

Capítulo 7

A COMPREENSÃO EPIDEMIOLÓGICA DO VIH/SIDA: O ESPAÇO GEOGRÁFICO COMO QUADRO DE REFERÊNCIA

A abordagem geográfica da problemática do VIH/SIDA, objecto de estudo de caso na presente dissertação, tem como quadro de referência teórico-metodológica a Geografia da Saúde procurando alcançar um duplo objectivo:

1. Discutir, no âmbito de uma abordagem estruturalista e culturalista, a difusão do VIH à escala global e regional, compreendendo o modo pelo qual as estruturas espaciais podem conformar os estados de saúde dos grupos, através da actuação das forças políticas, económicas e sociais;
2. Perceber o padrão sócio-epidemiológico da epidemia VIH/SIDA, bem como os custos directos e indirectos que por ela são gerados, partindo de uma investigação ecológica retrospectiva, tendo como unidade de observação um grupo de indivíduos com patologia comum, internados numa unidade de saúde de cuidados diferenciados.

Relativamente ao primeiro objectivo, pretende-se demonstrar a adequação da perspectiva geográfica, compreendendo o modo através do qual a conformação de diferentes estruturas espaciais podem acrescentar vulnerabilidade aos grupos humanos, emergindo como territórios, materiais ou simbólicos, facilitadores da difusão da infecção por VIH.

Embora à primeira vista, para alguns interlocutores, a implicação da geografia na compreensão da problemática VIH/SIDA possa parecer invasiva ou até supérflua, devemos estar disponíveis para enfatizar que a explicação espacial produzida a este nível passa pela adopção de uma “nova lógica” interpretativa do espaço, por parte da geografia e da epidemiologia, indo para além da explicação mesológica naturalista, reinterpretando as relações produzidas pelos diferentes intervenientes (meio, agente, hospedeiro), num quadro que está para além da unicausalidade da doença.

Desde meados do século XIX, com a fundamentação da microbiologia de Pasteur e Kock, até às primeiras décadas do século XX, embora se referisse a validade de uma perspectiva multicausal na interpretação etiológica da doença, parece inegável que o paradigma da unicausalidade assumiu incontestável hegemonia nos meios biomédicos (Costa e Teixeira, 1999).

Num tempo anterior à abordagem ecológica, Chadwick (1842) e Durkheim (1897), nas suas investigações sobre a morbilidade em meio laboral e sobre o suicídio, respectivamente, sinalizaram a vantagem de se considerar na interpretação dos quadros mórbidos a participação de outros agentes, para além dos que estavam situados no meio ambiente físico, demonstrando evidentes interacções entre factores económicos e sociais e o padrão sanitário das populações investigadas.

À medida que a ciência biomédica se desenvolve, alcançando diferentes níveis de especialização, acumulando conhecimento específico sobre a etiologia e a terapêutica, interpreta o papel do meio de forma redutora, confinando-o à dimensão física e biológica, abdicando de uma visão sistémica e civilizacional.

Ao enfrentar um quadro epidemiológico dominado por patologias infecciosas, o esforço de prevenção e da cura de doença recaiu maioritariamente sobre o agente, remetendo a contribuição espacial para patamares meramente físicos e locativos. Autores como Czerésnia & Ribeiro (2000), atribuem à confirmação da doutrina da etiologia específica um importante papel na desqualificação da explicação espacial em epidemiologia, funcionando como “*limite epistemológico à compreensão do espaço como uma totalidade integradora*” onde estão presentes, para além do agente da doença, dimensões culturais, sociais e simbólicas que se condicionam os estados de saúde. Esta noção holística do espaço é preterida, privilegiando-se o agente e a via bioquímica como explicação *major*, capaz de justificar a quase totalidade dos processos disfuncionais.

No modelo biomédico, de cariz positivista-causal, as doenças existem como entidades distintas, retirando ao processo interpretativo saúde-doença a dimensão espacial, social, cultural e simbólica. A *metáfora mecânica*, mencionada por Lupton (2000; citado por Quartilho, 2001), autoriza e concebe a «reparação de diversos segmentos de um modo independente do seu todo» e do meio que os envolve. Por este motivo, as tentativas de actualizar o conceito de «espaço» em saúde – particularmente ao nível da investigação epidemiológica, conferindo-lhe um registo mais geográfico, dotando-o de dimensão social, cultural e simbólica, despojando-o da sua materialidade, foram

sucesivamente quartadas, mesmo quando se reclama a integração de um “modelo biopsicossocial” para a saúde, uma vez que se tentam sobrepor conceitos que têm significados diferentes e que são produzidos em registos epistemológicos diversos (Czerésnia & Ribeiro, 2000).

A tendência ecológica em geografia contraria, dentro do possível, a hegemonia da perspectiva de unicausalidade da doença, sublinhando-a como o resultado de um desequilíbrio adaptativo homem-meio. De um modo antecipado, em relação à ciência epidemiológica, os contributos de Max Sorre nas décadas de 30 e de 40, e de Jacques May na década de 50, sublinham e justificam a necessidade de se observar a multicausalidade na interpretação da doença, no enquadramento de uma ecologia humana. O «complexo patogénico» de Sorre, introduz no estudo dos estados mórbidos um duplo conceito de espaço: um espaço cujo conceito coincide com o da biologia, centrando a sua atenção nas relações existentes entre um meio externo que varia e um meio interno que necessita de se adaptar para garantir o equilíbrio; e um outro “espaço” que a postura possibilista de Sorre modela, que está para além do meio físico e que resulta da capacidade transformadora dos grupos humanos, organizados política, económica e socialmente, buscando a satisfação das suas necessidades através do conceito expresso de género de via (Ballesteros, 1986; Czerésnia & Ribeiro, 2000).

Mais tarde, nas décadas de 60 e 70, os modelos epidemiológicos procuram atender ao conceito de multicausalidade na doença, compreendendo e desenhando processos de mútuo condicionamento, onde se entrecem factores genéticos, ambientais e psicológicos – como se de uma “teia” se tratasse, cujo resultado final pode culminar num processo de desequilíbrio gerador de um evento mórbido.

Tal como sublinham MacMahon e Pugh (1970), o exame e a incorporação de múltiplos factores no processo de inibição ou potenciação da doença, incluindo aspectos sócio-organizacionais das sociedades contemporâneas faz todo o sentido:

«Os efeitos nunca dependem somente de causas singulares isoladas mas desenvolvem-se como resultado de cadeias de causalidade nas quais, cada elo é, ele próprio, o resultado de uma complexa genealogia de antecedentes.» (MacMahon e Pugh, 1970; citado por Stone *et al.*, 1999;pp 18).

Apesar da moderna doutrina epidemiológica teorizar e validar conceitos e interpretações produzidas em torno da noção de “cadeia de causalidade”, verifica-se uma subavaliação e subinvestigação da capacidade implicativa que os elos mais periféricos detêm no processo.

Por este motivo, diversos investigadores (Krieger, 1994; Costa e Teixeira, 1999; Yen e Syme, 1999), reclamam a necessidade da epidemiologia prosseguir um esclarecimento mais efectivo das determinantes do processo de saúde-doença, valorizando uma abordagem mais contextualizada da componente histórica e social dos grupos humanos, em detrimento de correlações individuais suportados por sofisticadas ferramentas estatísticas. Num artigo crítico produzido por Nancy Krieger (1994), com o sugestivo título – *Epidemiology and the web of causation: anyone seen the spider?*; a autora enfatiza a insuficiência da metáfora da “teia de causalidade”, descrevendo-a como um conceito extensamente aceite mas insuficiente trabalhando ao nível dos modelos, reflectindo a hegemonia do método de apuro epidemiológico sobre a teorização da multicasualidade da doença. Por outro lado, a metáfora da teia, exclusivamente orientada pelo modelo biomédico, concentra também a noção de “reparação de segmentos individuais” da metáfora mecanicista, admitindo, de forma sumária, a interacção de múltiplos factores envolvidos na génese da doença, não aprofundando os mútuos constrangimentos existentes entre os diferentes elos, numa dimensão histórico-espacial.

Neste contexto, Krieger (1994) propõe a edificação de uma metáfora «ecossocial», refundando a imagem da “teia” através da inclusão de múltiplos actores - «aranhas», um social e outro biológico, ambos produtores de fios sustentadores de determinantes plurais da doença, pese o risco de se continuar a considerar o trabalho destas “aranhas” como se de uma “caixa preta” se tratasse. Por este motivo, a reinterpretção da multicausalidade, prosseguida pela metáfora em causa, compreende o redimensionar de todo o processo que entretece a causalidade, levando também em linha de conta os atributos históricos, culturais e o arbítrio dos grupos, cuja organização social funciona como «andaime» estruturador, dinamicamente edificado no dia a dia dos grupos, com se se procedesse à modelação de um arbusto, continuamente sujeito a um processo dinâmico de estímulos e constrangimentos:

«Este entrelaçar conjunto, deve ser compreendido em todos os níveis do sub-celular ao social, repetindo-se indefinidamente como se de um objecto fractal se tratasse.»¹ (Krieger, 1994; pp.896)

Através desta curiosa e complexa imagem, somos convidados a perscrutar, num mesmo instante, o patamar biológico e o patamar social, numa multiplicidade de estímulos e condicionalismos, discernindo em cada nó o emaranhado quase inextrincável de interações, sem depreciar, no conjunto, a «irreduzibilidade individual», ou seja, a capacidade de arbítrio que caracteriza o projecto individual de cada ser humano.

Evoca-se pois, uma estrutura dendrítica, sublinhando a pluralidade de conexões, interpretando holisticamente a estrutura social, as normas culturais, o meio ecológico e variabilidade genética o que, segundo Krieger (1994, pp.877), deve conduzir os epidemiologistas a pensarem os indivíduos no contexto quotidiano das suas vidas, modelados pelas suas histórias entrelaçadas - como membros de uma sociedade particular, como criaturas biológicas que crescem, que se desenvolvem, interagem e envelhecem.

É na conjugação desta dupla perspectiva que reside a validade e a riqueza da explicação geográfica, colocada ao serviço da epidemiologia, (des)construindo a multiplicidade de processos e de elementos que dão corpo ao «espaço geográfico» propriamente dito, exigindo uma leitura inter-relacional, comportando e ajustando a dimensão da imaterialidade mesológica, social e política.

Tal como descreve Isnard (1982, Cap.I), a interpretação do «espaço geográfico» impõe a compreensão de uma multiplicidade de processos onde o Homem utiliza os elementos, combina-os num todo correspondente ao seu projecto, evoluindo tecnologicamente, satisfazendo necessidades e suscitando novas exigências. A atitude explicativa requerida, passa por uma “desbiologização” em proveito de uma crescente “socialização”, o que conduz, inevitavelmente, a uma diferenciação fundamental e cada vez mais acentuada entre o «espaço geográfico» e o «espaço natural», passando da necessidade à racionalidade, aproximando-se cada vez mais de uma explicação social:

¹ Por *fractal* compreende-se um conjunto de objectos matemáticos cuja criação ou forma é baseada na irregularidade ou na fragmentação. Um exemplo comumente evocado para tornar mais perceptível este tipo de objectos, como objecto fractal natural: os brócolos, onde cada pequena pirâmide parece o objecto inteiro, auto-similaridade característica dos objectos fractais.

«O espaço geográfico nasce da projecção do sistema sócio-cultural sobre o sistema ecológico, de uma projecção activa que o constrói conforme as exigências do objecto a atingir.» (Isnard, 1982; pp. 109)

Deve pois reflectir-se sobre a necessidade de se operacionalizar a concepção de «espaço» no contexto da investigação epidemiológica, defendendo a validade de uma aproximação metodológica e interpretativa, percorrendo os pressupostos seguidos pelo “modelo ecológico”, uma vez que o mesmo assenta na ideia de interrelacionamento entre factores, sendo apontado como um precursor teórico mais avançado para o estudo da determinação da doença, na perspectiva integradora do conhecimento biológico e social. (Costa e Teixeira, 1999).

Por tudo isto, a explicação espacial, através da compreensão plena da noção de «espaço geográfico», afirmou-se como variável explicativa e interpretativa, tida como fundamental na compreensão das determinantes da saúde dos grupos, sustentando, nos últimos anos, um debate enriquecedor que tem vindo a ser travado no seio da epidemiologia, originando propostas consequentes que sugerem a redefinição de variáveis e de objectos que conformam a visão mais tradicional desta ciência.

Para além do novo enquadramento sugerido por Krieger (1994), através da «metáfora ecossocial», Shy (1997), num artigo intitulado *-The failure of academic epidemiology: witness for the prosecution;* debate a validade de se definir de um modo mais extensivo os objectos da ciência epidemiológica, propondo uma revisão da sua definição podendo ser enunciada como:

«O estudo da distribuição do estado de saúde das populações e das determinantes sociais [relacionadas].»

Posteriormente, são diversos os autores retomam esta questão (Yen & Syme, 1999), e que enfatizam a utilidade da epidemiologia desenvolver abordagens mais equilibradas e produtivas, incorporando, na descrição da doença e dos fenómenos relacionados com a saúde, socorrendo-se de um conjunto articulado de factores que os autores designam por “*proximais e distais*”², combinando indicadores sociais, económicos e biológicos,

² *Proximal*: diz-se de um órgão que fica próximo da base, ou perto do ponto de inserção, opondo-se a *distal*. Neste contexto, os autores propõe uma explicação holística, envolvendo factores cuja implicação é evidente e está cabalmente provada em termos de investigação etiológica; bem como outros cuja

capazes de caracterizarem cabalmente a tríade de parâmetros a discriminar em investigações descritivas – pessoas, lugares e tempo, que observados de forma dinâmica, constituem precisamente o objecto da geografia (Barcellos, 2000).

Está pois relançado o debate sobre a real utilidade da abordagem “espaço-social” ao serviço da explicação epidemiológica, denotando-se uma crescente necessidade na definição de uma tipologia de factores operacionais reprodutíveis, úteis na compreensão generalizada dos estados mórbidos, contribuindo, simultaneamente, para a produção de estratégias preventivas mais assertivas e espacialmente informadas.

Neste contexto, assistimos à maturação de um consenso que se tem alargado progressivamente nos escritos de epidemiologia (Yen & Syme, 1999; Stone *et al.*, 1999, Kawachi, 2000; Barnett & Whiteside, 2002), onde se reclama por uma definição mais extensiva do conceito de *prevenção*, conjugando-o numa dupla via de intervenção:

- Uma via onde se desenham um conjunto de estratégias direccionadas para os *indivíduos ou grupos*, cumprindo objectos de sensibilização, informação e modificação de comportamentos tidos como desadequados, enquanto potenciadores de risco para saúde;
- Uma outra via onde se produzem estratégias de intervenção orientadas para a análise e *modificação das estruturas* sociais, económicas, políticas e jurídicas, conformadoras do meio envolvente dos indivíduos, cuja actuação directa ou indirecta, gera ou acrescenta situações de *vulnerabilidade* ou de risco declarado para a saúde.

No caso da difusão da infecção por VIH, ou por outras IST, e prosseguindo a modelação sinérgica anteriormente apontada, quer pelas vias de base individual quer pelas vias base estrutural (Tabela 7.1), estas permitir-nos-ão adquirir, no médio prazo, um conjunto de efeitos facilitadores e sustentadores das competências preventivas delineadas, cujo resultado final seria fortemente comprometido caso abordássemos cada patamar de *per se*.

implicação possa estar diferida para nós mais periféricos mas que, de igual modo, concorrem para o quadro de morbilidade.

Tabela 7.1 – Abordagem individual e estrutural das determinantes da infecção por VIH/IST.

<i>Abordagem Individual ou de Grupo</i>		<i>Abordagem Estrutural</i>		
<i>Determinantes na Infecção por VIH/IST</i>	<i>Local/Individual</i>	<i>Social e Política</i>	<i>Económica</i>	<i>Jurídica</i>
<ul style="list-style-type: none"> - prática de sexo desprotegido; - partilha de seringas; - transmissão vertical (infecção mãe-filho) 	<ul style="list-style-type: none"> - campanhas de sensibilização e educação para os riscos de infecção por VIH/IST; - incremento de competências no âmbito da “autodeterminação sexual” e capacidade de “negociação”; - pontos de troca de seringas; - centros de aconselhamento e detecção (anónimo, gratuito, confidencial) - centros de acompanhamento terapêutico; - centros de acompanhamento pré-natal (grávidas de risco); 	<ul style="list-style-type: none"> - mercado social de preservativos; - programas de educação sexual e promoção da saúde (ensino básico/secundário); - avaliação de crenças e mitos sobre sexualidade e género; - atendimento de jovens e planeamento familiar; - política de troca de seringas; - programas de acolhimento e acompanhamento de refugiados e migrantes; - políticas sociais de apoio pré e pós-natal; 	<ul style="list-style-type: none"> - estímulo a projectos de reinserção social e requalificação profissional; - política de apoio a situações de carência e desemprego; 	<ul style="list-style-type: none"> - política de defesa de direitos fundamentais; - definição da idade de acesso ao planeamento familiar; - enquadramento jurídico do consumo e tráfico de drogas; - enquadramento jurídico sobre oferta/procura de sexo comercial;

Haveria certamente menor consequência se desenvolvêssemos esforços orientados para a redução do risco individual associado, por exemplo, à prática de sexo desprotegido, ou à partilha de seringas, sem que encetássemos esforços para que as estruturas sociais e sanitárias operacionalizassem medidas que convergissem no mesmo sentido, tornado acessíveis, do ponto de vista físico ou económico, os elementos necessários a uma protecção mais global e eficaz. De igual modo serão penalizados, ou fortemente inviabilizados, os programas de redução de danos – como o de troca de seringas, em locais onde o enquadramento jurídico-legal qualifica como ilícito a utilização destes itens por quem não estiver tecnicamente credenciado. Situação análoga acontece com as políticas que criminalizam a posse e consumo de drogas. No caso de se aplicarem penas severas por posse e consumo de droga (excluído o tráfico), tal facto pode redundar numa barreira de acesso de tal modo relevante e impeditiva que os utilizadores de drogas endovenosas preferem correr o

risco de infecção, afastando-se dos serviços de atendimento, do que correr o risco de sanção criminal (O'Hare, 1994).

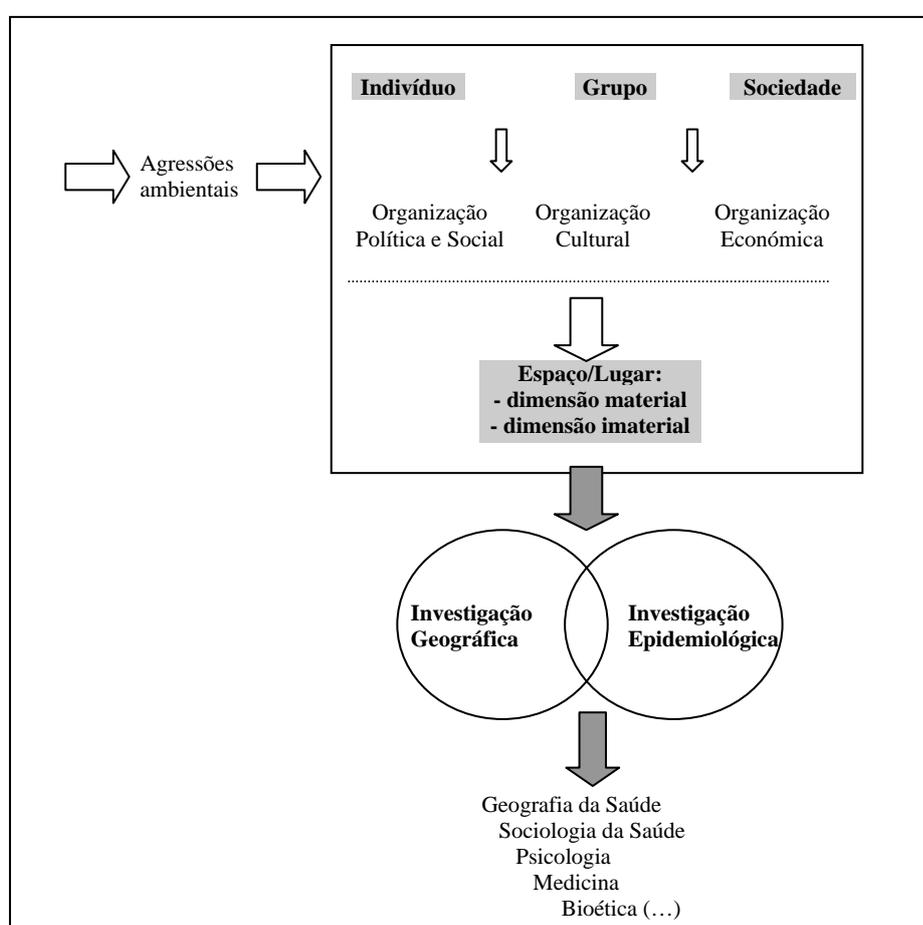
Estes e outros exemplos corroboram a necessidade de reconhecimento de um mútuo condicionalismo existente entre as duas vias de intervenção – indivíduos e estruturas, onde só uma actuação concertada e localmente informada, acrescentará maior sustentabilidade e eficácia aos diferentes patamares da estratégia preventiva, dividida por três níveis clássicos:

- *Nível Primário* - promover a protecção da saúde por meio de intervenções pessoais e comunitárias que visam a manutenção da capacidade física e o equilíbrio emocional dos indivíduos, fornecendo conteúdos informativos e esclarecendo meios operativos, adequados e suficientes cujo objectivo final reside na prevenção da doença.;
- *Nível Secundário* – adoptar um conjunto de medidas, disponibilizadas ao nível individual e comunitário, bem como ao nível da detecção precoce dos estádios mórbidos, desencadeando um conjunto de acções capazes de potenciarem os esforços iniciais de intervenção, no sentido de se alcançar o restabelecimento ou equilíbrio do estado de saúde;
- *Nível Terciário* – desenvolver e aplicar medidas disponíveis para a redução de insuficiências e incapacidades resultantes de estados mórbidos, minorando, tanto quanto possível, o impacto físico, psíquico e emocional da doença, para além de promover o ajustamento do doente às consequências inevitáveis e previsíveis na área clínica, psicológica e social, tendo como linha orientadora “o estudo da arte” para com a patologia em causa. (Last, 1995; Stone *et al.*, 1999).

Concluindo e tirando partido das reflexões produzidas por Yen & Sime (1999) a este respeito, podemos verificar que, apesar do objectivo principal residir na modificação do comportamento individual, deve reconhecer-se que, no quotidiano dos grupos, existe a possibilidade de transferência do “ponto de ataque” (risco), do plano individual para o plano ambiental, pelo que o desenvolvimento de programas preventivos centrados na dimensão *local* ou *estrutural* tendem a influenciar de forma mais duradoura um maior número de indivíduos.

As novas realidades epidemiológicas já não podem ser explicadas, quer pela ciência geográfica quer pela ciência epidemiológica, com base numa ecologia ou geografia da paisagem natural (Fig.7.1). O risco deriva agora da conjugação singular de factores demográficos culturais e sociais, cuja complexidade e variabilidade exigem, para a sua adequada interpretação, a adopção de *múltiplos registos* necessários para a leitura adequada da dimensão espacial: o plano geométrico, o plano espacial e o plano do lugar (Barcellos, 2000).

Figura 7.1 – Leitura e interpretação Geográfico-Epidemiológica do «Espaço» enquanto realidade multi-dimensional.



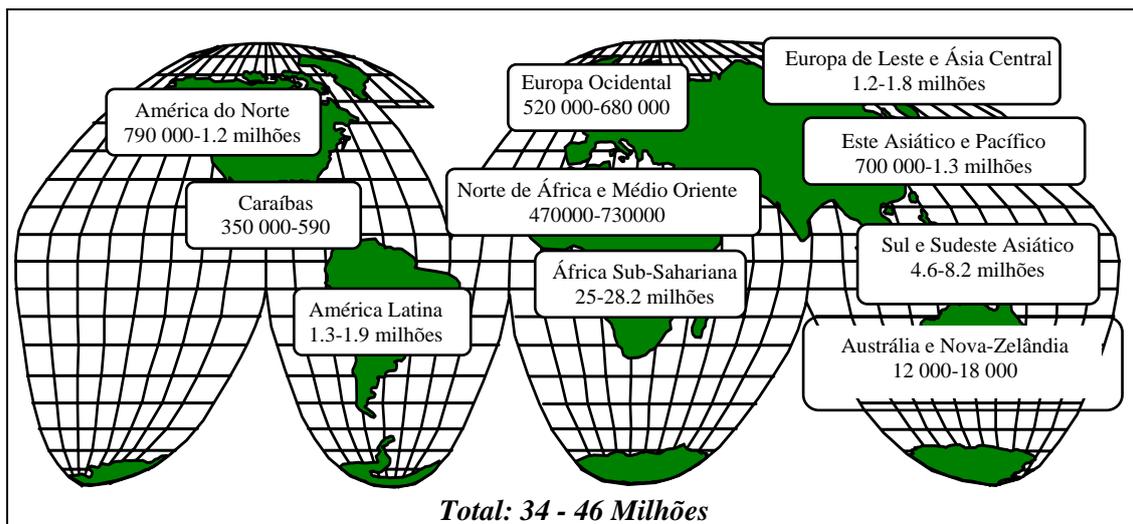
7.1 - Compreender o Desafio

Uma observação atenta dos relatórios epidemiológicos mundiais para o VIH/SIDA, permite-nos verificar que, em todo o mundo, o número de seres humanos infectados é superior a 46 milhões somando, a cada ano que passa, 5 milhões de novos infectados e 3,1 milhões de mortos (Fig. 7.1.1)

Confrontados com este cenário, não nos resta qualquer dúvida de que enfrentamos uma grave situação de emergência mundial, onde não faz qualquer sentido persistir na clássica distinção entre problemas de saúde nacionais e internacionais, cuja tranquilidade superveniente é meramente ilusória (Victorino, 2003). Disto estavam conscientes Johnathan Mann, Tarantola e Netter quando, no início da década de noventa, compreenderam, quiçá precocemente, a real dimensão da epidemia, proferindo um sábio mas quase ignorado alerta:

«A lição global que podemos tirar é que o VIH chegará à maioria das comunidades humanas, senão a todas elas: a geografia pode dificultar, mas não protegerá contra a entrada e disseminação do VIH.» (Mann, Tarantola e Netter, 1993; pp. 3)

Figura 7.1.1 - Total de adultos e crianças vivas infectadas pelo VIH – Estimativa Dezembro de 2003



Fonte: UNAIDS, 2003

Apesar das mais recentes conquistas terapêuticas – nomeadamente as terapêuticas anti-retrovirais combinadas³, permitirem dilatar temporal e qualitativamente a vida dos infectados pelo VIH (ex.: reduzindo em cerca de 80% a mortalidade dos infectados no Brasil), a SIDA continua a ser uma doença mortal.

Estremece-nos a cada passo, não só pelos níveis de incidência alcançados, ainda que de forma assimétrica nas diversas regiões do globo, mas também pelo impacte que os efeitos secundários da pandemia projectam na economia e na demografia mundial.

³ Terapêuticas anti-retrovirais combinadas são internacionalmente designadas por: *Highly Active Anti-retroviral Therapy* – HAART.

Prevê-se, para os países mais afectados pela epidemia, que o número de órfãos por causa do VIH/SIDA atinja, em 2010, 15% da população com menos de 15 anos.

Neste contexto são diversos os alertas internacionais que anunciam a continuo decréscimo do número de activos no continente africano, impondo a paralisação de diversos projectos de desenvolvimento com financiamento internacional, incluindo a prestação de cuidados de saúde. A Europa enfrenta um crescimento exponencial da epidemia a Leste, com forte impacte na Rússia e na Ucrânia, prevendo-se a eclosão de níveis de incidência absolutamente preocupantes para os países mais populosos do mundo: China, Índia e Indonésia (UNAIDS, 2003).

Neste cenário, devem as instituições e os governos envidar todos os esforços para dotar os indivíduos de competências preventivas no âmbito do VIH/IST, ao mesmo tempo que as sociedades desenvolvem um combate sem tréguas ao estigma e à discriminação, envolvendo um conjunto de instrumentos educativos, desde a infância à idade adulta.

Par além de se promover e de se incentivar a modificação de comportamentos associados ao risco de infecção pelo VIH/IST, é urgente identificar, compreender e intervir sobre situações de vulnerabilidade social, reconhecendo que a saúde é igualmente determinada por um conjunto de forças sociais, políticas e económicas que potenciam “situações de alto risco” (Nossa, 2001), exigindo uma articulação absoluta entre a «ciência do VIH e as políticas do VIH», tal como defendem especialistas da área clínica e social (Fauci, 1995; citado por Victorino, 2003).

Urge equilibrar os esforços de investigação e de prevenção na área do VIH/IST, não só no âmbito do diagnóstico e terapêutica, cujas competências pertencem à área biomédica, mas também na caracterização, compreensão e modificação das determinantes sociais, económicas e culturais que modelam o «espaço geográfico», acrescentando um potencial de ameaças e de vulnerabilidades para a saúde em geral, e para o risco de infecção por VIH em particular.

Grmek (1994), ao reconstituir brilhantemente a *História da SIDA*, dedica um capítulo à compreensão das condições biológicas e sociais que estiveram na génese da pandemia, insistindo na necessidade de investigarmos e de compreendermos, até às causas mais remotas, um conjunto de circunstâncias que antecederam o encontro crítico entre factores biológicos e factores ecológicos que, “arrancaram numa dada direcção na sequência de acontecimentos aparentemente menores”:

«É certo que ninguém pode pretender explicar a origem de uma epidemia de natureza infecciosas sem começar por tomar em consideração as propriedades biológicas do germe. Mas esse é o primeiro passo na via que conduz à verdadeira compreensão histórica. Impõe-se, igualmente, ter em conta a biologia humana e, para interpretar correctamente a génese dum acontecimento que é essencialmente histórico, não podemos deixar de proceder a um exame atento e crítico das circunstâncias sociológicas.»
(Grmek, 1994; pp. 247)

A epidemiologia ensinou-nos que, para a compreensão cabal do processo de difusão de determinadas doenças, é crucial reconhecer um conjunto de problemas de organização espacial e social que lhes estão associados. Foi assim no caso da peste, da lepra e da cólera, impondo-se a quarentena, limitando-se a mobilidade e instituindo medidas coercivas de higiene e saneamento.

Tal como sublinha Victorino (2003), no caso do VIH/SIDA, fica muito claro que o entendimento cabal dos significados da doença tem implicações sobre as políticas a prosseguir no âmbito da prevenção e tratamento, na senda da ideia-chave expressa por Brandt (1995; citado por Victorino, 2003; pp. 16):

« AIDS move us from public history to the public policy».