

**Working to Empower
Campanha ABC no Uganda
Por Sarah Azia**

Introdução

Em Setembro de 2000 foi feita uma decisão histórica na Campanha do Milénio para se reduzir em metade a pobreza mundial até 2015 através dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Um destes Objectivos foi combater o VIH/SIDA, Malária e outras doenças, e melhorar na generalidade a saúde das pessoas a viverem no Mundo em Vias de Desenvolvimento.

A Saúde no Mundo em Vias de Desenvolvimento

A pobreza não só exclui as pessoas dos benefícios do sistema de cuidados de saúde, como também actua como uma limitação, ao impedir as pessoas de participarem na tomada de decisões que afectam a sua saúde (Macfarlane et al, 2000). Muitas pessoas morrem à fome ou de doença, devido à fraca cobertura ou à não existência de instalações de saúde, sem nunca terem tido a possibilidade de comunicarem as suas necessidades (Macfarlane et al, 2000). Um dos problemas fundamentais associados à pobreza é o de que as necessidades das pessoas nunca são ouvidas. Assume-se que as pessoas pobres são incapazes de se ajudarem a si próprias e, no Mundo em Vias de Desenvolvimento, são frequentemente impostas medidas despropositadas do topo para baixo, sem ser tomada em consideração a situação local. A maior barreira às pessoas atingirem boa saúde e saírem da pobreza encontra-se relacionada com o sentimento de impotência (Macfarlane et al, 2000). As “Discussões com os pobres” do Banco Mundial concluíram que era importante ‘reconhecer as realidades das pessoas pobres e investir directamente nas suas capacidades organizacionais’ (Macfarlane et al, 2000:842). De modo a haver um melhoramento da saúde, nos países em vias de desenvolvimento, ‘tem-se de refazer uma estrutura, que localize comunidades organizadas e activas no centro, como iniciadores e gestores da sua própria saúde.’ (Macfarlane et al, 2000). A abordagem ABC do Uganda foi realizada no sentido de alcançar esse tipo de sucesso, como será descrito mais à frente neste ensaio.

A relação entre o VIH/SIDA e a Pobreza

‘O VIH/SIDA conduz a muitos tipos de pobreza’ (Whiteside, 2002:320). As despesas relacionadas com os medicamentos, os cuidados, os tratamentos e, eventualmente, os custos fúnebres, colocam pressão sobre a família. Os impactos do VIH/SIDA são de longa duração. É ‘uma grande ameaça ao desenvolvimento, crescimento económico e ao alívio de grande parte da África’ (Whiteside, 2002:313). O VIH/SIDA actua como uma significativa barreira para ‘se alcançarem os objectivos de desenvolvimento de 2015 em África’ (Smith, 2004:63). As populações mais pobres têm as mais altas infecções de VIH/SIDA, e são mais prováveis de sofrer desta doença, porque faltam-lhes os recursos para lidar com esta.

Os efeitos da saúde precária e morte podem lançar os sobreviventes numa pobreza ainda mais profunda. As pessoas pobres são mais vulneráveis ao VIH/SIDA, devido à sua precária educação, falta de voz política, pouco acesso a recursos produtivos e cuidados de saúde, e também a puderem praticar actividades económicas, como a prostituição ou a condução de camiões, ‘que os tornam mais vulneráveis à infecção, com uma maior hipótese

de serem expostos ao vírus (Kürschner, 2001:6). As pessoas pobres também são mais prováveis de se encontrarem susceptíveis ao vírus devido: à malnutrição, a infecções já patententes por outras DSTs ou à precária saúde no geral.

‘O VIH/SIDA não é apenas uma consequência, mas também uma causa da pobreza, ea da cada vez mais profunda pobreza (Kürschner, 2001:7). O VIH/SIDA pode ter um efeito dramático na capacidade de uma pessoa ganhar rendimentos e, assim, sair da pobreza. Na verdade, ‘quando uma pessoa é infectada, segue-se uma corrente de impactos na família’, sendo todos estes normalmente do foro negativo (Smith, 2004:63-70). O VIH/SIDA é um importante obstáculo, que tem de ser ultrapassado, se a pobreza rural irá ser reduzida a metade até 2015.

O que é a abordagem ABC?

ABC da Mudança de Comportamento Sexual

A= Abstinência ou adiamento da actividade sexual

B= Ser (Be, no original)fiel (incluindo a redução de e o evitar de parceiros de alto risco)

C= Uso do preservativo (no original, Condom)

(Shelton et al, 2004:891)

O objectivo da Campanha ABC é reduzir o número de pessoas a serem infectadas pelo VIH e melhorar os cuidados prestados àqueles que já o contraíram. O modo mais eficiente de prevenir o alastramento do VIH, em áreas onde a epidemia é maioritariamente accionada por transmissão heterossexual, é alterar o comportamento sexual das pessoas. A abordagem ABC é uma ‘estratégia de três vias, promovida para reduzir a transmissão sexual’ (Schoepf, 2003:554). O ‘A’ simboliza a abstinência ou o adiamento da actividade sexual. O ‘B’ simboliza o “ser fiel” e inclui a redução do número de parceiros e evitar também os parceiros de alto risco. O ‘C’ significa o uso de preservativos, especialmente com os grupos de alto risco. Espera-se que a abordagem ABC venha a prevenir mais pessoas de caírem na pobreza.

A abordagem ABC no Uganda

A Campanha ABC no Uganda ganhou um difundido louvor, devido à sua bem sucedida redução da prevalência do VIH. O seu sucesso ‘tornou-se virtualmente sinónimo da... abordagem ABC’ (Cohen, 2003:1). O domínio nacional do VIH desceu de ‘21.1% para 9.8% de 1991-98...Mas o factor mais importante neste declínio é o decréscimo de parceiros não-regulares de 65%, 1989-95, e a contracção em redes sexuais (decréscimos da actividade sexual no geral e também o aumento do uso do preservativo)’ (Low-Beer e Stoneburner, 2004:2). Muitas pessoas sugerem que o inigualável feito do Uganda pode dever-se aos seus métodos de prevenção, e ao seu sucesso na mudança de comportamento das pessoas. ‘As mudanças incluem o adiamento do início da actividade sexual entre os jovens, a redução do número de parceiros, a fidelidade marital e o uso de preservativo em situações definidas como encontros de alto risco’ (Schoepf, 2003:553). O Presidente Museveni e o NRM estavam bem informados sobre a SIDA e tomaram uma postura activa no combate contra a doença, logo desde o início da epidemia. ‘Esta clareza exemplar criou um contexto de mudança facilitado com o debate, o diálogo e a acção’ (Schoepf, 2003:554).

Antes que se possa verdadeiramente compreender as razões do sucesso na redução do domínio nacional do VIH no Uganda, é importante desfazer as suposições feitas sobre a pobreza rural no Uganda, e as suas ligações com a Campanha do ABC. Museveni tomou uma abordagem diferente das muitas políticas internacionais e programas destinados a lidar com a

epidemia do VIH/SIDA. Em vez de se concentrar unicamente em como prevenir o VIH através de meios técnicos (aumento da vigilância, tratamento das DSTs, aumento das provisões de medicamentos, etc.), ele decidiu tomar uma abordagem mais directa ao tentar alterar o comportamento sexual das pessoas e melhorar a comunicação sobre a SIDA.

Avaliação Crítica da campanha ABC

A suposição que é fundamental foi feita quando o Uganda desenvolveu o seu programa da SIDA. Como já foi anteriormente mencionado, o VIH/SIDA ‘não é apenas uma consequência, mas também uma causa, da pobreza e do aprofundamento da pobreza’ (Kürschner, 2001:7). Assim, de modo a diminuir a pobreza rural, têm de se tomar medidas de redução do número de pessoas a ficarem infectadas com o VIH/SIDA e proporcionar melhores cuidados àqueles que já são seropositivos. O Uganda foi o primeiro país do mundo a desenvolver ‘um programa dedicado à SIDA’ (Parkhurst, 2005:578). Este veio a ser desenvolvido pouco depois de o Presidente Museveni e o NRM chegarem ao poder em 1986.

A campanha do Uganda foi pensada tendo em conta a situação única do VIH/SIDA no país. O Uganda foi o primeiro país em África a identificar a SIDA em 1982. Em meados dos anos 80, o Uganda ‘tinha uma das mais altas taxas de prevalência do VIH de todo o mundo’ (Parkhurst, 2005:574). Nos anos 90, o Uganda era conhecido como um dos países mais afectados de todo o mundo. O Uganda era então um país muito pobre, tendo sido fortemente enfraquecido por décadas de convulsão política. A sua elevada população tinha limitados sistemas de educação e saúde, baixa esperança média de vida e elevados níveis de iliteracia (Allen e Heald, 2004). No entanto, apesar da natureza de difusão da doença, e os limitados serviços de saúde disponíveis, a prevalência do VIH começou a decrescer durante os anos noventa. ‘Num local rural, Masaka, a incidência seropositiva caiu de 7.6 por mil por ano em 1990 para 3.2 por mil em 1998’ (Mbulaiteye et al., 2002 citado em Green et al, 2006:336).

Será que se pode atribuir à Campanha ABC o drástico declínio da prevalência do VIH no Uganda? Teria a Campanha sido tão bem sucedida se uma das partes tivesse faltado; quer seja A, B ou C? Esta secção do ensaio procura responder a estas questões, de modo a ganhar uma mais aprofundada compreensão da Campanha ABC.

Os pobres rurais têm frequentemente falta de voz política, que actua como uma barreira ao melhoramento da sua posição social. Uma política que o Presidente e o NRM apoiaram como modo de,

‘fortalecer as mulheres e a juventude ao lhes dar mais voz, incluindo no parlamento, onde por lei as mulheres constituem um mínimo um terço dos membros...Igualmente importante foram as organizações de mulheres, que lutaram para fortalecer as mulheres socialmente, economicamente e legalmente. As suas campanhas deram origem a importantes reformas legais de luta contra a SIDA, incluindo o fortalecimento de leis de violação e conspurcação, e leis governamentais de direitos de propriedade para as mulheres’ (Green et al, 2006:339).

Como iremos mais tarde ver em maior detalhe, os jovens – e em particular as mulheres – são os mais vulneráveis ao VIH/SIDA. O VIH irá continuar a infectar e afectar as pessoas mais pobres, enquanto estas continuarem a não estar fortalecidas. O fortalecimento da juventude, e em particular das mulheres, irá provocar um decréscimo directo do risco de contracção do VIH, e reduzir os problemas relacionados com a pobreza e a saúde precária. Neste exemplo, uma causa fundamental da pobreza – a falta de voz política – estava directamente relacionada com a política de fortalecimento.

O Uganda tem uma das mais antigas epidemias da SIDA de todo o mundo. Isto foi importante, porque as pessoas já sabiam que a doença ‘localmente chamada de ‘magra’ (no original ‘slim’) tem vindo a causar mortes desde algum tempo... antes dos infectados terem sido diagnosticados como tendo VIH/SIDA em 1982-83’ (Allen e Heald, 2004:1148). Isto significou que, quando um programa nacional para o VIH/SIDA estava em progresso nos anos de 1987-88, as pessoas já estavam conscientes da gravidade da doença. Como resultado, os

Ugandeses prestaram atenção à campanha, porque já haviam experienciado uma elevada taxa de mortalidade. Eles tinham medo que o VIH/SIDA agrava-se as desigualdades dentro do país e tornasse os sectores mais pobres da sociedade ainda mais pobres. A Campanha ABC foi usada de modo a tentar reduzir os impactos negativos do VIH/SIDA na população Ugandesa. O Botswana usou métodos semelhantes para reduzir o alastramento do VIH/SIDA, mas sem sucesso. Algumas pessoas atribuem este insucesso ao facto de esta campanha ter sido iniciada demasiado cedo, antes de as pessoas terem realmente sido afectadas pelo VIH/SIDA (Allen e Heald, 2004).

Alguns autores, como Parkhurst, questionam se foi a Campanha ABC do Uganda que conduziu à redução da prevalência do VIH, ou se esta se deveu à alta taxa de mortalidade (2002). A epidemia do VIH/SIDA no Uganda é mais antiga do que noutros países. Terá então a redução da prevalência nacional ocorrido devido à alta mortalidade ou devido às políticas do Uganda? Green et al defende que ‘a prevalência do VIH em queda no Uganda é improvável de se dever... a um “natural síndrome de morte” porque houve um declínio significativo entre os jovens que ‘... não pode ser explicado pela mortalidade da SIDA, já que muitas poucas pessoas com menos de 20 anos morrem de SIDA (2006:337). O drástico declínio do VIH/SIDA deve-se ter dado então devido às mudanças comportamentais.

Os slogans e as mensagens utilizadas na Campanha Ugandesa eram sensíveis à cultura local. Mensagens como as de ‘amor fiel’ e ‘zero agarranço’ foram usadas para encorajar as pessoas a serem fieis ou, pelo menos, a reduzirem o número de parceiros sexuais. A natureza simples das mensagens significava que estas eram ‘imediatamente compreendidas, até mesmo pelos muitos residentes iletrados desta nação largamente rural’ (Green et al, 2006:342). Ao contrário do que sucedeu no Botswana, havia muito pouca referência aos preservativos nas primeiras fases da campanha no Uganda. Ao ter colocado maior ênfase nas políticas A e B, tal demonstrou que o presidente defensor da campanha, apoiava a abstinência e a fidelidade como sendo as medidas mais apropriadas no Uganda. A Campanha ABC do Botswana foi ineficaz, porque o seu ênfase inicial no uso de preservativos e as suas mensagens culturalmente insensíveis ofenderam as pessoas. Ao contrário do que aconteceu no Botswana, o presidente do Uganda não promoveu os preservativos nas fases iniciais da campanha, porque acreditava que estes encorajariam o comportamento imoral e iam contra os ensinamentos religiosos.

Eventualmente, Museveni acabou por aceitar que os preservativos precisavam de ser incorporados na campanha, mas isto foi muito mais tarde, durante os meados dos anos 90. Nessa altura, o governo e a sociedade civil estavam muito mais cientes dos problemas associados com o VIH/SIDA e, como resultado, muito mais abertos ao uso de preservativos. Apesar da aceitação e encorajamento do uso do preservativo nas políticas do Uganda, o Presidente Museveni ainda mantém que ‘o sucesso do programa do seu governo teve mais a ver com a promoção de ‘valores familiares’ (Allen e Heald, 2004) do que com um aumento do uso do preservativo. Na verdade, Museveni avisou que os preservativos não eram a ‘bala mágica’ para a SIDA. Tem havido muita discussão na literatura sobre o papel que os preservativos desempenham na Campanha ABC. Embora muitos acreditem que o ‘C’ deveria ser incluído na campanha, muitos autores concordam que a abstinência e o ser fiel desempenharam o papel mais significativo na redução da prevalência do VIH (Low-Beer e Stoneburner, 2004, Shelton et al, 2004 e Cohen, 2003). Esta crença é repetida, porque ‘quando foi perguntado a adultos de todos os países Africanos qual era a resposta mais importante à SIDA, eles indicaram em grande maioria a diminuição do sexo casual e a abstinência, e não o uso do preservativo’ (pesquisa data DHS citada em Low-Beer e Stoneburner, 2004: 5).

Se a abstinência e o ser-se fiel eram mais importantes, então porque não foi o uso do preservativo abandonado na política Ugandesa? Como Sinding reconheceu, ‘a realidade da

SIDA na África subsariana – ainda a região que suporta a esmagadora partilha do fardo global da SIDA – é que o casamento (e a ilusão da fidelidade entre os supostos casais VIH-negativo) é crescentemente visto como um factor de risco’ (2005:38). As mulheres monogâmicas estão vulneráveis à infecção do VIH, devido à sua falta de direitos dentro do casamento e à impotência de negociarem por sexo seguro. Assim, o abandono do C na campanha Ugandesa seria algo irresponsável e ingénuo. Tal iria levar milhares de pessoas, em especial os jovens e as mulheres, a serem impotentes na protecção de si próprios contra os estragos da doença. É do conhecimento geral que o VIH/SIDA pode conduzir à pobreza, e portanto, todos os meios de prevenção devem estar disponíveis a qualquer pessoa. ‘O que quer que os sinais sugiram sobre o declínio do VIH no Uganda, tal não aponta para a censura e a discriminação como estratégias de prevenção eficientes ... as pessoas têm o direito de saber sobre todos os métodos eficazes de prevenção do VIH, e serem prudentes sobre o risco de serem infectadas com o VIH, incluindo no casamento’ (Cohen et al, 2005:2076). As pessoas a viverem em áreas rurais encontram-se especialmente vulneráveis aos impactos negativos da saúde precária, porque o VIH iria impedi-las de desempenharem actividades agrícolas ou outro trabalho. Eles também têm acesso limitado a instalações de saúde. É fundamental a defesa das políticas A, B e C para se reduzir o número de pessoas afectadas e infectadas com o VIH.

Infelizmente a administração Bush, financiadora de programas de prevenção do VIH/SIDA, é condicional sobre a aderência apenas a A e B – havendo a exclusão de C (Walgate, 2004, Das, 2005 e Wakabi, 2006). Tendo em conta que os fundos dos EUA financiam uma grande porção do programa da SIDA no Uganda, os requisitos da administração Bush têm uma grande influência no modo como o Uganda realiza as suas políticas. O Presidente Bush colocou recentemente ‘um peso excessivo na abstinência e discrimina contra qualquer grupo que providencie informação sobre como abortar em segurança’ (Walgate, 2004:192). Isto poderá ter um impacto no futuro sucesso do Uganda.

A comunicação desempenhou um papel significativo no sucesso do Uganda. Grande parte deste sucesso deve ser atribuído ao Presidente Museveni, pois desde o início do seu mandato, ele fez um compromisso activo de lutar contra a SIDA. Ele demonstrou este compromisso com ‘interacções frente-a-frente com os Ugandeses a todos os níveis, e enfatizou que lutar contra a SIDA era um “dever patriótico” que requeria abertura, comunicação e forte liderança desde a aldeia até à Casa de Estado’ (Green et al, 2006:338). Museveni lançou uma agressiva campanha pública de media ‘que incluía material impresso, rádio, placares publicitários e mobilização comunitária para uma ofensiva de raiz contra o VIH’ (Green et al, 2006:338). Inspirados pelos líderes do país, a população em geral começou a ter um papel activo na luta contra a SIDA e, com o passar do tempo, ‘canais pessoais predominaram na comunicação sobre a SIDA tanto nas áreas urbanas como entre homens e mulheres. No Uganda, 82% das mulheres ouviram falar da SIDA através desta fonte, em comparação com os 40-65% de outros países. As redes pessoais são também predominantemente estratificadas por áreas urbanas (74%) e rurais (84%), e entre homens (70%)’ (Low-Beer e Stoneburner, 2004:5). O uso de redes pessoais foi bem sucedida em transportar informação sobre a SIDA, porque tal significou que ‘fortes organizações não-governamentais (ONG) e o apoio comunitário conduziram a intervenções flexíveis, criativas e culturalmente apropriadas, que contribuíram para facilitar a mudança comportamental individual, assim como as mudanças nas normas da comunidade, apesar dos extremos valores de pobreza das famílias, que se seguiram ao período da guerra civil’ (Green et al, 2006:339). Low-Beer e Stoneburner escreveram ‘apesar de existirem abordagens mais sofisticadas noutros lados, a simples comunicação e o processo comportamental... identificados no Uganda podem ser necessários para a prevenção do VIH ser bem sucedida ao nível da população’ (2004:6).

Conclusão

Terá a Campanha ABC alcançado o seu objectivo de reduzir o alastramento do VIH e melhorar os cuidados prestados às pessoas já infectadas? O primeiro objectivo de redução do alastramento do VIH foi muito bem sucedido. Os iniciais sistemas de vigilância, assim como o compromisso pessoal do Presidente Museveni e o NRM, foram vitais no combate ao alastramento do VIH/SIDA. Os programas de comunicação, que encorajavam a mudança de comportamento, também desempenharam um significativo papel na redução da prevalência do VIH e melhoramento dos cuidados no Uganda.

Estão as suposições subjacentes sobre a natureza e causas da pobreza rural relacionadas com o conteúdo da política? Como já foi anteriormente mencionado, a saúde precária, a educação precária, a falta de voz política, o fraco acesso a recursos produtivos e cuidados de saúde, e o ser-se forçado a tomar parte em actividades económicas de risco são todas razões e causas da pobreza rural. Na Campanha ABC Ugandesa havia muitas ligações entre o conteúdo da política, a natureza subjacente e causas da pobreza rural. Por exemplo, para neutralizar a falta de voz política, o governo Ugandês promoveu o fortalecimento de grupos vulneráveis – em particular de jovens e mulheres. A questão da saúde precária foi abordada ao encorajar as pessoas a todos os níveis da sociedade a participarem na luta contra o VIH/SIDA. As consequências directas foram que as pessoas tiveram acesso a recursos produtivos, já que estavam a ser pagas para comunicar sobre o VIH/SIDA (Green, 2006). As pessoas pobres, forçadas a praticarem actividades económicas de risco, foram encorajadas a usar preservativos e, assim, reduzindo a sua exposição à infecção do VIH/SIDA. No todo, as políticas usadas na Campanha ABC do Uganda eram adequadas ao país, e ajudaram na redução da pobreza rural ou, pelo menos, preveniram esta de se tornar pior. No entanto, é errado assumir que o problema do VIH/SIDA se encontra resolvido. As recentes políticas dos EUA puseram o sucesso do programa em perigo, ao apenas financiarem projectos e comunicações sobre as políticas A e B. Agora o desafio para o Uganda é tentar convencer o governo norte-americano a aceitar que o C é uma parte vital da campanha. As lições aprendidas no Uganda são significativas, mas a sua campanha não deveria ser usada directamente como um esquema por outros países. A campanha do Uganda foi considerada um sucesso, porque desenvolveu a sua inigualável abordagem para atacar a SIDA. Uma abordagem apropriada à sua cultura e país. Outros países deveriam desenvolver as suas próprias políticas, mas mantendo em mente as razões que contribuíram para o sucesso do Uganda.

Referências:

Allen, T. and Heald, S. (2004) HIV/AIDS policy in Africa: What has worked in Uganda and what has failed in Botswana? **Journal of International Development**, 16: 1141-1154

Barnett, T. and Parkhurst, J. (2005) HIV/AIDS: sex, abstinence, and behaviour change. **The Lancet**, 5: 590-593

Cohen, S.A. (2003) Beyond Slogans: Lessons from Uganda's Experience With ABC and HIV/AIDS. **The Guttmacher Report on Public Policy**. 1-3.

Cohen, J., Schleifer, R. and Tate, T. (2005) AIDS in Uganda: the human-rights dimension. **The Lancet**, 365: 2075-2076

Das, P. (2005) Condom crisis in Uganda. **The Lancet**, 5: 601-602

De Cock, K.M., Mbori-Ngacha, D. and Marum, E. (2002) Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. **The Lancet**, 360: 67-72

Genius, S.J. and Genius, S.K. (2005) Primary prevention of sexually transmitted disease: applying the ABC strategy. **Postgraduate Medical Journal**, 81: 299-301

Green, E.C. (2003) New Challenges to the AIDS Prevention Paradigm. *Anthropology News*, 44(6)

Green, E.C., Halperin, D.T., Nantulya, V. and Hogle, J.A. (2006) Uganda's HIV Prevention Success: The Role of Sexual Behaviour and the National Response. **AIDS and Behaviour**, 10 (4): 335-346

Kürschner, E. (2002) The Poverty-HIV/AIDS-Interface: Lessons and Needs in the context of the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) – Process with a focus on the African continent. **GTZ**

Low-Ber, D. and Stoneburner, R. L. (2004) Behaviour and communication change in reducing HIV: is Uganda unique? **CADRE**, 1-14

Macfarlane, S., Racelis, M. and Muli-Musiime, F. (2000) Public health in developing countries. **The Lancet**, 356: 841-846

Parkhurst, J.O. (2002) The Ugandan Success Story? Evidence and claims of HIV-1 prevention. **The Lancet**, 360: 78-80

Parkhurst, J.O. (2005) The Response to HIV/AIDS and the Construction of National Legitimacy: Lessons from Uganda. **Development and Change**, 36 (3): 571-590

Poku, N.K. (2002) Poverty, debt and Africa's HIV/AIDS crisis. **International Affairs**, 78 (3): 531-46

Schoepf, B. G. (2003) Uganda: Lessons for AIDS Control in Africa. **Review of African Political Economy**, 98: 553-572

Shelton, J.D., Halperin, D.T., Nantulya, V., Potts, M., Gayle, H.D and Holmes, K.K. (2004) Partner reduction is crucial for balanced "ABC" approach to HIV prevention. **British Medical Journal**, 328: 891-893

Sinding, S.W. (2005) Does 'CNN' (Condoms, Needles and Negotiation) Work Better than 'ABC' (Abstinence, Being Faithful and Condom Use) in Attacking the AIDS Epidemic? **International Family Planning Perspectives**, 31(1): 38-40

Smith, M.K. (2004) Gender, Poverty and Intergenerational Vulnerability to HIV/AIDS. **Gender and Development**, 10 (3): 63-70

Wakabi, W. (2006) Condoms still contentious in Uganda's struggle over AIDS. **The Lancet**, 367: 1387-1388

Walgate, R. (2004) Bush's AIDS plan criticised for emphasising abstinence and forbidding condoms. **British Medical Journal**, 329: 192

Whiteside, A. (2002) Poverty and HIV/AIDS in Africa. **Third World Quarterly**, 23 (2): 313-332

Tradução de Susana Militão