

Capítulo 8

A IMPLICAÇÃO DAS ESTRUTURAS ECONÓMICAS, SOCIAIS E POLÍTICAS NA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA PANDEMIA VIH/SIDA

Partindo do retrato epidemiológico sumariamente reproduzido, procurar-se-á averiguar a actuação de um conjunto de elementos de cariz sócio-espacial que, de um modo holístico, concorrem para explicar as diversas “prevalências de fundo” que, colectivamente, corporizam a pandemia VIH/SIDA.

Utilizaremos pois, a múltipla dimensão do «espaço geográfico» anteriormente discutida, reservatório onde se acumulam e estruturam historicamente diversas tensões, projectos políticos, sociais e económicos, conformadores de um mosaico de condições sócio-ambientais discretas, balizadoras de territórios de dimensão variável, impondo diferentes níveis de análise, à escala da região e do lugar.

Simultaneamente, e porque privilegiamos a dimensão das colectividades humanas, abordar-se-á a actuação das diferentes estruturas sobre o colectivo, não sem que se tome como relevante a capacidade do arbítrio e decisão praticadas ao nível individual, também elas modeladas e conformadas pelas práticas sociais e valorativas dos grupos.

Sempre que objectivamos avaliar o impacto que as macro-estruturas detêm sobre o estado de saúde das populações somos confrontados, *a priori*, com algum nível de indeterminação que pode persistir quando procuramos destrinçar as relações existentes entre o estado de saúde das populações e os diversos níveis de privação, nomeadamente quando esta ocorre por causa económica.

Neste contexto, Bastos e Szwarcwald (2000) sublinham a necessidade de recorrermos à aplicação de *métodos observacionais*, onde se investigam as diferenças de atributos relacionados com indicadores económicos e sociais, bem como o seu nível de associação com o *status de saúde*, prescindindo, por questões éticas, de procedimentos experimentais com os consequentes critérios de controlo, confirmação e replicação. Neste registo, enfatizam a pertinência da metodologia proposta por Dilthey (1833 – 1911), admitindo que, não raras vezes, «apenas nos é possível compreender

determinada associação, mas não “explicá-la” em termos de causalidade *stricto sensu*» (Bastos e Szwarcwald, 2000).

Concomitantemente, e procurando evitar generalizações abusivas de orientação unicausal ou determinista, os resultados alcançados pelo registo observacional, devem também cumprir o princípio de *parcimónia científica* enunciado por Occam (Sec. XIV), «onde conjecturas elaboradas para explicar determinada coisa (ou evento) não devem ser multiplicadas para além do necessário».

A investigação de situações de iniquidade/desigualdade social, devem contemplar, simultaneamente, a possibilidade de mensuração de acesso a bens e serviços, de natureza material ou simbólica, na linha de pensamento de Bourdieu, sublinhando a validade bidireccional entre estas duas categorias que detêm capacidade de influência mútua (Bastos e Szwarcwald, 2000).

Assim sendo, e porque a SIDA é interpretada, simultaneamente, como uma crise de saúde e como uma crise cultural, com profundas imbricações nas condições sociais e políticas (Singer, 1994; Barnett & Whiteside, 2002), abordar-se-á, com o detalhe possível, a actuação de um conjunto de estruturas que estão consensualmente implicadas em situações de vulnerabilidade para a infecção por VIH, a saber:

- Estruturas económicas, envolvendo processos de globalização e de depreciação económica;
- Estruturas políticas e jurídicas, envolvidas na regulamentação e garantia de direitos, implementação de políticas de saúde;
- Estruturas culturais, implicadas no acesso à educação/informação, no reconhecimento de direitos, na interpretação do risco e em processos de discriminação.

Singer (1994), Bastos e Szwarcwald (2000), bem como Barnett & Whiteside (2002), enfatizam e credibilizam a linha de orientação agora prosseguida, defendendo o escrutínio das macro-estruturas como uma via adequada para alcançar a dimensão compreensiva e explicativa necessária ao entendimento dos quadros sanitários, epidémicos ou endémicos, particularmente quando lhes estão associadas situações de marcada desigualdade social.

Barnett & Whiteside (2002), trazem à reflexão o quadro de referência das ditas endemias “tropicais”, cuja manifestação está para além da conjugação isolada dos

factores físicos que suportam bioticamente uma grande diversidade de organismos. Na actualidade, a maioria das “doenças tropicais” prevalece endémica em ambientes de pobreza, onde o calor e a humidade apenas agravam a já débil situação sanitária, marcada pela insuficiência alimentar, pela sobrelotação populacional, pela ausência de saneamento de água potável. Patologias como a malária e a cólera fazem parte da história recente da epidemiologia europeia e norte americana, presentes até meados da década de 50, data a partir da qual foram erradicadas pela articulação conjunta das infraestruturas físicas e pela qualificação do meio sócio-económico.

É neste enquadramento que os diversos perfis epidemiológicos devem ser avaliados, compreendendo as causas mais profundas que “determinam” os 119 casos/1000 habitantes de ISTs verificadas na África Sub-Sahariana *versus* 21 casos/1000 habitantes ocorridos na Europa Ocidental, ou a perda desigual de anos de vida, estimada em 575 anos/1000 habitantes para o continente africano, *versus* 117 anos/1000 habitantes para os países ricos (Barnett & Whiteside, 2002).

Por tudo isto, partilhamos da ideia expressa por Wallace & Wallace (1995; citado por Singer, 1994; Barnett & Whiteside, 2002), onde o autor refuta a ideia comum de que a emergência cíclica de epidemias resulta de uma conjugação infeliz de probabilidades, enquadrada pela concatenação de um conjunto de factores adversos. Esta presunção deve ser objecto de profunda revisão, pois repousa numa visão “atomista” onde, só por defeito ou por falácia, se admite que a compreensão do problema a nível individual autoriza a explicação adequada do fenómeno nas suas múltiplas escalas.

8.1. - Patamares de Vulnerabilidade e a Transmissão do VIH/SIDA

Jonathan Mann (1993), um dos mais lúcidos e visionários investigadores da pandemia do VIH/SIDA, prematuramente desaparecido, declarou ao mundo na Conferência de Estocolmo (1988) que a humanidade enfrentava um problema de saúde pública sem precedentes, sobre o qual já haviam decorrido três importantes períodos: o *período de silêncio* da epidemia (aproximadamente 1970 – 1981); o *período da descoberta inicial* (1981 – 1985) e o *período da mobilização mundial* (1985 – 1988), o que, no seu entender, responsabilizava os Estados para que não evocassem mais desculpas ou autorizassem mais atrasos no combate à sua difusão.

Mann percebeu que a pandemia da SIDA era tributária de milhares de epidemias de menor dimensão, mas de complexa actuação, que cruzavam repetidas vezes as fronteiras físicas, culturais, sociais e económicas, evidenciando elevado dinamismo e volatilidade, cuja investigação remetia para a conjugação de situações de vulnerabilidade biológica e individual, fortemente conformadas por quadros de vulnerabilidade colectiva. Neste cenário, Mann, Tarantola e Netter (1993) enfatizaram a necessidade de se averiguarem e identificarem os diferentes níveis de vulnerabilidade, bem como a actuação de um conjunto de estruturas à escala nacional e regional que, obrigatoriamente, implicava a actuação dos governos, numa clara expressão de *compromisso* e de *acção*, conjugando a actuação simbiótica das estruturas jurídicas e políticas de suporte, com grande relevo para com a imperiosa necessidade de respeito pelos direitos humanos.

Neste contexto, Mann *et al.* (1993) determinou como tarefa fundamental o equacionar das diferentes concepções de *vulnerabilidade* e o modo como as mesmas conformam e/ou são conformadas por “situações de alto risco”, atendendo a que, por definição, qualquer estado de vulnerabilidade¹ pressupõe a susceptibilidade de algo ou alguém poder ser ferido ou fragilizado em consequência de uma menor robustez.

Do ponto de vista *biológico*, a generalidade dos seres humanos demonstra vulnerabilidade à exposição ao VIH, pese o facto de podermos afirmar que o VIH não é um “vírus robusto”, cuja transmissão apenas ocorre através do contacto com fluidos corporais infectados (Barnett & Whiteside, 2002), comportando, de acordo com o “estado da arte”, três potenciais vias de transmissão:

- Via de transmissão sexual (através de contactos sexuais não seguros);
- Via de transmissão parentérica (utilização parentérica de material contaminado: sangue ou fracções de tecido sanguíneo, seringas e agulhas);
- Via de transmissão vertical (contágio vertical mãe-filho ou mãe-lactente).

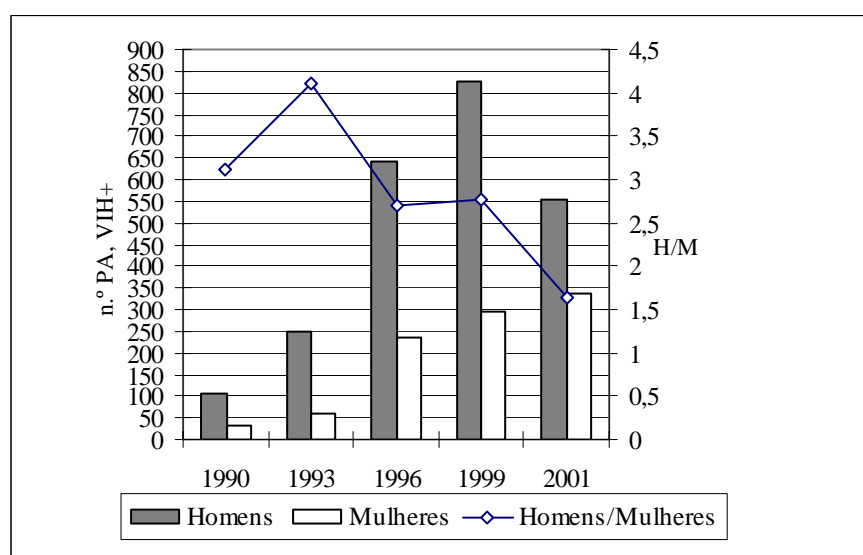
Das três vias de transmissão enunciadas, apenas consideraremos a via de transmissão sexual, sendo de todas a que comporta maior diversidade de “situações de risco” e vulnerabilidade biológica, através de contactos sexuais não protegidos, constituindo, desde os primeiros anos de epidemia, a principal via de transmissão do VIH no mundo. Na Europa Ocidental, no quinquénio 1997-2001, 59% dos novos casos diagnosticados,

¹ Do latim *vulnerabilis* – característica do que é frágil; susceptibilidade de ser ferido ou atingido.

envolvendo a infecção por VIH, estão relacionados com práticas heterossexuais não seguras (ONUSIDA, Dez. 2002). No caso português, a situação epidemiológica nacional em Setembro de 2003 evidenciava, para a categoria de transmissão *heterossexual*, uma prevalência de 55,1% dos casos notificados, seguindo-se a categoria *toxicodependentes* com 36,3% dos registos (CNLCS/CVEDT, 2004).

Simultaneamente, assistimos na categoria de transmissão *heterossexual* a uma crescente *feminização* do processo sendo que, em todo o mundo, no ano 2002, do total de 5 milhões de novos casos registados, envolvendo 4,5 milhões de adultos (>15 anos), 2 milhões ocorreram em mulheres. Em Portugal, e considerando apenas os portadores assintomáticos (PA) para o VIH, verificamos igual tendência, apontando também para uma crescente feminização da epidemia tal como demonstra a figura 8.8.1.

Figura 8.1.1 – Distribuição de novos casos VIH+ envolvendo PA, segundo sexo e ano de diagnóstico



Fonte: CVEDT (Doc.n.º129, Dez. 2002)

Para além das determinantes sociais e culturais envolvidas na compreensão deste quadro, em termos de *vulnerabilidade biológica* podemos afirmar que a mulher é mais vulnerável à infecção por VIH e demais ISTs² do que o homem. Dos motivos comumente apontados, releva a maior extensão da superfície vaginal exposta ao sêmen, para além deste deter maior concentração viral do que o líquido vaginal - livre

² Mais recentemente (1996), a terminologia – *Infecções Sexualmente Transmissíveis* (IST), foi consagrada por diversos especialistas que defendem a substituição da anterior designação – *Doenças Sexualmente Transmissíveis* (DST), uma vez que diversas *IST* não determinam quadros clínicos evidenciáveis, determinando todavia situações de vulnerabilidade (Bastos & Szwarcwald, 2000; pp. 66-67).

e no interior das células, (Bastos e Szwarcwald, 2000). Adicionalmente, Eng & Butler (1997) confirmam que as IST são mais frequentemente assintomáticas nas mulheres do que nos homens acrescentando, por esta via, um risco não perceptível. Citando um estudo desenvolvido por Keim *et al.* (1992), os autores informam que, através de consultas ginecológicas de rotina ocorridas num colégio feminino, foram rastreados 79% de casos positivos para a *clamídia*, sem que fossem registadas quaisquer queixas ou sintomas por parte das jovens avaliadas.

A conjugação das situações acima descritas concorre para explicar o facto de que, no caso da *gonorreia*, uma simples penetração vaginal não protegida determinava, para as mulheres, uma taxa de contaminação que variava entre os 60 – 90%, contra 20 – 30% nos homens (Eng & Butler, 1997).

O facto de as IST poderem não ter dimensão clínica, não significa que, *in situ*, não possam ocorrer processo inflamatórios e/ou micro lesões fragilizadoras da mucosa, diminuindo a eficácia da barreira natural às diversas agressões por IST ou VIH.

No caso da infecção por VIH, Barnett & Whiteside (2002) corroboram os argumentos aqui coligidos, reforçando as evidências apresentadas através da mensuração de probabilidades de exposição ao risco para o VIH-1, incluindo o risco de exposição sexual que se manifesta assimétrico para o género (Quadro 8.1.1).

De acordo com Soriano e González-Luhoz (1999), deve também ser considerado o facto de que o risco potencial de infecção por VIH aumenta na mulher através de práticas sexuais anais, durante o período menstrual, e/ou na presença de úlceras genitais causadas por IST previamente existentes, sendo o risco *exponencialmente ampliado* quando o relacionamento sexual não seguro ocorre em mulheres jovens, pré-púberes ou adolescentes, nas quais a imaturidade do aparelho genital determina maior risco de fragilização das mucosas face às práticas a que é sujeito.

Quadro 8.1.1 – Probabilidade de infecção por VIH-1 segundo categoria de transmissão

Modo de transmissão	Infecção por 1000 exposições
Mulher – Homem, sexo vaginal não protegido	0,33 - 1
Homem – Mulher, sexo vaginal não protegido	1 - 2
Homem – Homem, sexo anal não protegido	5 - 30
Agulhas contaminadas	3
Transmissão vertical mãe-filho	130 - 480
Exposição a produtos sanguíneos contaminados	900 - 1000

Fonte: World Bank (1997; citado por Barnett & Whiteside, 2002; pp.38)

Para além da vulnerabilidade biológica, coexiste um outro conjunto de factores que, em maior ou menor grau, condicionam a capacidade de decisão e arbítrio dos indivíduos, adicionando vulnerabilidade aos comportamentos e decisões individuais. Para Mann *et al.* (1993), a mutabilidade do comportamento deve também ser entendida em função das características do meio social envolvente, das experiências vivenciadas, dos valores e desempenhos prosseguidos pelos grupos de pertença e de referência, em suma, por um conjunto de entidades sociais, culturais e religiosas que suportam e constroem a identidade dos indivíduos, podendo acrescentar vulnerabilidade em termos de saúde. No caso da infecção por VIH e outras ISTs, os autores defendem a avaliação da vulnerabilidade numa escala múlti-dimensional, cujas causas e implicações analisaremos de seguida (Tabela 8.1.1).

Tabela 8.1.1 – Definição de *vulnerabilidade individual* face ao risco de infecção por VIH

- *Em termos absolutos*: desprotegido;
- *Em termos relativos*: exposto a um risco superior ao da média;
- *Em termos epidemiológicos*: exposto a maior risco de infecção por VIH;
- *Em termos médicos*: incapaz de avaliar o nível satisfatório e a qualidade da assistência médica prestada;
- *Em termos operacionais*: necessita de uma maior grau de protecção e assistência;

- *Em termos de direitos humanos*: exposto ao risco de discriminação ou tratamento injusto desafiando princípios básicos de equidade e dignidade humana;
- *Em termos sociais*: privado de alguns ou de todos os direitos ou serviços sociais;
- *Em termos económicos*: devido a limitações financeiras, incapaz de compensar o risco de infecção ou ter acesso a nível e qualidade de assistência satisfatória;
- *Em termos políticos*: incapaz de conseguir representação total ou suficiente de poder político.

Fonte: Mann, Tarantola e Netter (1993; pp. 276)

Tal como sugerem os autores (Mann *et al*;1993), a correcção de situações em que a múltipla dimensão da vulnerabilidade individual pode ser observada, necessita, para a sua minimização, da conjugação simultânea de três patamares preventivos, a saber:

1. Informação e educação;
2. Acessibilidade e “boas práticas” dos serviços de saúde e de apoio social;
3. Adequado ambiente social de apoio.

8.2 – Informação e Educação: estratégias fundamentais na prevenção do VIH/SIDA

É absolutamente consensual admitir-se que a vulnerabilidade individual em saúde aumenta na ausência de informações precisas e adequadas sobre determinada patologia e consequentes factores de risco.

A transmissão de informações rigorosas e cientificamente informadas sobre os modos de transmissão do VIH contribuem para mitigar a falsa sensação de invulnerabilidade, ao mesmo tempo que auxiliam na desconstrução de um conjunto de estereótipos potenciadores de discriminação. Tal como sublinham Mann *et al.* (1993, pp.277), a tarefa final da prevenção consiste em dotar os indivíduos de responsabilidade individual:

«(...) As sociedades não podem administrar a prevenção do VIH a uma população passiva (...) A prevenção do VIH requer indivíduos investidos da responsabilidade de aprender e responder.»

O duplo objectivo traçado por Mann *et al.* (1993), aprendizagem e resposta consequente, só é passível de ser alcançado pela associação estreita entre processos de sensibilização, informação e educação. É tão importante sensibilizar e informar sobre os riscos associados a uma patologia, como é importante operacionalizar um conjunto de habilidades e competências que ajudem a lidar com esses riscos, gerando práticas preventivas *eficazes e exequíveis*. Educar pressupõe a acção de compreender, formar e operacionalizar estratégias previamente adquiridas, orientadas para a resolução de tarefas específicas.

Tal como reconhecem Svenson *et al.* (2001), no início da pandemia VIH/SIDA, os esforços dos técnicos centraram-se na realização de campanhas de informação com o objectivo de esclarecer o *modus operandi* do vírus e os meios de transmissão que lhe estão associados. No entanto, averiguou-se que o acréscimo de informação sobre VIH/SIDA, de *per se*, não alcançava a redução dos riscos comportamentais desejados. Avaliações posteriores demonstraram que no processo de sensibilização e informação interferem um conjunto de influências sociais, culturais e religiosas que impedem ou minimizam o efeito de partilha da informação, para além da detecção de um conjunto de estereótipos e de barreiras comunicacionais, presentes no interior de um relacionamento que retiram eficácia à informação.

Por este motivo, Svenson *et al.* (2001; pp.17) sublinha a necessidade de se desenvolverem programas de promoção da saúde, informados por teorias comportamentais, capazes de ajudarem na compreensão dos mecanismos de mudança de comportamento humano:

«É contudo importante lembrar a diferença entre aquilo que alguém assume como verdadeiro sem ter prova disso, e uma teoria. A primeira situação sucede quando uma intervenção é considerada eficaz, sem contudo se ter a compreensão relativa dos seus mecanismos (processos), nem evidência do seu efeito.»

Para nos guiar neste processo, Svenson *et al.* (2001) propõe um exame sumário de algumas teorias previamente testadas e que nos podem auxiliar na compreensão dos

processos de interacção sexual, com implicações nas estratégias de prevenção para o VIH/SIDA.

O *Modelo de Crença na Saúde*³, elaborado na década de 50, baseia-se na ideia de que alguns padrões de crenças, quando interiorizadas, podem alcançar mudanças comportamentais, uma vez que a crença é nos definida como a convicção de que algo é verdadeiro ou vai acontecer. Neste contexto é importante criar condições necessárias para que os indivíduos creiam que a sua saúde é susceptível de determinada ameaça, podendo daí advir prováveis danos. Um outro factor adicional a evidenciar, consiste na execução de um balanço realista entre os *benefícios* associados a um dado comportamento preventivo (ex.: uso de preservativo, prática de monogamia) e os *custos* da sua omissão.

Concomitantemente, devem ser tidas em linha de conta a exequibilidade e a sustentabilidade das práticas preventivas sugeridas (ex.: acessibilidade física e económica a preservativos, suporte económico e social que permita alcançar outras fontes de rendimento que não as decorrentes do sexo comercial), associados a um “*estímulo para agir*”, isto é, algo que compele o indivíduo na prossecução de determinado comportamento, facto que pode ser alcançado através do envolvimento de figuras públicas nas acções de sensibilização, ou de um modelo mais eficaz a influência de alguém relevante e próximo para o indivíduo.

A compreensão e a aplicação dos conteúdos de actuação considerados no *Modelo de Crença na Saúde*, talvez nos ajudem a perceber o porquê de tão elevada e persistente dissociação existente entre a *percepção do risco geral* e a *percepção do risco pessoal* para o VIH.

Um estudo recentemente desenvolvido por Amaro *et al.* (2004) dá-nos conta desta situação ao concluir que a percepção que os indivíduos detinham de poderem vir a ser infectados pelo VIH em Portugal era consideravelmente elevada (63,8%), mas baixava drasticamente quando avaliavam a sua própria exposição ao risco (47,7%; Quadro 8.2.1).

³ O *Modelo de Crença na Saúde* foi objecto de crítica em capítulos anteriores, sendo agora aplicado por Svenson (2001), incorporando revisões feitas por diversos autores, das quais se destacam o “*estímulo para agir*”, enfatizando a necessidade de aplicação deste estímulo.

Quadro 8.2.1 – Evolução da percepção do risco de infecção por VIH em Portugal (%)

	Percepção do <i>risco geral</i>		Percepção do <i>risco pessoal</i>	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
1990	82,9	90,1	20,2	20,8
1994	64,8	70,4	59,9	72,9
1999	62,0	73,9	45,7	49,4

Fonte: Amaro, Fausto *et al.* (2004)

Conceitos igualmente válidos para a elaboração de estratégias preventivas são discutidos pela *Teoria de Aprendizagem Social*, onde o entendimento da noção de «*autonomia*» é fulcral, sendo definida como a capacidade que um indivíduo detém para perceber que, em determinadas situações e pela aplicação de determinadas estratégias, pode ser bem sucedido. O treino das diversas estratégias conducentes à ampliação da «*autonomia individual*» deve levar o indivíduo a controlar adequadamente a sua situação mental e ambiental, quando exposto a situações de *stress*, desenvolvendo uma interacção bidireccionada com o que o rodeia.

A aquisição de competências necessárias ao desenvolvimento da «*autonomia*» pode ser alcançada de forma indirecta, através da observação e reprodução de comportamentos de pessoas com as quais se identifica, ou através do treino de capacidades e de uma percepção positiva de si próprio, o que estimula a confiança na capacidade de assumir determinado comportamento (Svenson *et al.*, 2001). O treino deste tipo de competências, deve ser objecto de elevada prioridade na medida em que estimula a capacidade de autodeterminação dos indivíduos, dotando-os de maior consciência dos seus direitos, ampliando a sua capacidade de negociação e de assertividade.

Neste contexto, um estudo realizado por Matos e pela equipa do *Projecto Aventura Social e Saúde* (2003), avalia os níveis de autonomia adquiridos aferindo especificamente a capacidade de negociação e de exercício de autodeterminação dos adolescentes portugueses em relação às decisões em volvidas na prática da sua sexualidade. Quando se questionaram cerca de 3500 jovens (do 8º ao 10º ano de escolaridade), sobre a capacidade de *recusa de ter relações sexuais sem preservativo*, ou de se *recusarem a ter relações sexuais não desejadas*, 17,5% dos rapazes e 13,5% das raparigas, bem como 14,7% dos rapazes e 8% das raparigas admitiram, respectivamente, ter pouco à-vontade para persistir na sua determinação junto do parceiro(a) (Quadro 8.2.2).

Quadro 8.2.2 – Recusa de relações sexuais por parte de adolescentes sem uso de preservativo ou se não as desejar

	Como te sentirias a recusar relações sem usar preservativo ^{a)}				Como te sentirias a recusar relações se não as quiseres ^{b)}			
	À-vontade	Pouco à-vontade	Não me sinto capaz	Não sei	À-vontade	Pouco à-vontade	Não me sinto capaz	Não sei
Rapaz	60,9%*	17,5%*	7,1%*	14,6%	66,3%*	14,7%*	4,4%*	14,6%*
Rapariga	68,4%*	13,5%*	4,5%*	13,5%	78,9%*	8%*	2,1%*	11%*

^{a)} ($\chi^2= 27,15$, g.l.= 3, $p<.001$) n=3501

^{b)} ($\chi^2= 78,64$, g.l.= 3, $p<.001$) n=3522

Fonte: Matos, M e equipa do *Projecto Aventura Social & Saúde* (2003; pp. 252)

Como pudemos verificar, os modelos e teorias comportamentais aqui referenciados, entre outros possíveis, como a *Teoria da Acção Racional*, que reforça o comportamento dos indivíduos numa dada direcção, tirando partido das normas sociais assimiladas e valorizadas pelo seu grupo de pertença e/ou referência (ex.: valorização da virgindade; valorização da prática de sexo seguro; censura social sobre sexo extra-matrimonial), convergem, na sua totalidade, para a necessidade de se compreenderem as determinantes sociais, emocionais e religiosas que conformam a cultura local, quando se projectam e desenham estratégias preventivas que se desejam eficazes.

Para Barnett & Whiteside (2002), um dos principais erros cometidos nas fases iniciais do combate à epidemia, foi a exportação de programas de prevenção, primária e/ou secundária, desenhados pela OMS/ONUSIDA, à escala e semelhança da Europa, sem levar em linha de conta os condicionalismos culturais e religiosos de cada região em cada lugar, bem como os valores que regem a diversidade de práticas sexuais. Por este motivo, os programas nacionais de luta contra a SIDA, geridos até meados da década de 90 pelo *Global Programme on AIDS*, passaram a enfatizar a necessidade de se escrutinarem as realidades culturais locais, bem como as crenças existentes, reformulando os programas nacionais de luta contra as ISTs, designados por estudos *KAP - Knowledge, Attitude and Practice*, incorporando um sugestivo *B - Behaviour*, (*KAPB*); sinalizador da importância que detêm as determinantes comportamentais e culturais.

Tal como advoga Campbell (1997, citado por Barnett & Whiteside, 2002; pp. 74), a sexualidade não é composta por segmentos isolados do comportamento, mas deve ser compreendida numa complexidade de acções, emoções e relacionamentos onde, citando Kippax e Crawford (1993) se observa:

«Os corpos vivos são incorporados pelas relações sociais, as quais são demasiado complexas para serem apreendidas pela aplicação isolada de investigações quantitativas».

Uma outra perspectiva a ter em linha de conta quando abordamos o conceito de *educação*, na óptica da prevenção, refere-se ao processo de escolarização dos jovens, em termos de instrução formal, uma vez que a mesma permite dotar os indivíduos de um conjunto de competências envolvidas na apreensão e no processamento adequado da informação, oral e escrita, bem como na aquisição de qualificações especificamente orientadas para a inserção na vida activa, que se deseja saudável e produtiva.

Populações com níveis mais elevados de escolarização, evidenciam maior facilidade em aceder autonomamente à informação, descodificando adequadamente mensagens preventivas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, exercitando de forma mais assertiva os seus direitos, desmontando com maior eficácia mitos, crenças ou normas culturais capazes de as vulnerabilizar e comprometer em termos de saúde individual ou colectiva.

O relatório publicado pela UNFPA⁴ - *A Situação da População Mundial* (2003), reclamava o acesso à educação como estratégia fundamental e inadiável para mitigar a transmissão da pobreza para a geração seguinte, sublinhando que, a maior probabilidade de os pobres não concluírem a educação básica coloca-os na delicada situação de se verem cumulativamente privados de dois direitos básicos reconhecidos na *Convenção Sobre os Direitos da Criança*, a saber:

- O direito à educação (Art.º 28);
- O direito a gozar do melhor estado de saúde possível (Art.º 24).

A maior probabilidade de crianças e adolescentes pobres não iniciarem qualquer escolarização, ou de a concluírem precocemente, priva-os não só de um conjunto de instrumentos básicos no domínio da leitura e da escrita, mas também de conteúdos formativos sobre saúde reprodutiva e sobre sexualidade que, regra geral, são leccionados em anos mais avançados. Esta situação é tanto mais grave, quando em todo o mundo, em cada 14 segundos um jovem é infectado pelo VIH, sendo que os

⁴ UNFPA – *United Nations Population Fund*; www.unfpa.org

jovens representam quase 50% dos novos casos de infecção por VIH no mundo inteiro (UNFPA, 2003).

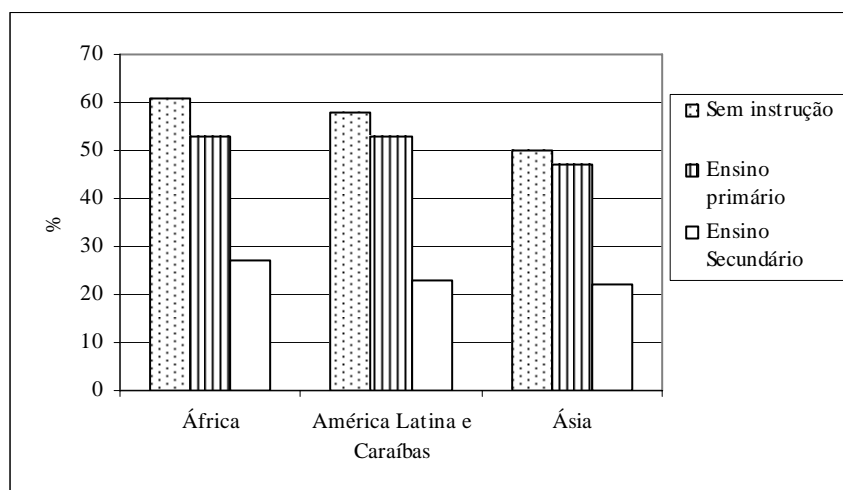
Adicionalmente, o mesmo relatório sublinha, com idêntica preocupação, o facto de que as mulheres jovens e pobres têm maior probabilidade de se casarem mais cedo, acrescentando um conjunto de vulnerabilidades que o casamento precoce pode acarretar para a sua vida sexual e reprodutiva:

«As consequências do casamento precoce para a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e para os seus direitos neste domínio são consideráveis. A sua exposição a IST e ao VIH aumenta. As raparigas casadas não conseguem, em regra, negociar o uso de preservativo ou recusar-se a ter relações sexuais e é mais provável que sejam casadas com homens mais velhos, com mais experiência sexual e com maior probabilidade de serem seropositivos do que os homens solteiros» (UNFPA, 2003; pp.16).

Nos países em desenvolvimento, 82 milhões de jovens e adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos, estarão casadas antes de atingirem a maioridade. Consequentemente, em muitos países as diferenças de fecundidade entre as classes mais pobres e as classes mais abastadas são muitíssimo mais acentuadas, quando comparados com outros indicadores de saúde. Nos países em vias de desenvolvimento, a utilização sistemática e consistente de métodos contraceptivos é muito baixa, fixando-se aproximadamente em 5% a percentagem de jovens que detêm adequadas condições de acesso, com as consequentes implicações em termos de risco para a saúde e reprodução.

Para além de uma maternidade precoce, o casamento na adolescência também afasta, de um modo praticamente definitivo, a possibilidade dessas mesmas “mulheres” poderem prosseguir a sua educação, garantirem a sua auto-suficiência económica, acederem livremente aos sistemas de saúde ou até mesmo conviverem com pessoas da mesma classe etária (Fig.8.2.1).

Figura 8.2.1 – Percentagem de mulheres que são mães < 20 anos, por grau de instrução



Fonte: UNFPA (2003)

A título de exemplo, o mesmo documento refere uma investigação realizada no Bangladesh onde, expectativas sociais dominantes determinam uma maior instrução do marido em relação à sua esposa, condicionando a atitude dos progenitores que, preocupados com a possibilidade de estarem a dar demasiada educação às suas filhas, as retiram precocemente da escola de modo a não inviabilizarem uma desejada aliança selada por via do matrimónio.

Mesmo em países com elevado *Índice de Desenvolvimento Humano* (IDH), onde o quadro jurídico-constitucional enuncia garantias de igualdade entre os sexos, podem ocorrer cenários de subordinação informal a normas culturais masculinizadas, que afectam a vida quotidiana da mulher, podendo constituir-se em dinâmicas sociais conformadoras de maior ou menor vulnerabilidade, sobretudo em países onde, por razões culturais, a ordem jurídica igualitária se encontra dissociada da realidade económica e social, colocando constantes “obstáculos ao processo de emancipação social da mulher” (V. Ferreira, 1999).

Consequentemente, e face à complexidade mundial da pandemia VIH/SIDA, imbricada em múltiplos e diversos contextos político-culturais, comprometedores do acesso à *informação e educação*, no âmbito das estratégias preventivas internacionalmente delineadas, a Assembleia-Geral das Nações Unidas estabeleceu, no âmbito da *Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA*, o seguinte objectivo:

«Até 2005, garantir pelo menos 90% e, até 2010, pelo menos 95% dos jovens de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, tenham acesso à informação, à educação, incluindo a educação por outros jovens e a educação sobre o VIH destinada especificamente aos jovens, e aos serviços necessários para adquirirem as competências de vida requeridas para reduzir a sua vulnerabilidade à infecção por VIH, em parceria plena com os jovens, pais, famílias, educadores e prestadores de cuidados de saúde;».

(Art.º 53, *Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA*; ONUSIDA, 2001)

Quadro 8.2.3 – Indicadores de Educação e de Saúde Reprodutiva segundo países seleccionados

	Conclusão do último ano - ensino primário M/F (%)	Taxa bruta escolarização - ensino secundário ⁵ M/F	Analfabetos (>15 anos) M/F (%)	Nascimentos /1000 mulheres (15-19 anos)	Prevalência contraceção, qualquer método	Prevalência contraceção, método moderno	Taxa Prevalência VIH (%) M/F
Espanha	-	113/119	1/3	6	81	67	0,52/0,24
Itália	99/98	97/95	1/2	6	60	39	0,29/0,26
Portugal	-	111/117	5/10	17	66	33	0,41/0,19
Alemanha	-	100/99	-	11	75	72	0,10/0,05
Suíça	100/100	103/96	-	5	82	78	0,46/0,40
EUA	-	95/96	-	53	76	71	0,48/0,23
Brasil	100/100	86/64	4/4	44	-	-	0,36/0,13
Angola	-	18/13	-	229	8	4	2,20/5,70
Moçambique	62/54	14/9	40/71	105	6	5	6,10/14,70

Fonte: UNFPA (2003)

8.3 – Acessibilidade e “Boas Práticas” na Prestação de Cuidados de Saúde e Suporte Social

A abordagem que agora se propõe em termos de conceitos de acessibilidade e “boas práticas” por parte dos serviços de saúde e de suporte social⁶, no âmbito da prevenção

⁵ Nota técnica - As *taxas brutas de escolarização* indicam o número de alunos inscritos num determinado nível de ensino do sistema educacional por cada 100 indivíduos da população que pertencem ao grupo etário adequado a esse nível. Não foram introduzidos factores correcção de modo a ter em conta os indivíduos cuja idade ultrapassa o nível adequado, em virtude de terem começado tarde os estudos, de os terem interrompido ou de terem sido obrigados a repetir anos (UNFPA; 2003).

⁶ A noção de *suporte social* preconizada pela OMS (1998), envolve os seguintes pontos:

do VIH, privilegiará a vertente qualitativa dos conceitos em causa, na óptica da *inteligibilidade e praticabilidade* do aconselhamento e atendimento por parte dos prestadores dos serviços de saúde, não por demérito da clássica abordagem quantitativa, habitualmente aferida em termos de acesso físico, económico e temporal, mas porque a especificidade da patologia e das características sócio-culturais das populações mais afectadas assim o exigem.

Assim, socorremo-nos da definição proposta por Corbella & Saturno (1990; citado por Imperatori, 1999), no sentido de discutirmos a acessibilidade nos seguintes termos:

«A facilidade com que os serviços de saúde podem ser obtidos de forma equitativa, por uma determinada população tendo em conta barreiras organizacionais, económicas e culturais.»

As recentes tendências exibidas pelo perfil epidemiológico do VIH/SIDA apontam para a existência de *múltiplas endemias*, à escala regional e local, que se caracterizam por uma crescente *pauperização* da infecção por VIH (Singer, 1994; Giffin, 1999; Parker & Camargo, 2000; Barnett & Whiteside, 2002), sendo por este motivo frequentes as recomendações técnicas emitidas pela ONUSIDA que alertam para a especial vulnerabilidade que detêm as franjas mais desfavorecidas da sociedade, quer sejam compostas por cidadãos nacionais ou por cidadãos estrangeiros, sejam eles refugiados, por causas políticas, ou migrantes por causa económica.

Neste processo releva a definição de pobreza, para que possamos compreender, *lato senso*, o contexto de pauperização que parece orientar o crescimento da epidemia. Bruto da Costa (1998; pp. 27), propõe como definição de pobreza a noção de:

«Situação de privação resultante da falta de recursos».

A noção de *privação* aqui enunciada, traduz-se por uma generalização de condições de precariedade ou “más condições de vida”, orientada para uma multiplicidade de domínios:

«Alimentação, vestuário, condições habitacionais, transportes, comunicações, condições de trabalho, possibilidades de escolha, saúde e

«O suporte social pode incluir apoio emocional, intercâmbio de informação e administração de recursos e serviços materiais. Actualmente o *suporte social* é considerado como um determinante importante da saúde, bem como um elemento essencial de *capital social*.» (OMS, 1998).

cuidados de saúde, educação, formação profissional, cultura, participação na vida social e política, entre outras.»

No mesmo sentido converge Marchetti (1997; citado por Ivone Cunha, 2002; pp. 201), que atribui, de igual modo, uma múltipla dimensão à definição de pobreza, indo para além da perspectiva económico-material:

«A pobreza é entendida como uma ausência de capital económico, escolar, corporal e relacional: em suma, como uma conjugação da falta de poder, de ter e de saber.»

Tal como sublinha Bruto da Costa (1998), a privação de algumas destas competências, nomeadamente as que remetem para a esfera educacional e cultural, podem não evidenciar, de uma forma clara e positiva, uma relação causal entre eventos perniciosos e situações de privação, embora se verifique empiricamente que uma carência raramente ocorre de forma isolada.

A ausência de competências, ou o exercício mitigado das mesmas, ao nível da leitura, da escrita, da interpretação e da compreensão de mensagens e alertas na área da saúde, pode constituir numa barreira de importância crucial em termos de pleno acesso aos cuidados de atendimento e aconselhamento. Por outro lado, a imperceptibilidade destas limitações por parte dos profissionais de saúde, associando preconceitos e/ou estereótipos na identificação de situações de risco, pode condicionar de igual modo o acesso no sentido em que compromete a qualidade do aconselhamento e a consequente assertividade necessária aos modelos preventivos e desempenho de “boas práticas”.

Um estudo realizado por Fernandes *et al.* (2000), envolvendo seis centros de saúde, prestadores de cuidados numa área carenciada da cidade de Campinas (Brasil), demonstrou que mais de 50% dos inquiridos (n = 249; escolaridade máx. 2 a 8 anos), não sabiam identificar qualquer sintoma relacionado com ISTs, embora 14% das utentes tivessem capacidade de mencionar algumas designações e, aproximadamente 25% reconhecessem a existência de dor pélvica e leucorreia como sintomas associados. Mais de 18% de todas as mulheres afirmaram nada saber sobre as vias de transmissão das ISTs, sendo que apenas 11,2% citaram a prática de sexo não seguro como forma crítica de transmissão, 12,9% identificaram a multiplicidade de parceiros como causa provável de contágio, e 6% associaram o risco de infeção ao uso parentérico de derivados de sangue e de drogas ilícitas. É ainda relevante a observação

de que 18,5% das mulheres confundem métodos de contracepção com métodos de prevenção de ISTs, sendo que 42% nunca utilizaram preservativo, sendo que 20% das inquiridas reconhece prosseguir uma utilização inconsistente do mesmo. O cenário apresentado é tanto mais grave quanto 84% das mulheres que se declaram solteiras ou separadas admitiram desenvolver um relacionamento amoroso à data da entrevista. Situações como as agora descritas requerem redobrada atenção e disponibilidade acrescida por parte dos profissionais de saúde, para que não se instalem barreiras de comunicação, comprometedoras das funções de atendimento e de aconselhamento em saúde, enfraquecendo, por esta via, a adesão a esquemas preventivos.

Thornton (2003) reconhece que, em contextos de difícil interacção, os profissionais de saúde necessitam de conhecimentos específicos, de técnicas de confiança e de estratégias de comunicação capazes de contornar barreiras comunicacionais e culturais que lhes permitam alcançar uma decisão partilhada entre prestadores e utentes:

«Os responsáveis pela gestão do risco na sociedade terão alargar a sua investigação na parceria com os utentes, para examinarem os factores sociais que vão para além do cognitivo para o comportamental, incluindo o contexto social no qual os significados são modelados.» (Thornton, 2003; pp. 515).

Para Pio Abreu (1998), os prestadores dos cuidados de saúde devem estar atentos para o real significado que a função *metacomunicativa* desempenha na relação médico-doente, uma vez que a linguagem médica tem significados e códigos específicos que não são comuns ao doente:

«(...) o doente raramente tem acesso a esses códigos e usa a linguagem de acordo com os códigos da sua cultura que supõe universais. É assim necessário decifrá-los e, pelo menos nos encontros iniciais, perguntar-lhe o que para ele significam certos termos, que podem ir desde usos populares de nomes de doenças até expressões aparentemente adequadas mas que podem ter significados diferentes daqueles que o médico normalmente lhes atribui.» (Pio Abreu, 1998; pp. 23).

Perspectiva complementar é nos trazida pelo trabalho realizado por Giffin e Lowdes (1999), onde se procura avaliar uma outra face das barreiras comunicacionais

presentes no processo de atendimento e aconselhamento, envolvendo um conjunto de entrevistas realizadas a 15 especialistas de ginecologia, 10 mulheres e 5 homens, que trabalhavam na rede de cuidados de saúde primários do Rio de Janeiro.

Prosseguindo a actual noção de “boas práticas” no aconselhamento, que implica mais do que a noção de *empowerment* (ampliação das atribuições de cada pessoa), associado ao uso de preservativo e de negociação de sexo seguro, levando em linha de conta os valores associados aos afectos, a noção de intimidade e o significado da valorização da sexualidade feminina, as autoras procuraram avaliar que tipo de informações eram valorizadas bem como a qualidade da informação transmitida em situações típicas de necessária intervenção, diagnóstico e aconselhamento em saúde.

Da totalidade dos entrevistados, todos eles especialistas qualificados na prestação de cuidados de saúde, a maioria associou o risco de contrair ISTs em mulheres a situações de «promiscuidade de relacionamento», apenas metade referiu como factores adicionais a considerar: «informação desadequada» ou «serviços de atendimento inadequados».

Foi igualmente averiguada a qualidade de informação fornecida a uma mulher portadora de uma IST. Dos 15 clínicos especialistas, 8 afirmaram *informar* a sua doente sobre a patologia em causa, sublinhando a necessidade de tratamento dela e do seu parceiro, embora reconhecessem alguma dificuldade em transmitir claramente informação sobre uma doença sexualmente transmitida. Os restantes 7 especialistas reconheceram que *não informavam* a mulher sobre a transmissão por via sexual da doença em causa. Os argumentos apresentados para sustentarem esta decisão são de diversa ordem, sublinhando, fundamentalmente, a *relevância do dever de tratar sobre o dever de informar*, a vantagem de evitar complicações e/ou gerarem desconfianças no relacionamento, escudando-se na impossibilidade de saber, com rigor, quem foi o transmissor da infecção em cada caso concreto:

«O que eu *não* costumo dizer é: “você tem uma doença infecciosa”; a minha função é: “olhe, esta coisa que você apanhou tem que ser tratada”; se é curável ou não é curável: “essa é a minha função”.

«Eu digo-lhe como podem evitar complicações, mas eu não explico como podem ter sido infectadas. Eu não acho que isso seja bom para ela, nós não

sabemos como ela se infectou, e para ela ter ideias...acho que o melhor é apenas tratar.»

Por outro lado, mesmo em situações onde a mulher solícita informação mínima sobre a patologia em causa (IST), nomeadamente quando requer qualquer tipo de abordagem técnica sobre as potenciais vias de transmissão da patologia, de modo a poder integrar alguma medida preventiva no interior da conjugalidade ou relacionamento, sublinhando, em alguns casos, o não reconhecimento de comportamentos pessoais de risco, as respostas obtidas estão longe de poderem corresponder à assertividade exigida nestas situações, correndo sérios riscos de negligenciar o direito à informação ou de incorrer numa má prática preventiva:

«É complicado para mim... (numa situação hipotética), ela tem uma doença venérea, e não sabe de onde surgiu, quando se examina de perto o caso, foi-lhe transmitida pelo marido, por vezes eu não lhe posso transmitir a verdade, está a ver?...Eu sei que nós as devíamos informar mas persisto em tratar, está a ver»

(...)

«Algumas questionam se podem ter sido contaminadas pelo uso de um aplicador conspurcado [cânula], porque estão a aplicar algo, mas eu não confirmo nada, nem oriento nada, e também não digo nada se ela não me questionar...mas parece ser óbvio, se é contagioso, como é que isso aconteceu? Numa relação sexual, claramente! Tem que se manter o equilíbrio...»

Mesmo quando a mulher toma consciência de que o seu estado de saúde foi afectado ou comprometido através de um relacionamento íntimo com o seu parceiro, o nível de assertividade da informação prestada permanece insuficiente nos casos examinados:

«A doença pode ser transmitida por via sexual, mas pode ter lhe sido transmitida ou pode ter sido a transmissora, um de vós foi atingido, dependendo da doença, mesmo sem contacto sexual, compreende?»

Ou ainda:

«É uma doença sexualmente transmitida, mas varia consoante o paciente.»

«Foi contaminada por relacionamento sexual, agora, pode ter ocorrido alguma baixa de imunidade, o vírus pode ter estado latente por um período mais ou menos longo, agora que está em *stress*. Aparece repentinamente, isto também é válido para alguns homens.»

(Giffin & Lowndes, 1999; pp. 283-292)

A avaliação qualitativa dos depoimentos em causa, em plena “era SIDA”, não só justifica a necessidade de se prosseguir uma revisão crítica dos procedimentos subjacentes ao atendimento e aconselhamento, como também acentua a necessidade de se proceder ao *treino das competências metacomunicacionais* por parte de todos prestadores de cuidados de saúde. Os esforços destes profissionais devem convergir para a compreensão da utilidade da informação necessária e suficiente a prestar, qual factor indutor e potenciador de comportamentos preventivos, prestando-a de forma adequada e efectiva sempre que o utente solícita o saber técnico destes actores, levando-nos a reflectir sobre a qualidade de desempenho que está subjacente ao papel formativo e educativo que, implicitamente, deveria caracterizar os procedimentos em causa, especialmente quando está envolvido o exercício de direitos, sejam direitos de cidadania ou de protecção na saúde.

Este facto assume particular relevância e gravidade quando a protecção da saúde envolve populações carenciadas, seja por insuficiência de capital escolar, relacional ou outro, incapacitadas de algum modo de aceder a informação e a aconselhamento de modo autónomo, desperdiçando-se uma oportunidade privilegiada de contactarem com modelos preventivos em condições de equidade.

8.4 - O Caso das Populações Migrantes

No caso das populações migrantes, à realidade anteriormente descrita, soma-se um conjunto de especificidades que, em termos de acessibilidade aos cuidados de saúde devem ser aqui equacionadas.

De acordo com o *World Migration Report* no ano 2000, 150 milhões de emigrantes trabalhavam e residiam em permanência fora do seu país de origem, acrescentando-se a este número 2 a 4 milhões de novos candidatos por cada ano que passa. A esta cifra devem juntar-se 15 milhões de refugiados em busca de asilo em 1999 e 20 a 30

milhões de deslocados por perseguição política, étnica, religiosa, guerra declarada ou guerrilha. Cerca de 90% dos migrantes do mundo vivem em 55 países, pelo que, em média, no final da década de 90, 4,6% da população dos países desenvolvidos era composta por imigrantes, contra 1,6% nos países em desenvolvimento (Castles, 2000). Do total destes emigrantes, 46% são compostos por mulheres e adolescentes, podendo mesmo ser o grupo maioritário em algumas regiões asiáticas, como por exemplo no Sri Lanka, onde 60% dos emigrantes deste país são, presentemente, mulheres cujo destino fundamental é o trabalho doméstico (UNAIDS, 2001a).

Nesta vertigem de mobilidade, entroncam múltiplos factores, alguns dos quais prodigamente reconhecidos: transportes progressivamente mais rápidos, busca de novas oportunidades económicas, acesso à informação, fortemente coadjuvada pela difusão dos *media* e pelo acesso à *internet*, fortalecendo o já famoso *cliché* de “aldeia global”, estimulando e construindo percepções, por vezes distorcidas, de sucesso económico e promoção social além fronteiras.

O fluxo migratório em direcção ao centro da Europa não é um fenómeno novo. Ciclicamente reveste-se de novos contornos, acompanhando ciclos demográficos e económicos, condicionados por directrizes de política externa, agora de cariz supranacional para o espaço europeu, bem como por convulsões político-militares ocorridas nas periferias das regiões receptoras.

A porta da Europa abastada é constantemente procurada, sendo que a área de atracção estende-se agora até aos países do sul, Portugal, Espanha e Itália, antigos emissores de mão-de-obra emigrante.

Presentemente, a União Europeia assiste à falência de um *modus operandi* político que confinava grandes massas populacionais a territórios ideologicamente marcados e autorizados, de onde emergem um conjunto de Novos Estados Independentes, transformando em migrações internacionais um conjunto de mobilidades até aqui tidas e classificadas como migrações internas (Tapinos, 2000).

O processo de convergência crescente das economias, a par da mundialização dos movimentos de capitais, gerou um pulsar de fluxos irregulares, agudizados em períodos de recessão, aumentando o caudal de deslocações por razões económicas que, de uma forma legal ou clandestina, procuram espaços onde a expectativa de emprego, ainda que auferindo baixíssima retribuição, é condição suficiente para a sua deslocação. Castles concorda com a ideia expressa por Hugo (1994, citado por Castles, 2000) a propósito de «*uma nova economia das migrações de mão-de-obra*», onde a

decisão de emigrar não é, na actualidade, produto exclusivo de uma avaliação individual, mas antes a definição clara e assumida de uma *estratégia familiar* visando a implementação dos rendimentos, corporizando um processo de sobrevivência. Neste plano, não podemos esquecer o aumento paulatino do número de países considerados como *absolutamente pobres* pela ONU, num alastrar de mosaicos regionais, onde uma significativa fatia da população auferir menos de 1 dólar (US\$)/dia, atingindo esperanças médias de vida que, em alguns casos, apenas conseguem atingir os 50 anos. Nestes espaços pode não existir uma relação linear entre a pobreza extrema e o processo migratório, apresentando-se mesmo como um processo irregular ou fortemente mitigado, uma vez que estes indivíduos não têm nem os recursos financeiros necessários para a sua deslocação, nem o capital de informação e de saber que lhes possibilite a saída e acesso ao trabalho noutros espaços. Excepção feita quando, por processos violentos de guerra declarada ou guerra de baixa intensidade, populações ou etnias são obrigadas a assumir o papel de deslocados, mas não de emigrantes segundo a concepção clássica do termo.

Deste modo, as migrações internacionais são a outra face de um processo integrante de *mundialização*, que pode ser definido como *alargamento, aprofundamento e aceleração da interconexão* mundial presente em todos os aspectos da vida social contemporânea (Castles, 2000). Na actualidade, todas as regiões, e a maior parte dos Estados são, simultaneamente pólos geradores e receptores de migrantes, variando nas condições de emissão, acolhimento e integração.

Perante a elevada pressão de fluxos migratórios, e por via de um entendimento político supranacional a que se obrigaram os Estados da União Europeia, o “*Espaço Shengen*” surge na década de 90 como um importante instrumento político detido pelos governos, fundamental à concretização do ideal europeu de um espaço de liberdade, segurança e justiça actuando, simultaneamente, como processo de controlo migratório para este espaço, no âmbito de convenção internacional de que Portugal é signatário.

Por esta via, os emigrantes por causa económica, oriundos de países terceiros, estão sujeitos às regras estabelecidas pela convenção supra mencionada, regulamentada pela legislação nacional de cada Estado membro, definindo-se (*e*)*migrante* como todo aquele que voluntariamente deixa o seu país com o objectivo de estabelecer residência noutro lugar. Pode ser movido pelo desejo de mudança, aventura, por motivos familiares ou pessoais. Todavia, se a sua mobilidade tem causas exclusivamente económicas, ele será sempre reconhecido pelos Estados como *migrante por causa*

económica e nunca como *refugiado*. Todavia existem situações em que a distinção de *migrante por causa económica* e *refugiado* encontram ténues diferenças, especialmente quando os Estados ou comunidades tomam determinadas atitudes ou decisões que privam os indivíduos de acesso, em condições normais, à vida económica, por motivo da sua ideologia política, sexo, raça, religião ou grupo social. O impedimento ao exercício de uma vida económica activa, a aplicação de taxas excessivas pelos motivos atrás expostos poderá, em certas circunstâncias, autorizar a designação de refugiado (UNHCR, 1998)⁷.

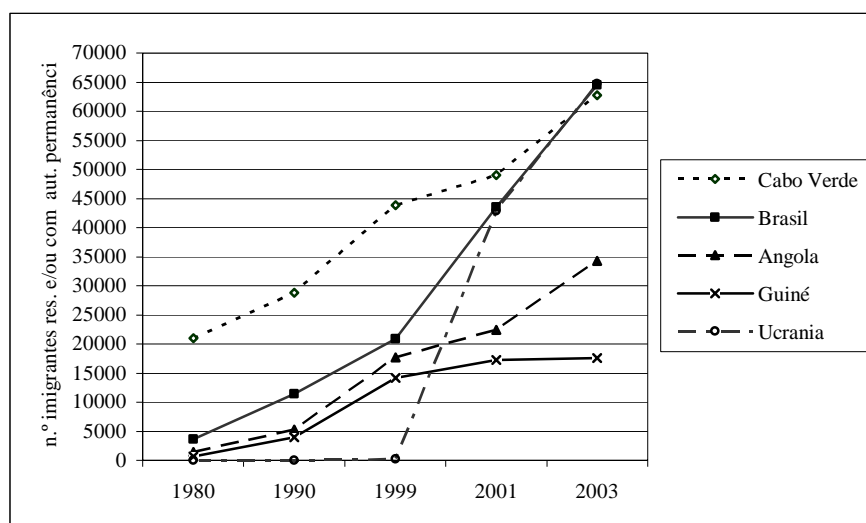
As restrições à mobilidade dos migrantes impostas pelos Estados, a sobreoferta de mão-de-obra, em alguns casos patrocinada pelo crime organizado, o distender de tensões regionais, coadjuvadas por recessões económicas, a falência de modelos políticos a par do nacionalismo, da intolerância étnica e religiosa, todas elas, actuam como catalisadores de vulnerabilidade para aqueles que, legal ou ilegalmente, cruzam fronteiras em busca de sustento e protecção.

Quer os indivíduos que têm a sua situação legalizada, sejam eles imigrantes (excepção feita às elites qualificadas), refugiados ou asilados, quer os ilegais e clandestinos, suportam com diferentes níveis de severidade o ónus da sua deslocação, da diferença linguística e cultural, da sua deficitária integração social.

No caso dos imigrantes em Portugal, tem-se verificado um fluxo exponencial e contínuo. A sua fixação ocorre, maioritariamente, nas periferias das áreas urbanas de maior dimensão, ocupando muitos dos espaços degradados, motivados por custos de acessibilidade e arrendamento, suportados por uma rede de conhecimentos, de solidariedade, protecção e entajuda característica das comunidades há mais tempo radicadas no território. Em Portugal, o total imigrantes residentes em situação regular perfazia, no final de 2003, 434.646 indivíduos. Tal como ilustra a figura 8.4.1, os residentes estrangeiros legalizados em território nacional são liderados pelas comunidades Ucraniana e Brasileira, seguidos por cidadãos Cabo-Verdianos e Angolanos.

⁷ Diferente situação rege aqueles que, ao abrigo da Convenção de Genebra de 1951 e do protocolo de Nova Iorque de 1967, reclamam o estatuto de *Refugiado*, ou ainda aqueles que solicitam *Asilo*, atravessando fronteiras com o intuito de obter protecção, cujas condições e motivos podem não corresponder aos critérios fixos e restritos da Convenção de 1951.

Figura 8.4.1 – Evolução das principais comunidades migrantes residentes em Portugal ou com autorização de permanência



Fonte: SEF, 2001; ACIME, 2003

As barreiras linguísticas e culturais, o prolongar da situação de clandestinidade, a precariedade de habitação, baixos níveis de educação e insuficiência de rendimentos concorrem, todas elas, para traçar um quadro de *vulnerabilidade sanitária e social* reconhecido e alertado por diversos Organismos Internacionais como a UNAIDS/OMS e UNCHR.

No que toca à procura e utilização de serviços de saúde, regra geral os Serviços Nacionais de Saúde (SNS) de carácter público, estes indivíduos só o podem fazer mediante credenciação adequada, facto incompatível com situações de ilegalidade originando, muitas vezes, quadros de elevada debilidade física e risco de saúde pública, motivados por um evitamento crónico da utilização de serviços oficiais por receio de denúncia, prisão e repatriamento.

Pelo que já foi exposto, é manifestamente consensual que a saúde é fortemente influenciada por situações económicas e sociais com forte impacto sobre determinantes do comportamento individual. Na actualidade, a generalidade das IST, particularmente a infecção por VIH, fazem parte do perfil da vida social contemporânea, sendo que em 1999 a OMS somou 340 milhões de novos casos de DST (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomonas), indicadores indirectos, porém reveladores da não utilização, ou utilização intermitente, de práticas sexuais seguras e consequente exposição ao risco de infecção por VIH.

Estudos efectuados no continente Africano, na América Latina e em alguns países da Europa de Leste (UNAIDS, 2001 b) apontam as populações emigrantes, ou detentoras de elevada mobilidade (camionistas, marinheiros, militares, delegados comerciais, operários deslocados) como *muito vulneráveis a situações de alto risco de infecção por VIH*. Esta realidade, para além de afectar directamente aqueles que se deslocam, estende-se aos cônjuges que permanecem nos locais de origem, vítimas involuntárias de comportamentos de risco em percursos de migração sazonal ou de média/longa duração. Tendo presente a realidade laboral em muitos dos locais de destino das populações deslocadas, às quais se juntam precárias condições de trabalho e residência, o *South Africa Medical Research Council* denunciou à UNAIDS (2001 b) as causas da elevada incidência de DST observadas:

«Se quiser garantir a difusão de uma DST junte umas centenas de homens jovens, separados das suas famílias, coloque-os em dormitórios [ou áreas específicas], forneça-lhes álcool e sexo comercial. Para assegurar a difusão à escala nacional, desloque-os no território ou, devolva-os de regresso às suas esposas e namoradas».

Conscientes das elevadas condições de vulnerabilidade e da possibilidade de muitos dos deslocados, em situações de elevado desfavorecimento, funcionarem como transmissores de IST ou, especificamente de VIH, mais de 60 países, entre os quais os EUA e a Suíça, restringiram os vistos de média e longa duração a não nacionais seropositivos e, muitos outros, executam rastreio não informado para este tipo de patologias, indeferindo por esta via a autorização de residência/permanência.

Todavia, deve acrescentar-se uma palavra de cautela acerca daqueles que são expostos a situações de vulnerabilidade, seja por baixa protecção social e sanitária, seja por discriminação rática ou xenófoba, por marginalização social, ou por insuficiente rendimento e acesso à informação, de modo a evitar-se um processo de generalização ou rotulagem social:

«Ser ou estar deslocado, em si, não constitui factor de risco de VIH/SIDA, as alterações e pressões enfrentadas em todo o processo de migração, deslocação ou refugio, aumentam a vulnerabilidade destes grupos» (UNAIDS, 2001 b).

Situações investigadas por diversas ONG's e Organizações Internacionais de elevada credibilidade, entre as quais a OMS, levam a que se equacionem muitas das vulnerabilidades associadas ao risco de infecção por VIH em populações migrantes, deslocados ou refugiados. Entre essas vulnerabilidades destacam-se:

- Restrição de direitos;
- Perda de rendimentos;
- Desagregação do núcleo familiar e implementação da procura de sexo comercial;
- Sentimento de anonimato e maior facilidade de transgressão de regras culturais e sociais;
- Pressão de grupo;
- Impossibilidade de acesso a serviços de saúde e/ou dificuldade de descodificação de mensagens preventivas e esquemas profiláticos específicos;
- Sexo coercivo em troca de protecção, alimento, refúgio ou libertação de familiares.

Para além de se compreenderem e prevenirem os riscos e as vulnerabilidades enunciadas, os Estados receptores de mão-de-obra migrante, deslocados ou refugiados, são convidados a implementarem um conjunto de “*boas práticas*” capazes de minimizarem os riscos e potenciarem processos de integração e protecção sanitária sustentada, digna e eficaz que, tal como é recomendado pela UNAIDS (2001 b), e que devem abranger os seguintes pontos:

- Inclusão de populações migrantes, deslocadas ou refugiadas em planos sanitários preventivos, incluindo informação e profilaxia de IST;
- Compreensão de barreiras culturais e religiosas específicas destes grupos, de forma a evitar processos de rejeição absoluta de todas e quaisquer medidas propostas;
- Desenvolver programas de informação social e sanitária nos países de destino (devendo, se possível, ser alargados aos países de origem), de modo a permitirem escolhas informadas no âmbito da saúde, num contexto linguístico e cultural adequado para os diferentes grupos;
- Promover equipas de ambulatório, compostas por técnicos de saúde e de intervenção social, podendo ser mediadas por líderes comunitários,

facilitando a prestação de cuidados de saúde a populações específicas e “ocultas”;

- Autorizar o uso de sistemas de saúde locais – “*user-friendly*”⁸ a populações migrantes, deslocadas ou refugiadas;
- Promover e incentivar o acesso a consultas de saúde reprodutiva para mulheres e adolescentes migrantes, deslocadas ou refugiadas;
- Permitir o acesso a cuidados de saúde diferenciados a portadores de VIH nos países de destino;
- Apoiar programas de investigação e monitorização de processos de inserção e mobilidade.

Só o reconhecimento de um conjunto de vulnerabilidades e necessidades, específicas por parte de grupos de população migrante, pode contribuir para minimizar, de modo sustentado, o risco e a vulnerabilidade latente no processo de deslocação populacional, ainda que voluntário.

No caso português, a decisão governamental reguladora do acesso de cidadãos estrangeiros, não comunitários, ao SNS, pecou por tardia e deriva da clarificação regulamentar solicitada institucionalmente pela Provedoria de Justiça, sendo igualmente objecto de preocupação e denúncia por parte de diversas ONG’s. A este respeito, em documento datado de 20 de Julho de 2001, foi possível conhecer em definitivo a posição e entendimento do Ministério da Saúde no que respeita à utilização e acesso de cidadãos estrangeiros aos serviços de saúde, devendo ser aplicada de maneira uniforme na totalidade do território nacional, sendo finalmente objecto de regulamentação em Dezembro de 2001⁹.

Reconheceu, por esta via, o Ministério da Saúde o alargamento dos benefícios do SNS, não só aos estrangeiros residentes legais a trabalhar e a descontar para a Segurança Social, como também, *por razões humanitárias e de saúde pública*, aos estrangeiros residentes legais sem trabalho e aos estrangeiros residentes/ilegais ou sem documentação. Aos primeiros por razões de equidade, uma vez que estariam numa situação contributiva em tudo idêntica à dos cidadãos portugueses. A todos os restantes, não só por razões humanitárias, mas também por razões de saúde pública.

⁸ “*User-friendly*” – o termo pressupõe a articulação de um conjunto de procedimentos que facilitem o acesso e utilização de serviços por parte destas populações, incluindo a minimização de obstáculos jurídicos.

⁹ Despacho n.º 25 360/2001 (2ª série), de 12 de Dezembro de 2001.

Em definitivo, as recomendações de “boas práticas” das Organizações Internacionais anteriormente citadas são, em muitos países, objecto de acolhimento parcial, podendo e devendo ser melhoradas tendo em conta a diversidade etária, cultural, educacional e religiosa das diferentes comunidades envolvidas, objectivando a remoção de barreiras de acesso e o acréscimo de eficácia destas medidas junto dos destinatários alvo.

Sublinhe-se que as práticas incentivadas não devem ser objecto de uma orientação caritativa, mas devem ser organizadas numa perspectiva humanista, promovendo o exercício de direitos e deveres, fornecendo um conjunto de instrumentos através das quais os indivíduos possam tomar decisões informadas, apoiadas social e institucionalmente pelas autoridades locais.

O fornecimento de condições mínimas de dignidade de tratamento e acesso à informação, embora reconhecendo a limitação de alguns recursos, tende a facilitar e a acelerar os processos de integração e autonomia económica, maioritariamente almejados por estes grupos, alcançando, por via indirecta, um conjunto de condições absolutamente necessárias para que, do ponto de vista individual, a *reserva de saúde* não seja drasticamente depreciada.

8.5 – Ambiente Económico e Social de Apoio

Dos três patamares preventivos que nos propusemos considerar, enquanto factores minimizadores das condições de vulnerabilidade face ao VIH e demais ISTs, o significado assumido pelo ambiente económico e social de apoio releva sobre todos os outros, na medida em que conforma os recursos e as condições nas quais a informação, educação e o acesso podem ser alcançados num contexto de adequada eficácia e equidade.

Desde os relatórios dos higienistas Johann Frank e Edwin Chadwick, produzidos no século XIX, até às explicações produzidas por Le Grand (1982) sobre a desigualdade em saúde, todos sublinham a existência de uma relação mais ou menos intensa entre a pobreza e a depreciação do estado de saúde. Para Le Grand (1982; citado por Giraldes, 1997), a influência dos factores económicos e sociais sobre a saúde dos indivíduos faz-se sentir desde muito cedo, no período gestacional. A má nutrição da mãe, a dificuldade em aceder a cuidados pré-natais, relacionados com outros factores ambientais, conduz a que indivíduos nascidos nos grupos sociais mais baixos tenham maior probabilidade de

deter um “*stock de saúde*” menos robusto do que os nascidos nos grupos sociais mais elevados.

Por outro lado, os indivíduos mais pobres tendem a fazer menores investimentos em saúde, não só porque a utilização destes serviços representa sempre algum custo (directo/indirecto), que situações de manifesta insuficiência económica não podem suportar, mas também porque níveis educacionais mais baixos, que regularmente caracterizam situações de pobreza, implicam um menor acesso à informação e uma consequente desvalorização das competências preventivas propostas.

Adicionalmente, Bruto da Costa (1998) sublinha que, contextos de vida de continuada privação, podem alterar aspectos de personalidade dos indivíduos, de uma forma tanto mais profunda quanto mais persistente e intensa for a situação de pobreza:

«Modificam-se os hábitos, surgem novos comportamentos, alteram-se os valores, transforma-se a cultura, ensaiam-se estratégias de sobrevivência, a revolta inicial vai cedendo lugar ao compromisso, vai baixando o nível de aspirações, esbate-se a capacidade de iniciativa, enfraquece-se a auto-confiança, modifica-se a rede de relações, ocorre a perda de identidade social e, eventualmente, a perda de identidade pessoal. Naturalmente, esta não é a história de todos os pobres, mas o percurso que a privação profunda e persistente pode levar.» (Bruto da Costa, 1998; pp28)

A degradação paulatina dos valores de identidade e de pertença conduzem a processos cada vez mais profundos de isolamento familiar e de ruptura social que alguns autores designam por “*desfiliação*”, ou seja, o abandono quase deliberado de percursos estruturantes, a anulação de um conjunto de laços que ligavam o indivíduo ao grupo, que o integravam num processo de partilha de valores comuns, limitando, por esta via, o domínio das suas relações sociais, distorcendo de uma forma mais ou menos severa as condições de acesso e de confiança necessárias à sua sobrevivência (Fitoussi e Rosanvallon, 1997).

A situação aqui averiguada assume contornos de elevada gravidade para o indivíduo, tornando-se tanto mais comprometedora e iníqua quando atinge comunidades inteiras e os territórios por si ocupados. Aos fenómenos de generalizada *exclusão social*, identificados como processos pelos quais determinados grupos ou indivíduos são sistematicamente impedidos de aceder a posições que lhes permitem ter uma existência

autónoma dentro dos modelos sociais em vigor num determinado contexto (Castells, 1999), correspondem consequentes processos de *exclusão territorial*, onde não são só as pessoas, as famílias ou as etnias que são excluídas, mas também o próprio território onde vivem (Singer, 1994; Bruto da Costa, 1998).

No âmbito da difusão do VIH/SIDA, os processos de *exclusão territorial* assumem particular significado, uma vez que o percurso de desinvestimento em determinadas áreas, seja em termos sanitários, educacionais ou sociais, gera ou agrava “situações de elevado risco”, ultrapassando o indivíduo, alastrando à comunidade, suscitando o alargamento e a recomendação das estratégias preventivas às estruturas políticas, sociais e jurídicas que superintendem, organizam e gerem aquele espaço.

Distendendo o conceito de exclusão e aplicando-o ao território, Merril Singer (1994) equaciona o modo através do qual as múltiplas insuficiências que caracterizam os territórios de exclusão – que designa por “*inner cities*” (cidades interiores), podem convergir, implicando-se mutuamente na geração de padrões epidemiológicos atípicos, quando comparados com as demais áreas circundantes. Para Singer (1994), determinados territórios, interiores, ocultos ou excluídos, detêm um padrão sanitário diverso das áreas envolventes, onde a situação de crise e de risco para a saúde está profundamente ligada às insuficiências económicas, sociais e educacionais que afectam estruturalmente aqueles espaços: elevadas taxas de desemprego, pobreza, sobrelotação habitacional, disrupção familiar e violência doméstica, elevada percentagem de população sem abrigo, alcoolismo e abuso de drogas, subnutrição crónica, generalizado insucesso escolar e insalubridade ambiental.

A esta extensa e complexa lista de condições podem ainda acrescentar-se processos de continuado desinvestimento em infraestruturas básicas, ausência de redes de suporte social, violência organizada e uma tentacular economia informal marginal à lei, geradora de processos de integração perversa, com consequentes resultados sobre a morbidade e mortalidade:

«Os homens no Bangladesh têm uma probabilidade mais elevada de sobreviver para além dos 35 anos do que os homens do Harlém.»

(Mccord e Freeman, 1990; citados por Singer, 1994; pp. 993)

Por todos estes motivos Singer (1994) sublinha que o combate ao VIH nestes territórios jamais deve prosseguir uma única via, uma vez que os processos de difusão não obedecem a um único padrão, mas conjugam a pobreza, a desinformação, a utilização

de drogas, a prostituição, a violência, o sexo coercivo entre outras situações, que são agravadas pela fraca ou inexistente censura social sobre tais comportamentos. Antes, as estratégias de prevenção orientadas para o combate ao VIH/SIDA devem ser compreendidas de um modo extensivo, considerando a multiplicidade de factores que localmente se conjugam, gerando situações de generalizado risco para a saúde que, no caso específico do VIH o autor designou por *perfil sindémico*, ou seja, áreas onde sinergicamente actuam um conjunto de factores de ordem económica, social, cultural, entre outros, e que mutuamente se implicam em termos de saúde, pobreza urbana e conflitualidade social, gerando “situações de alto risco de transmissão para o VIH” por desrespeito continuado e sistemático de direitos básicos, amplamente reconhecidos e juridicamente protegidos.

Adicionalmente, deve entender-se que o alastrar das situações de exclusão social e territorial estão, na actualidade, profundamente imbricadas no recente contexto da globalização das economias que congregam, simultaneamente, dinâmicas *inclusivas* e *exclusivas* e que, curiosamente, coincidem temporalmente com a expansão da epidemia do VIH/SIDA.

Para Castells (1999), a nova dinâmica da economia caracteriza-se pelo abandono do modelo de capitalismo industrial, assentando a sua nova competitividade numa lógica *informacional* e *global*. Informacional porque, na actualidade, a produtividade e a competitividade dos agentes, sejam eles empresas, nações ou regiões, depende da sua capacidade de gerar, processar e explicar de uma forma eficiente informação baseada em conceitos. É também global, porque as principais actividades produtivas, o consumo e a circulação, assim como os seus componentes (capital, trabalho, matéria-prima), estão organizados e conectados à escala global, de uma forma directa, ou mediante uma rede de conexões entre agentes económicos, sendo pois, por esta via, inclusiva. Paradoxalmente, este modelo exclui de forma trágica todos aqueles (grupos populacionais, países ou regiões) que mantêm, por diversas razões, o modelo de produção baseado no fornecimento de bens primários, cuja deterioração dos termos de comércio compromete irremediavelmente as suas frágeis economias, remetendo-os para a situação que o autor qualifica de «*Quarto Mundo*», onde se concentram importantes segmentos populacionais na maior parte das sociedades – talvez mesmo continentes inteiros, no caso da África Sub-Sahariana, que são essencialmente irrelevantes para os interesses básicos em termos de produção e de consumo no actual sistema de capital informacional (Castells, 1999).

Esta situação é ainda agravada pela inserção de verdadeiros exércitos de escravos que, a troco da mera subsistência física, hipotecam a sua dignidade e liberdade por valores próximos dos 50 € Para Kevin Bales (2001), na actualidade, devem existir em todo o mundo 27 milhões de escravos¹⁰, rendendo aos 5 milhões de escravocratas um lucro próximo dos 13 mil milhões de euros. Tal como refere o autor, a escravidão faz baixar ainda mais os custos de produção de fábrica, transmitindo essas poupanças num sentido ascendente na cadeia económica, atingindo finalmente os centros de consumo na Europa e na América do Norte, fazendo baixar os preços ou ampliando os lucros dos retalhistas (Bales, 2001).

Consequentemente, num contexto de profunda indignidade global, onde 426 milhões de jovens sobrevivem com <2€ por dia, criam-se as condições favoráveis para o recrutamento de 200.000 mulheres e crianças que, na Europa, são escravizadas como prostitutas, gerando um lucro que oscila entre 5 a 7 milhões euros/ano, enquanto que a indústria do sexo em geral está globalmente avaliada em 52 mil milhões de euros (Domènech, 2003).

Paredes-meias com o espaço político da União Europeia, nos territórios do antigo Bloco de Leste, organizam-se verdadeiros leilões de “fêmeas humanas”, onde jovens entre os 12 e os 15 anos são vendidas por valores próximos dos 2.500€ cujo irónico destino pode ser a venda de sexo aos militares das forças internacionais que permanecem estacionados nos seus territórios com o nobre objectivo de manter a paz, a ordem e o respeito pelos direitos humanos (Domènech, 2003).

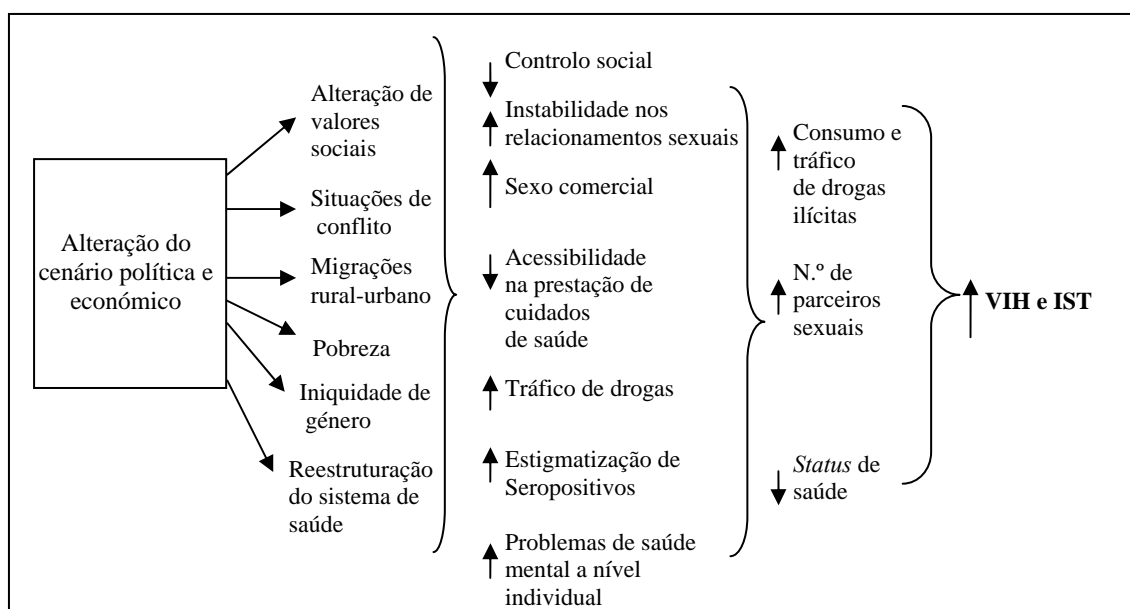
É no confronto com cenários de profunda convulsão política e económica que diversos países, como a Rússia, a China e o Vietname, entre outros, assistem quase impotentes à difusão do VIH numa escala sem precedentes.

Segundo o Relatório Global da ONUSIDA (2002), o ano de 2002 foi marcado pela eclosão de elevadas taxas de incidência da infecção por VIH, atingindo particularmente países que atravessam profundas alterações politico-económicas, com consequentes convulsões sociais que, em cascata, ameaçam e vulnerabilizam segmentos populacionais progressivamente pauperizados, cujo impacto na economia e na mão-de-obra disponível não deve ser minimizado (Fig. 8.5.1).

¹⁰ A *escravatura* é o estado ou condição de uma pessoa sobre quem é exercido qualquer um, ou todos os poderes ligados ao direito de propriedade (Art. 1 – *Convenção sobre Escravatura da Sociedade das Nações*, 1926; citado por Bales, 2001)

A degradação dos valores sociais, associada a situações de conflito, desemprego generalizado, aumento da pobreza e conseqüente migração, discriminação sexual e falência dos sistemas públicos de saúde estão, colectivamente, na base do aumento da oferta de sexo comercial, da intensificação do tráfico e consumo de drogas e da corrupção, contribuindo para o crescimento de cenários de vulnerabilidade e conseqüente risco de infecção por VIH e outras IST.

Figura 8.5.1 – Modificação das forças sociais, económicas e políticas que conformam a difusão do VIH/IST



Fonte: adapt. de Gorbach *et al.*; (2002)

Pese o facto da notificação para o VIH/SIDA ser obrigatória na Rússia, técnicos da ONUSIDA admitem a existência de um profundo viés nas categorias de transmissão reportadas neste espaço, mercê da forte discriminação que recai sobre comportamentos associados à homossexualidade, prostituição e utilização de drogas por via endovenosa, corrigindo os 195.000 casos de VIH/SIDA oficialmente declarados em 2002, para valores próximos dos 1, 2 milhões de infectados, num universo de 50 milhões de russos que vivem para além do limiar da pobreza.

Directamente relacionado com as alterações políticas vividas na década de 90, sabe-se que a produção de heroína quadruplicou na última década gerando, a Leste, novos mercados de produção e novas rotas de transporte, que a abertura de mercados e as

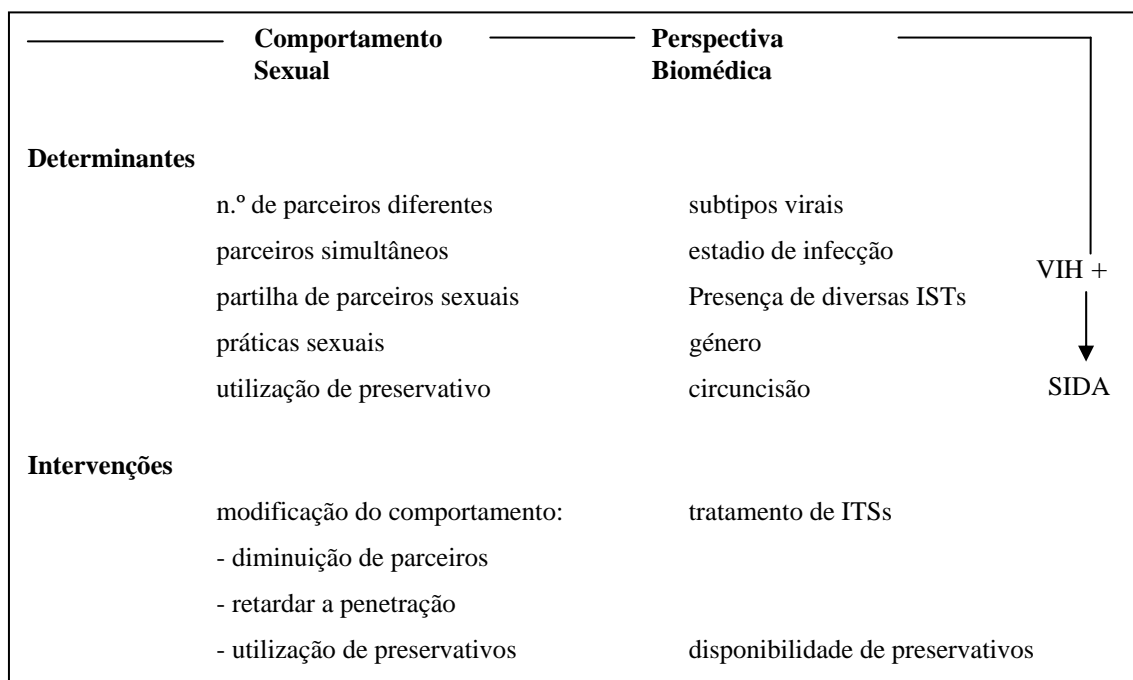
facilidades fronteiriças ajudaram a consolidar (Gorbach *et al.*; 2002). Consequentemente, calcula-se que existam na Rússia entre 600 000 – 2,5 milhões de consumidores de drogas injectáveis, sendo que 10% -30% destes são simultaneamente toxicodependentes e prostitutas(os)¹¹, difundindo a transmissão do VIH por contacto heterossexual para regiões que, em meados dos anos 90, tinham a epidemia relativamente controlada. Por tudo isto, são anualmente relatados no território russo 200 000 a 400 000 novos casos de sífilis, sinalizando um elevado potencial de risco de infecções por VIH, maioritariamente relacionado com a prática de sexo comercial não seguro. Adicionalmente, a oferta de serviços por parte do sistema de saúde estatal tem sofrido sucessivos cortes orçamentais (1970 – 12,3% do PIB; 1999 – 4,8% do PIB), reduzindo drasticamente os orçamentos destinados às estratégias de prevenção da epidemia.

Dez anos depois, a visão holística preconizada por Mann *et al.* (1993), em termos de conformação de situações de vulnerabilidade, tal como aqui foram discutidas, equacionando a vertente informativa e educativa, a acessibilidade e “boas práticas”, bem como o ambiente económico e social de apoio, é retomada e actualizada por Barnett & Whiteside (2002), ao sublinhar a necessidade de técnicos e decisores desenvolverem uma visão multicêntrica, capaz de inter-relacionar as múltiplas determinantes que, de um modo mais ou menos intenso interagem na difusão regional do VIH e demais IST.

Para Barnett & Whiteside (2002), as estratégias prosseguidas até meados da década de 90, orientadas para o combate ao VIH, prosseguindo abordagens segmentadas, independentemente dos recursos técnico financeiros mobilizados, padeciam de uma quase exclusiva visão biomédica, cuja avaliação das determinantes e das conseqüentes intervenções propostas assentava na avaliação exclusiva das determinantes comportamentais e clínicas. Consequentemente, geraram-se propostas de intervenção insuficientes uma vez que, dificilmente, levam em linha de conta a totalidade das ameaças que local e estruturalmente condicionam o dia a dia das populações.

¹¹ Gorbach *et al.*; (2002) admite, só para a cidade de Moscovo, a existência de 70.000 prostitutas.

Quadro8.5.1 - Determinantes e respostas ao comportamento sexual face à epidemia do VIH/SIDA



Fonte: adpt. Barnett & Whiteside (2002)

Por tudo isto, e não negando a mais valia das intervenções comportamentais e clínicas no combate ao VIH e ISTs, deve defender-se a adopção de uma visão mais global e integradora, tendo em linha de conta as diversas estruturas que podem acrescentar sustentabilidade às intervenções projectadas para o médio e longo prazo, com destaque para as designadas macro e micro-componentes ambientais que, no modelo reformulado por Barnett (2000) desempenham um papel fundamental.

Ao observarmos em detalhe o esquema proposto, facilmente verificamos que os autores encadeiam, retroactivamente, as determinantes *proximais* de feição comportamental e biológica, em termos de infecção por VIH e demais IST, com as determinantes *distais*, de cariz sócio-ambiental, que estruturam o quotidiano de sobrevivência dos grupos, subdividindo-os em macro e micro-componentes, como o nível de riqueza, a distribuição da renda, informação e cultura, entre outras, que inter-agem consequentemente com os níveis de mobilidade das populações, com o processo de urbanização (quantitativo e qualitativo), com o acesso aos cuidados de saúde, exposição a cenários de vulnerabilidade, entre outros.

Quadro 8.5.2 – Abordagem multinível de variáveis relacionadas com a infecção por VIH/SIDA

Determinantes			
determinantes <i>distais</i>			determinantes <i>proximais</i>
<i>Macro ambientais</i>	<i>Micro ambientais</i>	<i>Comportamentais</i>	<i>Biológicas</i>
riqueza	mobilidade	n.º parceiros diferentes	subtipos virais
distrib. de rendimento	urbanização	prevalência de parceiros simultâneos	estadio de infecção
cultura	acesso a cuidados de saúde	partilha de parceiros sexuais	presença de outra IST
religião	nível de violência	práticas sexuais e uso de preservativo	género
regulamentação	estatuto e direitos da mulher	amamentação	circuncisão
Intervenções			
política social redistribuição	política social	modificação de comportamento comunicação	tratamento de ISTs
reforma legal direitos humanos	reforma legal	publicitação e promoção de preservativos	práticas transfusionais seguras
tributação	legislação laboral	aconselhamento voluntário rastreio	aplic. antiretrovirais na gravidez
redução de dívida termos de troca	redução de danos/minimização de riscos		vacinas e microbicidas (I&D)

Fonte: adpt. Barnett & Whiteside (2002)

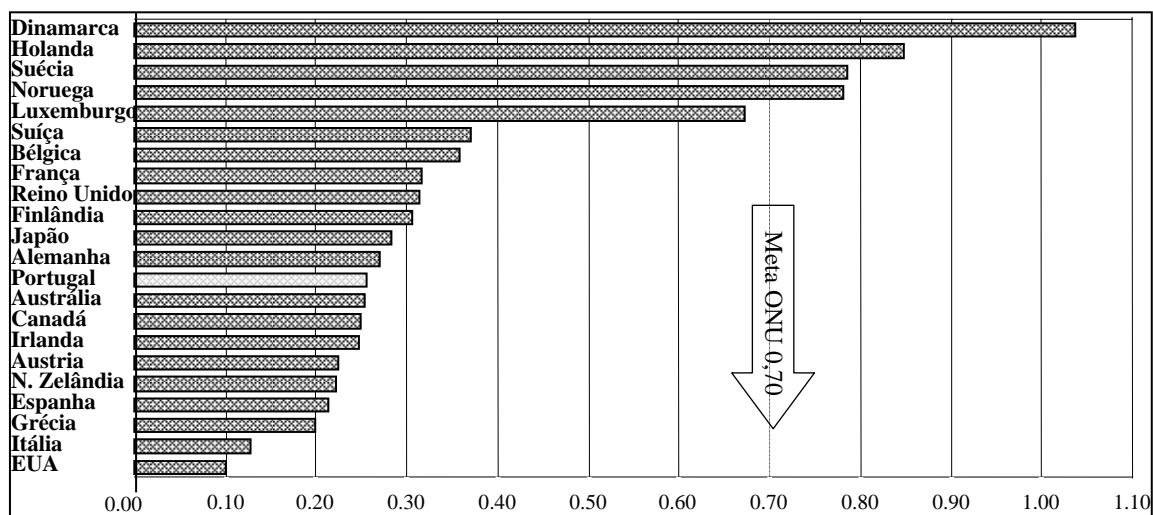
A visão de conjunto, plasmada no esquema proposto por Barnett & Whiteside (2002), que sugestivamente denominou por – *História Completa (The Whole Story)*, sublinha, de modo inequívoco, o potencial de insucesso a que estão votadas as abordagens segmentadas e unidisciplinares, que tratam de *per se* os diferentes patamares de intervenção, ainda que estejam tecnicamente escoradas em procedimentos que, de um modo mais ou menos rigoroso, seguem o “estado da arte”.

Os níveis de intervenção sugeridos pelos autores, quer ao nível das macro-determinantes quer ao nível das micro-determinantes, coincidem e actualizam de certa forma os itens capitais definidos por Mann *et al.* (1993), como conformadores estruturantes de uma vulnerabilidade colectiva, envolvendo políticas de distribuição de rendimentos, direito à informação, protecção económica e salvaguarda de direitos humanos.

Para fazer face ao conjunto de situações anteriormente descritas, ampliando e modelando as estratégias preventivas, a comunidade internacional em resposta aos fortes apelos realizados em 1998 por diversos Chefes de Estado e de Governo, decidiu

organizar um *Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária*. No âmbito do Comité para o Desenvolvimento e Assistência – OCDE, os 21 países doadores ampliaram o seu contributo de 294,17 milhões de dólares em 1998, para 454,40 milhões de dólares em 2000, cumprindo em 87% a meta estabelecida de 521 milhões de dólares (Fig. 8.5.2).

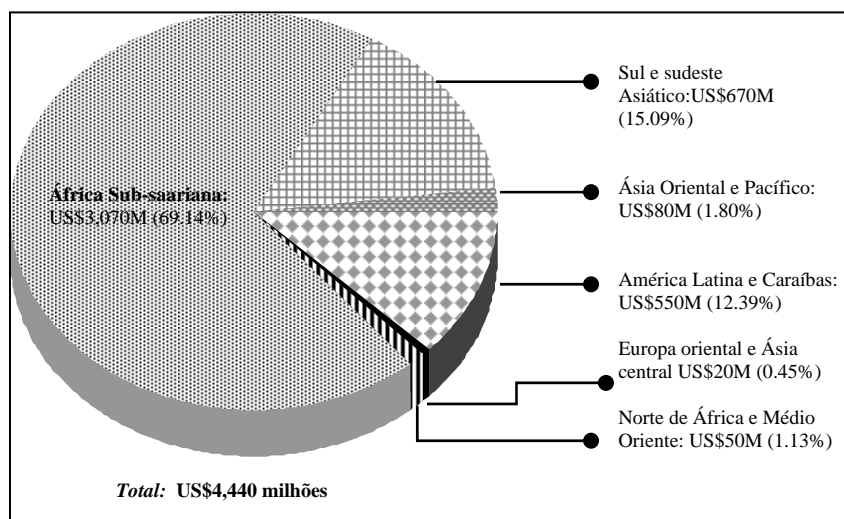
Figura 8.5.2 - Contribuições para o fundo Oficial de Desenvolvimento e Assistência (ODA) VIH/SIDA/IST (% PIB)



Fonte: ONUSIDA (2002/2003)

Parte significativa destes recursos destina-se a subsidiar países de baixos ou médios rendimentos, bem como organizações internacionais que actuam nesses territórios e que, na actualidade, representam 95% da prevalência mundial de infectados pelo VIH/SIDA.

Figura 8.5.3 - Gastos anuais previstos por região para apoio a doentes com VIH/SIDA em 2005



Fonte: ONUSIDA (2002/2003)

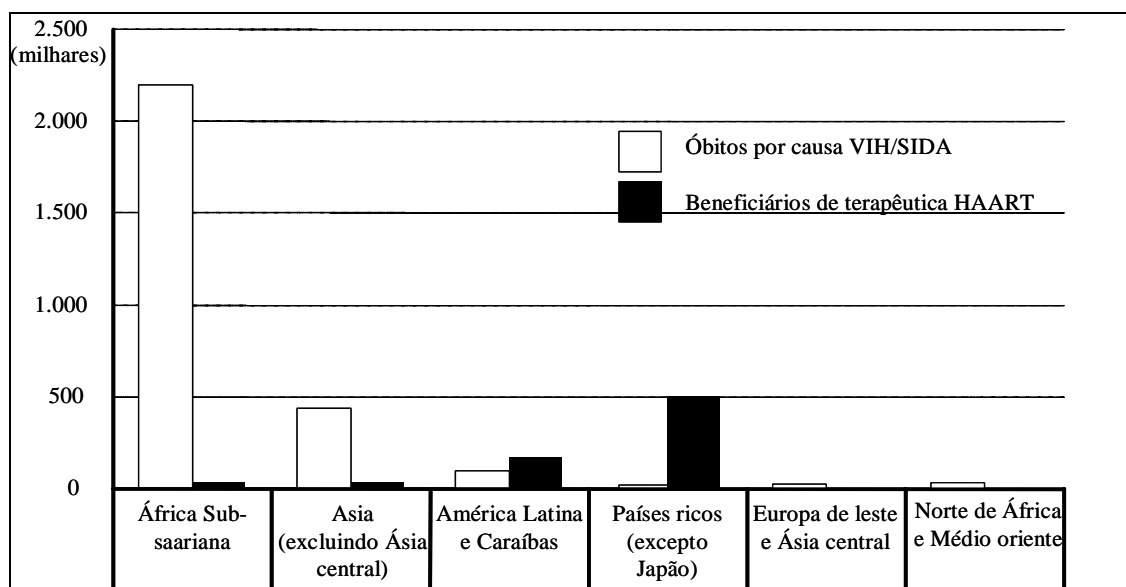
Todavia, muitos especialistas e analistas na área do VIH e IST (Opuni *et al*; 2002), sugerem, para a distribuição e gestão destes fundos, a aplicação de estratégias de avaliação mais precisas, investigando os benefícios directos que cada doente usufrui nestes países, a partir da afectação de recursos deste fundo, facto que poderia ser alcançado pelo desenvolvimento de estudos locais de custo/benefício, orientados pelo consumo de recursos por parte de unidades individuais prestadoras de cuidados de saúde. Neste sentido, o grupo de trabalho para o VIH/SIDA – América Latina e Caraíbas (SIDALAC), congregando 12 países¹², representando aproximadamente 75% da população daquela região do globo, gastou no ano 2000 um total de 1,04 mil milhões de dólares, o que representa um gasto médio *per capita* de 2,70 dólares (Opuni, *et al*; 2002). Todavia, cerca de 73% do total global despendido, aproximadamente 753 milhões de dólares, foram aplicados, nestes 12 países, no tratamento de pessoas infectadas, sobrando apenas 238 milhões de dólares (27%) para gastos directamente relacionados com estratégias de prevenção primária, tal como aqui foi explicitada.

O agravamento da situação mundial em termos de VIH/SIDA, envolvendo um aumento contínuo da incidência regional na Ásia e em África, deixa antever um significativo incremento dos custos assistenciais para com as pessoas infectadas, nomeadamente pela disponibilização de terapêutica HAART a um maior número de países (Fig. 8.5.4), levando a *Sessão Especial das Nações Unidas (UNGASS)* a fixar como meta para 2005

¹² Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, El Salvador, Guatemala, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai.

o valor de 9,2 mil milhões de dólares, sendo que destes, 6 mil milhões de dólares (65%) têm que, obrigatoriamente, ser financiados por fundos internacionais destinados a este fim específico (Opuni *et al*; 2002).

Figura 8.5.4 – Distribuição regional de óbitos por causa VIH/SIDA e acesso a terapêutica antiretroviral (HAART) no final de 2001



Fonte: ONUSIDA (2002/2003)

Para além do iniludível significado que o financiamento internacional representa, como instrumento sustentador de estratégias curativas e preventivas de aplicação regional, Jonathan Mann (1993) estabeleceu, antecipadamente, dois dos pilares angulares que se devem exigir como operacionais no combate à vulnerabilidade colectiva e que, uma década depois, estão na génese da *Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA*, acordada em 2001 em sede ONU, a saber:

- *Expressão de Compromisso*;
- *Transformação do Compromisso em Acção*.

Mann (1993) estabeleceu, como condição *sine qua non* para ganhar o combate à epidemia a aplicação tão alargada quanto possível da *Expressão de Compromisso* que apontava a necessidade de se reconhecer, nas mais elevadas instâncias dos Estados, a real dimensão da epidemia, produzindo, nos diversos níveis de decisão nacionais, um conjunto de orientações consequentes à organização de programas e estratégias de

apoio e prevenção do VIH/SIDA. Paralelamente, a *Transformação do Compromisso em Acção* exigiria, por parte dos Estados, a adopção de um conjunto de medidas que assegurassem a transposição das recomendações internacionais para o plano interno dos Estados, nomeadamente no âmbito das orientações técnicas relacionadas com os programas de informação e educação, prestação de serviços sociais e de saúde e, talvez o mais significativo, estimular um ambiente económico e social de apoio, com especial atenção para o *respeito pelos direitos humanos*.

Como corolário e comprometendo-se com a posição visionária de Mann *et al.* (1993), reclamada publicamente desde 1992 nos diversos *fora* internacionais, os Chefes de Estado e de Governo reconhecem, através da resolução 55/13 da Assembleia Geral da ONU, particularmente nos artigos 37 a 46 a elevada prioridade global que deve ser dada à *estratégia de liderança*:

«Uma liderança forte, a todos os níveis da sociedade, é essencial para uma resposta eficaz à epidemia.

A liderança dos Governos na luta contra o VIH/SIDA é essencial e os seus esforços deveriam ser complementados pela participação plena e activa da sociedade civil, da comunidade empresarial e do sector privado.

A liderança implica o compromisso pessoal e a adopção de medidas concretas.»

(Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA,
ONUSIDA, 2001; pp. 15)