

Da camisinha à circuncisão: reflexões sobre as estratégias de prevenção ao HIV /Aids*

Daniela Riva Knauth

Departamento de Medicina Social,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo:

A presente comunicação se propõe a refletir sobre as implicações das novas estratégias de prevenção do HIV/Aids que estão sendo propostas pela Organização Mundial de Saúde e UNAIDS, em particular sobre a circuncisão masculina. A circuncisão masculina é apresentada como um método de prevenção eficaz para o HIV/Aids a partir da divulgação, em fevereiro de 2007, dos resultados de dois ensaios clínicos randomizados realizados em países africanos. O preservativo é tomado enquanto um método de prevenção pouco confiável na medida em que é dependente do comportamento dos indivíduos que o utilizam ou, no caso das mulheres, que demandam sua utilização. Nesta perspectiva, o controle sobre a prevenção não pode ser deixado nas mãos dos próprios indivíduos que, muitas vezes, não fazem um uso adequado dos recursos eficazes disponíveis, como o preservativo. Passar o controle da prevenção para a medicina através do desenvolvimento de *novas tecnologias* é um dos pilares do que está sendo apresentado como a *nova era* da prevenção. Outra característica desta *nova era* é sua estreita vinculação com a ciência, onde as políticas de saúde devem estar fundamentadas em “evidências científicas”. As evidências que a *nova era* da prevenção busca são aquelas produzidas pela intervenção clínica, isto é, pelas *novas tecnologias de prevenção* – microbicidas, barreiras cervicais, profilaxia pós-exposição, circuncisão masculina - e seus métodos de investigação. A medicalização da prevenção se dá, desta forma, não apenas pela tecnologia em si, mas pelo próprio método de aferição dos resultados.

Palavras-chave: Aids, Circuncisão, Medicalização

* Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil.

Após duas décadas de epidemia de Aids, onde se contabilizam notáveis avanços no tratamento da doença com as terapias anti-retrovirais (TARVs), surge no cenário uma nova proposta de intervenção visando a prevenção: a circuncisão masculina. Esta é a grande novidade da XVI Conferência Internacional de AIDS, realizada em Toronto, em agosto de 2006, que é fortemente celebrada e promovida pelas principais agências e fundações de financiamento internacional (como a UNAIDS, Clinton Foundation, Bill e Melinda Gates Foundation, entre outras). A apresentação da circuncisão masculina como método eficaz de prevenção do HIV/Aids coloca uma série de questões que dizem respeito tanto ao impacto social e cultura, como às consequências políticas desta intervenção.

Outro aspecto que deve ser analisado dentro deste contexto é a configuração das diferentes áreas do conhecimento e os critérios tidos como legítimos para a adoção de intervenções na área da saúde pública mundial. A presente comunicação de propõe a pontuar alguns dos precedentes e implicações desta nova estratégia de prevenção do HIV/Aids.

A nova era da prevenção do HIV/Aids

A circuncisão masculina é apresentada como um método de prevenção eficaz para o HIV/Aids a partir da divulgação dos resultados de dois ensaios clínicos randomizados realizados em países africanos, um em Rakai, Uganda (Gray et al, 2007) e outro em Kisumu, Kenya (Bailey et al., 2007). Estes resultados se agregam aos de outro estudo que já indicava um efeito protetor da circuncisão para o HIV/Aids de 61%, publicado em 2005 e realizado na África do Sul (Auvert, et al, 2005) e a uma meta-análise que revisou 27 estudos sobre o tema (Weiss, Quigley, Hayes, 2000). O efeito de proteção da circuncisão é tido como tão certo - 51% para Uganda e 53% para o Kenya - que os dois estudos mais recentes tiveram seu andamento interrompido em dezembro de 2006 pelo Comitê de Monitoramento e Segurança, que alertava para o fato de que mediante tais resultados não seria eticamente aceitável manter um “grupo controle”.

Reforçando os achados, os dois estudos foram publicados no mesmo número de uma revista de grande legitimidade acadêmica no meio médico - *The Lancet* – precedidos por um editorial intitulado “Newer approaches to HIV prevention”, que anuncia que a publicação dos dois ensaios clínicos marca uma *nova era* para a prevenção do HIV (The Lancet, vol 369, feb.24, 2007).

O texto do editorial é emblemático não apenas da euforia que cercou a divulgação destes dois ensaios clínicos, mas, sobretudo, dos elementos que compõem o que está sendo chamada de a *nova era* da prevenção do HIV/Aids, indicando mesmo os caminhos que devem

seguir as políticas públicas após esta publicação. De acordo com o editorial, os resultados destes dois ensaios clínicos fornecem “uma sólida base de evidências (*evidence-base*) para informar as políticas de saúde”. O texto segue sugerindo que “a implementação em larga escala da circuncisão masculina tem potencial para reduzir substancialmente o risco de transmissão do HIV, particularmente na África Subsaariana” (p.615 – grifos meus). Assim, já em seu segundo parágrafo, os editores pontuam que a *nova era* da prevenção se caracteriza por medidas respaldadas por sólidas evidências científicas que, em função do próprio método, se aplicam à população em geral e, portanto, devem ser implementadas em larga escala. Uma vez que as evidências estão estabelecidas, privar um grupo de indivíduos deste recurso é tido como anti-ético, concepção que justificou a interrupção dos referidos estudos. Por outro lado, é também destacado que há alguns grupos de indivíduos que podem se beneficiar mais destas evidências, no caso, os africanos.

Antecipando uma das críticas desta medida – “uma questão é o efeito da circuncisão masculina sobre as mulheres” – visto que as evidências de proteção para o HIV se referem apenas à população masculina, o editorial indica outra importante característica desta *nova era* da prevenção: a medicalização. Os editores sugerem que apesar do uso do preservativo ter um nível maior de proteção (referido como de 80-90%) em relação à transmissão sexual do HIV se utilizado de forma consistente, “várias mulheres não estão em posição de persuadir seus parceiros a utilizá-lo”. Ou seja, apesar de reconhecer da alta eficácia do preservativo em relação à proteção da infecção pelo HIV, o editorial levanta suspeitas sobre o seu uso, particularmente no que concerne às mulheres. O preservativo é tomado enquanto um método de prevenção pouco confiável na medida em que é dependente do comportamento dos indivíduos que o utilizam ou, no caso, que demandam sua utilização. Nesta perspectiva, o controle sobre a prevenção não pode ser deixado nas mãos dos próprios indivíduos que, muitas vezes, não fazem um uso adequado dos recursos eficazes disponíveis, como o preservativo. Passar o controle da prevenção para a medicina ou, como é indicado no editorial, o desenvolvimento de *novas tecnologias*, é um dos pilares desta *nova era* da prevenção.

No editorial é mesmo sugerido que o desenvolvimento destas *novas tecnologias* significa “colocar a prevenção do HIV nas mãos das mulheres”. Os autores referem, assim, os ensaios clínicos de microbicidas vaginais que podem representar um avanço significativo de proteção para as mulheres, mas ao mesmo tempo indicam que os estudos fase III foram interrompidos, pois os resultados preliminares sugerem um aumento do risco para o HIV em função dos componentes da fórmula. Contudo, a tecnologia em si não é desacreditada, como ocorre no caso do preservativo, visto que os autores imediatamente indicam que novos

produtos já estão sendo desenvolvidos e que os resultados destas novas gerações poderão ser avaliados em 2009 (primeira geração) e 2012 (segunda geração). O desenvolvimento dos microbicidas vaginais é apresentado, desta forma, como uma tecnologia que poderá, num futuro próximo, proporcionar a proteção às mulheres que a nova tecnologia preconizada - a circuncisão masculina – não se mostrou eficaz, visto que as evidências se restringem aos homens.

É interessante notar que a discussão sobre o desenvolvimento da vacina contra o HIV, que poderia ser pensada também como uma *nova tecnologia*, não é apresentada pelos editores com o mesmo entusiasmo e otimismo que a circuncisão e o microbicida vaginal. O parágrafo que fala do tema já inicia com uma visão pessimista: “muito mais distante encontra-se o desenvolvimento de uma vacina efetiva que possa oferecer proteção a longo termo frente ao grande espectro de variantes do HIV existentes”. Este descrédito em relação ao desenvolvimento de uma vacina eficaz e que parece numa primeira análise contraditório com todo o investimento que o texto faz no desenvolvimento do conhecimento científico (leia-se médico) é coerente com uma concepção de saúde clínica e intervencionista, que não contempla uma visão de saúde pública da qual a idéia de vacinação é signatária. E esta falta de uma perspectiva de saúde coletiva, onde o olhar é sobre o todo e não sobre a soma dos indivíduos, me parece ser uma outra característica desta *nova era* da prevenção. A proposição bastante apressada da implementação da circuncisão em larga escala, sem nenhuma reflexão sobre a viabilidade e as implicações sociais e culturais de tal prática é um indicador desta carência.

O editorial finaliza afirmando que nenhuma destas novas tecnologias, mesmo que possam ser desenvolvidas, terá 100% de eficácia. Isto dito, salienta que apesar da circuncisão masculina “oferecer uma proteção parcial contra a infecção pelo HIV” o futuro da prevenção está na combinação de “novos métodos”, com as “abordagens” já existentes, como o condom. Aqui, pela primeira vez no texto, é referido o caráter de “proteção parcial” da circuncisão e, ao mesmo tempo, é sugerido que esta seja combinada com o uso do antigo preservativo. O novo é contraposto ao antigo (já existente) e a *tecnologia* é diferenciada da *abordagem* (*approaches*). Ou seja, as novas tecnologias são um produto da ciência, possuem fortes evidências de sua eficácia e podem ser generalizadas para a população em geral, ao passo que as “abordagens” já existentes não são tidas com científicas e sua eficácia é questionada.

Colocando em prática as evidências científicas

Frente as irrefutáveis evidências científicas, a Organização Mundial de Saúde e a UNAIDS, convocam, em março de 2007, uma reunião com especialistas de diferentes áreas do conhecimento para discutir estes achados e suas implicações para as políticas e programas de prevenção do HIV/Aids. Contudo, este não é o primeiro encontro promovido por estas instituições para a discussão da circuncisão masculina enquanto estratégia de prevenção do HIV/Aids, em outros fóruns esta questão já havia sido objeto de discussão, inclusive uma “consulta regional” já havia sido realizada em Nairobi em novembro de 2006, ou seja, antes mesmo da divulgação dos resultados dos ensaios clínicos.

Foram convidados para esta discussão internacional representantes dos diferentes setores envolvidos na questão: pesquisadores, governo, sociedade civil, militantes de direitos humanos e saúde das mulheres, jovens e representantes de agências de financiamento.

O encontro resultou num documento¹ onde são destacadas 11 conclusões e suas respectivas recomendações. E embora sejam explicitados vários aspectos críticos da implementação da circuncisão enquanto uma política global de prevenção do HIV/Aids – tais como o caráter parcial da proteção na medida em que não inclui as parceiras, a complexidade da comunicação sobre a prática, a consideração do contexto sócio-cultural, o respeito aos princípios éticos e de direitos humanos, as implicações sobre as desigualdades de gênero, a estrutura local dos serviços de saúde, o fato de não ser indicado para homens infectados pelo HIV, entre outros – as conclusões que abrem e fecham o documento reiteram os princípios desta *nova era* da prevenção onde a pesquisa científica e suas evidências devem ser tomadas enquanto guia das políticas de saúde².

É interessante notar que embora o documento contemple um conjunto de recomendações relativas às possíveis implicações da implementação de políticas e programas de circuncisão masculina, não há um questionamento da adequação desta prática enquanto uma estratégia de prevenção. Ou seja, as evidências científicas dos ensaios clínicos apresentam a circuncisão masculina como uma estratégia certa, que apenas necessita ser adequada aos contextos locais. Os estudos de modelagem que projetam os possíveis impactos que a implementação desta prática em larga escala pode produzir, especialmente nos países onde há uma alta prevalência do HIV/Aids, apresentam números que não deixam margem à contestação e que certamente mobilizam a opinião pública e os governos no sentido de sua

¹ O documento pode ser encontrado em at: www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations_en.pdf.

² A primeira conclusão reitera que “The research evidence is compelling” ao passo que a última salienta “Research is needed to guide programme implementation” (www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations_en.pdf).

adoção. É assim que na seção *viewpoint* do número do *Lancet* no qual são divulgados os dois ensaios clínicos, o autor argumenta que nas regiões com alta prevalência do HIV, a circuncisão masculina pode ter um “dramático efeito salva-vidas” e refere os números indicados por uma projeção, a partir do estudo sobre a África do Sul, segundo a qual a circuncisão masculina em larga escala teria a possibilidade de evitar 2 milhões de novos casos de infecção pelo HIV e 300 mil mortes nos próximos dez anos (Sawires et al., 2007:708). Como se contrapor a estes números?

Que tipo de evidência deve guiar as políticas de prevenção

Se uma das características da *nova era* da prevenção do HIV/Aids é sua estreita vinculação com as evidências científicas, cabe nos perguntar de que evidências se está falando, isto é, o que é considerado uma evidência irrefutável. Como indicam tanto o editorial do *Lancet* como o documento da OMS e UNAIDS, os resultados dos dois ensaios clínicos (Bailey et al., 2007; Gray et al, 2007), juntamente com o estudo anterior da África do Sul (Auvert, et al, 2005) constituem uma sólida evidência de que a circuncisão masculina protege (em cerca de 50-60%) a infecção pelo HIV entre os homens circuncidados. A base para esta evidência é conferida pelo método utilizado – ensaio clínico randomizado – que, dentro da epidemiologia, é considerado o “padrão ouro” dos delineamentos de pesquisa. O princípio da randomização é o de garantir que os participantes tenham a mesma probabilidade de receber tanto a intervenção que está sendo testada quanto o seu controle. Desta forma, se estaria evitando possíveis vieses e produzindo um equilíbrio entre os diferentes fatores de risco que podem influenciar no desfecho clínico que está sendo medindo. O método garantiria, desta forma, a objetividade dos resultados, que nesta perspectiva só são influenciados pela intervenção proposta. É assim que no próprio título dos trabalhos, o método é destacado, conferindo-lhe legitimidade: *randomized controlled trial*.

É justamente este princípio que merece um questionamento. Como bem destacam Dowsett e Couch (2007), os estudos clínicos randomizados produzem, deliberadamente, resultados descontextualizados, na medida em que consideram um único fator causal – a intervenção. E estes resultados são produzidos em condições ideais, não levando em conta as condições reais. O efeito de outros fatores, tais como aqueles de ordem social e contextual, produzidos pelo próprio desenvolvimento da pesquisa, não são considerados nos resultados, isto é, “a efetividade da circuncisão masculina pode não ser produzida unicamente pela cirurgia” (Dowsett e Couch, 2007:37). Os autores advertem para as especificidades dos ensaios clínicos sobre circuncisão masculina salientando que, diferentemente do uso de

placebo, os participantes sabem se foram ou não objeto da intervenção. Este simples fato, ao criar diferentes expectativas entre os participantes dos dois grupos, pode ter ocasionado importantes efeitos sobre as respostas comportamentais, psicológicas e sexuais dos participantes. Segundo Dowsett e Couch (2007), a randomização dos ensaios clínicos sobre circuncisão masculina não levou em consideração diferenças relacionadas a aspectos subjetivos da sexualidade, tais como prazeres preferenciais, imagem corporal, efeitos da trajetória sexual (como abuso sexual), parceiras de preferência, etc., mas foram apenas considerados aspectos tidos como objetivos, como o número de parceiros, o uso de condom e presença ou ausência de DSTs. E, tendo em vista que a infecção pelo HIV/Aids se dá, no contexto estudado, preferencialmente via transmissão sexual, estes fatores, embora subjetivos e de difícil mensuração, podem ter um peso importante na definição ou redefinição das práticas adotadas, tanto entre os circuncidados como entre aqueles que não foram objeto da intervenção. Ou seja, como separar este conjunto de fatores da cirurgia em si ou do próprio efeito de se saber circuncidado ou não?

As evidências que a *nova era* da prevenção busca são, de fato, aquelas produzidas pela intervenção clínica, isto é, pelas *novas tecnologias de prevenção* – microbicidas, barreiras cervicais, profilaxia pós-exposição, circuncisão masculina - e seus métodos de investigação. A medicalização da prevenção se dá, desta forma, não apenas pela tecnologia em si, mas pelo próprio método de aferição dos resultados. Evidências de outra ordem, como aquelas produzidas pelas ciências humanas e sociais, que muito antes da epidemia da Aids já apontava para a variabilidade de significados que a circuncisão tanto masculina quanto feminina assumem nos diferentes contextos, não são consideradas enquanto evidências científicas quando se trata da concepção e implementação de políticas de prevenção como a que está sendo proposta (Aggleton, 2007; Niang e Boiro, 2007).

O que há de novo na circuncisão masculina

A circuncisão masculina não é uma novidade (Aggleton, 2007). Há registro da prática já no antigo Egito e entre os semitas. É uma prática ritual presente em algumas tradições religiosas, com a mulçumana e a judaica. Também já teve usos políticos a fim de diferenciar grupos dominantes e dominados. É uma prática bastante aceita em alguns países como a Turquia, parte da África e em algumas culturas do Pacífico asiático, como na Coreia do Sul (Hankins, 2007). Também nos Estados Unidos a circuncisão de recém nascidos é uma prática

bastante freqüente (Nelson et al., 2005). Assim, o que a proposta de circuncisão masculina que está sendo colocada agora traz de novo?

Um primeiro aspecto que deve ser considerado é que o que está sendo proposto é uma prática eminentemente clínica, realizada por profissionais da saúde e com caráter de prevenção. Isto diferencia a circuncisão proposta de outras práticas tradicionais onde o significado pode ser religioso, cultural ou político, a depender do contexto e do agente da intervenção.

Em segundo lugar, a proposta é de uma intervenção em larga escala, ou seja, serão objetos da intervenção todos os homens - independente da religião, etnia ou outras características sócio-culturais – que integram as regiões com alta prevalência de HIV/Aids. E, embora a idade a ser considerada para a circuncisão apareça enquanto um dos aspectos polêmicos, a possibilidade de utilizar a prática em recém nascidos do sexo masculino já está colocada, como explicita o documento da OMS e UNAIDS:

“A circuncisão de neonatos, tida como um procedimento simples e com menos riscos, deve ser considerada como uma estratégia a longo termo para promover a circuncisão da população em geral, mas o impacto desta estratégia na incidência do HIV não deve ser esperado antes de 20 anos” (WHO, 2007:7).

Esta proposta, em nome da prevenção e do possível impacto daqui a 20 anos, implica numa intervenção médica e sistemática no corpo de todas as crianças de sexo masculino que nascerem nos países que virem a adotar a circuncisão enquanto uma política de saúde. Cria-se³, assim, uma nova geração de meninos circuncidados. E como ficam aqueles que, da mesma geração, não forem, por algum motivo, objeto desta prática? Quais as implicações desta “nova natureza” para a circulação destes meninos e homens nos locais que não adotem a circuncisão enquanto uma política (Dowsett e Couch, 2007)?

Um terceiro aspecto decorrente dos dois anteriores é que a prática clínica da circuncisão masculina para a prevenção do HIV retira das mãos dos indivíduos o controle sobre seu corpo e impõem mais uma medida médica a ser respeitada. E, como bem sabemos, não se submeter aos procedimentos preventivos e profiláticos preconizados pela medicina, especialmente aqueles tidos como simples – como cortar uma pelezinha do pênis – implica ser taxado de irresponsável⁴. As práticas de prevenção biomédicas são tidas como mais eficientes, por “resolverem” o problema com uma intervenção, não deixando sob responsabilidade do indivíduo e do contexto social no qual ele se insere esta resolução, como ocorre com o uso do

³ No sentido literal do termo na medida em que a medicina passa a criar uma nova natureza, um pênis circuncidado. Para uma discussão sobre as intervenções médicas e a (re)definição do natural ver Machado, 2008.

⁴ Para uma discussão aprofundada do conceito de risco na medicina e de sua operacionalização a partir de estudos epidemiológicos ver Neves, 2008.

preservativo que implica em negociações, relações de gênero, educação, e outros fatores sociais e culturais.

Por fim e o que talvez seja o mais significativo a meu ver é que esta proposta se insere dentro de uma política global de prevenção do HIV/Aids, bancada por instituições de cooperação internacional, como OMS e UNAIDS e com o forte apoio, inclusive financeiro, de instituições filantrópicas. Isto significa que uma prática eminentemente local e cultural, como a circuncisão masculina, se insere, através de instituições com grande legitimidade política e poder econômico, num contexto global. A imposição de “pacotes” de prevenção do HIV/Aids para os países em desenvolvimento, particularmente os africanos, é uma prática rotineira das agências de cooperação internacional, como é claramente demonstrado pelo Modelo ABC que preconiza a abstinência sexual, defendido pelos Estados Unidos e que tem sido amplamente implementado em vários países africanos. Neste ano, o novo “pacote”, além da abstinência, inclui a circuncisão masculina.

E o preservativo, ainda tem espaço para ele na prevenção da Aids? Com já apontou Guimarães (2001), a cada ano, a cada nova descoberta de medicamentos para a Aids, a prevenção passa para um segundo plano, bem como o conhecimento produzido pelas ciências humanas passa a ser dispensado em prol do conhecimento médico. A mudança de comportamento no sentido da prevenção, ao contrário do que alguns imaginavam, não é obtida apenas pelo acesso à informação, mas implica em mudança de aspectos econômicos, sociais e culturais. É desta forma, um processo muito difícil, lento e que implica em rediscutir relações de poder, de gênero, de classe social. A medicalização da prevenção se apresenta, assim, como um caminho mais fácil e eficaz. Mas, mesmo a implementação desta política, tem importantes entraves e implicações sociais, culturais e econômicas que precisam ser consideradas. É interessante notar, contudo, que estes entraves e implicações, quando se trata da medicalização – com no caso da circuncisão masculina – são apresentados enquanto “mudanças e oportunidades” (Sawires et al., 2007) ou enquanto “recomendações” (WHO, 2007) a serem observadas no sentido de garantir que a prevenção através da circuncisão masculina obtenha sucesso.

As barreiras sócio-culturais e econômicas que se colocam para a implementação das novas tecnologias de prevenção são consideradas aspectos técnicos que podem ser facilmente resolvidos, face aos benefícios proporcionados pelas novas práticas. Isto porque, mediante os resultados dos ensaios clínicos, é inadmissível o questionamento sobre a eficácia concreta destas medidas ou a recusa em adotá-las em prol de concepções distintas sobre as causas e maneiras de lidar com as epidemias. Perguntas como *quem, onde, como, quando e para que*

circuncidar (Terto Jr, 2007) são consideradas com irrelevantes vistos as evidências científicas de proteção garantida pela prática.

Da mesma forma, os impactos sociais e culturais desta medida, tais como o fato da circuncisão masculina não proteger as mulheres e nem os homens que mantêm relações sexuais com outros homens, a secularização da prática, o estabelecimento de um determinado padrão de normalidade para o pênis e para pais e crianças, entre outros, são aspectos que apesar de serem levantados por especialistas convidados pela OMS e UNAIDS para a discussão, não são ouvidos. As evidências destes impactos não tem o mesmo poder de verdade que aquelas produzidas nos ensaios clínicos randomizados. Teremos que aguardar algum tempo pós implementação desta política para mensurarmos estes impactos através de, quem sabe, etnografias randomizadas.

Referências Bibliográficas:

AGGLETON, Peter. “Just a Snip”? A Social History of Male Circumcision, *Reproductive Health Matters*, vol. 15, n.29, may 2007 (15-21).

AUVERT B, TALJAARD D, LAGARDE E, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision of reproduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLos Med*, 2005; 2 (11): e298.

BAILEY C, MOSES S, PARKER CB, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet*, vol. 369, fev. 24, 2007 (643-53).

DOWSETT, Gary e COUCH, Murray. Male Circumcision and HIV Prevention: Is There Really Enough of the Right Kind of Evidence? *Reproductive Health Matters*, vol. 15, n.29, may 2007 (33-44).

GRAY H, KIGOZI G, SERWADDA D, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet*, vol. 369, fev. 24, 2007 (657-66).

GUIMARÃES, Carmen Dora. *Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?* Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 2001.

HANKINS, Catherine. Male Circumcision: Implications for Women as Sexual Partners and Parents. *Reproductive Health Matters*, vol. 15, n.29, may 2007 (62-67).

MACHADO, Paula Sandrine. *O Sexo dos Anjos: Representações e práticas em torno do gerenciamento sócio-médico da intersexualidade*. Tese de Doutorado, PPGAS-UFRGS. Porto Alegre, abril de 2008.

NELSON, CP, DUNN, R., WAN, J. et al. The increasing incidence of newborn circumcision: data from the nationwide inpatient sample. *Jornal of Urology*, 2005, 175 (1): 341-55.

NEVES, Ednalva Maciel. *Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco*. São Luís/MA: EdUfma, 2008.

New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications. Conclusions and Recommendations. WHO/UNAIDS Technical Consultations. Montraux, março 2007. In: www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations_en.pdf, consultado em 25 de abril de 2008.

Newer approaches to HIV prevention. Editorial, *The Lancet*, vol. 369, fev. 24, 2007 (p.615).
SAWIRES, S. et al. Male circumcision and HIV/Aids : challenges and opportunities, *The Lancet*, vol. 369, fev. 24, 2007 (708-713).

TERTO JR., Veriano. Quem, onde, como, quando e para que circuncidar? Para iniciar um debate, *Jornal do Nuances*, Porto Alegre, ano 10, n. 40., pg.2, junho de 2007.

WEISS, HA, QUIGLEY M, HAYES R. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 2000. 14:2361-70.