

Capítulo 13 CONCLUSÕES

Após a apresentação do estudo empírico até aqui desenvolvido, impõe-se a formulação de um conjunto de conclusões e reflexões que, de um modo sumário e objectivo, autorizem a tipificação do perfil da procura dos cuidados de saúde, contribuindo com uma reflexão final sobre as suas origens e causalidades, equacionando, simultaneamente, a validade da interpretação geográfica face à diversidade e mutabilidade das dinâmicas sanitárias presentes nas sociedades contemporâneas.

No que se refere à análise da mortalidade por causa VIH/SIDA em Portugal continental, evidenciou-se que os 7.348 óbitos considerados (15-65+ anos) não detêm uma distribuição homogénea no território nacional e que esse facto não é produto do acaso. A existência de dependência espacial significativa, sinalizada pelo Índice Local de Associação Espacial Aplicado (LISA), evidencia claramente a existência de 3 *clusters*, obrigando-nos a reflectir sobre as determinantes teóricas subjacentes aos processos de difusão hierárquica do VIH/SIDA, bem como sobre as condições que favorecem a expansão regional do fenómeno.

Se é certo que as reflexões premonitórias de Gould (1993) a propósito da difusão do VIH/SIDA no estado norte-americano de Ohio não encontram um espelho perfeito na realidade portuguesa aqui retratada, fundamentalmente por uma questão de escala, os princípios estruturadores do processo de expansão do fenómeno obtiveram um elevado nível de confirmação em termos das determinantes espaciais que conceptualizam o risco de contágio na área metropolitana de Lisboa, Grande Porto, bem como a Sul no Algarve, envolvendo cinco concelhos próximos entre si. De uma forma genérica, a evolução do risco de óbito por causa VIH/SIDA em Portugal nos 10 anos considerados poderá corresponder, nestas três áreas, ao processo de difusão hierárquica referenciado pelo autor:

«Nenhum mapa da condição humana é suave e uniforme, porque os seres humanos estruturam o espaço de formas muito complexas. Constroem estradas e canis, usam os rios ou optimizam o seu curso para se moverem mais rapidamente numa determinada direcção, constroem linhas-férreas e

linhas de alta velocidade e, finalmente, conectam cidades entre si por voos directos de aviões. (...)

A difusão hierárquica significa que reconhecemos estas coisas, incluindo as doenças, que parecem saltar de um lugar para outro lugar, vulgarmente de uma cidade para outra, de vila para vila, sem tocarem necessariamente os espaços intermédios existentes entre si.» (Gould, 1993; pp. 63).

Embora não se possa prever o curso de uma epidemia com base numa avaliação exclusiva da rede hierárquica urbana, sabemos que as 3 áreas sinalizadas no estudo da mortalidade por causa VIH/SIDA são as que detêm um nível de conectividade mais elevado com o exterior e com o espaço interior e onde são encontradas elevadas densidades de ocupação sofrendo, no caso do Algarve, fluxos sazonais de população por causa turística, transformando esta região numa das mais densamente ocupadas do país. Simultaneamente, no espaço interior destas 3 áreas reconhecemos a existência de territórios mais ou menos extensos que comportam o denominado “perfil sindémico” aludido por Singer (1994) e que podem facilmente funcionar como epicentros regionais de difusão da epidemia VIH/SIDA.

Relativamente ao perfil da procura de cuidados de saúde, envolvendo internamentos hospitalares no Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC por causa VIH/SIDA e comorbilidades, encontramos um padrão de ocupação predominantemente masculino, envolvendo uma população relativamente jovem cuja classe modal para a idade está compreendida entre os 35-39 anos, para os dois sexos, correspondendo este intervalo a 25,2% da amostra estudada.

Relativamente ao estado civil, a maior procura de cuidados envolve indivíduos de ambos os sexos que se declararam solteiros (61,1% M; 40% F), existindo, todavia, para as demais categorias de transmissão consideradas (casado(a), divorciado(a), união de facto, viúvo(a)), uma maior percentagem de indivíduos do sexo feminino.

Em termos de actividade profissional averiguada, e com consequências directas no perfil dos rendimentos e qualificações detidas, mais de metade da amostra (53,9%) é composta por indivíduos sem profissão, por trabalhadores não qualificados, domésticas e por trabalhadores qualificados do sector industrial, enquanto que a procura encetada por utentes detentores de elevadas qualificações fixa-se nos 6,04%.

De um modo global, 60,32% dos doentes internados, responsáveis por 58,87% dos custos hospitalares gerados, residem na área de prestação de cuidados de saúde adstrita

à Região de Saúde do Centro, observando-se que a procura exercida por parte dos “residentes externos” é liderada por utilizadores detentores de níveis mais levados de qualificação (técnicos de nível intermédio do ensino, engenharia e similares, docentes do ensino superior, secundário e investigadores, quadros superiores da administração pública e empresas), numa provável estratégia de reforço/garantia de anonimato face à comunidade onde residem e estão inseridos.

Maioritariamente, os doentes abrangidos por este estudo foram alvo de diagnóstico para a infecção por VIH entre os 25-29 anos (22,3%), com uma idade média que se fixa nos 33,6 anos, o que permite sustentar a hipótese de que a transmissão da infecção ocorreu, em média, nos cinco ou seis anos anteriores, ou seja, numa fase muito jovem das suas vidas, com grande probabilidade entre os 19-24 anos.

Um outro dado não menos importante envolve a elevada mobilidade exibida por 18,83% da amostra, cujo diagnóstico ou provável infecção ocorreu fora do território nacional, em resultado de percursos migratórios de diferente duração, maioritariamente por causa económica ou relacionados com consumo de drogas, num total de 22 países, repartidos por 4 continentes, podendo daí advir sérias consequências ao nível da introdução de subtipos virais não prevalentes em território nacional (subtipo B), possibilitando, em alguns casos, a emergência dos designados *circulating recombinant forms* (CRF), com implicações diversas ao nível da eficácia dos fármacos adoptados ampliando, em alguns casos, o risco de resistência terapêutica.

Em termos de categorias de transmissão presentes nos doentes sujeitos a internamento (1996-2001), verifica-se, provavelmente de uma forma premonitória, um equilíbrio entre as duas categorias de transmissão dominantes – heterossexuais (40,95%) e toxicodependentes (40,59%), peso o facto de, a nível nacional, esta situação ainda se esboçar como tendência, nomeadamente ao nível dos casos de SIDA:

«Os casos de SIDA apresentam a confirmação do padrão epidemiológico registado anualmente desde 2000. Verifica-se um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual e diminuição (proporcional) dos casos associados à toxicodependência. Desde 1999, observa-se que são notificados com mais frequência casos de SIDA em grupos etários superiores (45-54 anos).

(...)

Analisando os anos 1997-2001, verificamos que o padrão da tendência temporal nos casos assintomáticos regista a consolidação da tendência observada, resultante do facto da categoria de transmissão heterossexual apresentar valores percentuais crescentes entre 1997-2001, em relação ao total de casos notificados em cada ano, enquanto os toxicodependentes confirmam tendência proporcionalmente decrescente.» (CVEDT-INSA, Doc. 128, 2002; pp. 2).

Deve notar-se que os dados nacionais referenciados pelo CVEDT-INSA dizem exclusivamente respeito ao número de casos oficialmente notificados, pelo que algum desfasamento presente nas tendências esboçadas advém, seguramente, desse facto. Corroborando o agora exposto, para o intervalo em causa, este estudo detectou uma subnotificação de 46,3% na unidade de internamento, situação que se repete, com elevada probabilidade, noutros espaços hospitalares prestadores de cuidados de saúde a doentes VIH+.

Por outro lado, verificou-se que alguns dos indivíduos incluídos na categoria de transmissão heterossexual (22,3%M; 36,11%F), acumulavam risco acrescido de transmissão que ia para além da prática de sexo desprotegido, envolvendo o consumo de drogas por via endovenosa.

Relativamente à quantidade e evolução dos cuidados prestados, os 6.569.800,00€¹ decorrentes dos custos directos com a patologia (custos de internamento + custos de transporte), acrescidos de 416.818,76€ de custos indirectos (interrupção da actividade), contabilizados exclusivamente a partir da unidade de internamento, envolvendo 24.940 dias de doença, distribuídos por 1.128 episódios registados nos seis anos de estudo, período ao longo do qual a taxa de mortalidade registada em meio hospitalar por causa VIH/SIDA decresceu de 10,66% (1996) para 5,44% (2001), correspondem a 87% do orçamento da CNLCS para o ano 2004, envolvendo 3 importantes rubricas destinadas a combater a epidemia:

¹ Preços de 2001.

• Promoção da saúde e prevenção da infecção VIH/SIDA	5.131.023,07€
• Apoio e suporte hospitalar	390.700,00€
• Programa de financiamento ADIS ²	2.500.000,00€
	Total: 8.021.723,07€

Tendo como base os dados resultantes do estudo apresentado, verifica-se que o perfil dominante do utilizador da unidade de internamento do Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC por causa VIH/SIDA possui um nível reduzido de competências profissionais, ou quando é detentor de alguma diferenciação, exerce a sua actividade como assalariado no sector do comércio, indústria e serviços de baixa qualificação aos quais correspondem, maioritariamente, níveis de literacia baixos ou medianos, auferindo retribuições que, em média, não ultrapassam os 3 salários mínimos.

Neste contexto, embora certos de que o nosso país encerra dinâmicas distintas, os dados aqui apresentados parecem convergir com a tendência apontada por Bastos & Szwarcwald (2000) para o Brasil onde, no ano 2000, sinalizaram uma forte tendência de pauperização e feminização da epidemia, associadas a comportamentos heterossexuais de risco.

Se é certo que na fase inicial da epidemia a infecção por VIH atingiu transversalmente e de um modo quase igualitário os diferentes estratos sociais, não é menos evidente que pessoas com níveis mais elevados de educação têm melhor acesso à informação sobre o VIH e IST's, o modo como se transmitem e como podem ser evitadas. Para além do mais, níveis superiores de educação e qualificação potenciam o acesso facilitado à descodificação de mensagens preventivas na área do VIH/SIDA, permitem melhores empregos e retribuições mais elevadas.

Em Portugal, a situação sócio-sanitária revelada pela caracterização do VIH/SIDA alastra às demais IST's, confirmando situações de alto risco relacionadas com a prática sistemática de sexo desprotegido em relacionamentos não formais, ou envolvendo a oferta/procura de sexo comercial. O *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* aponta, de uma forma desassomburada e corajosa, um conjunto de fragilidades que são, simultaneamente, a causa e a consequência dos indicadores transmitidos neste estudo que a seguir se transcrevem:

² Apoio, Desenvolvimento, Intervenção na SIDA.

- Em Portugal, por vários motivos, o número de casos reais de IST's não é conhecido;
- Os dados disponíveis da Direcção Geral de Saúde parecem indicar que a maior incidência das IST se verifica no homem, entre os 25-44 anos de idade, na região de Lisboa e Vale do Tejo;
- Os adolescentes e adultos jovens são os mais afectados, assim como aqueles com dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. No entanto, em Portugal, conhece-se muito pouco sobre a prevalência das IST em grupos específicos;
- Sabe-se também que, em Portugal, factores reconhecidos como responsáveis por uma maior incidência de IST nos últimos anos têm vindo a ganhar relevo, como por exemplo, o aumento do número de viajantes, dos migrantes, dos comportamentos sexuais de risco e a deterioração das respostas das estruturas de saúde no controlo das IST.

(...)

- Não existe informação suficiente e adequada sobre IST a nível das escolas, consultas de planeamento familiar, universidades e do cidadão em geral.

(Plano Nacional de Saúde 2004-2010; Vol. II; pp. 11)

Face ao cenário aqui traçado e assumido pelo documento estruturador do Plano Nacional de Saúde em vigor no próximo quinquénio, colocam-se com inquietação algumas questões:

- Como e em que contexto devem ser abordadas as estratégias de prevenção de modo a que alcancem os grupos-alvo de forma eficaz?
- Que mudanças podem ser esperadas em termos de saúde pública de modo a combater a epidemia do VIH e demais IST's?

De acordo com o demonstrado *no nosso estudo*, na maioria dos casos, a infecção por VIH atinge populações muito jovens, numa fase precoce das suas vidas enquanto jovens adultos. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), dos cerca de 38 milhões de pessoas que vivem com o VIH/SIDA, pelo menos 26 milhões, ou seja, nove em cada dez pessoas infectadas são adultos em idade produtiva e reprodutiva (CNLCS, 2004 b).

Assim sendo, porque se infectam estas pessoas numa faixa etária onde, maioritariamente, lhes é reconhecida a possibilidade de exercerem o seu arbítrio e de se auto-determinarem sexualmente?

Onde e como podem estes grupos ser sensibilizados e educados?

Que instrumentos devem e podem ser mobilizados?

Tal como foi anteriormente descrito, é relativamente consensual que os comportamentos sexuais de risco em Portugal não são, maioritariamente, objecto de auto-censura nem são socialmente penalizados, correspondendo ainda e de uma forma positiva a estereótipos de afirmação e prestígio. Cumulativamente, reconhece-se, «não existe informação suficiente e adequada sobre IST ao nível das escolas, consultas de planeamento familiar, universidades e cidadãos em geral».

Muitos dos adultos presentes neste estudo cumpriram o seu plano educativo nos últimos 20 anos sem que, de um modo formal, informal ou estruturado, a problemática da sexualidade e da educação sexual tivesse sido abordada em contexto escolar nos diferentes níveis de ensino. Apesar da questão da educação sexual ter ganho estatuto de obrigatoriedade por via legislativa, iniciada com a conhecida Lei n.º3/84, de 24 de Março, propondo para os diferentes programas escolares a abordagem da temática da educação sexual e o acesso aos meios de planeamento familiar, a operacionalidade e o cumprimento do estatuído é absolutamente confrangedor.

O quadro aqui traçado reúne os motivos necessários e suficientes para nos sentirmos envergonhados, especialmente quando reparamos que Portugal, Estado signatário da *Carta de Ottawa* (1986) e, mais recentemente, da *Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA*, de 25-27 de Junho de 2001, em sede ONU, onde assumiu obrigações de viabilizar o acesso à informação e à educação sexual para a problemática do VIH, de acordo com o redigido pelo Artigo 53 da declaração (ver Cap. 8), incorre, sistematicamente, em situação de incumprimento. Adicionalmente, o Decreto-lei n.º 259/00 refere que a organização curricular do ensino básico e secundário contempla, obrigatoriamente, a abordagem da promoção de uma sexualidade saudável, embora a maioria dos *curricula* dos cursos via de ensino, psicologia e educação não contenham uma única estratégia ou um único conteúdo directamente orientado para o treino destas competências.

Não tendo acesso a estratégias promotoras de educação sexual, devidamente estruturadas e adaptadas aos diferentes níveis etários e iniciadas em estádios precoces na infância, o sucesso das campanhas de prevenção na área da sexualidade, com o

objectivo de modificar comportamentos de populações adultas, está, na maioria dos casos, votado a um sucesso relativo, escasso e pontual.

Sabe-se que em Portugal as poucas iniciativas estruturadas e sistematizadas que existem na área da educação sexual estão, maioritariamente, concentradas no final de ciclo do ensino básico (9.º ano) e secundário, patamares aos quais muitos jovens não acedem por via de abandono precoce do sistema educativo, procurando inserção no mundo do trabalho, detendo baixos níveis de competência e qualificação. Neste contexto impõe-se a adopção de estratégias que reduzam os riscos e minimizem os danos, tratando esta problemática de um modo consequente fora do contexto escolar e em meio laboral. Perante as evidências colhidas, não seria de todo desadequado incluir conteúdos informativos sobre a problemática das IST e VIH em espaço de formação profissional, orientados para determinados segmentos da população activa, pelo menos aqueles onde a incidência da infecção é elevada.

Recentemente, Portugal, à semelhança do que tem vindo a acontecer noutros países europeus, dotou-se de mais um instrumento que pode ser adequadamente operacionalizado para atingir populações-alvo em meio laboral. Com o patrocínio da OIT e do Estado português, em 21 de Outubro de 2004, diversas confederações patronais, sindicatos e confederações sindicais acordaram, em sede de *Plataforma Laboral Contra a SIDA*, seguir o exemplo suscitado pelo *Global Business Coalition on HIV/AIDS*, acordando no *Manifesto Laboral Contra a SIDA* cumprir os seguintes objectivos específicos:

- Dotar empregados e empregadores com conhecimentos necessários para a prevenção do VIH/SIDA, promovendo o reconhecimento que a infecção por VIH/SIDA não se transmite por contactos laborais;
- Envolver, de forma activa, as confederações patronais e os sindicatos, ou confederações sindicais, no desenho e implementação de programas e/ou actividades centradas quer na prevenção do VIH/SIDA, quer no combate à discriminação de pessoas infectadas e inseridas no mundo laboral;
- Promover a integração e manutenção das pessoas portadoras do VIH/SIDA no mundo laboral, combatendo o estigma e a discriminação associados a esta patologia;

- Fomentar a colaboração entre os Parceiros da Plataforma com vista a otimizar os recursos humanos, financeiros e materiais em prol da luta contra o VIH/SIDA.

(Plataforma Laboral Contra a SIDA, 2004; pp. 10)

Para além das estratégias até aqui apontadas, no âmbito da educação e da formação, as políticas de saúde pública devem ser capazes de responder de forma mais célere às diversas frentes da epidemia. Tal como refere Victorino (2003), nesta e noutras temáticas, insistir na distinção clássica entre problemas de saúde nacionais e internacionais é uma atitude meramente ilusória. Seguramente, a celeridade dos meios de mobilidade, a globalização das trocas e a desregulamentação das economias, originarão fluxos migratórios por causa económica, regionalmente mais intensos e complexos, acrescidos de um cortejo de vulnerabilidades que lhe são acessórias. Populações de países ou regiões onde a epidemia VIH/SIDA é generalizada³, deslocam-se, não raro no limiar da sobrevivência, para outras áreas na esperança de obterem melhores salários, escaparem a situações de conflito ou discriminação étnica e/ou religiosa.

A opção por emigrar ou solicitar refugio, não transforma alguém num alvo privilegiado para a infecção por VIH, todavia, sublinhe-se, as vulnerabilidades enfrentadas por muitos dos candidatos a migrantes e refugiados, na busca desesperada de contornarem as restritivas normas adoptadas pelos Estados mais ricos, colocam-nos na dependência de redes organizadas de tráfico internacional, onde a violação dos mais elementares direitos humanos é sistematicamente praticada.

De acordo com Hamers & Downs (2004), muitos dos migrantes portadores do VIH são maioritariamente infectados nos seus países de origem, desconhecendo à partida o seu estatuto serológico, tomando conhecimento tardio da sua seropositividade em situação de gravidez, no caso da mulher, ou quando a patologia já é sintomática. De acordo com estes autores, no Reino Unido, três quartos das infecções transmitidas por contactos heterossexuais diagnosticados em 2002 foram, provavelmente, adquiridas em África. Na Alemanha, o número de novas infecções diagnosticadas em 2002 aumentou drasticamente entre indivíduos heterossexuais naturais de países com epidemias

³ Epidemias generalizadas são aquelas onde a infecção por VIH se encontra estabelecida entre a generalidade da população adulta sexualmente activa e a prevalência entre as mulheres grávidas é > 1% (UNAIDS/WHO, 2000).

generalizadas. Na Suécia, no mesmo período, mais de 80% das infecções diagnosticadas e transmitidas por contactos heterossexuais desprotegidos foram, provavelmente, adquiridas no exterior (Hamers & Downs, 2004).

Para além das populações com elevada mobilidade, para as quais devem ser desenhados programas específicos de prevenção, privilegiando a proximidade e a adaptação cultural, as estratégias de redução de danos terão que ser orientadas de uma forma mais efectiva para os demais segmentos específicos da população que evidenciam comportamentos de alto risco, como é o caso das prostitutas(os) e seus/suas clientes.

Para além de intervirem junto destes subgrupos, as estratégias de saúde pública devem promover e publicitar as vantagens de um acesso precoce ao diagnóstico e aconselhamento voluntário para o VIH e IST's, como factor indutor da mudança de comportamentos, permitindo a realização de um diagnóstico seguro numa fase precoce da infecção, ampliando os benefícios terapêuticos da HAART em termos de controlo da progressão da doença e consequente aumento da sobrevivência.

Para além do reforço das estratégias de sensibilização e educação, compreendendo uma noção mais extensiva da prevenção, tal como foi apresentada no capítulo 7, as políticas de saúde pública terão ganhos evidentes se levarem em conta a diversidade cultural e religiosa dos seus públicos-alvo, se envolverem os líderes das comunidades que acumulam maior evidência de risco, adoptando parcerias para a execução de estratégias de proximidade promotoras de comportamentos seguros.

Simultaneamente, é cada vez mais necessário e urgente aperfeiçoar e partilhar informação epidemiológica. Internamente, entre os diferentes actores envolvidos no combate à epidemia, produzindo informação atempada na(s) escala(s) adequada(s) e, externamente, impõe-se uma troca rápida de informações que permitam detectar novas tendências subjacentes à alteração das dinâmicas de transmissão.

Para além de estimular a adesão à terapêutica entre os doentes seropositivos, assegurando a compreensão das vantagens do seguimento rigoroso dos esquemas prescritos, importa discutir seriamente as crenças subjacentes à noção de cronicidade da doença, a noção de carga vírica indetectável, sinalizando, sistematicamente, o direito à informação dos parceiros(as), sejam serodiscordantes ou não, reforçando a importância de se prolongarem no tempo comportamentos sexuais seguros. Segundo Hamers & Downs (2004) é urgente e necessário que as autoridades de saúde pública relancem campanhas promotoras da prática de sexo seguro, destinadas a grupos cuja

mensagem havia sido dada como apreendida há algum tempo atrás, fundamentalmente homossexuais e bissexuais masculinos:

«Homens que não estão infectados pelo VIH talvez estejam menos preocupados em adquirir uma doença que pode ser hoje entendida como crónica, controlável e que permite sobrevida e, os homens infectados talvez estejam menos preocupados com a possibilidade de a transmitir. Pessoas infectadas com VIH e que acreditam que uma baixa carga vírica restitui-lhes a capacidade de não infectar, talvez optem por parar de usar preservativos. Mais do que isso, pessoas em risco de infecção podem aumentar a solicitação de terapêutica profiláctica após possível exposição sexual ao vírus. (Hamers & Downs, 2004; pp. 90)».

Tal como ficou demonstrado, a temática da saúde encerra um conjunto de desafios progressivamente mais complexos, onde a conceptualização e a abordagem geográfica demonstram uma produtiva validade interpretativa. Nos cenários de doença ou de promoção da saúde, a via tradicional ecológica e a vertente estruturalista, materialista e crítica, entre outras, demonstram deter, em complementaridade, significativa capacidade de contributo ao nível da detecção, interpretação e denúncia de cenários de privação e iniquidade, decompondo e explicando os fenómenos em diferentes escalas de análise, demonstrando que não existem territórios neutros.

Num futuro imediato antevê-se uma desejável e útil conjugação de esforços envolvendo a partilha metodológica e de ferramentas operativas entre Geografia da Saúde e a Geografia dos Riscos, de modo a acautelar e interpretar crescentes ameaças que se colocam à saúde humana, quer pela via das alterações climáticas, quer pelos crescentes e diversificados riscos biotecnológicos. Nos últimos 20 anos, para além da emergência da infecção por VIH/SIDA, o perfil das doenças infecciosas acumulou significativas alterações, com o (re)aparecimento das designadas *infecções emergentes* que compreendem o aparecimento de novos agentes que surgem de forma súbita – como aconteceu em 2003 com a Síndrome Respiratória Aguda, causada por um coronavírus até aqui desconhecido em seres humanos (George, 2004), ou quando de uma forma rápida aumenta a incidência ou são atingidas novas áreas geográficas – como tem sido o caso da doença de Lyme, o vírus Ébola ou o caso das múltiplas infecções pulmonares causadas por um hantavírus (Morse, 1997).

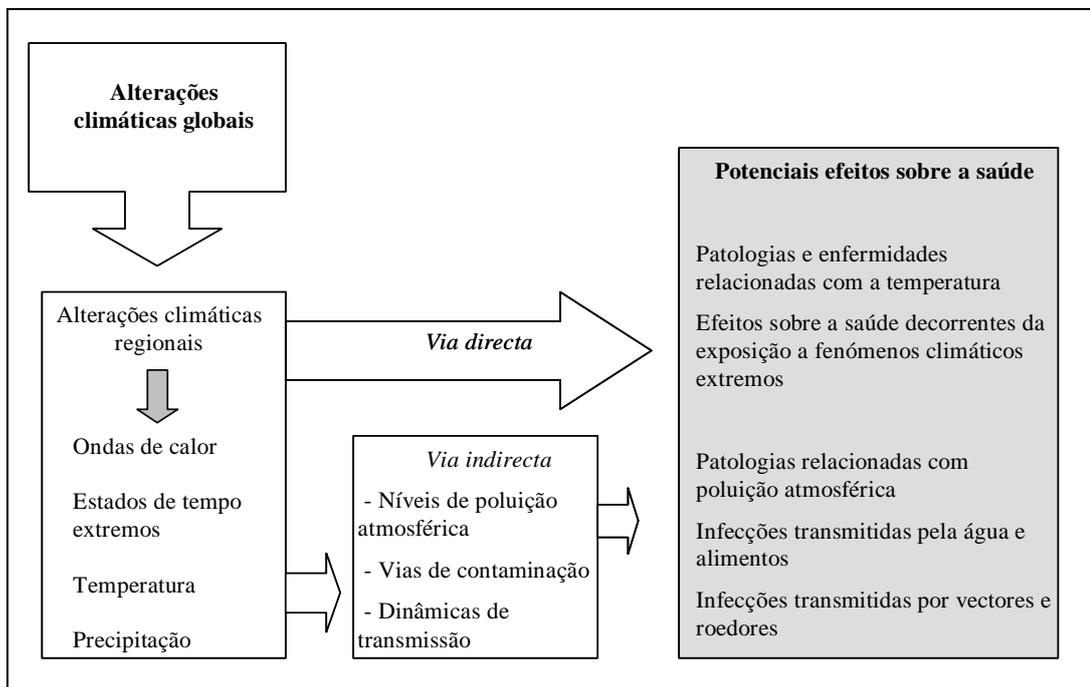
Os exemplos recentemente encontrados e documentados, envolvendo infecções emergentes, regra geral, não resultam de mutações súbitas e perigosas de um determinado agente patogénico. Pelo contrário, parecem ocorrer quando um agente patogénico tem acesso a novas populações hospedeiras em virtude de se registarem determinados cenários de mudança que podem ser categorizados em quatro classes:

- Modificações climáticas;
- Modificações do meio (expansão das práticas agrícolas e desflorestação);
- Riscos biotecnológicos (aumento das trocas em intervalos de tempo muito curtos envolvendo seres vivos, viagens aéreas, actos médicos envolvendo a aplicação de fluidos e tecidos);
- Riscos demográficos (fluxos migratórios intercontinentais e intranacionais, aumento da população urbana concentrada em megacidades).

(Adpt. Morse, 1997; pp. 23)

No caso das alterações climáticas, a saúde humana será atingida de diversas formas em consequência da exposição a fenómenos climáticos extremos que, de uma forma indirecta, proporcionam a concentração de poluentes atmosféricos como o ozono, entre outros, com impacto ao nível respiratório e cardiovascular. De um modo directo e mais prolongado, com implicações à escala regional, as alterações climáticas podem contribuir decisivamente para alterar as dinâmicas de transmissão das patologias infecciosas, transmitidas por humanos ou por vectores, tais como insectos e roedores, ou pela exposição a fontes de água e de alimentação contaminada (Calheiros, Casimiro e Dessai, 2002; Fig. 13.1).

Figura 13.1 – Potenciais efeitos sobre a saúde humana gerados por alterações climáticas



Fonte: Calheiros, Casimiro e Dessai (2002; pp. 261)

Em diferentes situações de risco, de planificação e avaliação de cuidados e promoção da saúde, a consideração de contributos multidisciplinares, a adopção de princípios de solidariedade, o exercício de cidadania, o respeito pelos mais elementares direitos humanos e a participação informada, terão impactos positivos ao nível da saúde dos grupos, contribuindo para minorar os cenários de grave agressão que se aproximam.

«A natureza nunca é verdadeiramente conquistada. Os *retrovírus* humanos e a sua complexa relação com a célula humana são apenas um exemplo deste facto. Na realidade, talvez “conquista” seja a metáfora errada para descrever a nossa relação com a natureza, a qual não só nos rodeia como constitui também a própria essência do nosso ser.»

Roberto Gallo; *in* História da SIDA
(Grmek 1994; pp.84)