

5. Da Persistência das Metáforas estigma e discriminação & HIV/Aids

Francisco Inácio Bastos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BASTOS, F.I. Da Persistência das Metáforas: estigma e discriminação & HIV/Aids. In: MONTEIRO, S., and VILLELA, W. comps. *Estigma e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, pp. 91-103. ISBN: 978-85-7541-534-4. <https://doi.org/10.7476/9788575415344.0007>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

5

Da Persistência das Metáforas: estigma e discriminação & HIV/Aids

FRANCISCO INÁCIO BASTOS

*relógio que tivesse
o gume de uma faca
e toda a impiedade
de lâmina azulada*

J. C. Mello Neto, “Uma faca só lâmina
ou serventia das ideias fixas”, 1955

Desdobrando as análises de seu livro anterior – *A Doença e suas Metáforas*, de 1978 –, *Aids e suas Metáforas*, da ensaísta norte-americana Susan Sontag, lançado em 1988, demonstra, mais uma vez, o caráter persistente e mesmo obsedante das metáforas associadas a determinadas doenças como a Aids, metáforas que se aproximam da “Faca só lâmina” do poeta pernambucano João Cabral de Mello Neto, poema que tece infinitas variações sobre um conjunto restrito de metáforas caras ao autor, num torneio estilístico que ilustra, à perfeição, o que ele menciona já desde o subtítulo: a “Serventia das ideias fixas”.

A Aids, hoje na sua quarta década, ilustra perfeitamente essa capacidade obsedante das metáforas de estigmatizar e discriminar, como no “relógio que tivesse o gume de uma faca e toda a impiedade de lâmina azulada”. Como mostrarei a seguir, nos países que contam há uma década e meia com a terapia antirretroviral

de alta potência (HAART em seu acrônimo em língua inglesa), as eternamente renovadas metáforas sombrias vinculadas à Aids, como a morte iminente ou o corpo emaciado, guardam muito pouca ou nenhuma relação com o mundo real, assim como a epidemia inteiramente fora de controle se mostra uma previsão inteiramente incorreta do seu curso real em anos recentes.

Obviamente, a fração majoritária dos desvalidos do mundo continua a se defrontar com uma epidemia que avança (na maioria dos países mais afetados, na direção de uma hiperendemização, ou seja, de um fenômeno persistente, com taxas de infecção elevadas). Essa tendência à persistência da Aids seria basicamente tributária da falta de vontade política, do descaso e da negação em garantir o acesso dessas populações à HAART, assim como em implementar de fato um conjunto de medidas de prevenção consagradas pela experiência empírica e por três décadas de pesquisa.

No momento em que escrevi a primeira versão deste texto (15 de maio de 2011), recebi, por correio eletrônico, a enésima declaração de que viria a ser signatário, dessa feita como membro do assim denominado UN [United Nations] Reference Group on HIV and Injecting Drug Users, para a também enésima reunião de alto nível das Nações Unidas acerca da necessidade de se implementar um pacote mínimo de intervenções dirigidas aos usuários de drogas injetáveis. Trata-se de medidas que vão da prevenção da infecção pelo HIV (como a provisão de metadona como terapia de substituição para pacientes dependentes de drogas opiáceas e acesso a seringas estéreis) ao acesso em si à HAART, inexistente ou seletivamente subtraído a essa população em diversos países.

Muito provavelmente, alguns Estados nacionais, como a Rússia, seguirão alegando que a terapia de substituição com metadona é uma atividade criminosa, na opinião dos seus inteiramente defasados (mas nem por isso menos poderosos ou onipresentes) “narcologistas”, profissionais que comandam o campo da prevenção e tratamento do abuso de substâncias desde os primórdios da finada União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS).

Também muito provavelmente diversos profissionais da saúde continuarão a negar acesso dos usuários de drogas à terapia, em virtude da tão repetida cantilena de que “de nada adianta implementar a HAART nessa população” ou que “dadas as características dessa população, daí emergirá um quadro de pronunciada e incontrolável resistência viral”. Esses mesmos argumentos se repetem *ad nauseam* há décadas, a despeito do fato de que diversos programas multiprofissionais (não resta dúvida que complexos e muitas vezes dispendiosos) são capazes de implementar com

sucesso a terapia antirretroviral nessa população (Malta *et al.*, 2008, 2010) e manter a resistência viral em níveis comparáveis àqueles observados nas demais populações (Werb *et al.*, 2010). Obviamente, tais programas exigem uma fina sintonia entre as demandas dessa população e a oferta de serviços por parte dos sistemas de saúde nacionais ou locais, e parece a vários gestores e profissionais mais cômodo e simples lançar mão das surradas metáforas, legitimando a falta de ação e a inércia por meio dos renovados preconceitos.

Nada de muito diferente é evidenciado em outras populações vulneráveis ao HIV/Aids em diversos contextos, como é o caso dos homens que fazem sexo com homens. Para surpresa de muitos, alguns países islâmicos tradicionais, como o Irã, vêm implementando diversas iniciativas de redução de danos entre usuários de drogas, o que aparece combinado de forma inusitada a uma política de drogas francamente repressiva, incluída aí a repressão ao álcool, substância de uso ilícito em países muçulmanos, e a pena de morte para traficantes de drogas e álcool. Retomando o raciocínio de um artigo anterior,

A justificativa que as próprias lideranças islâmicas oferecem para políticas de drogas e Aids tão curiosas aos olhos de profissionais da saúde e ativistas ocidentais é de que a Sharia [o código de normas e condutas, derivado da religião islâmica] privilegiaria, acima de tudo, a defesa da vida, ainda que em contraposição a comportamentos que, por si sós, seriam contrários, e mesmo ofensivos, aos mandamentos religiosos. (Kamarulzaman & Saifuddeen, 2010, tradução minha)

O que não fica claro, ao menos para a maioria dos especialistas ocidentais não versados na hermenêutica da Sharia, é por que raciocínio idêntico – de privilégio da defesa da vida, acima e além de quaisquer outras considerações – não é aplicado à prevenção da Aids entre homens que fazem sexo com homens. A resposta habitual, que provém das estatísticas oficiais, é que tais ações não seriam possíveis, uma vez que tal segmento não existiria. Portanto, nos vemos às voltas aqui com uma situação *sui generis*: a inexistência formal de uma categoria faz com que as políticas públicas voltadas para tal categoria também inexistam, num círculo vicioso de reinterpretação da realidade que faria inveja às formulações de George Orwell no seu célebre romance *1984*.

Portanto, à maneira das “mulheres de Atenas”, em que a célebre metáfora grega da trama eternamente tecida e desfeita chega à música popular brasileira na voz de Chico Buarque (“Quando eles embarcam soldados / Elas tecem longos bordados”), o trabalho dos ativistas e pesquisadores tem sido não apenas formular, implementar e avaliar programas de prevenção e tratamento, como também destecer

“longos bordados”, eternamente refeitos pelas bordadeiras de sempre – indivíduos, grupos e Estados – que, entre a negação e o preconceito explícito, tecem as mesmas metáforas, tão gastas como permanentemente renovadas.

Um Pouco de Epidemiologia

Do ponto de vista epidemiológico, não faz mais sentido falar na disseminação do HIV/Aids como um fenômeno propriamente epidêmico em termos globais, o que não vai de encontro à sua gravidade e magnitude, ambas inquestionáveis, em diversas regiões do planeta, mas sim à sua progressiva endemização, transcorridas três décadas.

As tendências atuais desse processo de disseminação ainda apresentam eventuais picos epidêmicos em circunstâncias específicas. Algumas das tendências mais recentes são a disseminação rápida e intensa do HIV entre usuários de drogas injetáveis em alguns países e, mais especificamente, localidades, do Leste europeu, após o colapso dos antigos regimes comunistas, e o conseqüente desmantelamento de serviços de saúde locais e profunda redefinição de valores sociais e da dinâmica demográfica e econômica.

Em outros locais, como o vasto e profundamente diverso território indiano, ocorre antes uma coexistência de disseminação acelerada (por exemplo, entre mulheres profissionais do sexo e seus clientes na região Sul e usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais na região Nordeste do país), endemização (por exemplo, em cidades de maior porte e que enfrentaram a epidemia por décadas, como Mumbai) e uma disseminação de magnitude muito restrita em outras localidades e segmentos sociais, o que nos faria definir a situação indiana como um complexo mosaico, ou como a coexistência de situações epidêmicas, endêmicas e de não disseminação em um único Estado nacional (Vickerman *et al.*, 2010; Solomon *et al.*, 2010; Medhi *et al.*, 2011).

Portanto, do ponto de vista da saúde propriamente coletiva, nos vemos hoje diante de um quadro profundamente distinto daquele presente nas décadas iniciais da epidemia, que não apenas definiram os parâmetros de investigação e o repertório conceitual da epidemiologia do HIV/Aids como também plasmaram, em grande medida, o imaginário social.

Numa escala intermediária, há que se observar igualmente uma profunda transformação das redes sociais. Algumas delas foram literalmente arrasadas pela epidemia, por exemplo, em relação a segmentos sociais duramente afetados

pela epidemia nos seus primórdios, antes do advento da moderna terapia de alta potência, como certas redes de homossexuais masculinos ou pacientes politransfundidos, como os hemofílicos, ou ainda pessoas vivendo com Aids residentes em países da África Subsaariana, aonde a ampliação do acesso ao tratamento chegou tarde demais.

Em outras circunstâncias essas redes foram profundamente reconfiguradas (o que exploramos detalhadamente em trabalho anterior; ver Boily *et al.*, 2005), ou seja, a HAART trouxe de volta à interação social pessoas dela afastadas em virtude de estarem profundamente adoecidas ou terem falecido em consequência da progressão clínica da infecção pelo HIV, que, na ausência de terapia, se dava de forma bastante rápida.

Finalmente, em determinados contextos e/ou marcos temporais, há redes pouco ou nada afetadas pela epidemia, como entre as coortes mais jovens, nascidas em países onde a disseminação do HIV se tornou, ao longo dos anos, apenas residual, como nas classes médias e altas dos países escandinavos. Isso faz com que essas coortes de jovens se vejam como a “salvo de qualquer risco” e refratárias à testagem para o HIV, que enxergam como algo sem nenhuma justificativa, o que demanda das autoridades de saúde renovados esforços no sentido de aumentar a adesão à testagem e ao aconselhamento voluntários (Christianson, Berglin & Johansson, 2010).

No concernente à mortalidade associada à Aids, o progressivo refinamento das terapias antirretrovirais fez com que, em determinados países, que contam com serviços de saúde bem equipados, profissionais capacitados, amplo acesso aos recursos biomédicos mais modernos, as diferenças no âmbito da mortalidade entre pessoas vivendo com Aids e a população dita geral sejam de pequena monta. Por outro lado, além da imensa massa de “deserdados da Terra” que seguem sem receber qualquer tipo de terapia efetiva, persistem diferenciais de mortalidade relativamente elevados entre determinadas populações (como os usuários de drogas), estratos (invariavelmente em detrimento dos mais pobres e marginalizados) e localidades, mesmo em países que contam com um sistema público de saúde de bom padrão e amplo acesso aos antirretrovirais, como o Canadá (Lima *et al.*, 2010).

Diante desses achados empíricos, surpreende a persistência com que a Aids continua sendo vista em países como o nosso (onde o acesso à HAART é universal, como determinado por lei federal de 1996) como uma doença associada à morte iminente, que faz com que os pacientes fiquem, progressiva e inevitavelmente, emaciados, como na década de 1980. De modo geral, tais percepções não são

veiculadas de forma explícita, mas são perceptíveis em função do seu suposto inverso, como na ideia, ainda persistente entre diferentes populações, de que é seguro praticar sexo sem proteção com pessoas de “boa aparência” (Bertoni *et al.*, 2011).

Um Pouco de Clínica

O sucesso inequívoco da HAART em prolongar e aumentar a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV/Aids não está, de modo algum, a salvo de importantes efeitos colaterais e condições adversas de saúde. A progressiva introdução de terapias cada vez mais potentes, sob a forma de combinações complexas de diferentes medicamentos, vem alterando substancialmente as condições mórbidas mais frequentemente associadas à progressão da própria síndrome e, cada vez mais, associadas ao uso de esquemas terapêuticos mais potentes e passíveis de determinar novos efeitos colaterais.

No contexto da complexa epidemiologia contemporânea do HIV/Aids, nos níveis mundial, nacional e local, em que podem coexistir, em um mesmo espaço geográfico, epidemias em vias de hiperendemização e segmentos pouco ou nada afetados pela disseminação do HIV, como na Índia, assistimos a uma segunda combinação curiosa de apresentações opostas da síndrome clínica. O quadro atual lembra bastante a profunda transição nutricional hoje vivenciada pelo Brasil, com um decréscimo relevante, ainda que bastante heterogêneo, da desnutrição, combinado a um aumento progressivo do sobrepeso e obesidade (Shoerps *et al.*, 2011). Por vezes, uma mesma população brasileira (como entre crianças da cidade de São Paulo) apresenta, simultaneamente, prevalência relativamente elevada de sobrepeso/obesidade e de retardo do crescimento, condições tradicionalmente opostas (Novaes Oliveira, Martorell & Nguyen, 2010).

Da mesma forma, coexistem hoje no âmbito da clínica em HIV/Aids quadros de caquexia e progressiva debilitação, como entre muitos dos pacientes que não têm acesso à HAART ou pessoas que entram em terapia em estágios muito avançados da síndrome clínica, e preocupantes síndromes metabólicas, com redistribuição importante da gordura corporal, resistência à insulina e aumento da glicose sanguínea, além de aumento do colesterol e triglicerídeos (Signorini *et al.*, 2011).

Se respondêssemos hoje com um mínimo de coerência à pergunta veiculada, de forma ora acertada (no famoso bordão “quem vê cara não vê Aids”), ora estigmatizante, por diversas campanhas da mídia, sobre “qual é cara da Aids”, diríamos que a cara da Aids são todas ou não é nenhuma em particular. As pessoas

que vivem com Aids hoje são, em termos globais, tão diversas como são diversas quaisquer outras populações em um mundo profundamente heterogêneo e injusto. Por um lado, tal constatação pode levar a um desdobramento favorável, qual seja, a impossibilidade de dar concretude física ao estigma, o que estaria em oposição à sua conotação original de marca física (ou *stigmata* no termo original grego), presente tanto na tradição greco-romana quanto na judaico-cristã. Por outro lado, uma suposta “ameaça sem rosto” é algo profundamente assustador no imaginário social, como na película recentemente lançada por Pedro Almodóvar sobre um ser sem rosto próprio, em *La Piel que Habito* (2011).

Um Pouco de Bom Senso

Seria de se esperar que a progressiva (ainda que insuficiente e arrastada) ampliação da oferta de tratamento funcionasse na promoção de uma atitude menos estigmatizante e mais humana e pragmática em relação ao HIV/Aids, como antevisto, por exemplo, pelo grupo de profissionais da saúde haitianos e norte-americanos liderados pelo médico e antropólogo norte-americano Paul Farmer, ao implementarem programas pioneiros de atenção integral a pacientes haitianos (Mukherjee *et al.*, 2006).

Tal resposta, entretanto, foi observada na prática apenas em parte. Por um lado, mesmo programas consistentes, como o acima referido, se veem às voltas com dificuldades importantes quando esbarram em barreiras estruturais e em uma “sinergia de males” (expressão cunhada pelo antropólogo norte-americano Merrill Singer), quais sejam, as consequências de um terremoto devastador em um país já carente de infraestrutura mínima, hoje assolado por surtos de cólera, que se soma a miséria extrema, colapso do sistema de saúde e de apoio social, ausência de lideranças políticas e violência estrutural, como constatam os mesmos autores em artigo recente (Koenig *et al.*, 2010).

Em função dessas dificuldades e em meio a um clima geral de desesperança vigente no Haiti, os velhos temas da doença inevitavelmente debilitante e fatal, da impossibilidade de prover tratamento e da associação da Aids com outras doenças e condições de saúde de prevalência elevada, como a tuberculose e a desnutrição, ressurgem tanto no mundo da experiência empírica dos haitianos como nas representações sobre eles.

Não me surpreenderia se o infame quarto H das infelizes categorias inicialmente propostas pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – heroínômanos,

hemofílicos, homossexuais masculinos e haitianos – ressurgisse no mundo contemporâneo. Não sob a forma da farsa de que se revestiriam as repetições da história no modelo hegeliano-marxista, mas sob a perversa combinação de um mundo que não consegue resolver suas contradições estruturais, como os mais de dois séculos de sucessivas crises no Haiti, paradoxalmente país pioneiro da liberdade nas Américas, com a vitoriosa revolução dos ex-escravos de 1804. E onde metáforas obsedantes se repetem, com (como neste caso) ou sem base na realidade empírica.

O Estreitamento do Conceito de Prevenção

Tem se observado em anos recentes progressiva e triunfante hegemonia das intervenções preventivas biomédicas em detrimento daquelas baseadas na visão anterior, mais abrangente e atenta aos determinantes estruturais.

Fala-se mesmo em erradicação do vírus da Aids, ao arrepio de qualquer consideração ética quanto à operacionalização concreta das propostas em seres humanos vivendo em suas comunidades (para além dos modelos matemáticos, evidências experimentais e ensaios clínicos). A despeito da saraivada de críticas (ver, por exemplo, Garnett & Baggaley, 2009) que despertou há alguns anos a proposta de testagem e tratamento em massa de populações inteiras, inicialmente formulada por Granich e colaboradores (2009), a proposta de lançar mão de estratégias biomédicas para erradicar o HIV ressurgiu com força crescente, veiculada quase invariavelmente pelo mesmo grupo de proponentes, hoje amplamente hegemônico no cenário mundial (Cock *et al.*, 2009).

Parece que finalmente a comunidade biomédica internacional encontrou sua “bala mágica” (*magic bullet*), tão sonhada com relação ao controle das mais diferentes doenças sexualmente transmissíveis ao longo de mais de um século, em tentativas invariavelmente frustradas, como mostram a história (Brandt, 1987) e a renovada emergência e reemergência de cepas resistentes dessas mesmas doenças consideradas peças de museu, como é o caso da gonorreia (WHO, 2011).

As críticas aqui esboçadas não têm relação alguma com uma rejeição aos avanços da medicina (o que seria um paradoxo em um texto assinado por um pesquisador biomédico que trabalha exatamente na avaliação empírica dessas iniciativas), nem tampouco com uma proposta anticientífica em sentido mais amplo. Ao contrário, as inúmeras barreiras práticas à tradução de resultados obtidos por meio de ensaios clínicos em resultados palpáveis ao nível das comunidades mais afetadas é moeda

corrente na epidemiologia clássica (Victora, Habitch & Bryce, 2004) e não deveria mais causar surpresa aos arautos das “balas mágicas”.

O imenso fosso que separa achados de ensaios clínicos e o mundo real é perpassado pelas desigualdades econômicas, sociais e de gênero, pelo estigma e discriminação, pela falta de vontade política, pela má gestão de recursos e pela sua escassez, pela falta de preparo e sensibilidade dos profissionais da saúde ao lidarem com populações marginalizadas. Não fosse assim, todas as doenças imunopreveníveis estariam definitivamente erradicadas, a despeito de inegáveis avanços em várias áreas, e todas as doenças tratáveis e preveníveis por algum método biomédico de comprovada efetividade, como a tuberculose, não integrariam um “museu de grandes novidades”, como na música de Cazuza, às voltas com a tuberculose multirresistente.

Entre o catastrofismo da década de 1980, que previa uma epidemia descontrolada e a emergência e transmissão em massa de cepas resistentes em países como o Brasil (ver crítica em Remien *et al.*, 2003), e o triunfalismo contemporâneo, cabe atentar tanto para a complexidade e dinâmica do social quanto para a complexidade e dinâmica do mundo natural, como mostrou o velho Charles Darwin. Causa espanto que uma e outra dimensão sejam constantemente ignoradas em larga medida pela biomedicina contemporânea, o que me surpreende particularmente no caso de Darwin, em função do fato de a biologia moderna simplesmente não fazer sentido na ausência da sua dimensão evolutiva.¹

Quanta à falta de atenção dos profissionais da saúde às dimensões psicológicas e sociais do cuidar, a literatura é tão ampla e as queixas dos pacientes tão frequentes que talvez caiba citar aqui somente uma referência clássica, hoje infelizmente esquecida em nossos meio. O trabalho do médico e psicanalista húngaro Michael Balint² mostra que essas questões e dificuldades nada têm de novo, ainda que se mostrem incrivelmente persistentes, como as metáforas obsedantes que deixam de enfrentar.

À Guisa de Conclusão (provisória)

Transcorridas mais de três décadas da emergência da infecção pelo HIV como a mais dramática pandemia desde a peste negra, muito se avançou do ponto de

¹ Tal discussão foge aos propósitos deste texto, tendo sido tematizada por nós em trabalhos anteriores (Bastos, 2009, 2010).

² Disponível em: <americanbalintsociety.org/content.aspx?page_id=22&club_id=445043&module_id=123029>. Acesso em: 18 fev. 2013.

vista científico, embora o mais das vezes os frutos desses progressos não se tenham transformado em benefícios para grande parte da humanidade.

Mesmo no âmbito da fração da humanidade que desfruta de melhores condições de vida e vive em sociedades que respeitam (ainda que apenas em parte) os direitos humanos fundamentais, as metáforas da morte iminente e da associação estreita com uma sexualidade que é objeto de recriminações, ocultações e disfarces persistem e se revestem de novas roupagens, como na violência homofóbica entre adolescentes e o fenômeno crescentemente relevante do *bullying*.

Há pelo menos uma década se discutem questões frequentemente mal formuladas, como o “fim da excepcionalidade da Aids”, a “normalização da Aids” e a “banalização da Aids”. Do meu ponto de vista, a Aids é uma condição extremamente grave, e, portanto, ‘excepcional’ em países que vêm sendo assolados de forma contínua e não contam com uma resposta efetiva à epidemia local, como é o caso de diversos países da África Subsaariana. Por outro lado, é um, dentre um complexo conjunto de problemas de saúde a serem enfrentados em países como o Brasil, que atravessa uma transição demográfica profunda, associada a uma transição nutricional e epidemiológica bastante mais complexa do que os cânones das “transições epidemiológicas” inicialmente formulados pelo pesquisador turco Abdel Omran, na década de 1970.³

Não concordo com a ideia de que esteja em curso uma banalização, seja lá o que isso significa, pois não me parece plausível que uma doença reconhecidamente grave possa se tornar algo banal. Por outro lado, a Aids poderia se tornar uma doença ‘normal’ (terminologia igualmente confusa), se com isso quisermos denominar doenças menos carregadas de metáforas destrutivas e paralisantes. Mas, em que pese a confusão terminológica, não me parece que qualquer doença grave esteja a salvo de metáforas destrutivas, como, aliás, mostrou a própria Susan Sontag, que iniciou sua análise na década de 1970, antes do advento da epidemia de Aids, com um livro sobre a tuberculose e o câncer.

Creio que nossa tarefa como ativistas e profissionais da saúde é destecer metáforas que contribuem para a estigmatização e marginalização das pessoas que vivem com HIV/Aids, assim como é nosso dever desfazer outras tantas metáforas relativas a pessoas que vivem com câncer ou Alzheimer. Entretanto, soa para mim

³ Ver debate relativamente recente sobre o conceito em: <www.hsph.harvard.edu/burdenofdisease/publications/papers/Epidemiological%20Transition%20Revisited.pdf>. Acesso em: maio 2011.

inteiramente ingênua a ideia de que essas metáforas simplesmente desapareçam como num passe de mágica. Ao lidar com temas complexos como a morte, a incapacidade, a sexualidade, o consumo de substâncias que modificam a percepção ou a consciência – seja com finalidades ditas recreativas, seja com finalidades terapêuticas, como os inúmeros quadros psiquiátricos graves associados, por exemplo, à dependência da morfina entre pacientes com câncer avançado, como nos exemplos da obra inicial e biografia do próprio Sigmund Freud –, essas metáforas ressurgirão, sempre um pouco distintas, sempre as mesmas em um sentido estrutural. Nossa tarefa é transformar essas repetições destrutivas em possibilidades de avanço, ainda que pequeno, como fez João Cabral ao transmutar suas próprias obsessões em um poema sutil, de grande beleza.

Referências

- BASTOS, F. I. From mother earth to social ecology: Darwin's legacy and the concept of environment in epidemiology. *Journal of Epidemiology Community Health*, 63(12): 958-959, 2009.
- BASTOS, F. I. Back to the basics: the dynamic of infectious diseases in context. *Oecologia Australis*, 14(3): 796-804, 2010.
- BERTONI, N. et al. Knowledge of Aids and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *Harm Reduction Journal*, 8: 5, 2011.
- BOILY, M. C. et al. The impact of the transmission dynamics of the HIV/Aids epidemic on sexual behavior: a new hypothesis to explain recent increases in risk taking-behavior among men who have sex with men. *Medical Hypotheses*, 65(2): 215-226, 2005.
- BRANDT, A. M. *No Magic Bullet: a social history of venereal disease in the United States since 1880*. New York: Oxford University Press, USA, 1987.
- COCK, K. M. et al. Preventing HIV transmission with antiretrovirals. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(7): 488-488A, 2009.
- CHRISTIANSON, M.; BERGLIN, B. & JOHANSSON, E. E. 'It should be an ordinary thing': a qualitative study about young people's experiences of taking the HIV-test and receiving the test result. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4): 678-683, 2010.
- GARNETT, G. P. & BAGGALEY, R. F. Treating our way out of the HIV pandemic: could we, would we, should we? *Lancet*, 373(9.657): 9-11, 2009.
- GRANICH, R. M. et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*, 373(9.657): 48-57, 2009.
- KAMARULZAMAN, A. & SAIFUDEEN, S. M. Islam and harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 21(2): 115-118, 2010.
- KOENIG, S. et al. Successes and challenges of HIV treatment programs in Haiti: aftermath of the earthquake. *HIV Therapy*, 4(2): 145-160, 2010.
- LIMA, V. D. et al. Regional and temporal changes in HIV-related mortality in British Columbia, 1987-2006. *Canadian Journal of Public Health*, 101(5): 415-419, 2010.
- MALTA, M. et al. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*, 103(8): 1.242-1.257, 2008.
- MALTA, M. et al. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS Behavior*, 14(4): 731-747, 2010.
- MEDHI, G. K. et al. Spatial distribution and characteristics of injecting drug users (IDU) in five Northeastern states of India. *BMC Public Health*, 11: 64, 2011.
- MUKHERJEE, J. S. et al. Antiretroviral therapy in resource-poor settings: decreasing barriers to access and promoting adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1): S123-126, 2006.
- NOVAES OLIVEIRA, M.; MARTORELL, R. & NGUYEN, P. Risk factors associated with hemoglobin levels and nutritional status among Brazilian children attending daycare centers in São Paulo City, Brazil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 60(1): 23-29, 2010.
- REMIEN, R. H. et al. Universal access to antiretroviral therapy may be the best approach to 'Do no harm' in developing countries: the Brazilian experience. *AIDS*, 17(5): 786-787, 2003.
- SHOERPS, D. O. et al. Nutritional status of pre-school children from low income families. *Nutrition Journal*, 10(1): 43, 2011.
- SIGNORINI, D. J. et al. A comparison of sonographic assessments and clinical questionnaire in the diagnosis of HIV-associated lipodystrophy. *Journal of International Association of Physicians - Aids Care (Chic)*, 2011. [Epub ahead of print]

SOLOMON, S, S. *et al.* The emerging HIV epidemic among men who have sex with men in Tamil Nadu, India: geographic diffusion and bisexual concurrency. *Aids Behavior*, 14(5): 1.001-1.010, 2010.

VICKERMAN, P. *et al.* To what extent is the HIV epidemic in southern India driven by commercial sex? A modelling analysis. *AIDS*, 24(16): 2.563-2.572, 2010.

VICTORA, C. G.; HABICHT, J. P. & BRYCE, J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal Public Health*, 94(3): 400-405, 2004.

WERB, D. *et al.* Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 10(7): 464-469, 2010.

WHO. World Health Organization. Western Pacific and South East Asian gonococcal antimicrobial surveillance programmes: surveillance of antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the WHO Western Pacific and South East Asian regions, 2009. *Communicable Diseases Intelligence*, 35(1): 2-7, 2011.