

O direito à saúde e as tecnologias biomédicas no combate ao HIV/Aids

Marcos Alvarenga¹

Orientadora: Carla Costa Teixeira²

Resumo: A partir das experiências coletadas e registradas no Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal, objetiva-se refletir sobre o impacto da tecnologia biomédica na população e suas apropriações pela política de saúde. Tendo por realidade etnográfica a democratização e difusão dos Testes Rápidos pelo CTA/DF. Ao tomar por realidade etnográfica a democratização e difusão dos testes rápidos pelo CTA/DF, importa para a presente análise, (i) as formas de utilização e apropriação dessas tecnologias pela políticas de saúde; (ii) e como os avanços científicos e tecnológicos informam tais políticas. A tensão entre a dimensão interpessoal e a dimensão tecnológica do atendimento dentro do CTA/DF é a base na qual se constrói o problema da democratização e consumo dos testes rápidos e é, também, a partir de onde os usuários são incentivados a evitar atos considerados de risco por meio de um novo saber de si. Como se verá, o trabalho acaba por trazer à cena uma discussão contemporânea e relevante para a Antropologia: as relações estabelecidas entre a produção científica e tecnológica e a sociedade, a partir do consumo de tecnologias biomédicas. Sem perder de vista o caráter sociopolítico da biotecnologia e sua apropriação pelos agentes sociais e a política de combate às doenças sexualmente transmissíveis a partir das ações preventivas.

Palavras-chaves democratização do teste rápido, tecnologias de governo, prevenção HIV/Aids

Uma pequena introdução: das contextualizações

O primeiro Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA – foi implantado no final da década de oitenta, mais precisamente em 1988, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e o segundo no município de São Paulo, em 1989. Hoje os CTA funcionam como um importante braço da política de prevenção ao HIV, sífilis e hepatites virais, fornecendo a *testagem sorológica e apoio emocional*³ na comunicação do diagnóstico.

¹ Graduado em Ciências Sociais. Bolsista CNPq de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília. Contato: marcosalvarenga@outlook.com

² Doutora em Antropologia Social. Professora da Universidade de Brasília. Coordena o Laboratório de Antropologia, Saúde e Saneamento (DAN/UnB) e o Grupo de Pesquisa Antropologia Política da Saúde (CNPq).

³ Optei pela utilização do itálico para destacar do texto expressões, nomes e categorias próprias do campo da saúde, bem como as falas das funcionárias da equipe do CTA/DF.

Ao traçar uma rápida cronologia histórica, a fim de uma contextualização mais geral da instituição, o Ministério da Saúde – MS – condensa o desenvolvimento histórico da expansão da rede de CTA brasileira em três momentos chaves (BRASIL, 2010). O primeiro deles entre os anos de 1995 e 1998, que foi quando o MS levou a cabo 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 criados, particularmente nas regiões Sul, Norte e Nordeste. Por último, a terceira etapa se deu entre os anos de 2001 e 2004, ainda segundo o MS, quando foram implantados 150 novos serviços. Sendo este último período o que apresenta o maior número de CTA inseridos desde o começo da expansão da rede.

No ano de 1998, correspondente ao final da primeira etapa de desenvolvimento dos CTA, foi criado o CTA/DF em um *espaço [inicialmente] pequeno e não muito cômodo*. Diferente de outros Estados, o CTA/DF conta com um espaço próprio e autônomo, não estando inserido dentro de hospitais ou centros de atenção básica da rede pública. O Centro de Testagem e Aconselhamento encontra-se na área central de Brasília, a Rodoviária do Plano Piloto. Área de grande tráfego diário de pessoas dos mais variados estilos e com os mais variados destinos.

Por si só a Rodoviária do Plano já renderia um excelente artigo. A ideia de seu projetista, Lucio Costa, era conciliar a vida urbana da capital com a dinâmica urbana das cidades satélites⁴ (COSTA, 1984). Superando as expectativas de seu projetista, o terminal é cenário para o comércio ambulante de toda uma sorte de produtos, desde frutas e bebidas alcoólicas até roupas e acessórios de moda masculina e feminina. Sendo também espaço preferido por figuras limiars, como adolescentes em situação de rua. A Rodoviária do Plano é hoje um universo de múltiplos usos e apropriações do espaço urbano de tal forma que, já em 1984, Lucio Costa, em entrevista in loco, admitia que a apropriação do espaço pelos moradores do DF era muito diferente do que ele havia imaginado. Segundo ele,

“isto tudo é muito diferente do que eu tinha imaginado para esse centro urbano, como uma coisa requintada, meio cosmopolita. Mas não é. Quem tomou conta dele foram esses brasileiros verdadeiros que construíram a

⁴ Antigo nome que se dava para as regiões administrativas localizadas no entorno de Brasília.

cidade e estão ali legitimamente. É o Brasil... E eu fiquei orgulhoso disso, fiquei satisfeito. É isto. Eles estão com a razão, eu é que estava errado. Eles tomaram conta daquilo que não foi concebido para eles.” (COSTA, 1984).

A rodoviária acolhe serviços próprios de um terminal rodoviário como táxis, estacionamento, lanchonetes, cafés e lojas, mas também acolhe serviços públicos como DF-TRANS⁵, PMDF⁶ e o Na Hora⁷. Por isso, além de espaço de convivência e lazer, a rodoviária é um lugar para se resolver pendências e problemas burocráticos. Imersa neste universo de reapropriação dos espaços urbanos encontra-se a realidade do CTA/DF. Para suas agentes de saúde a localidade da instituição, nesse centro de efervescência humana, era estratégica. Uma vez que se encontrava *acessível* a grande parte da população que por ali passa diariamente.

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 Ministério da Saúde. 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.

As normas de organização e atuação para os CTA estão estabelecidas pelos seguintes princípios: *acessibilidade*, *anonimato flexível* e *confidencialidade*, *agilidade e resolutividade* no atendimento, e *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*, indica o encaminhamento interno rápido e um tempo mínimo de espera, o que na prática, nem sempre era possível. O quarto quesito, o *aconselhamento*, é a ferramenta que melhor distingue o CTA dos outros serviços de saúde pública.

⁵ Instância pública responsável pelo Transporte Urbano do Distrito Federal.

⁶ Polícia Militar do Distrito Federal.

⁷ Unidade de atendimento da Subsecretaria de Modernização do Atendimento Imediato ao Cidadão que oferece serviços diversos como: emissão de carteira de identidade, certidão de nascimento, passaporte, título eleitoral etc.

O CTA/DF era considerado, por suas agentes de saúde, como uma instituição de *portas abertas*. Um serviço aberto, transitável e de livre acesso, desenhado com o intuito de garantir e facilitar a atenção a todos os usuários que chegavam à instituição. Com orgulho de sua atuação dentro do CTA, uma das enfermeiras me dizia: *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 todas as técnicas da instituição. Algumas eram menos receptivas no trato com o público. Ainda assim, para a enfermeira, é indispensável a um CTA ter um atendimento focalizado no contexto e nas necessidades de cada usuário. 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 nas *aconseladoras*, que é de fundo epidemiológico, mas que não exclui a preocupação com a saúde e vida do próprio usuário.

Nesse sentido, enquanto instituição pública de saúde o CTA/DF cumpria um papel importante na ampliação do acesso ao diagnóstico. Sem, contudo, estar necessariamente atento aos impactos dessas tecnologias nos *segmentos populacionais* atendidos. Problemática que desenvolvo a seguir.

Construindo o problema a partir da disputa semântica: Centro de aconselhamento ou Centro de testagem?

A ação do CTA/DF junto à população se desdobra fundamentalmente em dois eixos primordiais: o oferecimento dos testes sorológicos (os exames laboratoriais) e a prática do aconselhamento (atendimento à população). O atendimento aos usuários ocorria em dois momentos pautados pela realização do exame laboratorial. Assim, tínhamos um aconselhamento anterior à realização do exame (pré-teste) e outro, que ocorria quando da entrega dos resultados (pós-teste).

O agente de saúde aconselhador não buscava medicalizar ou tratar de algum órgão específico, em sua condição fisiológica; sua ação focava-se nomeadamente em instigar no usuário novas formas de comportamento e práticas em relação ao cuidado de si. Para isso o profissional fornecia informações de cunho epidemiológico e preventivo que eram adequadas à biografia de quem estava sendo atendido.

A ideia deste atendimento nunca foi *fornecer conselhos*. O aconselhamento era caracterizado pelos aconselhadores como sendo um *conjunto de técnicas* destinadas a construir junto com o usuário *um diálogo*, evitando-se ao máximo *ações preceptivas* ou *autoritárias*. Nem sempre era possível se estabelecer esse diálogo e em geral, o aconselhamento pré-teste era o que mais assumia um tom professoral – bem expositivo e informativo – marcado pelo repasse de informações gerais e incentivo à *redução de comportamentos de risco*. Contudo, por vezes, criava um espaço fértil para a troca de experiências entre usuários e equipe.

Hoje a instituição fornece à população testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C. O teste rápido possui esse nome pois permite a detecção de anticorpos na amostra de sangue em um tempo estimado de até 30 minutos. Porém, o teste rápido nem sempre compôs a realidade de atendimento do CTA/DF como hoje o faz. Minha primeira inserção etnográfica junto à equipe do serviço de saúde se deu em julho de 2012. Naquela época contava com treze funcionários de diferentes áreas de formação, majoritariamente mulheres⁸, as quais estavam distribuídas de acordo com as funções desenvolvidas dentro da instituição para atendimento ao público.

Entre Julho de 2012 e Fevereiro de 2013, a testagem rápida era utilizada em casos específicos e pontuais. Segundo uma das agentes de saúde o teste rápido deveria ser preferencialmente adotado em populações que morassem em locais de difícil acesso, em gestantes que não fizeram o acompanhamento pré-natal, em situações de acidentes de trabalho ou em casos considerados de urgência. Cabia, portanto, à grande maioria dos atendimentos do CTA/DF a *testagem convencional*, onde eram colhidas ampolas de sangue que seriam encaminhadas para o Laboratório Central de Saúde Pública do DF – LACEN/DF. O resultado costumava ficar pronto, não sem atrasos, em torno de 10 a 15 dias úteis. A testagem rápida era, então, uma excepcionalidade do serviço. Mas era, também, em contrapartida, a alternativa mais buscada pelos usuários que chegavam ao CTA/DF. A partir desses choques de interesses eram delineadas as primeiras interações entre equipe de saúde e *clientela*.

Minha relação com a equipe se construiu nomeadamente com as funcionárias que cumpriam a jornada de 40 horas semanais de trabalho. Com elas passei a maior parte do tempo e muito do que será tratado neste trabalho é fruto do contato direto com

⁸ Em respeito e valorização da profissional de saúde adoto o uso do feminino para se referir à equipe de agentes de saúde do CTA/DF. E também por elas serem a maioria dentro da instituição no período em que levei a cabo a investigação.

essas interlocutoras. E justamente, para uma dessas funcionárias, que é enfermeira, *a mola estrutural* da instituição era o aconselhamento, e não a testagem. *Testagem qualquer laboratório faz, aconselhamento não. A instituição leva no nome o aconselhamento.* [Assim] *a figura do aconselhador é função exclusiva do CTA.* Não cabe dúvida que para ela o atendimento ao usuário era a parte vital da rotina da instituição. O teste assumia relevância secundária na medida em que as ações de prevenção encontravam um terreno mais fértil dentro do aconselhamento – uma vez que ele abria maiores possibilidades de intervenção que a testagem.

Circunscrever a exclusividade da instituição ao aconselhamento foi a marca dada ao CTA pela mencionada enfermeira, mas também por outras integrantes da equipe, que ainda que não tenham formulado interpretações diretas sobre a importância do atendimento, esforçavam-se por produzir um *atendimento de qualidade* demonstrando a centralidade que a prática do aconselhamento assumia no trato diário com os usuários.

Em Março de 2013 me afasto da pesquisa de campo e ao retomar o contato em Agosto do mesmo ano descubro que a coordenação da instituição havia sido alterada. Nesta nova gestão, não só a coordenadora da instituição havia mudado, mas também a rotina de atendimento. A *testagem convencional* havia sido substituída pela testagem rápida. E como a nova coordenadora fez questão de lembrar, o CTA era *acima de tudo um centro de testagem*. A hipótese que trago para a discussão é de que essa divergência de enfoque não é meramente semântica e nem fruto da casualidade. Esta mudança marca uma reorganização interna da tensão entre a dimensão interpessoal e a dimensão tecnológica do atendimento dentro do CTA/DF (entre os profissionais de saúde) e deve ser vista como fazendo parte de uma dimensão mais abrangente, que escapa do escopo de atuação do próprio CTA/DF.

A justificativa que me foi dada pela nova coordenadora, era de que a mudança da testagem havia sido fruto de *uma pressão* da Diretoria de Vigilância Epidemiológica/DF pela aplicação e difusão do teste rápido. A partir de uma força que se impôs de cima, o CTA/DF, que está na base da estrutura hierárquica, reformulou sua rotina de atendimento para que ela se adequasse a essa *pressão* pela difusão da testagem. Por um lado, este jogo de forças (de quem exerce pressão sobre quem) marca a importância que essas tecnologias passaram a ter para a política de saúde. Mas por outro lado, a *democratização* dessa tecnologia satisfaz o desejo dos próprios usuários que buscam um atendimento rápido. Sendo assim, pode ser vista como uma medida

autoritária, ou seja, na qual não houve qualquer participação das agentes de saúde ou dos usuários, mas que teve respaldo entre os últimos.

A *democratização* do acesso ao diagnóstico pode ser vista como um movimento que permite articular os dois eixos analíticos do presente trabalho. Através desse movimento, de facilitar o acesso à tecnologia da testagem, torna-se possível captar como essa tecnologia vem sendo utilizada e apropriada pelas políticas de saúde e os próprios usuários, e como os avanços científicos e tecnológicos têm informado as políticas de saúde.

***Fazer o teste de HIV é fácil. Difícil é viver com a dúvida*⁹: democratizando o acesso à tecnologia biomédica**

A modificação da rotina de atendimento, mencionada anteriormente, trouxe com ela uma mudança de ritmo também. Antes, com a *testagem convencional*, eram atendidas até 17 (dezesete) pessoas, que, em geral, aguardavam pelo aconselhamento pré-teste. Somente após esse primeiro contato partiam para a testagem. Alguns usuários se mostravam insatisfeitos por essa espera e deixavam à instituição. Não queriam esperar pela *palestrinha* (o aconselhamento), como condição para realizarem o teste.

Com a testagem rápida estavam sendo atendidas 8 (oito) pessoas e todos saíam do CTA com o diagnóstico em mãos, bem como os devidos encaminhamentos para a rede de saúde quando necessário. Segundo a coordenadora, a redução do número de atendimentos era compatível com o número de pessoas atendendo, que sempre foi insuficiente. Assim, as técnicas de saúde dariam conta da demanda e evitariam um *problema* muito comum associado à *testagem convencional*: o retorno para a busca dos resultados. Uma das dificuldades enfrentadas pelo CTA/DF eram os usuários que não vinham buscar os resultados dos exames quando estes ficavam prontos. Como o tempo de liberação do resultado costumava ser longo, em torno de 15 (quinze) dias úteis, as desistências eram inevitáveis. Isto costumava ser motivo de aflição para algumas das técnicas de saúde, sobretudo quando os usuários *positivos* não vinham buscar os resultados.

Se nos detemos, rapidamente, sob a perspectiva dos usuários, o aconselhamento pré-teste e a demora na entrega dos resultados se constroem como entraves que a

⁹ Propaganda de incentivo à testagem da Secretária de Estado do Rio Grande do Sul. Pode ser visualizada em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1360097878_Volante%20Testagem.pdf

própria instituição cria ao acesso ao teste. Se pensarmos por este lado, hoje o teste rápido surge como uma possibilidade de reduzir esses entraves. Mas nem sempre o consumo da testagem rápida se deu sem conflitos. Lembro-me, em especial, de um ocorrido que se desenvolveu enquanto eu acompanhava as atividades da recepção.

Na quarta-feira de cinzas, do ano de 2013, chegou ao serviço uma mulher angustiada. Perguntava à recepcionista pela possibilidade de realização do teste rápido, e ao ser informada de que não estava sendo realizado abriu-se uma negociação que se desenrolou através do relato pessoal que foi protagonizado pela usuária, ali mesmo na recepção diante de outros usuários. No relato, a mulher alegou ter se perfurado em um acidente de trabalho com uma seringa há um ano. E sem especificar, a que tipo de trabalho estava se referindo, confessou que vendo as propagandas sobre prevenção na televisão, que na época do carnaval se intensificam, se angustiou e foi até ao CTA para realizar o teste.

Ao fim do relato, seu pleito não foi atendido pela técnica de saúde e a negociação foi encerrada aí. A usuária deveria esperar para ser atendida e realizar a *testagem convencional*. Insatisfeita, ela optou por deixar o CTA sem realizar os exames. Não pude deixar de comentar com uma das enfermeiras sobre o ocorrido, sobretudo porque, para mim, cada história narrada na recepção além de inédita era inquestionável e legítima. Para a profissional de saúde, no entanto, não cabia a realização do teste rápido naquela situação, primeiro pelo fato da mulher haver chegado à instituição poucos minutos antes do atendimento pré-teste iniciar, o que segundo a enfermeira não faria com a usuária esperasse tanto. E, segundo, *ela se perfurou tem um ano e só agora veio aqui?* Não sendo, por isso, este caso em especial, considerado de urgência pela profissional de saúde.

Sem dúvida o teste rápido vai de encontro ao que os gestores costumam qualificar como *democratização do acesso*. Não somente pelo fato de proporcionar a redução temporal da produção do diagnóstico, mas, também, por ser de fácil manuseio e transporte. Podendo ser aplicado, por exemplo, em unidades de atendimento móveis que disponham de pouca estrutura. Todo esse esforço se dá em um movimento no qual o importante para a política de prevenção é que cada vez mais pessoas venham a ter acesso ao teste.

No nível epidemiológico e clínico, o exame, seja para o HIV, sífilis ou hepatites virais, é uma das estratégias de prevenção mais importantes. A linha de raciocínio é relativamente simples, sem testagem não há HIV, hepatites ou sífilis. Quem determina a

prevalência dessas doenças na população é a testagem. É comum as campanhas públicas de prevenção dizerem, com recorrência, que a Aids é uma doença que não tem cara. Com isso quer dizer que não é possível determinar quem possui o vírus analisando somente sinais e sintomas clínicos. Nesse sentido, quem confere essa *cara* para a epidemia é o teste.

Antes da mudança de rotina e coordenação pela qual o CTA/DF passou, a dimensão valorizada dentro do CTA era o aconselhamento, ainda que esse atendimento girasse em torno da aplicação do teste (aconselhamento pré-teste, aconselhamento pós-teste). Com a entrada da nova coordenação e *a pressão* da Diretoria de Vigilância Epidemiológica pela ampliação do teste rápido, constrói-se um movimento estratégico consciente para possibilitar sua difusão e *democratização*. Mas, se por um lado, o teste cumpre o seu papel epidemiológico ao revelar *a cara* e prevalência de uma epidemia, por outro lado, é responsável por constituir subjetividades. Sendo, portanto, a partir de exames que se constrói a *soropositividade* enquanto uma nova identidade¹⁰.

Não pude deixar de reparar, enquanto acompanhei a rotina do CTA/DF, os semblantes dos usuários que deixavam a sala de atendimento após a entrega do resultado positivo. Tristeza talvez fosse o mais imediato deles, em alguns vi resignação, em outros via uma grande interrogação. Como se a partir daquele momento fosse preciso descobrir-se, novamente, enquanto pessoa. E, de fato, talvez seja isso o que aconteça, os usuários enfrentam a necessidade de construção de uma nova identidade a partir da experiência da doença ou do saber-se infectado.

Os CTA precisariam, essa é a hipótese, serem apreendidos, sobretudo pela equipe de saúde, para além da dimensão técnica e operacional que lhes é própria, uma vez que eles são também uma instância produtora de novas identidades.

Segundo Carlos Guilherme do Valle (2011):

A confirmação do “status sorológico”, como o termo indica, é biomédica e, portanto, técnica. Isso é evidente no caso da maioria das doenças tratadas pela biomedicina. Contudo, *o processo de passagem que envolve qualquer teste clínico não pode ser entendido como uma simples ação técnico-racional, pois está articulado a um conjunto de relações que antecedem o exame*, as expectativas sociais geradas, os significados culturais que os resultados têm, além das significações sobre a vida da pessoa em sua

¹⁰ Cabe nota de que o movimento de constituição da identidade soropositiva passa por outras dimensões, não se circunscrevendo nem sendo delimitado unicamente pelo consumo de exames médicos. O consumo de medicamentos antirretrovirais seria a outra dimensão, que juntamente com os exames, constituiria os primeiros passos da construção da identidade soropositiva. Para informações detalhas consultar Do Valle (2011).

articulação com as concepções de saúde e doença, muitas delas de caráter estigmatizante (pg 4. Grifo meu).

Chamo atenção para a apropriação do teste enquanto uma ação técnico-racional pela política de saúde, enquanto ferramenta acentuadamente epidemiológica, que permite separar as pessoas em *positivas* e *negativas* a partir do *status sorológico*. Sem que esteja posto, necessariamente, a dimensão sociopolítica da tecnologia biomédica, bem como os valores sociais que embasam a escolha por um determinado tipo de padrão tecnológico. Como mencionado por Do Valle (2011), há uma série de expectativas sociais em torno da aplicação dos exames e da testagem anti-HIV que estão postas para além da técnica impessoal e científica dessa prática. Seja para os *soropositivos*, que rotineiramente se submetem aos exames de controle de *carga viral* e *CD4*¹¹, seja para os *soronegativos*, que se submetem aos testes anti-HIV. A vida dessas pessoas e de seus corpos e, em última instância, da própria população, passam a serem organizadas e administradas pelo saber técnico e biomédico posto nessa tecnologia.

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. Nessa nova conjuntura do cuidado e controle, a necessidade de viver passou a ser o estandarte da nova configuração de poder. A seguir trato da problemática dessas técnicas destacando o papel da epidemiologia enquanto efeito e mecanismo de uma biopolítica de massas.

A testagem e sua interface com a epidemiologia: criando uma população

Nessa perspectiva disciplinar o teste rápido funcionaria como ponto de junção entre tecnologia e técnicas de governo que produziria um efeito disciplinar que atuaria sob os corpos individuais, criando *soropositivos* e *soronegativos*, mas que ao operar essa separação atuaria também enquanto técnica de governo cujo efeito produziria a formação de uma população organizada e passível de ser medida. As técnicas de governo e o estabelecimento de uma ordem/organização seriam então expressos no consumo e difusão dessas tecnologias biomédicas.

¹¹ Carga viral é um exame que mensura a quantidade de vírus presentes no sangue. Utilizando a quantidade de RNA viral presente em uma amostra de plasma sanguíneo pode ser feita uma estimativa para quantos existem no organismo e do impacto que eles terão na saúde do paciente. CD4: leucócitos que organizam a resposta do sistema imunológico

O impacto da tecnologia na subjetividade dos usuários não pode se perder de vista quando o tema da *democratização do acesso* ao exame está em jogo. As atividades que são levadas a cabo dentro dos CTA possibilitam aos usuários desenvolverem novas percepções sobre seus corpos e práticas. Por isso é preciso ter em mente que o saber técnico dos Centros de Testagem atua na criação e reformulação de sentimentos e ações.

Não há, portanto, como apreender *o exame convencional* ou os testes rápidos enquanto um fim em si mesmo. Como realidade técnica-racional para a produção de um diagnóstico. Podemos pensar, inclusive, em formas de governamentalidade e instrumentos de poder que com frequência ocultam seus mecanismos de funcionamento (SHORE, 2010) e que estariam orientando a difusão de tecnologias. Trato, assim, de chamar a atenção para a discussão acerca dos efeitos de utilização da testagem e suas consequências na vida ordinária das pessoas, que não necessariamente está sendo posta quando se fala e se concretiza a ampliação dos testes rápidos.

A utilização em larga escala dos testes para HIV, hepatites B e C e sífilis é uma forma de instrumentalizar indivíduos e possibilitar uma intervenção terapêutica. A partir da testagem são criados os mais variados números e taxas que permitem ao governo contar, separar e organizar indivíduos não só pelo status sorológico, mas também por orientação sexual, uso de drogas injetáveis, sexo, raça, nível de escolaridade, etc¹². Sendo, a partir desses índices que o governo lança as estratégias de prevenção e constrói sua agenda política. Deste modo, a testagem cumpre não só o papel de revelar o *status sorológico*, mas o de, em última instância, formular políticas onde é produzido um indivíduo virtual e fragmentado em uma base de dados.

A investigação epidemiológica aparece, nessa conjuntura, como um dos mecanismos que conduz as intervenções realizadas na esfera do coletivo. No curso das transformações históricas “a relação entre a clínica e a epidemiologia se inverteu, e a experiência epidemiológica passou a determinar a prática clínica” de tal sorte que a epidemiologia passou assim “de uma disciplina auxiliar da saúde pública, para a disciplina fundamental da assistência à saúde, determinando as práticas a serem seguidas”. Onde o somatório de observações isoladas foi sendo gradualmente

¹² Toda testagem dentro do CTA/DF gerava o preenchimento de um formulário de atendimento. Para cada usuário atendido era produzido um desses formulários, que mais tarde eram repassados ao banco de dados do CTA. Os formulários eram organizados por diferentes variáveis como sexo, raça, escolaridade, motivo da procura do CTA, origem da clientela. etc

substituído pela observação controlada de um grande número de pacientes (SILVA, 1992). E neste processo é imprescindível a contagem numérica.

A perspectiva epidemiológica pode ser pensada, então, como uma tecnologia que permite uma apropriação específica (de cunho disciplinar e estatístico) sobre um coletivo de pessoas. É ela quem irá dispor e fixar os indivíduos em grupos ou categorias transformando-os em índices numéricos, e criando a ideia de um coletivo afetado por enfermidades e distúrbios. Em síntese, trata-se da

constituição de um indivíduo enquanto objeto descritível e analisável [...] e por outro lado a constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, *sua distribuição numa população*. (FOUCAULT, 1987, pg. 182. Grifo meu).

Somente à medida que se dispõe em categorias ou grupos, se contabiliza e se organiza em uma população, é que o indivíduo surge como problema passível de intervenção. Não se trata de estabelecer, portanto, quem surge primeiro, indivíduo ou população, mas sim de perceber que o enquadramento disciplinar de um leva a constituição do outro, e vice-versa. Ao distribuir e controlar indivíduos constrói-se a população, e ao se produzir uma ordem populacional emerge um indivíduo inteligível e manipulável.

Os métodos e técnicas da epidemiologia ainda ressaltam um forte compromisso com a abordagem extensiva das populações por meio de análises probabilísticas e validação de variáveis. Porém, a problemática transcende o campo da saúde, na medida em que a eficácia simbólica dos números é um dos mais importantes potenciais com que o Programa Nacional de combate a Aids conta para consolidação do seu espaço político na agenda pública (DIAZ BERMÚDEZ, 2005). O que ressalta a imbricada relação estabelecida entre a produção científica e tecnológica e a sociedade política. Nessa relação, a evidência científico-estatística desponta como a principal responsável para a construção de ações estratégicas que são de caráter essencialmente político.

Segundo Merry (2011) a construção de indicadores numéricos é um modo de conhecimento que se inaugura com a criação das nações-estado modernas e têm assumido fortemente as práticas discursivas não só nas estratégias de governança nacional e análises econômicas, mas, recentemente, assume forte influencia em ONGs e nos discurso dos Direitos Humanos. Para a autora, os indicadores estatísticos

introduziram uma forma de produção de conhecimento na qual as medidas numéricas produzem formas visíveis de realidades que de outra maneira estariam obscurecidas. Trata-se de uma nova forma de produção de conhecimento que é inaugurada por uma expertise técnica.

Merry (2011) argumenta que a expansão do uso dos indicadores produz, enquanto medidas estatísticas que são usadas para consolidar realidades, dois efeitos sociológicos. O primeiro deles é o que ela chama de (i) *knowledge effect*, onde o conhecimento sobre o mundo é produzido através da mensuração numérica. Fazendo com que seja possível que mundos sejam comparados entre si sem que importe, necessariamente, os detalhes particulares de contexto e história – para ela nessa dimensão as interpretações se escondem por detrás dos números, sendo raramente apresentadas explicitamente.

Essa expansão, contudo, não produz somente conhecimento, produziria também governança, efeito que ela qualifica como (ii) *a governance effect* – que determinaria, estatisticamente, a natureza das decisões políticas. Nesse sentido, possuir medidas padronizadas – de saúde, violência, pobreza, etc – significa na lógica desse efeito, que o Estado pode administrar melhor sua população por conhecer suas taxas e seus níveis, seja de renda, natalidade, mortalidade, etc.

A partir da perspectiva desses efeitos descritos por Merry (2011), a epidemiologia pode ser entendida como o ferramental responsável por produzir (i) uma população afetada por doenças e distúrbios, que ao ser medida torna-se acessível e comparável; e por (ii) orientar toda uma agenda de tomada de decisões governamentais a partir dos indicadores que gera – como e onde distribuir os recursos para a prevenção, quais estados ou municípios carecem de uma maior intervenção, quais as doenças merecem maior atenção política, quais os grupos de prevalência para as doenças sexualmente transmissíveis, etc.

Considerações Finais

O tema desenvolvido ao longo deste trabalho encontra-se em sua fase inicial de análise, restando, portanto, mais inquietações do que respostas definitivas. A problemática, longe de esgotar-se, ainda carece de análises mais maduras e profundas. Gostaria de retomar alguns dos pontos desenvolvidos e propor possíveis desdobramentos a partir da reflexão que trago aqui. Na primeira parte, busquei

contextualizar a realidade da instituição, destacando o cenário na qual ela está inserida. Concomitante a isso, tracei *os princípios* de organização que norteiam sua atuação, dando destaque para a ideia da instituição estar de *portas abertas*.

Para as agentes de saúde, o CTA/DF é aberto e receptivo na medida em que hospitais e centros de saúde costumam ser refratários à usuários que escapam da normalidade (de corpos, posturas, higiene, etc.) que opera dentro dessas outras instituições de saúde. Convergem, para o CTA/DF, mulheres profissionais do sexo, garotos de programa, travestis, jovens casais homossexuais, etc. Figuras que em alguma medida são limiares. E todo esse *cuidado* com essas pessoas, ou melhor, no atendimento a elas, *desprovido de pré-concepções*, é uma preocupação alimentada pela proposta de atuação da própria instituição: romper a cadeia de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis.

Na segunda parte do trabalho, ao tratar de como está estruturado o atendimento da instituição, trago à cena a mudança de coordenação. Acontecimento etnográfico responsável por suscitar as questões levantadas ao longo do presente trabalho. Nesse trecho, destaquei a disputa semântica entre as duas coordenações e trouxe o espírito da problemática do artigo. O que me chamou atenção foi a intensidade com que a *democratização da testagem* me foi apresentada pela nova coordenação. E como um acontecimento, como foi possível perceber, que veio de cima. No sentido de que partiu ou surgiu como *uma pressão* de instâncias superiores. O que começou a evidenciar-se, a partir da experiência dentro do Centro de Testagem, foi a centralidade que o consumo da testagem vem assumindo para a política nacional de combate a Aids e outras DST. Fenômeno que se desencadeia a partir da ideia de *democratização*.

Pois bem, em sequência, apresentei alguns casos etnográficos, com o intuito de melhor aclarar as nuances desse cotidiano com as agentes de saúde. E evidenciar, também, que a pesar dos manuais técnicos, diretrizes e protocolos em saúde, a equipe de saúde opera em seus próprios termos. Talvez isso, para nós antropólogos, não seja novidade, pode-se inclusive tomar essa dimensão como um pressuposto. Nessa medida, o importante não seria salientar que há um hiato entre o dito e o feito que é preenchido por variados posicionamentos no mundo. Mas mostrar, através da descrição etnográfica, como esses fatos operam no cotidiano.

Ao final da terceira parte fiz uma discussão, ou melhor, inspirei-me nos conceitos foucaultianos para tentar dar conta dos deslocamentos que a presença e *democratização da testagem* engendram. Agora, pensando nos desdobramentos a nível

populacional dessa tecnologia. No trecho que segue a terceira parte, propus uma análise antropológica do fenômeno epidemiológico. A epidemiologia, hoje, pode ser pensada como um refinamento do que Foucault, em diferentes obras, qualificou como governo de populações. Cabe nota de que não se trata de reproduzir aqui, conceitos delineados pelo autor para outros contextos e momentos históricos. Mas de revisitar a teoria e inspirar-se etnograficamente, sobretudo, nas perguntas que Foucault se fez ao longo de seus trabalhos.

Retomando, tratei ou tenho pensado, ainda que de forma relativamente tímida e contida, a epidemiologia como um dispositivo produtor de um saber que engendra efeitos de poder específicos na população. Se pensarmos o fenômeno epidemiológico como uma compreensão – científica e tecnológica – que se impõe sobre o mundo, será possível perceber que um de seus efeitos é a produção de uma ordem dentro do conjunto populacional e também de um discurso de verdade. A prática epidemiológica, enquanto governo de populações, estabelece índices aceitáveis para a produção de uma normalidade. Ela é, portanto, uma prática que normaliza ao criar índices – globais – que padronizam as adversidades a partir da criação de uma média. E aqui entramos em uma dimensão que perpassou a última parte do artigo, se anunciou implicitamente, mas não foi declarada. Ao tratar os efeitos epidemiológicos nesses termos, entramos no domínio dos cálculos e previsões, “nos mecanismos implantados pela biopolítica”, me refiro, portanto, ao domínio das previsões, das estimativas estatísticas e das medições globais (FOUCAULT, pg 293, 2005).

O conjunto dessas medições “globais” é possível, no que tange agora ao HIV, graças à difusão em larga escala dos testes anti-hiv. A partir da testagem, como mencionei, instrumentaliza-se o indivíduo para o qual essa testagem volta-se e abre-se a possibilidade de uma intervenção terapêutica. No limite, tenho tentado pensar, e aí apresento um possível desdobramento para as reflexões que trago aqui, por um lado, no impacto dessas novas tecnologias nas práticas e cuidados com o corpo. E, por outro lado, em como essas inovações tecnológicas e terapêuticas implicam em algo novo, em uma nova maneira de produzir um projeto de prevenção às doenças. Com efeitos, deslocamentos e mecanismos que se sobrepõe a outras dimensões, sociais e políticas, engendrando a produção de novos saberes.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **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.

COSTA, Lucio. **Plataforma rodoviária.** In: COSTA, Lucio. Registro de uma vivência (op. cit.), p. 311. 1984

VALLE, Carlos Guilherme do. **“A gente não quer só remédio”:** práticas e significados de adesão e abandono de tratamento anti-HIV. Trabalho apresentado no GT 16 – Antropologia e Medicamentos. Anais da IX Reunião de Antropologia do Mercosul, 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I.** 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **O recurso para o bom adestramento.** In: Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis, Vozes, 1987.

_____. **Aula do dia 17 de Março de 1976.** In: Em Defesa da Sociedade. Curso no College de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SHORE, Cris. **La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas.** In: Antípoda n° 10 Enero – Junio de 2010 páginas 21-49. 2010.

SILVA, Luiz Jacintho da. **Vigilância epidemiológica: uma proposta de transformação.** In: *Saude soc.* [online]. vol.1, n.1, 1992

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.

MERRY, Sally Engle. **Measuring the World: Indicators, Human Rights and Global Governance.** In: *Current Anthropology*. Volume 52, Supplement 3, April 2011.