

Patricia Neves Guimarães^I

Denise Martin^{II}

José Quirino^{III}

Aids em área rural de Minas Gerais: abordagem cultural

AIDS in rural Minas Gerais state (Southeastern Brazil): a cultural approach

RESUMO

OBJETIVO: Descrever comportamentos facilitadores à exposição ao HIV/Aids em população rural.

MÉTODOS: Pesquisa qualitativa realizada com 52 pacientes atendidos em ambulatório de DST/Aids, em 2002-2003. Foram feitas entrevistas abertas e semi-estruturadas em profundidade com os participantes (30 homens e 22 mulheres), conduzidas no ambulatório ou em suas residências, em municípios rurais da região norte de Minas Gerais. As entrevistas foram transcritas, analisadas em categorias: concepções da doença, trabalho, sociabilidade, informações prévias sobre a doença, modo de vida. A interpretação dos resultados baseou-se na análise de conteúdo.

RESULTADOS: Na percepção dos entrevistados, a Aids era “doença de cidade grande” e de “forasteiro”, desvinculada da cultura local. Todos os entrevistados se infectaram através de atividades heterossexuais ou homossexuais. A migração rural-urbana é aspecto relevante da infecção do HIV na região devido ao deslocamento em busca de trabalho.

CONCLUSÕES: As noções populares de doença contribuem para vulnerabilidade à infecção pelo HIV. É necessário apreender noções culturais locais para melhor entender as categorias de pensamento dessa população, enfocando essas noções ao divulgar informações sobre a doença.

DESCRITORES: Síndrome de imunodeficiência adquirida. População rural. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Pesquisa qualitativa.

^I Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil

^{II} Programa de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil

^{III} Departamento de Psiquiatria. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Patricia Neves Guimarães
Rua Agapito dos Anjos, 636 Cândida Câmara
39401-040 Montes Claros, MG, Brasil
E-mail: pnguimaraes@yahoo.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe behaviors facilitating HIV/AIDS exposure in rural population.

METHODS: A qualitative study was conducted comprising 52 patients who attended a STD/AIDS outpatient clinic in 2002 and 2003. In-depth open and semi-structured interviews were carried out with subjects (30 males, 22 females) at the clinic or at home in rural municipalities in the northern area of Minas Gerais state, Southeastern Brazil. Interviews were transcribed and analyzed considering categories such as disease, work, social life, prior HIV/AIDS knowledge, and lifestyle. Content analysis was used for result interpretation.

RESULTS: Interviewees perceived AIDS as a “big city disease”, an “outsider’s disease”, dissociated from local culture. They were all infected through either heterosexual or homosexual sex. Rural-urban migration is a major factor for HIV infection in the area as people migrate to search for jobs.

CONCLUSIONS: Popular beliefs about HIV/AIDS disease contributes to HIV vulnerability of this population. There is a need to apprehend their cultural beliefs to better understand their ways of thinking and to focus on these local beliefs when disseminating HIV/AIDS information.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Rural population. Health knowledge, attitudes, practice. Qualitative research.

INTRODUÇÃO

Nos últimos dez anos, a epidemia da Aids no Brasil vem se caracterizando pela pauperização, feminização e interiorização.^{2,4,6,8,19} Há poucos estudos epidemiológicos sobre o processo de interiorização da epidemia no Brasil^{4,8,19,20} e escassas pesquisas qualitativas têm focado a epidemia entre grupos populacionais rurais no País. Alves¹ (2003) investigou as concepções sobre HIV/Aids e práticas sexuais de homens rurais no interior do Estado de Pernambuco. Kerr-Pontes et al.¹⁴ (2004) abordaram crenças, comportamentos e representações sociais entre grupos de migrantes do Nordeste brasileiro, enfocando a capacidade dessa população de seguir medidas de prevenção ao HIV. Ambos os trabalhos apontam as dificuldades da prevenção em populações rurais. É necessário produzir conhecimentos referentes aos diferentes contextos socioculturais da Aids em meio rural no País.

O estudo da Aids no meio rural permite explorar peculiaridades da epidemia nesse contexto, propiciando a ampliação de conhecimentos e melhor direcionamento para as ações preventivas.

A expansão da Aids na região norte de Minas Gerais

reflete a tendência geral do direcionamento da doença no País: a expansão do HIV/Aids em municípios de pequeno porte, no interior dos Estados. A região caracteriza-se pela pobreza e escassez de recursos.*

O objetivo do presente estudo foi descrever comportamentos facilitadores à exposição ao HIV/Aids em população residente em localidades rurais.

MÉTODOS

Foi realizada pesquisa qualitativa com pacientes atendidos em ambulatório de DST/Aids que presta atendimento a municípios do norte do Estado de Minas Gerais. A região norte de Minas Gerais é composta por 89 municípios, com população total de aproximadamente 1,5 milhões de habitantes. Em 84 municípios a população é inferior a 50 mil habitantes.¹⁸

A seleção dos participantes foi de maneira intencional, pois dependia da disponibilidade em participar das entrevistas e local de residência dos entrevistados (somente residentes em localidades rurais).

* Guimarães PN. Aids no Brasil rural: um estudo etno-antropológico da contaminação. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Unifesp; 2003.

Foram considerados os critérios de inclusão: participantes soropositivos para o HIV e portadores de Aids; idade igual ou superior a 18 anos; residentes em localidades rurais da região; em tratamento ou controle clínico no ambulatório de DST/Aids. O critério de exclusão foi residir na cidade de Montes Claros, núcleo urbano pólo da região.

Foram conduzidas entrevistas, com registro etnográfico.^{10,16} No trabalho de campo verificou-se *in loco* o ambiente e contexto social nos quais os participantes viviam. A abordagem etnográfica¹⁰ permitiu uma aproximação com o cotidiano dos participantes, em ambiente externo ao local de tratamento, e as relações sociais estabelecidas no meio familiar e comunitário.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro de 2002 e janeiro de 2003. Foram realizadas entrevistas abertas e semi-estruturadas em profundidade com 52 participantes (30 homens e 22 mulheres), no ambulatório ou em suas residências. Os participantes foram abordados nos intervalos das consultas médicas no ambulatório, onde foram expostos os objetivos da pesquisa e assegurado o sigilo e privacidade das informações. As entrevistas foram realizadas seguindo um roteiro temático sobre: trabalho, modo de vida, concepções sobre a doença, informações prévias sobre a doença, sociabilidade, relações conjugais e tratamento. Dois participantes se recusaram a participar da pesquisa por receio do diagnóstico ser descoberto nas comunidades de origem.

As entrevistas, realizadas até a saturação dos conteúdos, foram gravadas, transcritas integralmente e analisadas. Na transcrição das gravações, todos os nomes dos participantes foram substituídos por códigos: foram usadas as letras H, para participantes do sexo masculino e M, para participantes do sexo feminino, seguidas de um número de identificação. As categorias resultantes da análise foram classificadas como: percepções populares da Aids, concepções locais sobre homo e heterossexualidade e a migração em busca de trabalho. A interpretação dos resultados baseou-se na análise de conteúdo de Bardin³ (2004).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os participantes do estudo eram procedentes dos seguintes municípios: Porteirinha, Janaúba, Januária, Itacarambi, Taiobeiras, Rio Pardo de Minas, São João da Ponte e Salinas. As atividades profissionais referidas foram: agricultura de subsistência, trabalho sazonal e comércio informal de frutas, verduras e ovos. A faixa etária era entre 25 e 70 anos e escolaridade da grande maioria era o ensino fundamental.

Percepções da Aids e suas implicações na disseminação do HIV

A Aids era percebida pela população estudada como doença “de fora” da região em que residem, doença de “cidade grande”, não associada a cidades de pequeno porte ou às localidades rurais.

“Eu num acreditava que ela vinha nessa cidade pequena.” (H25, 38 anos)

“Pensava que esse trem num mi contraminava não. Achava que tinha esse trem [Aids] na capital grande, nesses lugá. Mais nada. Achava que a pessoa ficava mudado. E a gente via que a pessoa tinha; mais esse trem tem muita gente que num dá diferença não, né? Fica a mesma coisa.” (H15, 37 anos)

As informações a respeito da Aids veiculadas pelos meios de comunicação foram recebidas com indiferença por todos os entrevistados. Eram interpretadas como doença de cidade grande, com a qual não tinham nenhuma identificação.

“Eu via falá nesse HIV era trem de... falava que tava lá pros lado dos Estados Unido... é que nessa época, quando ela começô, o povo não tinha medo, não pnhava na cabeça que ela podia saí por ai e... e... e contraminá o pessoal, né? Ninguém ligô. Eu mesmo nem pus assunto nisso aí.” (H10, 40 anos)

“Via falá [na televisão]. Não prestava atenção não, nem ligava. Falava: Ah, aqui não tem isso não”. (M18, 34 anos)

As noções de proximidade e distância revelaram um sistema de classificação que permite analisar a maneira de pensar da população.

A doença era classificada como não pertencente ao local ou às proximidades. Seguindo essa lógica, não havia necessidade de se preocupar com ela. A Aids estava inserida no que eles entendiam como distante, não fazendo parte do círculo de reconhecimento imediato dos participantes. Incluíam-se as noções geográfica e cultural de distância, como mostrou Evans-Pritchard¹¹ (1978), numa tribo africana: as noções de espaço e tempo são determinadas pelo ambiente físico e baseadas fundamentalmente nas variações periódicas das atividades sociais.

Na noção cultural de distância dos participantes estariam incluídas coisas ou pessoas não reconhecidas como pertencentes ao grupo. O que era considerado próximo incluía as pessoas que residiam na região ou em cidades pequenas, identificadas como sendo semelhantes, ou seja, pertencentes ao mesmo grupo social e que compartilham um sistema de referências. De acordo com esse raciocínio, pessoas residentes no meio rural estariam livres do perigo da Aids. Na noção

do distante estariam incluídas pessoas desconhecidas, pessoas de fora, estrangeiros e forasteiros, classificados como não pertencentes ao mesmo grupo social e por isso, potencialmente nocivos ao grupo e passíveis de estarem infectados com o HIV.

Outra idéia manifestada pelos participantes foi a de que a Aids é difícil de ser percebida e de ser identificada porque não é vista. Não há um sintoma aparente que possa ser atribuído à infecção pelo HIV, seja no período assintomático ou no período de manifestações clínicas de doenças típicas da síndrome que se confundem com outras patologias. As pessoas não identificam a doença fisicamente. Além disso, a infecção sem doença dificulta acreditar na sua existência e que qualquer um pode adquiri-la.

Apesar de terem ouvido falar sobre a doença nos meios de comunicação, os participantes relataram que não pensavam na existência da Aids e nem mesmo que poderia ser uma doença incurável. Em alguns casos, achavam que a Aids era como outras doenças que conheciam, que podiam ser facilmente curadas a exemplo da gonorréia, doença sexual mais citada pelos participantes.

Para os entrevistados, a identificação da doença acontecia somente a partir do momento em que o paciente manifestava um emagrecimento considerável, sendo este o único sintoma reconhecidamente vinculado à Aids.

“É, mais eu não... eu não botei muita fé porque era a primeira mostra. Falei: Ah, isso é dos cara lá no laboratório. A mulhé também não ligô com aquilo não... Eu não acreditava não. E até hoje eu tomando os remédio assim eu não acredito não. Eu pra mim eu deixo corrê solto aí. Eu não tô nem aí”. (H08, 32 anos)

Do ponto de vista dos participantes, a expressão “exame deu positivo” é uma afirmação abstrata, pois não pode ser associada a sintomas ou sinais. Isto leva o paciente a desconfiar do diagnóstico e, muitas vezes, a protelar o tratamento, com grandes chances de dar continuidade à disseminação do vírus.

– Por que você acha que você não tem [Aids]? “Porque eu não sinto nada, sabe? Às vez tamém diz que Aids ela demora desenvolvê, né?... às vez tem pessoa que o organismo... que tem o organismo forte que ela nem desenvolve, sabe? O vírus não desenvolve, mais eu acho que eu não tenho não”. (M01, 34 anos)

“Eu ouvia o pessoal falando Aids... Aids, eu pensava que era uma doença assim que a gente depois cuidava e sarava rápido. Eu pensava assim.” (M04, 31 anos)

Essas falas mostram que a população estudada age dentro de padrões lógicos pertinentes à cultura local em que vivem, muito diferentes dos conceitos científicos da doença. Essa situação esvazia o sentido da prevenção,

uma vez que a doença inexistente para essa população, tornando os indivíduos mais vulneráveis à infecção.

Migração e retorno à comunidade de origem

Segundo o Programa Nacional de DST/Aids⁷ (2004), 362.364 casos de Aids foram notificados no período de 1980 a 2004, 42,2% oriundos do Estado de São Paulo. Registrou-se entre os entrevistados e familiares a migração da região para áreas urbanas e rurais, em busca de emprego e de melhores condições de vida. O Estado de São Paulo foi o local mais citado como destino desse movimento migratório.

Estudos^{5,9,12-14} apontam a migração como condição importante para a disseminação do HIV em áreas rurais. Para esses autores, a migração em si não leva à infecção, mas sim os comportamentos e práticas sexuais decorrentes desse processo.

No presente estudo, a migração foi relatada principalmente entre os participantes do sexo masculino, que buscavam prover suas famílias, ou melhores oportunidades de vida. A migração se intensifica nos períodos de algumas safras agrícolas, como soja, café e cana-de-açúcar, quando os homens saem da região à procura de trabalho. O trabalho sazonal era realizado nos Estados de Minas Gerais, São Paulo e Goiás. Eram também frequentes as viagens para o Município de São Paulo para comercializar produtos típicos da região.

“Eu morei lá um bocado de tempo lá. Trabalhei lá muito tempo... aí Estado de São Paulo aí...” – No interior? “É no interior. É dentro de Ribeirão Preto, é Pontal, Sertãozinho, naquelas usina lá tudo lá eu trabalhei.” – É na usina, né? “É. Trabalhei ni usina na roça, é... safra de cana.” (H10, 40 anos)

Foram entrevistadas 22 mulheres, dessas, 13 foram infectadas pelos maridos e companheiros que trabalharam em São Paulo. As outras mulheres relataram ter sido provavelmente infectadas por companheiros que trabalharam em outros Estados do País ou na própria região de estudo.

“O meu esposo chegô. Ele chegô e a gente cumeçô a gostá um do otro e não queria ficá na casa da minha mãe assim. Eu quiria tê uma casa, né? Cuidá de mim do meu filho. Aí a família dele assim, fez mais impenho prá gente ficá junto. Mais assim eles num me avisaro que ele tinha a doença não. Ele morava em São Paulo.” (M19, 30 anos)

As mulheres migravam com frequência menor em comparação aos homens. Algumas participantes entrevistadas iam para São Paulo em situações específicas para acompanhar os maridos. Trabalhar em São Paulo é ainda um objetivo de vida aspirado tanto por homens quanto por mulheres.

A migração para outras regiões do País é uma questão fundamental para se entender a infecção do HIV na região norte de Minas Gerais e ao mesmo tempo, um ponto de relevância no que diz respeito às ações de prevenção.

Sexo e infecção pelo HIV

Todos os entrevistados foram contaminados através de práticas sexuais, confirmando a tendência mundial.²¹ A maioria dos homens afirmou ter contraído o vírus pelo contato heterossexual, principalmente por serem freqüentadores de prostíbulo. Eles negaram com veemência a prática de intercurso homossexual, o que pode ser um artifício usado para ter que assumir o homossexualismo, condição moralmente inaceitável nas comunidades estudadas. Alguns entrevistados, casados ou não, indicaram o envolvimento em relações tanto heterossexuais quanto homossexuais, principalmente nos períodos em que estavam fora de seus domicílios, trabalhando em outras regiões do País.

“Bom, como eu expliquei eu tava bêbado na virada do ano e o rapazim chamô pra ir na casa dele. É, vão lá em casa comê um salgado, um mixido e tal, chegou lá ele me...” – Ele te pagou? “Não. Pôs uma fita lá no vídeo prá me seduzi e acabô.” – Essa fita tinha o quê? “Sexo. Entre homens. Ah! Eu tava muito bêbado aí fui prá uma pessoa e não usei esse preservativo. Porque daí um ano ele morreu! Com um problema. Uma sozinha [relação homossexual]. Isso é que foi minha raiva.” (H25, 38 anos)

“No centro de SP. Praça da República, Estação da Luz, ali no centro. Então, ce é um rapaz novo, simpático né, então aqueles viado, aquele pessoal que prostitui ali, acha graça ni mim, quer sair com você né? Então ce num ta nem aí, ce sai com a pessoa! Né?” (H05, 35 anos)

Prováveis relacionamentos homossexuais ficaram explícitos nas falas de alguns participantes, os quais relataram situações que os predispunham a este tipo de envolvimento como relatos sobre homens que lhes ofereciam dinheiro em troca de favores sexuais.

“Quiria porque quiria que eu ficasse cum ele não era nunca foi do meu tipo, né! Me dero, me deu dinheiro parece que ele era assim que era rico...sei lá...” – Ele ofereceu dinheiro? “Dinheiro, muito dinheiro memo! Mais num era do meu tipo não. Nunca fui, nem num foi e num é.” (H17, 45 anos)

“Muitas vezes. Muita, muitos homens já parô o carro perto de mim, me ofereceno dinheiro, tudo, pra gente, pra mim saí cum eles. Só que eu nunca, sabe? Sei lá nunca, nunca gostei daquele tipo. O homem pra mim é ingual eu, eu num, eu num tenho desejo nenhum no homem, entendeu? Então, eu nunca saí com homossexual não”. (H24, 30 anos)

Os entrevistados apresentaram uma justificativa moralista para negar a prática homossexual, referindo-se de forma pejorativa ao homossexualismo. A conduta homossexual não é aceita nos meios sociais nos quais eles vivem. Nas falas dos participantes, há uma obrigação moral em sentir desejo por mulher.

“Eu acho que isso é safadeza... ahhh isso pra mim não é homem não... o homem tem que sentir desejo é pela mulher...” (H01, 35 anos)

O homossexualismo foi citado pelos entrevistados como uma prática diabólica, um tipo de força sobrenatural externa e alheia à vontade pessoal, que levaria as pessoas a cometerem atos contra a sua própria vontade e natureza. A noção construída em torno da prática homossexual é a de um ato anti-natural ou um desvio de normalidade, entendendo-se como normalidade a submissão às normas sociais estabelecidas.

“Oh, deixa eu te falá, eu não concordo nem deixo de desconcordá, eu não sei porque que a pessoa... porque que acontece isso e porque eu não sei, mais só que numa comparação, né? Eu não vô discriminá ninguém porque que eu não sô Deus pra mim tá julgando as pessoa, né? Em comparação, ah era bom se... eu acho que isso é mais diabólico [homossexualismo]. Eu acho que é um espírito mau que entra na pessoa. Eu tenho certeza que é isso!” (H02, 34 anos)

A negação de ocorrência de contato com parceiros do mesmo sexo foi explícita, mas alguns participantes minimizavam esta prática, atribuindo-lhe uma conotação superficial. Diziam, por exemplo, que teriam tido uma única relação homossexual em toda a vida, tornando este ato distante e sem importância. A necessidade de auto-afirmação da masculinidade era uma das preocupações desses participantes, que não queriam ser enquadrados como homossexuais.

Parker¹⁷ (1991) mostrou que as interações sexuais entre homens são concebidas dentro da estrutura de relações macho-fêmea, e que o papel sexual, ativo ou passivo, é mais importante que a escolha do objeto sexual para definir noções de identidade e valor sexuais.

Alguns dos entrevistados conseguiram expor suas verdadeiras práticas sexuais, justificando porque eles não se consideravam homossexuais. Por exemplo, um dos participantes explicou que somente são homossexuais aqueles indivíduos que durante a relação assumiam o papel passivo. Como ele era o ativo, não se incluía no grupo.

“Era a primeira coisa. Foi a primeira vez. Coisa assim rápida, mais o que eu gostava mesmo era striptease, encontrá com mulhé. Eu ia muito naquelas zona que tinha lá nos ponto de encontro assim... mais com mulhé, com homem era muito difícil acontecê uma coisa dessa,

mais era com mulhé...Tive uma vez. [relação anal com homem]. Fui ativo, no caso.” (H05, 35 anos)

“Com homem já não...não sei, já relei só uma vez só. Faz muito tempo isso, muito, muito tempo”. (H09, 29 anos)

Muitas das mulheres dos participantes acreditavam que seus parceiros e maridos tinham adquirido Aids através de contatos com “mulheres da rua”, justificativa aceita no contexto social em que vivem, o que também reproduz as relações de gênero tradicionais. As mulheres não cogitavam qualquer possibilidade de seus maridos terem relações homossexuais.

“Ah, essa doença foi adquirida e pegada no estado de São Paulo, né? É. Essas muiezada de lá....Ah, eu já vi falar aí que transmite é no, no transar, né? No transá com a mulher... que pega”. (H10, 40 anos)

Tanto homens como mulheres relataram que mesmo sabendo da soropositividade para o HIV, continuavam a praticar sexo sem uso de preservativo. Nenhum dos participantes da pesquisa tinha o hábito de usar preservativo e muitos relataram que jamais tinham experimentado usar um preservativo masculino.

“Assim já chegô assim de... dele falá pra mim: a vida é minha, cê acha que eu vô vivê o resto da minha vida transando com você de camisinha? Cê acha que eu vô... eu não vô tê o prazê nunca de ficá com você sem camisinha, nunca? A vida é minha eu faço dela o que eu quisé, ele já chegô a falá isso pra mim, sabe? Então assim era tanta coisa assim... assim tanta pressão que eu acabei... ainda eu chegava pro exame e chorava, chorava...” (M05, 29 anos)

Os participantes masculinos consideravam que as “mulheres da roça” não ofereciam/representavam risco de infecção por doenças sexuais, pois eram “direitas”, “de família” e “não gostavam de farra”. Nessa lógica, o uso da camisinha era desnecessário. Além disso, o não uso

do preservativo se justificou em função da confiança depositada nos parceiros.

“A vez eu arrumava uma assim... mais que eu sabia que num tinha pobrema, né?” – Como é que você sabia que num tinha problema? “Que a vez era uma mulhé de famía [família], que a vez nem gostava muito de farra, né? Esse negócio. Daí a gente sabia, a gente num sabe, acho que num tinha não. Essa mulhé lá do mato que morava lá p’aqueles mato. Acho que num tinha, num tinha nada não.” (H15, 37 anos)

CONCLUSÕES

Conclui-se que os comportamentos decorrentes da migração rural-urbana são prováveis facilitadores da disseminação do vírus na região. Os participantes e familiares transitaram entre várias cidades do País em busca de emprego, sendo o Estado de São Paulo, o local de destino da maioria.

Embora os participantes tivessem ouvido falar da Aids nos meios de comunicação, as propagandas veiculadas destinadas à prevenção não atingiram esta população, pois restringem o problema a um contexto cultural muito diferente do ambiente dessas comunidades rurais. Talvez seja este um dos fatores que dificultam o entendimento dessa população sobre a Aids. Considerar questões culturais ao divulgar a profilaxia da doença pode, portanto, ser um processo facilitador para o entendimento desses indivíduos como susceptíveis à mesma. Assim, as informações fornecidas pelos meios de comunicação se tornariam mais significativas e permeáveis às noções culturais das populações para as quais são direcionadas.

O presente estudo revelou que as características regionais devem ser mais bem conhecidas e consideradas ao se pensarem políticas e campanhas de prevenção da Aids. Os resultados apontam indicativos norteadores de futuras campanhas de prevenção de Aids no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Alves MFP. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. *Cad. Saude Publica*. 2003;19(Supl 2):429-39.
2. Barcellos C, Bastos FI. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996;121:11-24.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
4. Bastos FI, Szwarcwald CL. A AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saude Publica*. 2000;16 (Supl 1):65-76.
5. Calvin M, Karin SSA, Wilkinson D. Migration and AIDS. *The Lancet*. 1995; 346(8985):1303-4.
6. Castilho EA, Chequer P, Szwarcwald CL. A AIDS no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, editores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, p.271-84, 1999.
7. Dados epidemiológicos – AIDS. *Bol Epidemiol AIDS*. 2004;8(1):26.
8. Dhalia C, Barreira D, Castilho EA. A AIDS no Brasil: situação atual e tendências. *Bol Epidemiol AIDS*. 2000;13(1):3-13.
9. Decosas J, Kane F, Anarfi JK, Sodji KDR, Wagner HU. Migration and AIDS. *Lancet*. 1995;346(8978):826-8.
10. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
11. Evans-Pritchard EE. *Os Nuer*. São Paulo: Editora Perspectiva. 1978.
12. Haour-Knipe M. Migration and ethnicity issues. Vancouver Conference Review: *AIDS Care*. 1997,9(1):115-9.
13. Herdt G. Sexual cultures and population movement: implications for AIDS/ STDs. In: Herdt G, editor. *Sexual cultures and migration in the era of AIDS - anthropological and demographic perspectives*. Oxford: Claredon Press; 1997. p. 3-22.
14. Kerr-Pontes LRS, Gonzalez F, Kendall C, et al. O papel da migração na prevenção da infecção pelo HIV no Nordeste brasileiro. *Cad. Saude Publica*. 2004;20(1):320-28.
15. Martin D. Mulheres e Aids: uma abordagem antropológica. *Rev. USP*. 1997;(33):88-101.
16. Oliveira RC. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Rev Antropol (São Paulo)*. 1996;39(1):13-37.
17. Parker R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller; 1991.
18. Rodrigues L. Formação econômica do norte de Minas e o período recente. In: Oliveira MFM, Rodrigues L, organizador. *Formação social e econômica do norte de minas*. 2. ed. Montes Claros: Unimontes, 2000. v.1, p. 105-172.
19. Rodrigues-Júnior AL, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004;37(4):312-7.
20. Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987 a 1996: uma análise espacial. *Cad Saude Publica*. 2000;16(Supl 1):7-19.
21. Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de Infecologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.

Artigo baseado na dissertação de mestrado de PN Guimarães, apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp, em 2003. Estudo realizado no ambulatório de DST/Aids da Universidade Estadual de Montes Claros.