadas pelas DST, de tal maneira que hoje o Brasil destaca-se pelo seu protagonismo inovador<sup>12</sup> no atendimento aos portadores do HIV. Contudo, o enfrentamento a epidemia ainda apresenta grandes dificuldades, principalmente se nos afastamos dos grandes centros urbanos e vamos em direção aos pequenos municípios brasileiros e as zonas de fronteira com outros países.

### **3.4 A fragmentação dos usuários entre formulários e Sistemas de Informações em Saúde**

Foucault (1979), ao desenvolver o conceito de governamentalidade, traz, em uma perspectiva histórica, o problema específico do surgimento e apropriação da população pela arte de governar. Para ele, com o desenvolvimento de uma teoria de governo e do próprio conceito de “arte de governar”, a população emerge como objeto final das ações governamentais, ou seja, surge no cenário político como um campo de intervenção e, sobretudo, como principal objeto da técnica de governo. Dentro desse novo cenário histórico, aperfeiçoou-se um conjunto de procedimentos, cálculos e táticas

---

<sup>12</sup> Não será demais lembrar que esse processo de apropriação de responsabilidades sociais, por parte do Estado brasileiro, foi marcado, no que se refere ao caso específico do desenvolvimento da epidemia de AIDS, por intensas negociações e conflitos significativos entre as pessoas afetadas pela infecção do HIV e as instâncias políticas do Estado. Para compreender bem a estruturação da resposta governamental brasileira à Aids, consultar o já discutido trabalho de Diaz Bermúdez (2005).

que tinham por alvo a gestão da população. E, para Foucault (1979), gerir uma população significa geri-la em profundidade, minuciosamente e nos detalhes.

Governar um Estado seria, portanto, ter, em relação à sua população e aos comportamentos individuais e coletivos, formas de vigilância e controle. O saber necessário ao governante é, dentro desse quadro, um conhecimento em estreita relação muito mais com as coisas do que com a lei. Nessa relação com as coisas, a estatística desponta como principal fator técnico que permite reconhecer que a população tem características próprias, e mais, permite quantificar essas características e os fenômenos populacionais. A estatística surge como saber técnico indispensável ao soberano, uma vez que possibilita a medida e gestão da população em relação à sua quantidade, mortalidade, natalidade etc. (FOUCAULT, 1979, 2008). É a partir dessa mensuração que se torna viável intervir na população, melhorando sua sorte, a distribuição dos recursos e das riquezas, sua saúde e adotando as mais diversas técnicas de vigilância e cuidado.

O despontar da população como um problema do Estado é um fato histórico que foi circunscrito por Foucault (1979, 2008) ao longo dos séculos XVII e XVIII. E com o decorrer do tempo, a problemática foi se tornando mais complexa e o pensamento estatístico foi gradualmente sendo assimilado por outras áreas de conhecimento, como a Medicina Social e a Saúde Pública. A população, como elemento produtivo, precisa não apenas ser quantificada, mas necessita também da disciplina e da saúde. Como consequência dessa reflexão, esboça-se o delineamento de campos de conhecimento que se desenvolvem sob o título de Medicina Social e Saúde Pública, as quais, em uma breve definição, são entendidas como campos de saber que buscam elaborar estratégias que permitam investir nos problemas relacionados à saúde do coletivo.

A investigação epidemiológica aparece, nessa conjuntura, como um dos mecanismos que conduz a avaliação da eficácia das intervenções realizadas no âmbito da Saúde Pública, ou seja, na esfera do coletivo. De acordo com Almeida Filho (1989), o termo “população” é definidor do objeto de estudo epidemiológico. Ao realizar uma definição sumária do que seria a epidemiologia, a construção do autor gira em torno de dois principais eixos: as populações e as doenças. O alvo da pesquisa epidemiológica seriam os diversos grupos sociais, assim sendo, pode-se pensar a epidemiologia como o coletivo dos homens que surge para tratar de doenças em populações. Para o autor, a perspectiva inicial da epidemiologia foi essencialmente positivista, uma vez que estava destinada ao estudo dos processos patológicos na sociedade e adotou um paradigma

reducionista, no qual o corpo era apenas um objeto, uma entidade ou um palco, em que ocorreriam os fenômenos patológicos. Nessa perspectiva, não só a noção de pessoa e de entidade integral é ignorada, mas também as práticas sociais são negligenciadas.

Porém, importantes modificações ocorreram dentro do campo epidemiológico com o desenvolvimento de vertentes, na epidemiologia moderna, preocupadas em integrar os fenômenos sociais aos seus paradigmas (ALMEIDA FILHO, 1989). Há uma gama de trabalhos voltados para refletir, dentro do campo da antropologia médica, sobre os limites, possibilidades e contribuições da interdisciplinaridade entre a epidemiologia e a pesquisa antropológica (CHUAQUI, 2006, MENÉNDEZ 1998, GRIMBERG, 1998). Todos esses trabalhos, ao traçarem as possibilidades de comunicação entre campos de conhecimento, formularam críticas ao fazer epidemiológico sem, de suas perspectivas, perderem de vista as limitações do próprio método qualitativo.

Os formulários e questionários são ferramentas de coleta caras à epidemiologia, porém, necessitariam de uma revisão metodológica que lhes permitisse assimilar outras estratégias na obtenção das informações. Nos questionários, a dinâmica e a plasticidade da vida são engessadas e imortalizadas nas lacunas a serem preenchidas, deixando de apreender relevantes dimensões da vida humana. Dentro da produção dos dados estatísticos e epidemiológicos, perdem-se os indivíduos e suas experiências, dimensões valiosas para a antropologia e fundamentais para o desenho de estratégias de prevenção mais adequadas à realidade a que se destinam. Por essa razão, far-se-ia necessária a incorporação de uma metodologia de cunho qualitativa, a qual possibilite a aproximação entre discursos e práticas sociais, corroborando, assim, para a obtenção de informações significativas para a compreensão das práticas culturais. Isso se dá, principalmente porque a enfermidade não é um fenômeno puramente físico, mas é também um modelo explicativo que pertence à cultura, em especial à cultura médica (CHUAQUI, 2006).

No universo dos formulários, o usuário passa a ser limitado pelos sistemas logísticos. As fichas fazem que esse usuário se constitua como um sujeito que perde sua identidade, sua subjetividade e, principalmente, sua história (FERNANDES, 2003). O mundo sensível, palco das subjetividades e das experiências cotidianas, é deixado de lado pelos formulários de atendimento, sendo gradualmente desconsiderado pelo saber técnico. Para Maffesoli (2005), esse movimento de afastamento do mundo da experiência sensível, no qual o pensamento científico se baseia, seria um corte epistemológico de afastamento com o senso comum. E, para o pensamento clínico, os saberes locais e as redes de sociabilidade, ao comporem o campo do senso comum, são

constantemente deslegitimados e desrespeitados. Assim, o conhecimento do mundo por meio dos sentidos e da experiência imediata é renegado. A vida do usuário é examinada a partir das reflexões que o formulário suscita, e muita informação que seria valiosa para as políticas de prevenção acabam assumindo um papel secundário frente ao que é priorizado pelos formulários, como, por exemplo, a biografia mais extensa dos usuários e suas redes de sociabilidade, o que revela, como já mencionado, que há uma forte seleção no tipo de informação que se deseja captar e, ao fim, que será institucionalizada.

Por mais que o pensamento técnico e científico se pretenda hegemônico e autônomo, existe uma prática de cuidados que escapa ao rígido pensamento científico e apresenta sua lógica própria de funcionamento. Poderíamos dizer que é algo que está rodeado por uma gama de significações, em torno da qual cada um pode cuidar de si mesmo. Ao se transpor a tríade saúde/doença/cuidado como modelo explicativo para a área da medicina preventiva e identificando-se a saúde com o social, seria possível se visualizar que as comunidades humanas, ao longo de sua história, desenvolvem e manuseiam critérios muito particulares de prevenção e risco.

Para Menéndez (1998), todo grupo humano tem bem assimilado suas próprias ponderações sobre doenças, contágio e comportamentos de risco, não existindo, portanto, grupos que careçam desses saberes, porque eles são, em última instância, inerentes a toda a cultura. Assim, o ponto central seria não tanto considerar os comportamentos como certos ou errados, mas assumir que as comunidades humanas produzem critérios e práticas de prevenção independentemente de serem equivocadas ou não. A partir dessa constatação, que, para o pensamento clínico, não é simples, é possível desenhar estratégias mais adequadas para as políticas de prevenção em DST e Aids.

### **3.5 Produzindo Saúde através de números: a lógica do instrumental**

Há uma forte preocupação, no processo de trabalho em saúde, com a produção de dados estatísticos como meio de mensurar a produtividade do trabalhador. Nesse processo de valorização, são contabilizados atendimentos, exames, usuários, insumos, horas, semanas, meses etc. Todas as atividades profissionais nas instituições públicas de saúde devem, de alguma forma e em algum nível, ser convertidas em dados numéricos.

O intuito dessa iniciativa seria facilitar a contagem do trabalho ou a mensuração das atividades para, assim, possibilitar-se o desenho futuro de prováveis intervenções.

Os números são importantes fundamentalmente para as instâncias superiores de saúde – como a SES e o MS – que, por meio deles, monitoram as atividades das instituições e acompanham a produtividade dos trabalhadores. A eficácia simbólica dos números é um dos mais importantes potenciais com que o Programa Nacional de combate à Aids conta, por exemplo, para a consolidação do seu espaço político (DIAZ BERMÚDEZ, 2005).

Com a valorização dos dados numéricos, deixa-se, em segundo plano, parte importante dos resultados de atividades consideradas de cunho qualitativo pelos profissionais de saúde, como o atendimento dos assistentes sociais e dos agentes comunitários de saúde – ACS. Se a relevância das atenções recai sobre a produção de estatísticas, passa a ser mais vantajoso, ao menos do ponto de vista da mensuração da produtividade, *o número* de atendimentos e exames realizados. Em consequência disso, toda a atenção que foi dispensada ao usuário acaba em segundo plano, o atendimento se converte em uma cifra.

O CTA/DF, por meio do SI-CTA, produz estatísticas diárias sobre os seus usuários, em que são contabilizados os exames, os aconselhamentos etc. Nessa estatística, a população atendida é separada por grupos e organizada por sexo, raça, idade e orientação sexual. Os usuários e as informações são sistematicamente categorizados, para depois, já convertidos em dados, serem enviados às instâncias de saúde responsáveis e comporem as estatísticas nacionais. Nesse processo, os formulários são tidos como objetos indispensáveis, pois, por seu intermédio, são captadas todas as informações que produzem os dados. Contudo, dentro dos sistemas de informação, as fichas, questionários e formulários são processados e convertidos em tabelas estatísticas, deixando assim de existirem.

A produção de dados numéricos em saúde legitima-se especialmente graças à valorização do papel da informação epidemiológica na definição das políticas públicas da saúde. Os métodos e técnicas da epidemiologia ressaltam um forte compromisso com o caráter quantitativo e a abordagem extensiva das populações estudadas por meio de análises probabilísticas e validação de variáveis. A produção de dados numéricos e o ato da contagem, que engendram a gestão calculista, são fenômenos que transcendem o âmbito da saúde, por se tratarem de técnicas características dos Estados nacionais, que são assumidas para monitorarem e administrarem sua população. Nas esferas da

administração pública, os números são fixados como entidades, sendo neutros e imparciais. Nas palavras de Peirano (2006), “exatamente as características da lógica moderna da racionalidade e da causalidade, estilo dominante assumido pelo Estado”.

A lógica da causalidade, diz Peirano (2006), relaciona-se principalmente à racionalidade, à neutralidade e à concepção de eficácia dos atos técnicos. Imersa nessa lógica, a população torna-se algo instrumental, manipulável e passível de intervenções de interesse público. Em última instância, a população se converte em dado quantificado e técnico, permitindo variados modos de intervenção por parte do poder estatal, que está ambiciosamente disposto a gerir comportamentos, atitudes e formular pensamentos. É na administração minuciosa e cotidiana de ações e sujeitos, portanto, que se dá a dominação (WEBER, 1971).

## **Conclusão**

Tentei refletir, neste trabalho, sobre os mecanismos e processos de institucionalização da saúde – como bem público sob gestão estatal – como produtores de uma nova subjetividade, em consequência da sua interação com os agentes de saúde. Ao buscar dar conta de toda a realidade vivenciada pelo CTA/DF, para compreender tais processos, e devido, sobretudo, à mudança na Coordenação responsável pela instituição, que impossibilitou a retomada da pesquisa, a investigação acabou por assumir um caráter exploratório, o que não quer dizer que as reflexões aqui apresentadas foram rasas ou com pouco embasamento. O intuito era compreender da forma mais abrangente possível os processos de institucionalização a que os usuários estavam sujeitos, localizando as origens desses processos, bem como mapeando sua trajetória institucional e verificando os momentos em que eles eram mais intensos ou evidentes.

Para cumprir com esse objetivo, acompanhei em profundidade toda a rotina de atendimento do CTA/DF. Nesses momentos, dei especial atenção à circulação dos formulários de atendimento e de outros documentos dentro do fluxograma da instituição. A partir desse ponto, construí a trajetória dos formulários dentro do CTA/DF, ressaltando a mudança de status que esses papéis passam ao longo de seu itinerário. Ao acompanhar essa trajetória, constatei que, dentro da instituição, o universo dos documentos se constitui como evidência palpável do processo de institucionalização, a tal ponto que, a partir deles, pude traçar a lógica instrumental que perpassa o cotidiano da instituição. Assim, caracterizar a existência dos documentos

como indício do processo de institucionalização se tornou uma análise mais concisa na medida em que essa dimensão foi associada à forte preocupação com a produção de dados estatísticos no processo de trabalho em saúde. O CTA/DF é uma instituição que trabalha em cima do número de atendimentos e, para isso, contabilizar os usuários é importante para a lógica da instituição e para compor os processos de institucionalização. Nesse movimento, a presença dos formulários é imprescindível.

Procurei demonstrar que, por meio dos formulários e documentos, os usuários são descritos pelos agentes de saúde a partir do sistema classificatório suscitado pelos formulários. Com base nisso, propus, inspirando-me nas ideias de Mary Douglas, que as instituições estariam submersas em constantes processos classificatórios que atingiriam e modificariam a vida cotidiana dos sujeitos. Nesse movimento contínuo, nomes, pessoas e coisas vão sendo remoldados, para se adequarem ao estilo de pensamento que as instituições promovem. Como explicitarei no texto, os sistemas classificatórios das instituições moldariam as interações sociais a tal ponto que, a partir desse pensamento, os indivíduos fariam suas escolhas pessoais.

As questões que aqui foram articuladas assumem caráter exploratório, também, na medida em que algumas discussões merecem ser aprofundadas. Dessa forma, é natural que o trabalho que se desenvolveu aqui tenha seus limites, assim como suas parcialidades. Dos temas que foram expostos no texto, mereceria aprofundamento futuro a relação, que aqui foi descrita pontualmente, entre os agentes de saúde e os procedimentos burocráticos, com o intuito de mapear e compreender como se articulam os vários níveis da administração burocrática das instituições públicas, vinculando essa dimensão com a “pressão classificatória” que o Estado exerce sob as pessoas e as coisas, a fim de se dispor e controlar sua população. E, sem dúvida, como demonstrei aqui, as fichas de atendimento e de cadastro desenvolvem papel importante nesse contexto.

Mereceria atenção futura, também, o estudo dos outros documentos que circulavam dentro da instituição, como as fichas de encaminhamento de pacientes para tratamento na rede pública de atenção, numa análise na qual esses papéis se tornassem o próprio objeto a ser levantado e pesquisado. Assim, teríamos um estudo centrado na leitura e análise desses documentos, trabalho que se torna mais viável na medida em que já se conhece em profundidade a rotina de atendimento da instituição.

Encerro essa fase do trabalho com mais perguntas do que respostas e, pela complexidade das articulações sociais que o CTA/DF experimenta em seu cotidiano de

atendimento, chego ao término da construção do texto etnográfico com a viva certeza de que o tema aqui apresentado merece ser estudado com mais calma em futuras imersões etnográficas.

## Anexos

Formulário de Atendimento campos da parte pré-testagem : Dados de orientação (1 a 10); Dados do usuário (11 a 22); Autorização para contato (23 e 24); Dados da residência (25 a 34); Dados da requisição (35 a 38); Notas da orientação (39).

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE		CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO		Nº Requisição
<b>FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA</b>				
1 Local (instituição) de origem / encaminhamento		2 Data atendimento		3 Tipo de orientação (pré-teste) <input type="checkbox"/> 1 Individual <input type="checkbox"/> 2 Coletiva <input type="checkbox"/> 3 Nenhuma <input type="checkbox"/> 4 Individual e Coletiva
4 Orientador(es) profissional(is)		5 1º atendimento no CTA <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não		6 Vai fazer coleta <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não
8 Nº requisição anterior (obrigatório p/ 2ª amostra)		9 Teste Nominal <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não		10 Mostra nome etiqueta <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não
11 Nº do prontuário/protocolo		12 Nome do usuário ou senha		
13 Sexo <input type="checkbox"/> 1 Masc. <input type="checkbox"/> 2 Fetrn.		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não		15 Idade gestacional (Meses)
16 Data de nascimento		17 Estado civil (situação conjugal) <input type="checkbox"/> 1 Casado/Amigado <input type="checkbox"/> 2 Solteiro <input type="checkbox"/> 3 Separado <input type="checkbox"/> 4 Viuvo <input type="checkbox"/> 99 Não inform.		18 Ração/Cor <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 99 Ignorado
19 Escolaridade (anos estudos concluídos) <input type="checkbox"/> 1 Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 De 12 a mais <input type="checkbox"/> 99 Ignorado		20 Ocupação		
21 Número do Cartão SUS		22 Nome da Mãe		
23 Permite contato * <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não		24 Tipo de contato <input type="checkbox"/> 1 Telefone <input type="checkbox"/> 2 Correo <input type="checkbox"/> 3 E-mail <input type="checkbox"/> 4 Visita domiciliar <input type="checkbox"/> 5 Outros		
<small>* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.</small>				
25 Logradouro (rua, avenida...)		26 Complemento (Ap., casa...)		27 Número
28 Município		29 Bairro		30 UF
31 CEP		32 (DDD) Telefone		33 Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural
34 País (se residente fora do Brasil)		35 Motivo da procura		
<input type="checkbox"/> 1 Exposição a situação de risco <input type="checkbox"/> 2 Encaminhado por serviço de saúde <input type="checkbox"/> 3 Encaminhado por banco de sangue <input type="checkbox"/> 4 Encaminhado por clínicas de recuperação <input type="checkbox"/> 5 Sintomas relacionados a AIDS <input type="checkbox"/> 6 Admissão em emprego/Forças Armadas <input type="checkbox"/> 7 Conhecimento de status sorológico <input type="checkbox"/> 8 Exame pré-natal <input type="checkbox"/> 9 Conferir resultado anterior		<input type="checkbox"/> 10 Janela imunológica <input type="checkbox"/> 11 Suspeita de DST <input type="checkbox"/> 12 Prevenção <input type="checkbox"/> 13 Exame pré-nupcial <input type="checkbox"/> 14 Testagem para hepatite <input type="checkbox"/> 15 Contato domicil. P/ hepatites <input type="checkbox"/> 16 Outros <input type="checkbox"/> 99 Não informado		<input type="checkbox"/> 17 Origem da clientela (como ficou sabendo do serviço): <input type="checkbox"/> 1 Material de divulgação <input type="checkbox"/> 7 ONG <input type="checkbox"/> 2 Amigos/Usuários do serviço <input type="checkbox"/> 8 Internet <input type="checkbox"/> 3 Jornais/Rádio/Televisão <input type="checkbox"/> 9 Campanha <input type="checkbox"/> 4 Banco de sangue <input type="checkbox"/> 97 Outros <input type="checkbox"/> 5 Serviço/Profissional de saúde <input type="checkbox"/> 99 Não Informado <input type="checkbox"/> 6 Serviços de informação telef.
36 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) <input type="checkbox"/> 1 Nenhum <input type="checkbox"/> 6 Tratamento de DST <input type="checkbox"/> 11 Realizar hepatite C		<input type="checkbox"/> 7 Orientações gerais <input type="checkbox"/> 12 Realizar hepatite D <input type="checkbox"/> 8 Realizar exame HIV <input type="checkbox"/> 97 Outros <input type="checkbox"/> 9 Realizar exame Sífilis <input type="checkbox"/> 10 Realizar hepatite B		37 Local encaminhamento
38 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:				
39 Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:				

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**

**CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO**

**Nº Requisição**

**FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA**

<p>1 Local (instituição) de origem / encaminhamento</p> <p>4 Orientador(es) profissional(ais)</p> <p>8 Nº requisição anterior (obrigatório p/ 2ª amostra)</p> <p>11 Nº do prontuário/protocolo</p> <p>13 Sexo 1 Masc. 2 Fem.</p> <p>14 Gestante 1 Sim 2 Não</p> <p>18 Raça/Cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 99 Ignorado</p> <p>23 Permite contato * 1 Sim 2 Não</p> <p>25 Logradouro (rua, avenida...)</p> <p>28 Município</p> <p>31 CEP</p> <p>35 Motivo da procura 1 Exposição a situação de risco 2 Encaminhado por serviço de saúde 3 Encaminhado por banco de sangue 4 Encaminhado por clínicas de recuperação 5 Sintomas relacionados a AIDS 6 Admissão em emprego/Forças Armadas 7 Conhecimento de status sorológico 8 Exame pré-natal 9 Conferir resultado anterior</p> <p>37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) 1 Nenhum 2 Repetir exame inconclusivo 3 Repetir ex./ Janela imunológica 4 Repetir exame 2ª amostra 5 Assistência Psicossocial</p>	<p>2 Data atendimento</p> <p>5 1º atendimento no CTA 1 Sim 2 Não</p> <p>12 Nome do usuário ou senha</p> <p>15 Idade gestacional (Meses)</p> <p>16 Data de nascimento</p> <p>19 Escolaridade (anos estudos concluídos) 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 De 12 a mais 99 Ignorado</p> <p>22 Nome da Mãe</p> <p>24 Tipo de contato 1 Telefone 2 Correio 3 E-mail 4 Visita domiciliar 5 Outros</p> <p>26 Complemento (Ap., casa...)</p> <p>29 Bairro</p> <p>32 (DDD) Telefone</p> <p>33 Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural</p> <p>36 Origem da clientela (como ficou sabendo do serviço) 1 Material de divulgação 2 Amigos/Usuários do serviço 3 Jornais/Rádio/Televisão 4 Banco de sangue 5 Serviço/Profissional de saúde 6 Serviços de informação telef.</p> <p>38 Local encaminhamento</p>
--	---

\* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.

Assinatura do usuário

39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:

Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:

**Funcionária A** – próxima da aposentadoria, fazia parte do quadro administrativo da instituição. Responsável principalmente pelo atendimento na recepção.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE		CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO		Nº Requisição
<b>FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA</b>				
1 Local (instituição) de origem / encaminhamento	21 Data atendimento	3 Tipo de orientação (pré-teste)	3 Nenhuma 1 Individual 2 Coletiva 4 Individual e Coletiva	
4 Orientador(es) profissional(is)	5 1º atendimento no CTA 1 Sim 2 Não	6 Vai fazer coleta	1 Sim 2 Não	
8 Nº requisição anterior (obrigatório p/ 2ª amostra)		9 Teste Nominal	1 Sim 2 Não	
11 Nº do prontuário/protocolo	12 Nome do usuário ou senha			
13 Sexo 1 Masc. 2 Fem.	14 Gestante 1 Sim 2 Não	15 Idade gestacional (Meses)	16 Data de nascimento	17 Estado civil (situação conjugal) 1 Casado/Amigado 3 Separado 2 Solteiro 4 Viúvo 99 Não inform.
18 Raça/Cor 1 Branca 3 Amarela 5 Indígena 2 Preta 4 Parda 99 Ignorado	19 Escolaridade (anos estudos concluídos) 1 Nenhuma 3 De 4 a 7 5 De 12 a mais 2 De 1 a 3 4 De 8 a 11 99 Ignorado		20 Ocupação	
21 Número do Cartão SUS	22 Nome da Mãe			
23 Permite contato * 1 Sim 2 Não	24 Tipo de contato 1 Telefone 3 E-mail 5 Outros 2 Correio 4 Visita domiciliar			
Assinatura do usuário				
* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.				
25 Logradouro (rua, avenida...)	26 Complemento (Ap., casa...)	27 Número		
28 Município	29 Bairro	30 UF		
31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	34 País (se residente fora do Brasil)	
35 Motivo da procura		36 Origem da clientela (como ficou sabendo do serviço)		
1 Exposição a situação de risco 2 Encaminhado por serviço de saúde 3 Encaminhado por banco de sangue 4 Encaminhado por clínicas de recuperação 5 Sintomas relacionados a AIDS 6 Admissão em emprego/Forças Armadas 7 Conhecimento de status sorológico 8 Exame pré-natal 9 Conferir resultado anterior		10 Janela imunológica 11 Suspeita de DST 12 Prevenção 13 Exame pré-nupcial 14 Testagem para hepatite 15 Contato domicil. P/ hepatites 97 Outros 99 Não informado		
37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções)		38 Local encaminhamento		
1 Nenhum 2 Repetir exame inconclusivo 3 Repetir ex./ Janela imunológica 4 Repetir exame 2ª amostra 5 Assistência Psicossocial		6 Tratamento de DST 7 Orientações gerais 8 Realizar exame HIV 9 Realizar exame Sífilis 10 Realizar hepatite B		
11 Realizar hepatite C		12 Realizar hepatite D		
97 Outros				
39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:				
HIV Hep. B e C - VDRL -				
Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:				

**Funcionária B** – Enfermeira, aconselhadora e responsável pela entrega dos resultados dos exames.

## **Bibliografia**

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**. V.6, n. 11. Agosto, 2002.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita; JÚNIOR, Ivan França; CALZANS, Gabriela Junqueira. **Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS (II Seminário)**. AIDS, vulnerabilidade e prevenção. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

BIEHL, João. **Antropologia no campo da saúde global**. In: Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 257-296, jan./jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Ciência, Tecnologia e Saúde Mental. In: **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. A. Leibing, organizador. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

BONET, Octavio. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BUCHALLA, Cássia Maria; PAIVA, Vera. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Revista Saúde Pública**. Vol.36, no 4 suppl. São Paulo: Agosto 2002.

BRASIL. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: Manual**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_ **Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico.** Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_ **Sistema de informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids SI-CTA: manual de utilização.** Secretaria de Políticas de Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CHUAQUI, Valentina Fajreldin. **Antropología Médica para una Epidemiología con Enfoque Sociocultural: elementos para la interdisciplina.** In: *Ciencia y Trabajo*, año 8, número 20, Abril/Junio, 2006.

DA SILVA, Sônia Maria Batista. BARROS, Sandra Regina. CTA contextualizando a sua história. In: **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência.** Ana Maria Szapiro, organizador. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

DA MATTA, Roberto. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

DESLANDES, Sueli Ferreira. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DIAZ BERMÚDEZ, Ximena Pamela. **Políticas públicas e narrativas sobre a Aids: um contraponto Brasil-França.** Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas, 2005.

DOUGLAS, Mary. **Como as Instituições Pensam.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. LIMA, Nísia Trindade (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FERNANDES, Rita Pereira de Cássia. Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. **Ciência e saúde coletiva**, 13, pp.765-773, 2003.

FLEISCHER, Soraya Resende. RABELLO, Luiza. ALVARENGA, Marcos. BATISTA, Monique. ALMEIDA, Natharry. ESMERALDA, Polliana. “É muito duro esse trabalho”: Notas sobre um projeto de extensão em Antropologia. **Participação (UnB)**, v. 21, p. 31, 2012.

FOUCAULT, Michael. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GEERTZ, Clifford. **Obras e vidas: o antropólogo como autor**. Editora: UFRJ, 1989.

GODOI, Alcinda Maria Machado. **Criminalização da transmissão sexual do HIV: uma abordagem bioética**. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2013.

GOFFMAN, Erving. Constrangimento e organização social. In: **Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GRIMBERG, Mabel. Relações entre epidemiologia e antropologia. In: **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. ALVEZ, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora Relume Dumará, 1998.

LE BRETON, David. **As paixões ordinárias: antropologia das emoções**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MAFFESOLI, M. A iluminação pelos sentidos. In: **Elogio da razão sensível**, Petrópolis: Ed Vozes, 2005.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Antropologia médica e epidemiologia. Processo de convergência ou processo de medicalização? In: **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. ALVEZ, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora Relume Dumará, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de S; SOUZA, Edinilsa R; ASSIS, Simone G; CRUZ NETO, Octavio; DESLANDES, Suely F; DA SILVA, Cosme M F P. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/COAS da Região Nordeste do Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):335-365, Abr-Jun, 1999.

MORAES, Ilara Harmmerli S. GÓMEZ, Maria N.G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(3): 553-565, 2007.

PEIRANO, Mariza. A lógica múltipla dos documentos. In: **A Teoria vivida: e outros ensaios de antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

PEREIRA, Diogo Neves. **Vínculos e estatizações nas políticas de saúde da família de cuba e do Brasil**. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2012.

SCHUTZ, Alfred. Atenção Seletiva: relevâncias e tipificações. In: **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

SIMMEL, Georg. **Simmel**. Evaristo de Moraes Filho (org.). São Paulo: Ática, 1983.

TEIXEIRA, Paulo R. Políticas Públicas em Aids. In: **Políticas, Instituições e Aids: Enfrentando a epidemia no Brasil**. Parker, Richard. (org). Rio de Janeiro: ABIA, Jorge Zahar, 1997.

WEBER, Max. Burocracia. In: **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.