

Artigos de Revisão

AS DUAS PRIMEIRAS DÉCADAS DA AIDS: CENÁRIO E INTERAÇÕES COM A EPIDEMIOLOGIA

THE FIRST TWO DECADES OF THE AIDS: SCENERY AND INTERACTIONS WITH THE EPIDEMIOLOGY

BERNARDINO GERALDO ALVES SOUTO*

RESUMO

Detectada inicialmente na década de 1970, nos países em desenvolvimento, a pandemia de HIV/AIDS expandiu-se por todo o planeta numa dinâmica epidemiológica extremamente volátil. Ainda instável, mas com alguns traços de configuração definidos, segue a rota do atraso social, nicho ecológico de menor resistência à sua difusão, na trajetória do cenário das injustas relações de poder pelo mundo afora. Dessa forma, vem desencadeando reações culturais, antropológicas, sociais e científicas que, em ebulição neste momento, transformam valores, comportamentos, estruturas demográficas e políticas de convivência. Ao mesmo tempo, valoriza a epidemiologia, que, por incorporar esses fenômenos em seus métodos e conceitos, assume papel de destaque na abordagem da pandemia. Entramos na terceira década do HIV/AIDS inferindo sua tendência, mas vislumbrando alguns pontos ainda obscuros em relação ao futuro.

Palavras-chave: Síndrome de imunodeficiência adquirida/epidemiologia; Síndrome de imunodeficiência adquirida/história; Fatores socioeconômicos; Preconceito; Poder (Psicologia)

A CONTEXTUALIZAÇÃO DA AIDS

No início da pandemia de HIV/AIDS (meados da década de 1970), a Organização Mundial de Saúde – OMS classificava a forma de transmissão do HIV em padrões I, II e III. Cronologicamente, iniciou-se pelo padrão II^{1,2}, em que a transmissão do HIV ocorre predominantemente entre heterossexuais envolvidos em práticas sexuais promíscuas, na faixa etária dos 20 aos 40 anos, tendo sido observado na África e no Caribe, na razão homem:mulher de 1,1:1,0.

Posteriormente, a partir da Europa Ocidental, América do Norte (principalmente Estados Unidos), América do Sul (Brasil), Austrália e Nova Zelândia, surgiu o que se denominou Padrão I, coincidente com a expansão do Padrão II, em que a transmissão do HIV predomina entre homo e bissexuais masculinos e usuários de drogas ilícitas injetáveis. Para o Brasil e o México, descreve-se uma diferença no que tange à maior proporção de participação dos bissexuais entre os infectados, em comparação com as outras áreas em Padrão I de transmissão do HIV.

Finalmente, o Padrão III, surgido na década de 1980, quando a propagação do HIV é maior entre pessoas com múltiplos parceiros sexuais, homo ou heterossexuais, porém com baixa prevalência populacional da infecção mesmo nesses grupos de risco, ocorrendo principalmente na Ásia, no Pacífico Sul (exceto Austrália e Nova Zelândia, estes em Padrão I), no Oriente Médio, na Europa Oriental e em algumas áreas rurais das Américas.

No Brasil, detectou-se inicialmente a epidemia de HIV/AIDS no estado de São Paulo, sendo que a primeira notificação feita em Minas Gerais ocorreu no ano de 1986¹.

Na década de 90, inúmeras modificações epidemiológicas, na abordagem clínica, na condução propedêutica e na terapêutica aconteceram em torno deste agravo. Isso trouxe significativas repercussões nas formas de expressão do HIV/AIDS através dos lugares e das pessoas ao longo do tempo, além de alterar substancialmente perfis de morbimortalidade pelo mundo afora³.

Essas mudanças vêm determinando alterações na estrutura demográfica e no perfil cultural de determinados grupos populacionais^{4,5}, reordenando paradigmas éticos, sociais e comportamentais. Vêm estabelecendo verdadeira convulsão no pensamento e nas práticas individuais, modificando concepções sobre a vida e a morte e alterando valores e princípios ideológicos ao interferir no inconsciente individual e coletivo^{6,7}.

Em conseqüência, têm sido tantas e tão intensas as atividades de pesquisa e intervenção, que foi raro, na história, avanço científico comparável ao que se alcançou em relação ao HIV/AIDS em suas duas primeiras décadas de existência.

Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Barbacena – MG.
Mestre em Medicina Tropical pela UFMG
Doutorando em Infectologia e Medicina Tropical pela UFMG

Trabalho realizado sob a orientação do Prof. Dr. Carlos Maurício de Figueiredo Antunes, dentro do Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical da UFMG

Endereço para correspondência:
R. Licínio Dutra, 571 – Bairro Angélica
CEP 36400-000 – Conselheiro Lafaiete – MG
Telefone: (31) 3762-1397
Fax: (31) 3769-2541
E-mail: bernardino@viareal.com.br

Data de Submissão:
02/06/03
Data de Aprovação:
10/08/04

Evidenciou-se, nesse contexto, o debate antropológico, social e econômico sobre um cenário injusto de convivência individual, coletiva, comunitária ou internacional, anteriormente omisso e tolerado, mas que foi proclamado pela presença do HIV/AIDS nos indivíduos e entre os povos⁷.

Na primeira década, foi lançado o aquecimento ao travarmos nosso contato inicial com a pandemia; na segunda década, entramos em ebulição ao reagirmos contra ela; na terceira, que estamos iniciando, não temos muita certeza do que acontecerá.

A AIDS E A EPIDEMIOLOGIA

Estudos sobre HIV/AIDS eram feitos, mais frequentemente, sobre as respectivas ocorrências nos Estados Unidos, Europa e África¹.

Desde que se reconheceu a pandemia de AIDS no mundo, as pesquisas sobre a patogênese desta forma de adoecimento e sobre a biologia do HIV vêm se desenvolvendo muito rapidamente. Isso implica, conseqüentemente, a construção paralela do conhecimento da respectiva epidemiologia e de formas de abordagem profilática e terapêutica⁸.

Este mesmo desenvolvimento, de maneira aplicada e acoplado ao desenrolar natural da pandemia, começou a descaracterizar os padrões de transmissibilidade do HIV descritos pela OMS (Padrões I, II e III), os quais começaram a se imiscuir no tempo, no espaço e nas pessoas⁹. Fala-se, inclusive, em instabilidade, dinamismo e volatilidade epidemiológica da pandemia de HIV/AIDS³.

É consenso, hoje, que os aspectos ligados ao risco de infectividade pelo HIV estão sofrendo modificações. Observou-se, por exemplo, o crescimento da participação proporcional das mulheres no grupo de pessoas com AIDS, a expansão da transmissão heterossexual do HIV e a repercussão disso devido ao maior envolvimento de crianças dentro dos Estados Unidos, nas décadas de 1980 e 1990^{8,10,11}.

Comparando-se a Europa Oriental com a Ocidental, percebe-se que a maturação local da epidemia, dependente do tempo decorrido desde a introdução do HIV em cada país, é importante fator diferenciador do perfil epidemiológico do HIV/AIDS entre países desenvolvidos, quando analisados simultaneamente¹².

Sob o aspecto antropológico, determinantes geográficos e sociais de ligação das pessoas ao HIV e à AIDS também já vinham se observando e se transformando. A partir de 1990, notou-se o aumento proporcional de pessoas vivendo em zona rural, migrantes, negros e mulheres entre os notificados com AIDS na África³ e nos Estados Unidos¹³. Em função disso, dentre outros aspectos, surgiu

a preocupação com o crescimento da presença do HIV/AIDS entre comunidades desprovidas de suporte social e recursos assistenciais específicos¹³⁻¹⁵.

A própria OMS previu, em 1993, que chegaríamos ao ano 2000 com 90% dos casos de AIDS ocorrendo em países subdesenvolvidos, com metade das ocorrências em mulheres^{14,16}.

Nota-se ainda o crescimento da AIDS entre crianças e jovens, com o aumento proporcional da participação de usuários de drogas injetáveis e com a diferenciação regional dos padrões epidemiológicos de expressão da AIDS inter e intracomunidades¹⁷.

A definição de grupo populacional de risco começou a ficar confusa, de difícil caracterização. Talvez não houvesse mais grupo de risco, mas local ou circunstância de risco, cultura de risco, momento de risco, política de risco, economia de risco; ou o risco era multifatorial.

Isso terá, certamente, sido o marco da conceitualização do que hoje chamamos vulnerabilidade ao HIV. O conceito de vulnerabilidade, de certo modo, veio substituir o conceito de risco, por sua melhor expressividade em caracterizar o conjunto de fatores facilitadores da oportunidade de contato entre o indivíduo e o vírus da imunodeficiência humana^{18,19}.

De fato, este novo conceito e suas implicações vêm valorizando e contribuindo para o desenvolvimento e a aplicação da epidemiologia descritiva, em cujos métodos e objetos incorporam-se eventos socioeconômicos, culturais, antropológicos, históricos e vários outros, possibilitando um aperfeiçoado potencial analítico para a tomada de decisões^{3,20}. Talvez este seja o ponto de convergência entre os métodos quantitativos e qualitativos em epidemiologia²¹. Mesmo porque não há mais dúvidas sobre a relação direta entre as transformações socioeconômicas mundiais vistas nas duas últimas décadas e a trajetória da pandemia de HIV/AIDS²².

A respeito do encontro da epidemiologia com as ciências sociais e humanas, percebe-se, não só em relação ao HIV/AIDS, a necessidade de *desnaturalizarem-se os indicadores, evidenciarem-se reducionismos[...] trazer para a pauta do debate a lógica interna dos grupos sociais, que costuma ficar oculta sob os números e são essenciais para a eficácia das propostas de saúde*²³.

É, pois, com este olhar, que ora se descreve a polarização das diferenças epidemiológicas da AIDS entre diversos grupamentos sociais, mais notáveis a partir de 1995²⁴. Considera-se, nessa descrição, a evolução natural da pandemia, mediada pelas multifacetadas consideradas, e a grande diferença de oportunidade de acesso aos recursos terapêuticos que se estabeleceu entre as diversas nações e entre diversos grupamentos sociais dentro de uma mesma nação.

Diante desse conjunto de transformações, cada grupo sociocultural passou à necessidade de ver a AIDS de forma particular, mas também de utilizar para isso experiências de outros grupamentos. Não é aplicável a importação de modelos padronizados de controle nem o estabelecimento de um modelo próprio e exclusivo, uma vez que a pandemia de HIV/AIDS é configurada por milhares de pequenas epidemias em oscilação no tempo, no lugar, na extensão e na população afetada^{3,9,25-27}.

Neste momento, constata-se que o avanço tecnológico e assistencial suportado por vultoso investimento econômico não foi suficiente para o controle da situação. Fez-se necessária, também, uma epidemiologia arrojada, capaz de contribuir para o enfrentamento de tamanho desafio, principalmente porque, apesar dos avanços que o conhecimento e a prática assistencial-terapêutica vinham alcançando até então, não se conseguia vislumbrar um futuro para o HIV/AIDS que não fosse muito sombrio e negativista; temerário inclusive. A pandemia insistia e persistia em sua voraz extensão e expansão, sem que uma resistência concreta e efetiva conseguisse se impor¹⁷.

As novas oportunidades terapêuticas e abordagens profiláticas só estavam alterando a trajetória da pandemia por entre os lugares e as pessoas, sem impedir o seu incessante crescimento e difusão espacial¹⁷.

As freqüentes publicações sobre epidemiologia da AIDS por localidades ou comunidades específicas, com a tentativa de comparação de alguns achados com outros, vêm possibilitando a caracterização das várias epidemias de HIV/AIDS pelo mundo afora. Cada uma com um certo grau de confinamento a grupos populacionais vivendo em considerações sociais e antropológicas relativamente uniformes.

Dessa forma, configuram-se novos padrões para a AIDS, não muito diferentes do que propunha a OMS (Padrões I, II e III), porém em maior número de formatos, multivariados, heterogêneos e multifacetados, os quais exigem que as intervenções para o controle sejam providenciadas quase que sob medida específica para cada situação ou região em particular.

É nesse espaço que a ciência epidemiológica se destaca como recurso de estratégica importância, determinando sua efetiva participação e esmerando seus próprios métodos e conceitos, conjugando fenômenos de caracterização coletiva com particularidades microcósmicas, ao adequado entendimento e ao controle da pandemia de HIV/AIDS^{3,21,22,28}.

Entretanto, há um novo desafio à epidemiologia descritiva: a caracterização de padrões sociais de comportamento e vulnerabilidade que identifiquem subconjuntos populacionais, porém sem a definição de fronteira geográ-

fica entre esses indivíduos ou subconjuntos, de modo que os diferentes grupos estejam dispersos e imiscuídos por entre os espaços. Assim, é clara a definição dos momentos e das pessoas, mas obscura a definição dos espaços^{20,29}.

Este raciocínio pode ser exemplificado com a observação de que em um mesmo lugar podem fluir pessoas diferentes, vivendo considerações epidemiológicas desiguais, em tempos não necessariamente idênticos; ou em diferentes lugares ao mesmo tempo, pessoas semelhantes vivendo considerações epidemiológicas parecidas; ou em momentos diferentes e lugares diversos, pessoas semelhantes vivendo considerações epidemiológicas identificáveis. Certamente, isso é fruto da relação de vizinhança entre a desigualdade, característica social típica dos tempos modernos e já notada pela epidemiologia.

Enfim, a compreensão da AIDS partiu de um princípio biológico, avançou por caminhos epidemiológicos e transcende fenômenos e relações individuais e sociais de toda a ordem^{22,29}.

O HIV/AIDS COMO UM FENÔMENO ANTROPOLÓGICO-SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM ALGUNS CONCEITOS EPIDEMIOLÓGICOS

O acúmulo de problemas sociais não resolvidos sobre um mesmo grupo populacional, como a ocorrência de deficiências simultâneas em educação, habitação, saneamento, oportunidade de trabalho, desrespeito aos direitos humanos, entre outros, é o que constitui o nicho ecológico onde se desenvolve o HIV nos dias atuais^{22,25}. Este tem sido o fator aproximador das pessoas ao agravo, constituindo-se este nicho ecológico no determinante e estabilizador dos padrões de vulnerabilidade que diferenciam as diversas epidemias de HIV/AIDS pelo mundo.

A desestruturação social conseqüente à desproteção do cidadão por parte do Estado, rompendo os mecanismos de garantia de liberdades e direitos individuais, numa realidade avessa ao discurso oficial, conduz os grupamentos populacionais a práticas privadas e não solidárias de convívio comunitário. Este contexto obstrui a inserção de políticas educacionais para a prevenção do HIV/AIDS, uma vez que elas exigem intervenção direta em valores individuais e escolhas privadas de foro absolutamente íntimo. Neste momento, é plenamente compreensível a recusa da influência externa no único componente da vida em que o cidadão experimenta alguma liberdade: a sua intimidade.

A AIDS permeia entre o interesse individual e a necessidade coletiva, entre a disputa pelo indivíduo e pela sociedade, entre a injustiça social e a cidadania e entre a legalidade e a marginalidade²⁸. Esta fronteira, habitada pelo

HIV, torna extremamente complexa a abordagem dos ideais de saúde pública para o controle dessa pandemia.

Este nicho ecológico, ao ser incorporado dentro do conceito de vulnerabilidade, permite uma compreensão mais clara do próprio conceito, em que as relações de poder, sob quaisquer de suas formas de manifestação, participam da determinação do risco não só da transmissibilidade, mas também da evolução clínica do HIV/AIDS nos indivíduos.

Chega, então, o momento de novo conceito além daquele relativo à vulnerabilidade: o de sinergia epidemiológica, que diz respeito ao potencial que a associação entre dois ou mais fatores – cofatores – têm de intensificar determinado risco. Descrevem-se, inclusive, a sinergia epidemiológica entre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, por um lado^{14,30}, e a sinergia epidemiológica entre eventos sociais, econômicos e antropológicos com a transmissibilidade do HIV. Configura-se a AIDS como uma sindemia, ou seja, uma epidemia determinada pelo evento da sinergia²².

Focalizando estes dois conceitos na epidemiologia do HIV/AIDS, podemos entender a sinergia como um modulador da vulnerabilidade, de modo que a forma da relação entre os fatores sinérgicos determina o padrão de vulnerabilidade de indivíduos ou populações ao HIV.

Por estas vias, estabelecem-se, por exemplo, os diferenciadores e as implicações do HIV/AIDS entre homens e mulheres, como um dos reflexos da manifestação de um determinado tipo de relação de poder³, com influências e repercussões sociais extremamente importantes. Por essa via, emerge uma população de jovens, de crianças, enfim, surgem futuras gerações, ou imensas coortes, infectadas pelo HIV desde o nascimento.

De maneira análoga ao que acontece entre heterossexuais masculinos e mulheres, os homens que fazem sexo com homens na condição de parceiro ativo penetrante não se consideram homossexuais pela sua própria representação do masculino nessa relação, enquanto o homem passivo no contexto dessa prática sexual, ao representar o componente feminino, submete-se ao mesmo mecanismo da opressão; agravado ainda por cobranças sociais e culturais preconceituosas, marginalizantes e intolerantes à indefinição do papel sexual³¹.

Exemplifica-se esta relação de poder através da violência que deriva do preconceito e da intolerância comportamental, usando o modelo do que acontece aos travestis brasileiros, que os transforma na categoria social de maior vulnerabilidade ao HIV no contexto destas relações sociais de opressão^{18,32}.

Diferentemente do que acontecia no início da pandemia, em que o privilégio do poder econômico parecia

muito favorável à transmissibilidade do HIV/AIDS dentre o grupo vitimado por esta oportunidade¹, estamos observando que os infectados de hoje são mais pobres^{29,33}. Provavelmente, isso ocorre pela razão já citada: a nova ordem econômica mundial estabelecida a partir do final da década de 1980²².

Este modelo de desenvolvimento está diferenciando grupos populacionais como se fossem subespécies humanas; assim, temos a subespécie dos pobres e a subespécie dos ricos, cuja diferença vai desde a desigualdade no acesso às oportunidades sociais a padrões de longevidade, fecundidade, morbidade, mortalidade e fenótipo derivado das condições de vida. O resultado é a configuração de uma subespécie informada, produtiva, predominantemente sadia, com privilegiada capacidade cognitiva e de elevada estatura, por exemplo, e outra composta por indivíduos sem informação, de baixa capacidade de produção, sofrendo continuamente de diversas doenças e composta por indivíduos de menor compleição física e mental.

Este diferenciador está, então, assumindo maior determinância do que eventos genéticos ou biológicos na geração de doenças e na configuração de padrões epidemiológicos de morbidade e mortalidade dentro da população^{4,34}.

O acúmulo, tanto da riqueza de um lado, quanto da pobreza de outro, através de eventos respectivamente sinérgicos que conduzem os indivíduos ao extremo de cada grupo, está especificando com muita clareza o que diferencia uma subespécie humana da outra. Nesse contexto, define-se qual dessas subespécies sociais será propriedade do HIV/AIDS.

Dentro dessa perspectiva, emergentes, na verdade, não são determinados grupos de doenças infecciosas, mas novos modos de vida em sociedade que trazem consigo o ressurgimento e o surgimento de determinadas nosologias¹².

O que se percebe neste momento é que a eficácia da medida de intervenção direta sobre o HIV/AIDS em uma população só é positiva se providências de suporte mais do que social estiverem incorporadas em seu contexto³. Isso, na verdade, é complexo e muito exigente sobre a epidemiologia, ao apontar, como um caminho para o controle da pandemia de HIV/AIDS, a necessidade de um modelo metodológico que intervenha sobre fenômenos sociais, antropológicos e comportamentais de interações individuais complexas e, muitas vezes, ainda incompreensíveis³⁴.

Quadro 1 - Sinopse histórica de alguns paradigmas epidemiológicos relacionados à pandemia de HIV/AIDS

Marcador	Década de 1980	Primeira metade da década de 1990	Segunda metade da década de 1990	Perspectivas futuras
RISCO	- Epidemia restrita a grupos de risco definidos;	- Expande-se o que se determina por grupo de risco.	- Espectro de grupo de risco muito amplo e incorporando determinantes socioeconômicos.	- Sólida relação com determinantes sociais, antropológicos, econômicos e políticos.
PESSOAS	- Afeta predominantemente homossexuais masculinos de elevado nível socioeconômico.	- Afeta também mulheres. - Importante entre usuários de drogas injetáveis.	- Heterossexualização bem definida. - Muito importante na mulher, principalmente quando envolve a reprodução. - Importante na infância. - Pauperização. - Muito importante entre usuários de drogas injetáveis.	- Doença crônica de alta prevalência, indiferente a sexo e faixa etária. - Predominante em indivíduos inseridos em contexto socioeconômico injustiçado; - Importante entre usuários de drogas injetáveis.
MORBIMORTALIDADE	- Absolutamente letal.	- Limitada possibilidade terapêutica (é possível apenas melhorar a qualidade de vida restante). - Elevada morbi-mortalidade.	- Não letal. - Doença crônica controlável por terapêutica específica. - Redução acentuada da morbi-mortalidade.	- Doença crônica não letal, de baixa morbi-mortalidade, porém com sérios problemas ligados à toxicidade derivada do tratamento. Problemas com resistência do HIV aos anti-retrovirais. - Inviabilização econômica da assistência. - Progressos no arsenal terapêutico. - Vacina e terapia genética.
EXPRESSÃO EPIDEMIOLÓGICA	- Apresentação epidemiológica homogênea.	- Heterogeneização epidemiológica; - Expressão pandêmica;	- Epidemia cosmopolita.	- Endemia cosmopolita com padrões epidemiológicos dependentes dos respectivos nichos ecológicos. - Redefinição dos espaços.
LUGAR	- Predominante nas grandes cidades.	- Predomina nas grandes cidades. em rota de migração periférica.	- Interiorização.	- Difusa por todos os lugares.
ABORDAGEM	- Considerada sob a ótica da epidemiologia descritiva tradicional.	- Novos dilemas epidemiológicos.	- Epidemiologia multidisciplinar. - Novos conceitos epidemiológicos.	- Novo modelo epidemiológico incorporando técnicas de avaliação de desigualdades e outras oriundas de disciplinas correlatas.
PREVENÇÃO	- Profilaxia restrita ao grupo de risco.	- Definição de medidas profiláticas específicas.	Profilaxia bem definida, divulgada e incentivada.	- Nova cultura social e consciência profilática alternativa.
REPERCUSSÃO POPULACIONAL	- Sem significado demográfico.	- Pouco significado demográfico.	- Importante significado demográfico.	- Influência decisiva na pirâmide populacional de determinadas comunidades.

Em síntese, resumimos no Quadro 1 a evolução epidemiológica do HIV/AIDS ao longo da história, segundo alguns marcadores específicos.

ABSTRACT

Detected initially in the 70's in underdeveloped countries, the pandemicity of HIV/AIDS expanded very quickly to whole planet. Still unstable, but with some defined configuration lines, it spreads among the lower social classes, an ecological niche of smaller resistance to its difusion, reflecting the unfair income distribution. It elicits cultural, anthropological, social, and scientific reactions that transform patterns of behavior, demographic and political structures of coexistence. At

the same time, epidemiology becomes important in the study of this pandemicity. At the third decade of HIV/AIDS, the future of this disease in unpredictable.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome / epidemiology; Acquired immunodeficiency syndrome / history; Socioeconomic factors; Prejudice; Power (Psychology)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Paulino UHM. Contribuição ao estudo da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em Minas Gerais: estudo sistematizado de 549 indivíduos com atividade de risco

- para infecção [tese]. Belo Horizonte, MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 1989.
- 2- Sato PA, Chin J, Mann JM. Review of AIDS and HIV infection: global epidemiology and statistics. *AIDS* 1989; (Suppl 3):1S301-7.
 - 3- Mann JM. AIDS - the second decade: a global perspective. *J Infect Dis* 1992; 165:245-50.
 - 4- Gaylin DS, Kates J. Refocusing the lens: epidemiologic transition theory, mortality differentials, and the AIDS pandemic. *Soc Sci Med* 1997; 44:609-21.
 - 5- Stratigos JD, Tzala E. Global epidemiology of HIV infection and AIDS. *Clin Dermatol* 2000; 18:381-7.
 - 6- Galvão O J. AIDS e imprensa: um estudo de antropologia social. Rio de Janeiro: [s.n]; 1992. 230p.
 - 7- Parker R, Terto JR V, Raxach JC. Respostas ao HIV na América Latina. *Bol. da Assoc. Bras Interdisc. AIDS – ABIA. Bol Esp sobre Violência Estrut, Desig Social e Vulnerabilidade ao HIV/AIDS*, 2000; 44:2-3.
 - 8- Cohn JA. Human immunodeficiency virus and AIDS. 1993 update. *J Nurse Midwifery* 1993; 38:65-85.
 - 9- Berkely S. AIDS in the developing world: an epidemiologic overview. *Clin Infect Dis* 1993; (supl 17):10036.
 - 10- Ellerbrock TV, Rogers MF. Epidemiology of human immunodeficiency virus infection in women in the United States. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1990; 17:523-44.
 - 11- Donovan CA, Stratton E. Changing epidemiology of AIDS. *Can Fam Physician* 1994; 40:414-20.
 - 12- Hamers FF, Downs AM, Infuso A, Brunet JB. Diversity of the HIV/AIDS epidemic in Europe. *AIDS* 1998; (Suppl 12): AS63-AS70.
 - 13- Graham RP, Forrester ML, Wysong JA, Rosenthal TC, James PA. HIV/AIDS in the rural United States: epidemiology and health services delivery. *Med Care Res Rev* 1995; 52:435-52.
 - 14- Stoneburner RL, Sato P, Burton A, Mertens T. The global HIV pandemic. *Acta Paediatr (Suppl)* 1994; 4001-4.
 - 15- Dore GJ, Kaldor JM, Ungchusak K, Mertens TE. Epidemiology of HIV and AIDS in the Asia-Pacific region. *Med J Aust* 1996; 165:494-8.
 - 16- Liguori L. La mujer y la situación cambiante del SIDA en México. México; 1990.
 - 17- Ward JW, Duchin JS. The epidemiology of HIV and AIDS in the United States. *AIDS Clin Rev* 1997-8; 1-45.
 - 18- Cáceres CF. Opressão sexual e vulnerabilidade ao HIV. Boletim da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA. *Bol Esp sobre Violência Estrutural, Desigualdade Social e Vulnerabilidade ao HIV/AIDS* 2000; 44:10-11.
 - 19- Torres M. Trocando idéias com Otávio Cruz Neto. Um país de desigualdades. Boletim da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA. *Bol Esp sobre Violência estrutural, Desigualdade Social e Vulnerabilidade ao HIV/AIDS*, 2000; 44:6-7.
 - 20- Barcellos C, Bastos FI. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. *Bol. Ofic Sanit. Panam* 1996; 121:11-24.
 - 21- Bastos FI, Barcellos C. Geografia social da AIDS no Brasil. *Saúde Publ* 1995; 29:52-62.
 - 22- Parker R, Camargo JR KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saúde Públ* 2000; 16:89-102.
 - 23- Minayo MCS. O diálogo necessário entre a epidemiologia e as ciências sociais e humanas na promoção da saúde. *Informe Epidemiol SUS* 2000; 9:227-8.
 - 24- De Cock KM, Weiss HA. The global epidemiology of HIV/AIDS. *Trop Med Int Health* 2000; 5:A3-A9.
 - 25- Mann JM, Tarantola DJ. HIV 1998: the global picture. *Sci Am* 1998; 279:82-3.
 - 26- Quinn TC. The epidemiology of the acquired immunodeficiency virus. *Ann Emerg Med* 1990; 19:225-32.
 - 27- Grant AD, De-Cock KM. The growing challenge of HIV/AIDS in developing countries. *Br Med Bull* 1998; 5:369-81.
 - 28- Cohn A. Considerações acerca da dimensão social da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A epidemia de AIDS no Brasil: situação e tendências. Brasília: Ministério da Saúde; 1997:45-53.
 - 29- Cruz MM. A epidemia de HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro e seus padrões de espacialidade. Rio de Janeiro: [s.n]; 1999:119.
 - 30- Wasserheit JN. Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1992; 19:61-77.
 - 31- Parker R. Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA 1997:182.
 - 32- Mott L. Travestis: a subcultura da violência. Boletim da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA. Boletim especial sobre violência estrutural, desigualdade social e vulnerabilidade ao HIV/AIDS 2000; 44:4.
 - 33- Brito A M, Castilho E A, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop* 2000; 34:207-17.
 - 34- Barbosa MTS, Byinton MR, Struchiner CJ. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia de HIV. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:37-51.