

COLEÇÃO ABIA

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, Nº 3

**A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE AIDS NO
BRASIL: DETERMINANTES ESTRUTURAIS E
ALTERNATIVAS DE ENFRENTAMENTO**

FRANCISCO INÁCIO BASTOS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS

RIO DE JANEIRO

2001

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA

Rua da Candelária, 79/10º andar - Centro

Cep: 20091-020 - Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 2223-1040

Fax: (21) 2253-8495

E-mail: abia@ax.apc.org

<http://www.alternex.com.br/~abia>

DIRETORIA

Diretor-Presidente: RICHARD PARKER

Diretora Vice-Presidente: SONIA CORRÊA

Secretário Geral: OTÁVIO CRUZ NETO

Tesoureiro: JOSÉ LOUREIRO

Coordenador Geral: VERIANO TERTO JR.

REVISÃO TÉCNICA

Ivia Maksud

REVISÃO DA PUBLICAÇÃO

Marta Torres

PROJETO GRÁFICO, EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

E PRODUÇÃO GRÁFICA

Wilma Ferraz

Juan Carlos Raxach

APOIO

Fundação John D. e Catherine T. MacArthur

Fundação Ford

IMPRESSÃO

Gráfica Lidador

2ª TIRAGEM

1.500 exemplares

*É permitida a reprodução total ou parcial do artigo desta publicação,
desde que citados a fonte e o autor.*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL: DETERMINANTES ESTRUTURAIS E ALTERNATIVAS DE ENFRENTAMENTO	7
O QUE É FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE AIDS?	7
POR QUE A EPIDEMIA SE FEMINIZA? ALGUNS DETERMINANTES ESTRUTURAIS	11
UM IMPLÍCITO POUCO PENSADO: GÊNERO & RAÇA	14
FAZENDO GÊNERO... NA SOCIOLOGIA DA CIÊNCIA EM HIV/AIDS	16
A TRAMA DOS CONCEITOS	20
SAÚDE REPRODUTIVA E PREVENÇÃO DAS IST E DO HIV/AIDS: PONTO E CONTRAPONTO	21
BIBLIOGRAFIA	23

APRESENTAÇÃO


Dando prosseguimento à discussão iniciada pelo texto de Regina Barbosa, constante desta mesma coleção, a ABIA publica agora, como parte do projeto “Respondendo à epidemia de HIV/AIDS: métodos de prevenção controlados pelas mulheres”, o texto de Francisco Bastos que objetiva, em linhas gerais, analisar os determinantes estruturais da feminização da epidemia de AIDS no Brasil.

Para proceder esse recorte, Bastos nos atualiza sobre a recente produção teórica que tem se lançado sobre a epidemia mundial de HIV/AIDS e soma a essa análise mais geral uma atenta discussão acerca dos dados empíricos brasileiros. Ao longo de sua reflexão, são utilizados tanto textos e documentos ligados a uma perspectiva epidemiológica como trabalhos oriundos das ciências sociais.

No decorrer do texto são abordados, ainda, os efeitos da interação entre desigualdades sociais e de gênero e esboçada uma sociologia da ciência frente ao papel das mulheres na dinâmica da epidemia. Tais discussões, somadas às questões mais gerais e estruturais, permitem que Bastos chegue a uma análise crítica – e contextualizada para o cenário brasileiro – dos métodos de prevenção controlados (ou iniciados) por mulheres.

Richard Parker
Diretor-Presidente da ABIA

Veriano Terto Jr.
Coordenador Geral da ABIA



A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL: DETERMINANTES ESTRUTURAIS E ALTERNATIVAS DE ENFRENTAMENTO

FRANCISCO INÁCIO BASTOS¹

O QUE É FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE AIDS?²

Diferentemente da epidemia de AIDS na África sub-sahariana – que atingiu duramente, desde os seus momentos iniciais, as mulheres – a epidemia brasileira, nos seus primeiros anos, afetou de maneira desproporcionalmente maior os homens (Bastos et al., 1995). Julgava-se, à época, que o Brasil se deparraria exclusivamente com uma epidemia nos moldes então ditos “ocidentais”, ou seja, basicamente restrita aos homossexuais masculinos, hemofílicos (exclusivamente homens) e demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados e, em certa medida, aos usuários de drogas injetáveis (majoritariamente homens).

O tempo se encarregou de desmentir essa

avaliação, evidenciando o papel das desigualdades sociais e de gênero na contínua transformação da epidemia brasileira no sentido de uma participação proporcional cada vez maior das mulheres entre os novos casos de AIDS (Ministério da Saúde, 1999). Em certa medida, uma tendência semelhante vem sendo observada nos Estados Unidos, embora com uma participação menos expressiva dos estratos sociais médios (se compararmos a epidemia norte-americana à brasileira) e uma concentração muito pronunciada nas populações latinas e afro-americanas (Greenland et al., 1996).

Embora certos autores, como os Wallace (Wallace & Wallace, 1995), acreditem em uma extensão, a médio prazo, da epidemia de AIDS às camadas médias da sociedade norte-americana (substancialmente afetadas no início da década de 80), a epidemia, hoje, crescentemente concentrada nas minorias - a um só tempo, sociais, raciais, geográficas e lingüísticas -, a maioria dos pesquisadores norte-americanos (Rosenberg, 1995) avalia que, a despeito da profunda vulnerabilidade dos segmentos populacionais

¹ Pesquisador do Departamento de Informações em Saúde (DIS/CICT) da Fundação Oswaldo Cruz e do CNPq. Recentemente agraciado com a bolsa especial “Cientista do Nosso Estado” (FAPERJ-RJ).

² Agradeço a Maeve Brito de Mello pelas sugestões e referências bibliográficas.

marginalizados dos EUA (vide a idéia de confluência, nestas comunidades pobres e vulneráveis, de doenças diversas, violência estrutural, além de níveis elevados de tráfico e consumo de drogas, problemas estes enfiados sob o conceito de “síndrome”, cunhado por Singer, 1994, ou a idéia, equivalente, de “sinergia de pragas”, do próprio Rodrick Wallace), existe um marcante “insulamento” social destes segmentos populacionais com relação aos segmentos médios e abastados daquela sociedade. Ou seja, tanto do ponto de vista geográfico como social, as interações entre os segmentos mais pobres e mais ricos seriam muito restritas, resultando em uma “contenção” da epidemia, que seguiria então basicamente restrita aos segmentos mais pobres. Já Wallace & Wallace (1995) apostam numa “fratura” do que denominam “*apartheid* social” norte-americano, com subsequente expansão da epidemia para fora dos “guetos” geográficos e sociais.

A situação brasileira é bastante distinta da norte-americana, já a partir da definição e composição dos chamados “estratos médios”, nos dois países. Não há como comparar a magnitude e a natureza dos estratos sociais médios do Brasil e dos EUA. A classe média norte-americana é substancialmente maior do que a brasileira (mesmo considerando os distintos parâmetros das respectivas definições), e conta com um acesso a bens e serviços sem paralelo em nosso meio, onde o pertencimento aos chamados “estratos médios”, de uma perspectiva dos estudos acerca de padrões de consumo, é geralmente definido a partir de uma renda mínima de 10 salários mínimos mensais (ou seja, algo em torno de US\$ 750,00), o que nos EUA corresponderia a rendimentos inferiores à linha de pobreza (renda inferior a US\$ 1.000,00 mensais para uma família de quatro membros)³. Portanto, quando

falamos de uma epidemia que afeta mais duramente os estratos médios brasileiros (frente aos estratos médios norte-americanos), faz-se necessário explicitar os parâmetros que balizam uns e outros, ou seja, um contingente expressivo de pessoas classificadas no Brasil como pertencentes aos estratos médios seriam consideradas pobres nos EUA.

Transcorridos 20 anos do registro dos primeiros casos, a disjunção da dinâmica da epidemia de AIDS nos países da Europa setentrional, como a Inglaterra (Petchey et al., 1998), e da epidemia no Brasil é evidente. Enquanto na Europa setentrional o papel da transmissão heterossexual permanece limitado e a proporção de mulheres com AIDS frente ao conjunto de novos casos pouco se alterou em anos recentes, no Brasil, a transmissão heterossexual é hoje o principal motor da epidemia (Szwarcwald et al., 1997; Szwarcwald & Bastos, 1998) e a proporção de mulheres frente ao conjunto de novos casos de AIDS vem aumentando progressivamente.

Uma inspeção, mesmo superficial, dos *Boletins Epidemiológicos*, publicados pela Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde ao longo dos anos (ver seqüência de boletins de diversos anos no *site* <www.aids.gov.br>), evidencia a progressiva diminuição da razão de novos casos masculinos/femininos, hoje em torno de 3:1 no país como um todo, com diversos municípios com razões entre os sexos em torno de 2:1.

Uma outra forma de perceber o mesmo fenômeno é através dos dados referentes à mortalidade associada à AIDS, o que fizemos em trabalho recente (Lowndes et al., 2000). Focalizando mais de perto as duas principais regiões metropolitanas do país (ditas “metrópoles nacionais”, na conceituação da FIBGE, que clas-

diversas publicações da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE) e Bureau do Censo, no Brasil e Estados Unidos, respectivamente.

³ As definições de faixas de renda podem ser encontradas em

sifica todas as demais como metrópoles exclusivamente regionais) e epicentros da epidemia - São Paulo e Rio de Janeiro -, é possível constatar que, enquanto a mortalidade associada à AIDS nas duas metrópoles inicia, já em 1995, um processo de estabilização entre os homens, especialmente na faixa etária mais atingida (25-34 anos), portanto, antes mesmo da introdução e disponibilização dos esquemas terapêuticos com anti-retrovirais de alta potência (o que resultará em expressiva queda), o mesmo não se verifica em relação às mulheres. Nesta ocasião, o número de mortes secundárias à AIDS em mulheres dessas duas regiões metropolitanas continuava a crescer, além de atingir mais de perto mulheres de faixas etárias mais jovens (se comparadas às faixas etárias mais atingidas entre os homens), por razões que detalharemos no item subsequente.

Enquanto em 1990, a mortalidade proporcional por AIDS era cerca de duas vezes maior entre os homens do que entre as mulheres, o impacto da AIDS sobre a mortalidade global torna-se, em 1995, similar para homens e mulheres, representando mais de um quinto do total de mortes, para ambos os sexos, na faixa etária de 25-34 anos, em São Paulo.

Descontadas as facilidades que envolvem quaisquer análises empreendidas *a posteriori*, é possível evidenciar alguns erros básicos nas avaliações iniciais das tendências da epidemia brasileira. O impacto marcante da epidemia sobre os homossexuais masculinos (e outros segmentos populacionais objetos de estigma, como os haitianos nos EUA e os usuários de drogas injetáveis, que por limitações de espaço não serão aqui analisados – ver, respectivamente, Farmer, 1999 e Bastos, 1996) nos primeiros anos da década de 80 fez despertar preconceitos homofóbicos que obnubilaram a recepção⁴ de

⁴ Utilizo o termo aqui no sentido da Teoria da Recepção, de emprego pioneiro no âmbito da análise de textos ficcionais por Wolfgang Iser e outros autores alemães.

leituras alternativas à, então, maré montante das visões reducionistas consubstanciadas na definição de uns poucos “grupos de risco”, alvos supostamente exclusivos da disseminação do HIV.

Recordemos a título de exemplo, que o trabalho, longamente negligenciado, de Klovdahl sobre redes sociais e difusão da AIDS data de 1985!, e que neste trabalho o autor afirma claramente que a epidemia progrediria ao longo de redes sociais de maior “vulnerabilidade” e que esta vulnerabilidade teria uma dimensão propriamente “social” (para além da dimensão exclusivamente comportamental) inequívoca. Embora a relevância de determinados “comportamentos de risco” persista como central à difusão do HIV, o tempo deu razão a Klovdahl e aos que, depois dele, romperam com os reducionismos em termos da utilização do conceito de risco (frequentemente compreendido numa chave exclusivamente biológica e individual) no âmbito da epidemia de AIDS. Destacam-se aqui, a nosso ver, duas perspectivas fundamentais:

a) Em primeiro lugar, a de Jonathan Mann e colaboradores (Mann et al., 1992), no sentido de introduzir o conceito de vulnerabilidade no campo do HIV/AIDS e explorar suas possibilidades heurísticas, ou seja, fazendo com que o conceito de vulnerabilidade amplie e/ou refine as tradicionais categorias de análise epidemiológica, incorporando dimensões culturais, sociais e políticas, além de funcionar como um “operador de leitura”, possibilitando “extrair” interpretações mais ricas dos dados e informações disponíveis (ver detalhes em Ayres et al., 1999).

b) Numa perspectiva absolutamente diversa, mas igualmente fundamental, se situam alguns dos especialistas na modelagem matemática da dinâmica das doenças infecciosas, como Anderson e colaboradores (Gupta et al., 1989), que trabalhando com métodos renovados de

análise, mostraram que a epidemia em cada contexto seguiria padrões específicos de disseminação, bastante mais complexos do que supunham as análises exclusivamente centradas nos comportamentos de risco individuais e que, em todos os contextos em que houvesse condições propiciadoras (ver revisão em Anderson, 1996), a epidemia teria um caráter bifásico, afetando primeiramente segmentos sob especial risco, devido a comportamentos específicos (como a prática do sexo anal desprotegido ou o compartilhamento de equipamentos de injeção) e/ou a situações particulares de exposição ao agente infeccioso (como no caso dos hemofílicos, que de forma intermitente recebem hemoderivados provenientes de um “pool” de doadores).

Mas, como discutem Anderson e colaboradores, a segunda fase da epidemia, de explicitação tardia, porém mais extensa e prolongada, afeta preferencialmente os segmentos populacionais com riscos individuais relativamente baixos, mas de grande magnitude em termos do contingente de pessoas potencialmente sob risco. Enquanto os segmentos sob particular risco experimentam um fenômeno de “saturação” – ao terrível custo de adoecimento e morte de milhares de pessoas –, e estarão sob risco renovado na medida em que novas coortes – que retornam, em parte, aos padrões comportamentais anteriores – se expuserem ao HIV (o que vem acontecendo com os jovens *gays* norte-americanos – ver Stall, 1994), a “segunda fase” da epidemia progride de forma insidiosa, mas contínua.

Segundo avaliação recente (Denning, 2000), há fortes indícios de um aumento, a partir da segunda metade da década de 90, da frequência de comportamentos de risco entre homens que fazem sexo com homens, especialmente entre os mais jovens, com maior frequência de relações anais desprotegidas nesta população em diversas comunidades nos EUA e surtos epidêmi-

cos em diferentes cidades norte-americanas de infecções sexualmente transmissíveis. Contribuiriam para isso a menor visibilidade da epidemia, devido à efetividade dos anti-retrovirais de alta potência sobre a evolução da infecção pelo HIV, com redução substancial da mortalidade e da morbidade (Lehman et al., 2000), e a menor ênfase sobre a prevenção no âmbito das comunidades *gays*, a partir da concepção, apenas parcialmente acertada, de que “o pior já passou”.

Ou seja, o fato da epidemia se alastrar progressivamente para a população dita “geral”, não significa de forma alguma descuidar das iniciativas preventivas a serem permanentemente desenvolvidas junto aos segmentos populacionais que congregam indivíduos sob particular risco.

Feita esta indispensável (e inquietante) ressalva, cabe observar que, tanto de uma perspectiva mais afeita às Ciências Sociais e de natureza mais conceitual e compreensiva, como de uma perspectiva basicamente matemática, a progressão da epidemia de AIDS no sentido da heterossexualização como da feminização no Brasil (e em outros países em que condições de vulnerabilidade similares existam) é esperada, desde que não existam intensos movimentos em sentido contrário, através de políticas públicas efetivas e mobilização comunitária.

Exploraremos nos itens subseqüentes alguns desdobramentos deste raciocínio, a saber: uma breve análise dos determinantes estruturais da vulnerabilidade das mulheres; os efeitos da interação entre desigualdades sociais *latu sensu* e de gênero, exemplificada pela sinergia de “gênero” e “raça”; e, finalmente, um esboço de sociologia da ciência em torno do papel das mulheres na dinâmica da epidemia de AIDS frente às formulações da ciência sobre as mulheres no âmbito desta mesma epidemia. Em seguida, analisaremos as perspectivas dos assim denominados “métodos de prevenção controlados por mulheres” a partir de uma ótica que se pretende crítica.

POR QUE A EPIDEMIA SE FEMINIZA? ALGUNS DETERMINANTES ESTRUTURAIS

As mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do ponto de vista biológico. A superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen tem uma concentração de HIV (livre e no interior das células) significativamente maior do que o líquido vaginal (Chiriboga, 1997; Coll et al., 1999). Além disso, há uma maior direcionalidade do sêmen – que é ejaculado, ou seja, eliminado sob a forma de jato –, frente ao líquido vaginal, que se difunde por espalhamento.

A infecção pelo HIV tem como um de seus facilitadores principais do ponto de vista biológico as infecções sexualmente transmissíveis (IST)⁵. As IST são mais freqüentemente assintomáticas na mulher do que no homem (Eng & Butler, 1997), e o fato de não terem dimensão clínica evidente não significa que, através de inflamação local e micro-lesões, não determinem uma fragilização das barreiras naturais à infecção pelo HIV.

Estes riscos ampliados de exposição à infecção pelo HIV se acentuam nas mulheres mais jovens, pré-púberes e adolescentes, onde a imaturidade do aparelho genital determina uma fragilização adicional frente à infecção pelo HIV (Chiriboga, 1997; Coll et al., 1999).

Recentemente (Michelle Long et al., 2000), um novo achado biológico que determinaria uma maior vulnerabilização biológica das mulheres foi evidenciado; trata-se do fato de que mulheres

que acabaram de se infectar, estariam infectadas, simultaneamente, por diversas quase-espécies do HIV-1, diferentemente dos homens, onde a regra parece ser, nos momentos iniciais da infecção, a maior homogeneidade das quase-espécies infectantes. A maior diversidade observada nas mulheres dificultaria a reação do sistema imunológico à infecção e facilitaria a emergência de variantes resistentes (às diferentes terapêuticas) e de maior patogenicidade.

Epidemiologicamente, as “regras” de pareamento entre os gêneros vigentes na ampla maioria das sociedades, tanto dos países desenvolvidos como em desenvolvimento, de óbvia determinação sócio-econômica e cultural, fazem com que mulheres mais jovens mantenham habitualmente relações sexuais e estabeleçam parcerias com homens mais velhos. Tais regras são evidenciáveis na tabela 1, que representa uma “matriz de pareamento” (no exemplo, restrita aos casais unidos legalmente), onde se observa que, praticamente, para todas as faixas etárias masculinas, a maior proporção de mulheres a elas unidas pertence à(s) faixa(s) mais jovem(ns).

Com isso, coortes etárias mais jovens de mulheres estão sob risco ampliado de se infectarem pelo HIV (e pelos agentes infecciosos das demais IST) ao fazerem sexo desprotegido com um *pool* de homens (mais velhos), onde os níveis de prevalência para o HIV (e demais IST) são mais elevados.

Registre-se, a título de exemplo, que mesmo em uma população sob particular risco frente à infecção pelo HIV e demais patógenos de transmissão sexual ou sanguínea - os usuários de drogas injetáveis (UDI) - o tempo (acumulado) de exposição aos patógenos constitui uma variável fundamental, e que a infecção pelo HIV, nesta população exposta tanto por via sexual (com níveis reduzidos de uso sistemático de preservativos) como parenteral (uso compartilhado de equipamentos de injeção), ocorre de forma rela-

⁵ Optamos por utilizar aqui o termo “infecções sexualmente transmissíveis” (IST), ao invés de “doenças sexualmente transmissíveis” (DST), uma vez que nem todas as infecções sexualmente transmissíveis têm expressão clínica (especialmente entre as mulheres). Contudo, as IST, mesmo quando não se evidenciam clinicamente, podem determinar uma ampliação substancial do risco de infecção pelo HIV (ver evidências laboratoriais em Ho et al., 1995). A nomenclatura IST vem predominando na literatura especializada mais recente.

Tabela 1 - Casamentos (definido a partir de consulta aos registros civis), por Grupos de Idade do Homem, segundo os Grupos de Idade da Mulher

Grupos de Idade da Mulher	Grupos de Idade do Homem										
	Total de Registros	Até 19 Anos	20-24 Anos	25-29 Anos	30-34 Anos	35-39 Anos	40-44 Anos	45-49 Anos	50-54 Anos	55-59 Anos	60+
Total	734.045	50.580	277.047	219.188	97.513	37.030	17.383	9.876	6.797	6.594	13.037
Até 19 anos	226.575	35.468	125.843	49.360	11.950	2.697	715	233	103	46	151
20-24 anos	258.726	12.521	114.964	92.597	28.322	6.880	1.942	675	303	177	345
25-29 anos	136.149	2.056	28.785	57.288	32.175	9.796	3.385	1.270	583	347	464
30-34 anos	57.113	374	5.689	15.458	17.854	9.554	4.112	1.867	856	562	687
35-39 anos	23.974	95	1.206	3.295	5.212	5.303	3.729	2.068	1.197	746	1.123
40-44 anos	12.135	20	296	777	1.389	1.888	2.176	1.896	1.322	904	971
45-49 anos	7.311	11	82	217	388	585	861	1.150	1.178	1.024	1.815
50-54 anos	4.676	4	43	67	108	220	271	451	703	871	1.938
55-59 anos	3.313	5	13	21	48	64	119	159	290	626	1.968
60+	4.082	26	126	108	67	43	73	107	162	191	3.79

Fonte: Adaptado de FIBGE (1995). Estatísticas do Registro Civil.

tivamente tardia, e de um modo geral, bastante depois das infecções pelos vírus das hepatites B e C. Por exemplo, na coorte ALIVE, em Baltimore, Maryland, EUA, após um ano de acompanhamento, 64,7% dos UDI pertencentes àquela coorte já estavam infectados pelo vírus da hepatite C, contra 13,9% infectados pelo HIV (Garfein et al., 1996). Portanto, em se tratando da população de um modo geral (sob risco de infecção substancialmente menor do que os UDI), a exposição cumulativa (aos patógenos) por longos períodos de tempo é fundamental na determinação de níveis elevados de soroprevalência para a infecção pelo HIV.

Além das repercussões diretas sobre a população feminina, a supra-citada assimetria de pareamento sexual determina epidemias mais extensas e mais dilatadas no tempo (se comparadas a uma epidemia hipotética em uma comunidade onde vigorasse o pareamento simétrico - Gupta et al., 1989).

Mas a questão central aqui é que os dois gêneros, a despeito de inúmeras iniciativas no sentido de uma maior igualdade - que vão das ações dos indivíduos singulares a grupos organizados de militantes, representações parlamentares, órgãos dos executivos de diferentes países ou ainda organismos internacionais como as Nações Unidas -, são tratados desigualmente em termos políticos, culturais e sócio-econômicos. Estes eixos de desigualdade têm uma dimensão, simultaneamente, macro e micro-social, ou seja, compreendem a não-observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, e têm lugar tanto no âmbito das famílias e parcerias como da sociedade ou das culturas nacionais e supra-nacionais (organizadas, por exemplo, em sistemas de crença e códigos de valores).

Freqüentemente, desigualdades presentes em instâncias diversas se superpõem, gerando

efeitos sinérgicos, como nos múltiplos riscos a que estão submetidas mulheres de países em desenvolvimento, onde existe marcada desigualdade de gênero. A título de exemplo, citaríamos a violência sexual dirigida às mulheres, adolescentes e crianças do sexo feminino na África do Sul (Leclerc-Madlala, 1997), ou a profunda dependência econômica das mulheres de diversos países do sudeste da Ásia (Mboi, 1996). A combinação da violência material e simbólica, da “dupla moral” no que diz respeito ao comportamento sexual de homens e mulheres no âmbito da família e da sociedade, da assimetria na capacidade de tomar decisões e efetivá-las, e a ausência de canais por onde manifestar queixas e resolver pendências – pelo diálogo ou via legal – faz com que seja mais difícil para as mulheres: ter acesso a informações adequadas e atualizadas, uma vez dispondo delas modificar seus comportamentos e, uma vez alterados estes comportamentos, manter estas mudanças nas interações cotidianas.

Representações sociais que consubstanciam a desigualdade de gênero permeiam não só o imaginário leigo, mas também o dos profissionais de saúde que, supostamente, estariam a cargo de, por exemplo, identificar, notificar e aconselhar parceiros de casos-índice (aqueles que, demandando assistência médica, são identificados como infectados e/ou doentes); orientar tratamentos para as IST, que, freqüentemente, precisam ser realizados conjuntamente por homens e mulheres; e, de uma forma mais abrangente, aconselhar indivíduos e casais a adotarem, de forma consistente, práticas sexuais mais seguras.

Como mostraram recentemente Giffin & Lowndes (1999), a partir de entrevistas com profissionais de saúde brasileiros com atuação em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), a notificação e o aconselhamento freqüentemente não são feitos de forma adequada do ponto de vista científico e da perspectiva de uma cultura que não se queira sexista e paternalista, incidindo

estas inadequações e impropriedades preferencialmente sobre mulheres de classes mais pobres, “infantilizadas” por orientações e aconselhamentos parciais e errôneos. Portanto, do ponto de vista das intervenções preventivas desenvolvidas por profissionais, as mulheres pobres não se beneficiam, como deveriam, das melhores práticas disponíveis, que poderiam, ao menos em parte, compensar a maior vulnerabilização dessa população frente à infecção pelo HIV e as demais IST.

Além dos fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade propriamente ditos, uma questão suplementar diz respeito à pequena disponibilidade de métodos de prevenção controlados (ou ao menos “iniciados”) pelas mulheres, como veremos em item específico.

UM IMPLÍCITO POUCO PENSADO: GÊNERO & RAÇA

Ainda que essencial à formação social brasileira, a temática da raça/origem étnica é raramente explorada na literatura científica sobre AIDS no Brasil. Tudo se passa como se, uma vez estratificados os dados por indicadores sociais como escolaridade, ocupação ou local de moradia (ver, acerca da aplicação destes últimos à análise da epidemia, Szwarcwald et al., 1997 e Fonseca et al., 1999), não sobrasse espaço para características ligadas à origem étnica, como os padrões culturais dos diferentes segmentos populacionais (definidos também a partir da origem étnica) e o preconceito dirigido a diversos destes segmentos.

Tal postura não é discrepante do que ocorre no âmbito da saúde pública brasileira de um modo geral – já a partir da própria imprecisão quanto à definição de categorias étnicas/raciais (Pinto, 1996) –, e estabelece como que um inverso perfeitamente simétrico com a saúde pública norte-americana, que, habitualmente, reduz um amplo conjunto de indicadores sociais ao recorte racial/étnico (Males, 1996; McMillan, 1996). É como se a longa tradição brasileira de racismo,

mais ou menos velado, e de propostas explicitamente eugênicas no âmbito da saúde pública (Carrara, 1996), não deixasse espaço para alternativas democráticas e de fato científicas de reanálise da questão. Mais recentemente, começam a aparecer alguns estudos no âmbito da saúde pública de um modo geral (Cunha, 1997), ou especificamente da saúde reprodutiva (Oliveira, 1999), que abordam a questão da raça/origem étnica no contexto brasileiro.

Não resta dúvida de que as condições sócio-econômicas vigentes no Brasil são desfavoráveis à população negra. Por exemplo, a Pesquisa de Padrão de Vida (PPV), da FIBGE, de 1998, mostrou que chefes de família de escolaridade equivalente recebiam remunerações médias com variações de praticamente 100%, em detrimento de negros e pardos, quando comparados aos chefes de família brancos (Sant’Anna, 1998). Os indicadores sócio-econômicos, claramente desfavoráveis à população negra sob inúmeros aspectos, se correlacionam a taxas consistentemente mais elevadas de mortalidade entre as mulheres negras (frente às mulheres brancas), em todas as faixas etárias e com um gradiente de mortalidade (desfavorável às mulheres negras frente às brancas), que se amplia continuamente à medida que se calcula as probabilidades de mulheres (considerando-se como idade padrão para efeito de cálculo 25 anos, na tabulação da FIBGE analisada por Cunha, 1997) chegarem a idades mais avançadas. Assim, os diferenciais por cor, que, no intervalo entre 25 e 45 anos era de 5% (de chance ampliada de chegar a esta idade, entre as mulheres brancas), atingem 25% quando se trata da chance das mulheres negras (em relação às brancas) chegarem aos 75 anos.

Recentemente, graças ao contínuo refinamento das possibilidades de análise, tem sido possível retomar a discussão sobre o papel das diferentes variáveis – biológicas, comportamentais, culturais e sociais – na determinação da

sobremortalidade observada na população negra e da sobremorbidade em relação a algumas condições mórbidas como a hipertensão ou a *diabetes mellitus* tipo II (Lopes, 1997).

Naquilo que nos interessa mais de perto no presente trabalho, cabe observar que existe uma situação particularmente desfavorável às mulheres pobres no que diz respeito à disseminação do HIV e das demais IST, que se amplia quando consideramos condições adicionais e igualmente desfavoráveis, vigentes entre as mulheres negras no âmbito da saúde em geral e da saúde reprodutiva em particular.

Focalizando a questão mais específica da disseminação do HIV/AIDS, há evidências de que a população negra brasileira está mais sujeita às conseqüências adversas da violência estrutural (Pinho, 1998), mais presente nas comunidades mais pobres e/ou faveladas, com óbvias conseqüências negativas sobre a continuidade de projetos de prevenção nestas comunidades. Esta violência está associada freqüentemente ao tráfico de drogas, determinando tanto uma sobremortalidade das comunidades mais pobres e dos negros, especialmente expressiva nas camadas mais jovens (Szwarcwald et al., 1999), como uma maior “exposição” à oferta de drogas ilícitas e aos danos daí decorrentes (Wallace et al., 1996), tanto diretos, como as overdoses ou as hepatites tóxicas, como indiretos (não decorrentes da substância em si, mas do seu modo de administração), como as hepatites virais, ou o próprio HIV/AIDS.

No âmbito da saúde reprodutiva (Oliveira, 1999), algumas doenças com etiologia parcialmente derivada da expressão de poligens mais freqüentes em determinada raça/etnia (obviamente, sem excluir a determinação psicossocial e a interação entre os fatores predisponentes de diferentes naturezas; Lopes, 1997) determinam impactos diferenciados em termos tanto de saúde individual como coletiva. Quatro condi-

ções mórbidas que afetam desproporcionalmente a raça negra têm impacto direto sobre a saúde reprodutiva; três delas sistêmicas – a anemia falciforme, a *diabetes mellitus* tipo II e a hipertensão arterial (Oliveira, 1999) –, e uma específica do aparelho reprodutivo – a incidência aumentada de miomas (tumorações uterinas benignas) em mulheres negras (se comparadas a mulheres brancas, controladas as demais variáveis).

Portanto, sob diversos pontos de vista, do biológico ao social, existem condições que favorecem uma sobremorbidade, para algumas condições mórbidas, e sobremortalidade (de um modo geral e para determinadas causas específicas) em mulheres negras. Isto, somado a uma presença ampliada de fatores de risco específicos para a infecção pelo HIV e demais IST, faz com que seja fundamental desenvolver pesquisas e intervenções preventivas que levem em conta a questão da raça/origem étnica no contexto brasileiro; infelizmente, uma questão quase nunca tematizada e enfrentada com a devida premência e abrangência.

A saúde pública brasileira tem o dever de retomar a questão da raça/origem étnica de uma perspectiva crítica em relação, simultaneamente, aos ranços do passado eugenista e à falta de compromisso com a investigação sistemática e a intervenção apropriada, do ponto de vista sociocultural e médico. Nenhuma proposta de desenvolvimento e avaliação de métodos de prevenção (das IST/AIDS) controlados por mulheres, em um país onde a população negra e mestiça tem um tamanho considerável e grande relevância sociocultural, pode prescindir desta dimensão. Neste sentido, uma proposta fundamental seria discutir amplamente um sistema de classificação racial/étnico (Pinto, 1996) que fosse, a um só tempo, cientificamente válido e social e culturalmente aceitável. Dadas as inúmeras dificuldades conceituais e práticas que envolvem tal empreendimento, a incorporação

aos grandes bancos de dados na área da saúde da classificação racial/étnica utilizada nos Censos Nacionais seria já de grande valia, no sentido de mapear o terreno para análises futuras mais refinadas.

FAZENDO GÊNERO...NA SOCIOLOGIA DA CIÊNCIA EM HIV/AIDS

A idéia de uma ciência desvinculada do seu contexto histórico e das injunções cotidianas é cada vez mais insustentável na epistemologia e na sociologia da ciência contemporâneas. Dentre as inúmeras vertentes em que é possível pensar o diálogo – nem sempre harmônico – da ciência com a sociedade e a cultura, as questões de gênero têm merecido destaque na reflexão atual (Lennon, 1995).

É inquestionável o papel dos contextos sócio-culturais em geral, e das questões de gênero em particular, na gênese do que poderíamos denominar de “ciência da AIDS”, em virtude de uma série de fatores que abordamos anteriormente com maior detalhe (Bastos & Coutinho, 1999), cabendo mencionar aqui como elementos que influenciaram e influenciam fortemente o desenvolvimento científico nesta área: o caráter global da epidemia, a sua dramaticidade em termos de saúde pública e o papel pioneiro e vigilante dos ativistas de diversos grupos e estratos sociais em relação a diferentes aspectos do progresso da ciência nesta área, como o desenvolvimento de testes laboratoriais e medicamentos.

É possível tematizar a relação entre gênero e ciência em HIV/AIDS sob inúmeras perspectivas, tais como a própria definição da síndrome em mulheres (que, só recentemente, incorporou patologias específicas do aparelho reprodutor feminino - Mayans et al., 1999), ou as normas específicas que regulamentam a inserção de mulheres em ensaios clínicos (Kweder et al., 1995) e a relação desta participação com o acesso a

anti-retrovirais (Smith & Kirking, 1999), ou ainda a disponibilidade da comunidade científica em desenvolver métodos de prevenção controlados pelas mulheres (Gollub & Stein, 1993).

Em relação ao desenvolvimento de novos produtos farmacêuticos, assistiu-se, ao longo de toda a década de 80 e primeira metade da década de 90, a um conflito em torno da inclusão ou não das mulheres nos ensaios clínicos (*clinical trials*) com novas drogas. Cabe assinalar, em primeiro lugar, que a urgência e gravidade da epidemia de AIDS determinou e ainda vem determinando uma série de reformulações no processo habitual de avaliação e liberação para comercialização de novos produtos farmacêuticos por parte dos órgãos reguladores (destacando-se, inequivocamente, o papel do Food and Drug Administration - FDA - órgão regulador norte-americano, pela dimensão da indústria farmacêutica e do mercado consumidor dos EUA).

A partir de uma série de iniciativas - o mais das vezes desarmônicas e conflituosas - por parte da indústria farmacêutica, de órgãos públicos, instâncias executivas e legislativas e, principalmente, e com um vigor inédito na história da saúde pública, da sociedade civil, através de movimentos organizados (como o ACT UP) ou ações dispersas, todo o processo de aprovação e liberação para o consumo de novos produtos farmacêuticos foi profundamente transformado com o advento da AIDS. Apesar da questão ultrapassar em muito os objetivos do presente texto (ver detalhes em Kweder et al., 1995), cabe destacar aqui duas mudanças centrais em todo o processo de reformulação: a “aprovação acelerada” e o “acesso expandido”.

Do ponto de vista das questões de gênero, o processo de sucessivas fases de análise de novos produtos farmacêuticos (que habitualmente compreende estudos pré-clínicos; estudos clínicos fases I, II e III; avaliação global pré-comercialização e, finalmente, estudos pós-

comercialização) praticamente deixou de incorporar as mulheres até 1993 (quando as regulamentações do FDA foram revisadas), em obediência à regulamentação emitida em 1977 pelo FDA no sentido de excluir dos estudos fase I e fase II inicial mulheres em idade fértil (exatamente as mais afetadas pela epidemia de AIDS), até que fosse claramente demonstrada a não teratogenicidade desses produtos (ou seja, a possibilidade destes determinarem lesões sobre o feto).

Em um processo sob tramitação acelerada, esta exclusão inicial significa, de fato, exclusão das fases subseqüentes e a impossibilidade de posterior reinclusão. Esta não inclusão determinou um impacto substancial sobre a não disponibilidade de novos produtos para as mulheres, já que as regras reformuladas “borraram” os limites entre os estudos fase III (pré-comercialização), o acesso expandido aos produtos por parte dos pacientes com AIDS e a comercialização propriamente dita. Ou seja, a exclusão das mulheres destes estudos, objetos de uma regulamentação reformulada e mais ágil, acabou por tornar substancialmente mais demorado e complicado o efetivo acesso de mulheres, então gravemente enfermas, a produtos essenciais à sua sobrevivência.

A situação foi, parcialmente, revertida em 1993, com a adoção de novas regras, “inclusivas” em relação às mulheres e, em parte, em relação aos pacientes pediátricos. Estas regras foram, aos poucos, adotadas na prática, embora persistam até hoje problemas sérios em relação à regulamentação de novas drogas para o HIV/AIDS em pediatria.

Como que numa ironia histórica e epistemológica, o maior sucesso na luta contra a AIDS em anos recentes, tanto em termos da medicina clínica quanto da saúde pública, provém exatamente da inclusão das mulheres em protocolos clínicos com anti-retrovirais, a partir do protocolo ACTG 076 (Sperling et al., 1998), de inter-

venção medicamentosa (com a administração de AZT por via injetável) - entre outras medidas -, em mulheres grávidas infectadas pelo HIV, que muitos autores acreditam poder eliminar completamente dentro de alguns anos a transmissão vertical (mãe-conceito) do HIV nos países com recursos para implementar o conjunto de medidas preventivas propostas (Gunneberg, 1999).

No âmbito do desenvolvimento de métodos preventivos controlados por mulheres, Gollub & Stein (1993) sublinham a assimetria dos critérios de avaliação postos em prática pela agência reguladora norte-americana (FDA), bastante mais permeável na aprovação do preservativo masculino do que no seu equivalente feminino (anos mais tarde). A concepção de que o preservativo masculino deveria ter sua utilização aprovada em regime de urgência (dada a gravidade da epidemia de AIDS) como meio de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis em geral e do HIV em particular, a despeito das escassas evidências de cunho estritamente científico até então disponíveis (a aprovação formal do preservativo masculino para estes fins ocorreu em 1987), não se fez acompanhar da mesma percepção de urgência quando da (não-) regulamentação do emprego para as mesmas finalidades do preservativo feminino.

Neste último caso, exigiu-se, a princípio, evidências empíricas consistentes, atrasando o processo de sua aprovação, que acabou se dando, anos depois, não a partir das evidências empíricas até então exigidas (e até hoje parciais, tanto para os preservativos masculinos quanto femininos, devido às considerações éticas que impedem neste caso a realização de estudos clínicos com grupos-controle, em ambas as circunstâncias), mas sim a partir da eficácia comparativa do preservativo feminino como método anticoncepcional frente aos demais métodos de barreira em uso naquele momento (diafragma, capa cervical e esponja).

É possível inferir aqui que a suposta urgência só se materializou quanto à necessidade e premência de um método (supostamente genérico) de barreira para a prevenção da transmissão do HIV, sem que se levasse em conta a necessidade de dispor de diferentes métodos, que atendessem às particularidades das interações entre pessoas de ambos os gêneros (vide um interessante desdobramento desse raciocínio na discussão sobre hierarquia de métodos preventivos desenvolvida por Regina Barbosa, nessa coleção).

Da perspectiva da pesquisa epidemiológica em HIV/AIDS e suas implicações para o adequado entendimento e enfrentamento da epidemia, cabe sublinhar o papel real e simbólico das trabalhadoras do sexo na dinâmica das diferentes epidemias regionais e os inúmeros equívocos daí decorrentes no campo da pesquisa e da prevenção.

A avaliação crítica das inúmeras imprecisões, quando não dos preconceitos explícitos, que emergem da literatura científica acerca das trabalhadoras do sexo face ao HIV/AIDS nos permite avançar tanto em direção a uma epidemiologia a ser assentada sobre bases mais sólidas como de alternativas preventivas que guardem antes relação com os fatos do que com as especulações moldadas pelas idéias preconcebidas.

Para a representação da “prostituta” vem confluindo, ao longo dos séculos, uma série de teorias de cunho conspiratório e estigmatizante de atribuição da gênese e propagação exclusiva das doenças sexualmente transmissíveis (Carrara, 1996). Tais teorias contribuem para consolidar a divisão preconceituosa das mulheres em “prostitutas” e “mães-de-família” e excluir da análise epidemiológica ou da intervenção preventiva os homens, que são seus clientes, namorados, maridos etc. (Sacks, 1996).

Deixando de lado as considerações histórico-culturais e nos limitando à dinâmica atual da

epidemia de HIV/AIDS, é fácil perceber que, por um lado, a simplicidade das divisões baseadas no preconceito vai de encontro, no mundo real, a um quadro, de fato, complexo e mesmo contraditório. De uma perspectiva complementar, estas formulações hipotéticas, sem qualquer base factual, dão lugar a ações equivocadas, diga respeito à falta de efetividade de inúmeras propostas ou ao silêncio e omissão que envolvem as mulheres supostamente excluídas de quaisquer riscos (e, por conseguinte, das ações preventivas).

Ao contrário destes exercícios de imaginação, a epidemia real em curso no Brasil vem afetando, de maneira crescente, mulheres pertencentes aos estratos mais pobres, que trabalham nos seus próprios lares e/ou como domésticas ou outras ocupações mal-remuneradas, e tem como parceiros sexuais seus maridos (as referências que comprovam estas afirmações são inúmeras, veja-se, a título de exemplo, os textos da coletânea editada por Parker & Galvão, 1996). Portanto, qualquer proposta preventiva realista deve considerar o papel real das trabalhadoras do sexo nos diferentes contextos e das mulheres não inseridas em práticas de sexo comercial. Da mesma forma, novas medidas preventivas, como o preservativo feminino, devem ser avaliadas no conjunto das mulheres e não, como habitualmente ocorre, naquelas que o senso comum entende como sob risco, numa utilização equivocada da idéia de “efeito-demonstração” (ou “se conseguiu funcionar aqui...”).

Os dados epidemiológicos em todo o mundo apontam para participações absolutamente distintas das profissionais do sexo na dinâmica das diferentes epidemias regionais, de que são exemplos muito contrastantes a Tailândia (e parte substancial do sudeste Asiático) e a Europa setentrional. Enquanto na Tailândia, estas mulheres e seus parceiros sexuais desempenham um papel central na dinâmica da epidemia (Kilmarx et al., 1999), este papel é mínimo nos

países nórdicos (Alary et al., 1994), onde os níveis de utilização consistente de preservativos são muito elevados e as taxas de infecção pelo HIV e demais IST muito baixas entre as profissionais do sexo. Exceção feita às profissionais do sexo que consomem drogas de forma regular (e que, por esta razão, acabam, para financiar seus hábitos de consumo, por aceitar práticas inseguras porém mais bem remuneradas) e imigrantes (cuja inserção social é habitualmente precária), as profissionais do sexo nórdicas têm excelente nível de informação e auto-organização e, portanto, não se beneficiam de intervenções preventivas que não levem em conta os patamares de conscientização e ação coordenada que já atingiram.

Por outro lado, na Tailândia a grande relevância das profissionais do sexo na dinâmica local explica o imenso impacto que a campanha “100% de uso de condom”, desenvolvida em estabelecimentos comerciais (hotéis, motéis, boates, saunas etc.) e junto à clientela masculina destas mulheres, vem determinando (Kilmarx et al., 1999).

No Brasil, em consonância com o que observamos nos mais diferentes estudos no âmbito da saúde pública, nos deparamos com um quadro de profunda heterogeneidade, com participações muito distintas das profissionais do sexo na epidemia, em função de *status* socioeconômico, região etc. Poderíamos avançar, de forma um tanto temerária, a hipótese de que as profissionais de sexo brasileiras estão sob especial risco frente à infecção principalmente em três circunstâncias: o consumo aditivo de certas drogas, como o *crack* (Szwarcwald et al., 1998); condições socioeconômicas precárias (Lurie et al., 1995) e em decorrência de falta de assistência ginecológica (Gravato et al., no prelo).

O trabalho de Lurie et al. (1995) mostrou que as profissionais do sexo, provenientes de três cidades paulistas (São Paulo, Campinas e

Santos), diferiam substancialmente em função de seu *status* socioeconômico. As mais pobres, submetidas a um regime de trabalho diário mais prolongado e com um maior número de clientes/dia (diferenças estatisticamente significantes, ao nível de $p < 0,05$) se comparadas às de maior *status* socioeconômico, apresentaram taxas mais elevadas de prevalência para todas as infecções pesquisadas: HIV (17% *versus* 4%), sífilis (66% *versus* 24%) e hepatite B (52% *versus* 26%). Em suma, as trabalhadoras do sexo pertencentes aos estratos com melhores condições econômicas apresentaram taxas de prevalência para a infecção pelo HIV significativamente mais elevadas do que as mulheres em idade fértil de uma maneira geral (grosso modo, 0,6-0,8% nestes mesmos locais), mas as diferenças entre elas e as trabalhadoras do sexo pertencentes aos estratos mais pobres são igualmente muito expressivas. Cabe também registrar que, neste artigo, uma proporção relevante (26%) de trabalhadoras do sexo (tomadas em seu conjunto) referiu temer atos de violência ao sugerirem o uso do preservativo masculino aos seus clientes, e, principalmente, aos seus parceiros sexuais de eleição (não-comerciais) - 74%.

O artigo de Szwarcwald et al. (1998), com trabalhadoras do sexo de Santos, mostrou que o consumo de *crack* ou cocaína injetável está associado a taxas substancialmente mais elevadas (cerca de 10 vezes maiores) de infecção para o HIV, achado que se mantém nas análises multivariadas, onde aparecem também a questão do *status* socioeconômico mais baixo - evidenciado pelo nível educacional -, a prática do sexo anal desprotegido, a idade mais baixa e a iniciação sexual mais precoce. Uma segunda análise, integrante do mesmo trabalho, mostrou que a vulnerabilização das consumidoras de *crack* deve-se a fatores como: a) o uso, simultâneo ao do *crack*, de diversas outras drogas (inclusive por via injetável); b) a maior aquiescência em ter

relações sexuais desprotegidas e encontros sexuais remunerados de forma irrisória.

Uma reanálise da mesma amostra de profissionais do sexo de Santos, enfocando outros aspectos (Gravato et al., no prelo), mostrou que as diferenças nas taxas de infecção, secundárias aos diferenciais socioeconômicos, podem ser parcialmente revertidas caso as profissionais do sexo recebam assistência ginecológica regular, enfatizando a necessidade de integração das distintas ações preventivas (educação para a saúde, redução de danos secundários ao consumo de drogas e assistência médica de qualidade).

Obviamente, há muito ainda por investigar, como a questão, infelizmente freqüente em nosso contexto (segundo relatos diversos, pouco trabalhados de um ponto de vista científico), da prostituição infantil, em relação à qual não encontramos dados sistemáticos na literatura consultada.

Ainda que existam lacunas importantes nos nossos conhecimentos atuais acerca da questão no Brasil, é possível constatar que intervenções “*standard*”, que não atentem para as peculiaridades dos diferentes contextos socioculturais brasileiras, além das especificidades do psiquismo e da natureza das parcerias sexuais, viriam a desperdiçar os escassos recursos alocados para tal e apresentar resultados limitados. Portanto, tomar as trabalhadoras do sexo – enquanto grupo supostamente homogêneo – como objeto de intervenções com propósitos de “demonstração”, resulta em equívocos, não só em relação às mulheres ditas de “baixo risco”, como às próprias profissionais do sexo inseridas em contextos e circunstâncias distintas.

Em suma, tanto no que se refere à implementação de métodos consagrados de intervenção (como no programa condom 100% desenvolvido na Tailândia), como nos estudos-piloto de aceitabilidade de novos métodos preventivos – como aqueles controlados por mulheres –

cabe, sempre, pensar que as mais diversas populações de mulheres estão sob algum risco em relação às IST e ao HIV/AIDS (obviamente, diferenciado, a depender das circunstâncias) e devem ser objeto de intervenções culturalmente apropriadas. Devem ser envidados todos os esforços para que os homens sejam incorporados a estas ações preventivas, sob pena de fracasso das intervenções exclusivamente dirigidas às mulheres, por melhor implementadas e avaliadas que elas sejam.

A TRAMA DOS CONCEITOS

Uma das questões centrais à análise de alternativas preventivas controladas por mulheres é tentar aclarar o que significa “controlado por”, expressão polissêmica, que, por isso mesmo, se presta a inúmeras confusões.

A expressão “controlado por” combina uma acepção mais técnica (supostamente neutra), no sentido tanto de “capacidade de manejo” como de “iniciativa” – introduzindo aí um primeiro nível de confusão semântica –, com a idéia de controle na acepção de “poder sobre”.

Embora a idéia de capacidade de manejo tenha um conteúdo técnico mais evidente, existem uma série de elementos facilitadores e barreiras de natureza psicológica e sociocultural, como a pouca familiaridade da mulher com seu próprio corpo, a sensação de vergonha ao tocar seus órgãos genitais e o dispositivo (preservativo feminino ou análogo), as concepções religiosas que condenam a utilização de tais métodos etc.

Já na idéia de iniciativa existe uma mistura – certamente mais complexa – entre iniciativa em relação à interação amorosa e/ou ao ato sexual propriamente dito e iniciativa em relação à utilização do método preventivo *strictu sensu*. Como a colocação da barreira no local apropriado precede o ato sexual ou determina sua interrupção por um intervalo de tempo substancial (ao

contrário do preservativo masculino, que pressupõe uma interação sexual em curso, com ereção, podendo ser colocado em tempo breve), aquela (a colocação prévia) subentende o ato sexual, ou ao menos a intenção de concretizá-lo. Portanto, o próprio conceito “iniciado por” não está isento de contradições e não é de forma alguma neutro e exclusivamente técnico.

Mas nada se compara às múltiplas leituras da expressão “controlado por”, especialmente numa sociedade em que a idéia de controle mistura, de modo praticamente automático, a idéia de manejo técnico de algo, “deter conhecimento sobre algo”, o exercício de poder micro (como demonstram as inúmeras análises de Michel Foucault) e macro-político, assimetrias no arcabouço jurídico (Barsted, 1999) e o poder econômico. Some-se a isso a questão específica da desigualdade de gênero e temos uma combinação freqüentemente contraditória, que abarca desde a utilização de um método de prevenção específico ao conjunto das interações sociais.

Não resta dúvida de que por mais que avançemos nos aspectos técnicos da disponibilização de (novos) métodos eficazes e efetivos de prevenção/anticoncepção controlados/iniciados pelas mulheres, pouco teremos conseguido de fato se não enfrentarmos as profundas assimetrias de gênero (Pitanguy, 1999) e de poder político, e acesso ao conhecimento e aos meios de produção.

Portanto, a situação ideal – infelizmente rara – é aquela que combinaria a inovação técnica específica a parcerias e contextos culturais receptivos à inovação de um modo geral e à iniciativa feminina em particular, e onde as desigualdades determinadas pelas assimetrias de gênero e sociais *latu sensu* sejam minimizadas e mesmo eliminadas. Como veremos a seguir, as mulheres que optam pela utilização de novos métodos de anticoncepção/prevenção das IST acabam por se situar na contramão das práticas correntes no

contexto brasileiro, onde predominam hoje métodos anticoncepcionais irreversíveis como a esterilização feminina (a relevância da vasectomia em termos da saúde reprodutiva “da comunidade” é ainda restrita, Berquó, 1999) e uma “cultura sexual” claramente machista.

De qualquer maneira, a diversificação das opções preventivas no âmbito da interação entre parceiros é sempre bem-vinda e pode contribuir, em parte, para transformações na dinâmica intergênero, expressas, na concepção de Gollub & Stein (1993), por uma mudança de um cenário em que, invariavelmente, se requereria de um homem um “ação de prevenção” (colocar o condom) para um outro em que existe a opção entre requerer tal ação e fazer com que o homem “tolere” (Gollub & Stein; *verbatim*) o ato de prevenção levado a cabo pela mulher (ou seja, colocar o preservativo feminino).

SAÚDE REPRODUTIVA E PREVENÇÃO DAS IST E DO HIV/AIDS: PONTO E CONTRAPONTO

A coincidência entre métodos de prevenção das IST (inclusive da infecção pelo HIV) e métodos anticoncepcionais é extremamente desejável do ponto de vista do atendimento integral às demandas individuais e coletivas das mulheres e da capacidade dos serviços e organizações comunitárias em gerenciar essas ações sem duplicações e aumento de custos. Infelizmente, até muito recentemente, apenas o preservativo masculino (condom) atendia às exigências de ambas as demandas, sendo, simultaneamente, um eficiente método anticoncepcional e de prevenção do conjunto de IST.

Mais recentemente, passamos a contar com um novo método de barreira controlado (ou ao menos iniciado) pelas mulheres – o preservativo feminino – que vem demonstrando eficácia e efetividade comparáveis às do preservativo masculino, tanto no que diz respeito à anticoncepção

como à prevenção das IST (segundo alguns trabalhos até mesmo maior eficácia e efetividade, por sua colocação precoce e maior cobertura da genitália – Elias & Coggins, 1996; WHO, 1997; Kalckman, 1999).

Uma segunda alternativa seria o uso combinado de outros métodos de barreira com produtos com propriedades microbicidas e/ou espermicidas de utilização tópica (vaginal). De acordo com a opinião unânime dos especialistas (Rosenberg & Gollub, 1992; Elias & Coggins, 1996; Kalckman, 1999; Van Damme & Rosenberg, 1999), a utilização dos demais métodos de barreira, nas suas apresentações comerciais hoje disponíveis no mundo, que não o preservativo feminino (diafragma, esponja e capa cervical), desacompanhada dos microbicidas,⁶ não é segura do ponto de vista da prevenção das IST e do HIV/AIDS (recomendando também a maioria dos autores o uso associado de espermicidas - se possível, com propriedades microbicidas genéricas -, quando houver também propósitos anticoncepcionais – Trussell et al., 1994), uma vez que estes métodos não recobrem todo a extensão de mucosa e epitélio da genitália feminina suscetível à penetração do HIV e patógenos causadores das demais IST.

Como persistem as controvérsias acerca da efetividade *in vivo* dos microbicidas hoje (junho de 2000) disponíveis no mercado com relação à redução dos riscos de infecção pelos diferentes agentes infecciosos sexualmente transmissíveis

⁶ Cabe observar que o HIV pode ser transmitido tanto sob a forma “livre” (partículas virais) como vinculado a determinadas células. Neste sentido, produtos com ação exclusivamente espermicida (destruição das células contidas no esperma, basicamente espermatozoides), não são satisfatórios por dois motivos: não previnem a transmissão do HIV sob a forma de partículas virais e, necessariamente, impedem a reprodução, ao destruírem os espermatozoides. O produto ideal deve ser amplamente microbicida (contra todos os germes, em quaisquer circunstâncias e veiculações), destruindo o HIV tanto fora como dentro de quaisquer células, sem comprometer a integridade destas.

(Elias & Coggins, 1996; Van Damme & Rosenberg, 1999), é possível afirmar que, hoje, apenas dois métodos de barreira representam alternativas seguras e comprovadamente eficazes na prevenção do HIV/AIDS e demais IST: os preservativos masculino e feminino. Cabe observar que, embora existam hoje diversos microbicidas sob avaliação, tanto em estudos pré-clínicos como em ensaios clínicos (ver detalhes em Barbosa, 2000), o repertório de produtos e formulações já aprovados, utilizados correntemente como recursos anticoncepcionais adicionais (aos métodos de barreira), é ainda bastante restrito. Quanto à indicação de microbicidas na prevenção das diferentes IST não existe ainda um consenso quanto à sua efetividade, além de persistirem dúvidas com relação à possibilidade de causarem irritação local e micro-ulcerações na vulva (Heise, s/d).

A confluência de alternativas, simultaneamente, anticoncepcionais e de prevenção das IST é facilitada nos países em que a utilização dos preservativos (tradicionalmente avaliados do ponto de vista dos estudos demográficos exclusivamente em relação aos preservativos masculinos) atinge níveis elevados e o recurso à esterilização feminina é pouco utilizado. Isso porque, como dissemos, os preservativos representam métodos eficazes e efetivos em relação à contracepção e à prevenção das IST, atendendo, portanto, aos desejos e demandas dos usuários (de planejamento familiar e prevenção), e permitindo aos formuladores de políticas públicas implementar programas e ações integrados (obviamente, desde que exista vontade política e recursos para tal) e às organizações não-governamentais e comunidades exigir e/ou desenvolver, elas mesmas, ações que contemplem uma e outra perspectiva. Outra questão aí implicada é que a esterilização feminina encerraria em definitivo (pelo menos, “em tese”) a “carreira” reprodutiva da mulher, determinando, portanto, uma disjunção radical

entre medidas anticoncepcionais e de prevenção das IST no plano dos indivíduos e parcerias.

Sob este ponto de vista, o Brasil, e, num grau substancialmente maior, a imensa maioria dos países africanos e boa parte dos países menos desenvolvidos da Ásia, encontra-se numa situação desfavorável quando comparado aos países desenvolvidos (Berquó, 1999). O uso de preservativos (masculinos) é significativamente mais baixo entre nós do que nos países desenvolvidos, embora pareça ter aumentado em anos recentes, ainda que basicamente entre os segmentos populacionais mais jovens (Chequer et al., 1997). Segundo recente pesquisa nacional (Berquó et al., 1999), uma proporção de aproximadamente 76% dos indivíduos sexualmente ativos relataram não utilizar preservativos (aqui referente ao preservativo masculino) nas suas relações sexuais.

Além disso, as taxas de esterilização cresceram, no Brasil, de forma consistente, ao longo das últimas décadas, em diferentes estratos sociais e regiões geográficas (Berquó, 1999; Camarano et al., 1999). A questão se torna mais complexa ainda se pensarmos que as taxas de esterilização aumentaram de forma mais pronunciada nas mulheres mais pobres e nas mulheres mais jovens (Berquó, 1999). Com isso, a disjunção entre práticas anticoncepcionais e de prevenção das IST se aprofunda exatamente nos segmentos mais vulneráveis às IST e à disseminação do HIV/AIDS, ou seja, nos segmentos que mais se beneficiariam de programas, de fato, integrados de saúde reprodutiva e sexual.

Do ponto de vista das perspectivas de uso do preservativo feminino, esta disjunção é profundamente negativa no que diz respeito às mulheres mais pobres, esterilizadas, pois subtrai um elemento importante de motivação (a anticoncepção) para o uso de um recurso preventivo que tem como uma das suas principais limitações o preço (Gollub & Stein, 1993; WHO, 1997; Kalckman, 1999), além de distanciar (ao

menos, parcialmente) essas mulheres pobres dos serviços de saúde reprodutiva, onde os preservativos femininos (e demais alternativas preventivas) seriam eventualmente disponibilizados, a baixo ou, mesmo, nenhum custo.

A concepção de “dupla proteção” (ou seja, a necessidade imperiosa de proteção contra a gravidez indesejada e as IST, inclusive o HIV/AIDS) deve nortear sempre a atuação dos profissionais de saúde, as políticas públicas e as ações das organizações não-governamentais. Assim, as mulheres que estão fora do processo reprodutivo por diversos motivos, como as que sofreram histerectomia, fizeram ligadura tubária ou estão na menopausa, terão clareza de que estas condições ou situações similares não reduzem por si só os riscos de infecção pelos diferentes patógenos sexualmente transmissíveis e que cabe manter/implementar medidas preventivas voltadas para estes agentes infecciosos de forma consistente.

BIBLIOGRAFIA

- Alary M, Worm AM & Kvinesdal B, 1994. Risk behaviours for HIV infection and sexually transmitted diseases among female sex workers from Copenhagen. *International Journal of STDs and AIDS* 5:365-7.
- Anderson RM, 1996. The spread of HIV and sexual mixing patterns. In: Mann JM & Tarantola D (1996). *AIDS in the World II*. Nova York/Oxford: Oxford University Press.
- Ayres JRCM, França Jr. I, Calazans GJ & Saletti Filho HC, 1999. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM & Parker R (orgs.). *Sexualidades pelo Avesso: Direitos, identidades e poder*. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora 34/IMS-UERJ.
- Barbosa, RM, 2000. HIV/AIDS, Transmissão Heterossexual e Métodos de Prevenção Controlados pelas Mulheres. *Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva* nº 2.

- Barsted LL, 1999. Família, sexualidade e reprodução no Direito brasileiro. In: Giffin K & Costa SH (orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bastos FI, Telles PR, Castilho EA & Barcellos C, 1995. A epidemia de AIDS no Brasil. In: Minayo MCS (org.). *Os muitos brasis: Saúde e população na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec & ABRASCO.
- Bastos FI, 1996. *Ruína & Reconstrução. AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA & IMS-UERJ.
- Bastos FI & Coutinho K, 1999. Tão longe, tão perto: As pesquisas de AIDS no Brasil (1983–1997). In: Parker R, Galvão J & Bessa MS (orgs.). *Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas frente à AIDS no Brasil*. São Paulo: Editora 34.
- Berquó E, 1999. Ainda a questão da esterilização feminina. In: Giffin K & Costa SH (orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Berquó E, Souza MR, Pinho MDG et al., 1999. Comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre HIV e AIDS (Versão preliminar de relatório de pesquisa). Disponível em versão eletrônica <www.aids.gov.br>
- Camarano AA, Araújo HE & Carneiro IG, 1999. Tendências da fecundidade brasileira no século XX: uma visão regional. In: Giffin K & Costa SH (orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Carrara S, 1996. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Chequer P, VanOss Marin B, Paiva L et al., 1997. AIDS and condoms in Brasília: a telephone survey. *AIDS Education and Prevention* 9:472-84.
- Chiriboga CR, 1997. Introducción. Mujer y SIDA: conceptos sobre el tema. In: Rico B, Vandale S, Allen B & Liguori AL (eds.). *Situación de las Mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Coll O, Vidal R, Martinez de Tejada B et al., 1999. Management of HIV serodiscordant couples. The clinician point of view. *Contraception, Fertilité, Sexualité* 27:399-404.
- Cunha EMGP, 1997. Raça: aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil. In: Barata RB et al. (orgs.). *Eqüidade e Saúde: Contribuições da epidemiologia*, Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Denning P, 2000. Is the stage being set for a resurgence in the HIV epidemic among MSM? Trabalho apresentado na “VII Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections”, São Francisco, fevereiro de 2000.
- Elias CJ & Coggins C, 1996. Female-controlled methods to prevent sexual transmission of HIV. *AIDS* 10 (Suppl. 3):S43-51.
- Eng TR & Butler WT (eds.), 1997. *The Hidden Epidemic*. Washington: National Academy Press.
- Farmer P, 1999. *Infections and Inequalities: The modern plagues*. Los Angeles: University of California Press.
- FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1995. *Estatísticas do Registro Civil*. Rio de Janeiro: FIBGE.
- Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M et al., 1999. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: Evolução temporal de 1987 a 1996. In: *Análise da Epidemia de AIDS no Brasil: Distintas Abordagens*, pp. 69–84. Brasília: Ministério da Saúde.
- Garfein RS, Vlahov D, Galai N et al., 1996. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health* 86:655-61.
- Giffin K & Lowndes CM, 1999. Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. *Social Science and Medicine* 48:283-92.
- Gollub EL & Stein ZA, 1993. Commentary: the new female condom - item 1 on a women's AIDS prevention agenda. *American Journal of Public Health* 83:498-500.

- Gravato N, Lacerda R, Bastos FI et al., no prelo. Differential levels of syphilis and HIV infection by socioeconomic status (SES) and regularity of gynecological care (RGC) among female CSWs in Santos, BR. XIII Conf. Int. de AIDS, Durban.
- Greenland S, Lieb L, Simon P et al., 1996. Evidence for recent growth of the HIV epidemic among African-American men and younger male cohorts in Los Angeles County. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 11:401-409.
- Gunneberg C, 1999. Prevention of vertical transmission of HIV in South Africa. Findings probably do not apply to rest of sub-saharan Africa. *British Medical Journal* 319:1431; discussion 1431-2
- Gupta S, Anderson RM & May RM, 1989. Networks of sexual contacts: Implications for the pattern of spread of HIV. *AIDS* 3:807-817.
- Heise L., s/d. Topical Microbicides: new hope for STI/HIV prevention. Center for Health and Gender Equity, mimeo.
- Ho JL, He S, Hu A et al., 1995. Neutrophils from human immunodeficiency virus (HIV)-seronegative donors induce HIV replication from HIV-infected patients' mononuclear cells and cell lines: an in vitro model of HIV transmission facilitated by Chlamydia trachomatis. *Journal of Experimental Medicine* 181:1493-505.
- Kalckman S., 1999. Métodos de barreira controlados pela mulher. In: Giffin K & Costa SH (orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Kilmarx PH, Palanuvej T, Limpakarnjanarat K et al., 1999. Seroprevalence of HIV among female sex workers in Bangkok: evidence of ongoing infection risk after the "100% condom program" was implemented. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 21:313-6.
- Klov Dahl AS, Potterat JJ, Woodhouse DE et al., 1994. Social networks and infectious disease: The Colorado Springs Study. *Social Science and Medicine* 38:79-88.
- Kweder SL, O'Neill RT & Beringer P, 1995. The new drug evaluation process: FDA perspective. In: Finkelstein DM & Schoenfeld DA (eds.). *AIDS Clinical Trials*. Nova York: Wiley-Lis.
- Leclerc-Madlala S, 1997. Infect one, infect all: Zulu youth response to the AIDS epidemic in South Africa. *Medical Anthropology* 17:363-80.
- Lehman JS, Hecht FM, Wortley P et al., 2000. Are at-risk populations less concerned about HIV-infection in the HAART era? Trabalho apresentado na "VII Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections", São Francisco, fevereiro de 2000.
- Lennon K, 1995. Gender and knowledge. *Journal of Gender Studies* 4:133-143.
- Lopes AA, 1997. Significado de raça em pesquisas médicas e epidemiológicas. In: Barata RB et al. (eds.). *Equidade e Saúde: Contribuições da epidemiologia*, Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lowndes K, Bastos FI, Giffin K et al., 2000, no prelo. Differential trends in mortality from AIDS in men and women in Brazil (1984-1995). *AIDS*.
- Lurie P, Fernandes ME, Hughes V et al., 1995. Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in São Paulo State, Brazil. *AIDS* 9 (suppl. 1):S31-37.
- Males M, 1996. AIDS and ethnicity. *Science* 271:1479-80 [letter].
- Mann JM, Tarantola D & Netter TW (eds.), 1992. *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mayans MV, Maguire A, Miret M & Casabona, 1999. Disproportionate high incidence of invasive cervical cancer as an AIDS-indicative disease among young women in Catalonia, Spain. *Journal of Sexually Transmitted Diseases* 26:500-3.
- Mboi N, 1996. Women and AIDS in South and South-East Asia: the challenge and the response. *World Health Statistics Quarterly* 49:94-105.
- McMillan S, 1996. AIDS and ethnicity. *Science* 271:1480 [letter].

- Michelle Long E, Martin HL Jr, Kreiss JK et al., 2000. Gender differences in HIV-1 diversity at time of infection. *Nature Medicine* 6:71-75.
- Ministério da Saúde, 1999. *Boletim Epidemiológico - AIDS*XII(1).
- Oliveira F, 1999. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva. In: Giffin K & Costa SH (orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Parker R & Galvão J (orgs.) (1996). *Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA & IMS-UERJ.
- Petchey R, Williams J, Farnsworth B & Starkey K, 1998. A tale of two (low prevalence) cities: social movement organisations and the local policy response to HIV/AIDS. *Social Science and Medicine*47:1197-208.
- Pinho MDG, 1998. Vulnerabilidade da população negra ao HIV/AIDS. In: Berquó E (org.). *População Negra em Destaque*. São Paulo: CEBRAP.
- Pinto RP, 1996. Classifying the Brazilian population by color: Underlying problems. In: Barretto ESS & Zibas DML (eds.). *Brazilian Issues on Education, Gender and Race*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas.
- Pitanguy J, 1999. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: Giffin K & Costa SH (orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rosenberg MJ & Gollub EL, 1992. Commentary: methods women can use that may prevent sexually transmitted disease, including HIV. *American Journal of Public Health* 82:1473-8.
- Rosenberg PS, 1995. Scope of the AIDS epidemic in the United States. *Science* 270:1372-5.
- Sacks V, 1996. Women and AIDS: An analysis of media misrepresentations. *Social Science and Medicine* 42:59-73.
- Sant'Anna W, 1998. IBGE e a nova classificação racial. Decifra-me ou te devoro. In: Berquó E (org.). *População Negra em Destaque*. São Paulo: CEBRAP.
- Singer M, 1994. AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine* 39: 931-48.
- Smith SR & Kirking DM, 1999. Access and use of medications in HIV disease. *Health Services Research* 34:123-44.
- Sperling RS, Shapiro DE, McSherry GD et al., 1998. Safety of the maternal-infant zidovudine regimen utilized in the Pediatric AIDS Clinical Trial Group 076 Study. *AIDS*12:1805-13
- Stall R, 1994. How to lose the fight against AIDS among gay men. *British Medical Journal* 309:685-6.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Andrade CLT & Castilho EA, 1997. AIDS: O mapa ecológico do Brasil, 1982-1994. In: *A Epidemia de AIDS no Brasil: Situação e Tendências*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Szwarcwald CL & Bastos FI, 1998. Spatiotemporal model: an application to the AIDS epidemic in São Paulo, Brazil. In: Gierl L et al. (eds.). *Geomed '97*. Stuttgart/Leipzig: B. G. Teubner.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Gravato N et al., 1998. The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *The International Journal of Drug Policy*9:427-436.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Viacava F & Andrade CLT, 1999. Income inequality and homicide rates: a study in Rio de Janeiro, Brazil. *American Journal of Public Health* 89:845-850.
- Trussell J, Sturgen K, Strickler J & Dominik R, 1994. Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods. *Family Planning Perspectives* 26:66-72.
- Van Damme L & Rosenberg ZF, 1999. Microbicides and barrier methods in HIV prevention. *AIDS* 13 (Suppl. A):S85-S92.
- Wallace R & Wallace D, 1995. U.S. apartheid and the spread of AIDS to the suburbs: a multi-city analysis of the political economy of spatial epidemic threshold. *Social Science and Medicine* 41:333-45.

Wallace R, Fullilove MT & Flisher AJ, 1996. AIDS, violence and behavioral coding: information theory, risk behavior and dynamic process on core-group sociogeographic networks. *Social Science and Medicine* 43:339-52.

Weidle PJ, Holmberg SD & DeCock KM, 1999. Changes in HIV and AIDS epidemiology from new generation antiretroviral therapy. *AIDS* 13 (suppl. A):S61-S68.

WHO (World Health Organization), 1997. *The Female Condom: A Review*. Geneva: WHO.

