
A SAÚDE NUMA PERSPECTIVA DE SEGURANÇA E DEFESA

O presente artigo corresponde a um trabalho monográfico individual elaborado pelo autor, na qualidade de auditor do Curso de Defesa Nacional (CDN 94), e seleccionado para publicação na revista «Nação e Defesa».

Resumo:

- A consciencialização de que o *potencial estratégico* de uma Nação é fortemente dependente do seu *potencial humano*, da sua capacidade de mobilização e desenvolvimento, e, conseqüentemente, da forma como resiste e responde aos desafios do Ambiente em que se insere.
- A análise de que neste final de século, de entre a imprevisibilidade das ameaças resultantes da evolução do Mundo no sentido da concretização da «Aldeia Global», desde já se perfilam as resultantes do *desequilíbrio demográfico* entre as regiões, do *envelhecimento das populações em áreas em que a projecção do poder está intrinsecamente associada a uma economia altamente competitiva*, e, ainda, as que resultam das *novas ameaças biológicas* cujo impacto no perfil demográfico das populações se começa a conhecer. A abordagem estratégica perante estas ameaças implica «Pensar» Saúde numa visão abrangente, integrada e intersectorial dadas as implicações evidentes nas Áreas da Defesa e da Segurança.
- A expectativa de conseguir através da análise do impacto previsível de uma destas ameaças suscitar uma reflexão sobre a necessidade de *enquadrar a política global da Saúde no Conceito Estratégico de Defesa Nacional*.

Perpétua Gomes Rocha

A SAÚDE NUMA PERSPECTIVA DE SEGURANÇA E DEFESA

1. INTRODUÇÃO

COMPONENTE HUMANA DO POTENCIAL ESTRATÉGICO

Não será difícil para os que se debruçam sobre a problemática inerente à Segurança e à Defesa de um País aceitar que a sua caracterização demográfica é determinante do seu potencial estratégico e da sua capacidade de projecção do Poder.

A consciencialização de que a prossecução dos objectivos internos e internacionais por parte de um País, com ou apesar dos interesses de outros, depende em última análise da percepção do seu Poder Nacional, levou Cline a uma tentativa de abordagem objectiva, matemática do conceito subjectivo de Poder, equacionando-o como resultante dos seguintes factores

$$P_p = (C + E + M) \times (S + W)$$

P_p – Perceived power

C – Critical Mass = Population + Territory

E – Economic capability

M – Military capability

S – Strategic purpose

W – Will to pursue National Strategy

O peso do potencial humano, não apenas numérico, mas e sobretudo na sua capacidade de desenvolvimento global, é bem evidente quer nas componentes quantitativas – massa crítica, capacidade económica e potencial militar –, quer nas qualitativas – capacidade estratégica e vontade nacional – da equação proposta por Cline.

EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

O conceito de Saúde tem evoluído significativamente ao longo do século.

Da definição inicial, com características de individualidade, em que a Saúde corresponderia a um estado de ausência de doença, evoluiu-se para a perspectiva social de Saúde, defendida nos anos sessenta, e em que a mesma era a resultante da profilaxia da doença, o que na visão satírica de alguns como Mark Twain se obteria à custa de «... se comer o que se não quer, beber o que se não gosta e fazer o que não apetece», tendo-se chegado ao conceito actual, sócio ecológico de Saúde, contido na mais recente definição emitida pela Organização Mundial de Saúde.

Na visão da OMS, Saúde é a resultante de um equilíbrio sócio-ecológico e traduz-se por um estado de completo bem estar físico, mental e social. Podendo ser considerada por alguns como uma descrição idealística, inatingível ou irrelevante para a vida da maioria dos indivíduos, *a promoção da Saúde através de uma política adequada e persistente é a única via para permitir ao indivíduo desenvolver ao longo das diferentes etapas da vida biológica o máximo das suas potencialidades e responder positivamente aos desafios do Ambiente.*

A SAÚDE ENQUANTO SECTOR ESTRATÉGICO PARA A SEGURANÇA E PARA A DEFESA

David Abshire no prólogo do «World Power Assessment 1977» afirma que as relações do poder internacional se baseiam não só no balanço entre as capacidades militares mas sim, e sobretudo, num conjunto de factores geopolíticos, económicos e psicológicos, eles sim determinantes do aparecimento de conflitos internacionais.

Esta afirmação quando transposta para a década de noventa mantém a mesma actualidade e talvez mesmo uma maior premência, sobretudo se considerarmos o novo ordenamento das relações políticas, a estrutura altamente competitiva da economia internacional, a previsibilidade da competição por recursos naturais, o desequilíbrio demográfico e suas consequências e o impacto cultural e sócio-económico das epidemias do final do século.

Neste contexto evolutivo torna-se evidente a actualidade da fórmula de Cline, passando a percepção do poder de qualquer potência, mas sobretudo dos pequenos Países, *da capacidade que os mesmos tenham para preservar e desenvolver o seu potencial humano, valorização essa que só ocorrerá se,*

entre outras, houver uma política adequada de promoção da Saúde, tal como preconizado pela OMS.

Pensamos ser este o enquadramento para uma maior consciencialização das implicações da política para a Saúde nas áreas respeitantes à Segurança e à Defesa de um País.

2. AS EPIDEMIAS DO SÉCULO XX – IMPACTO NO SÉCULO XXI – A SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Passaram-se 13 anos desde que nos EUA em 1981 se descreveu o primeiro caso de imunodeficiência adquirida – SIDA.

A doença de etiologia viral, caracterizada por uma profunda depressão do sistema imunológico e pela ocorrência simultânea de tumores malignos, considerada inicialmente como uma doença de transmissão sexual confinada a grupos de jovens homossexuais, foi posteriormente reconhecida como sendo transmitida através do sangue, tendo sido identificada em doentes submetidos a múltiplas transfusões, sobretudo hemofílicos e hemodializados e em toxicodependentes.

No final da década de oitenta, para além de se terem identificado dois agentes virais – vírus I e vírus II – responsáveis por formas evolutivas diferentes da doença, tornou-se evidente que a mesma não se confinava a grupos de risco, mas sim, que estava associada a comportamentos de risco. A doença tornou-se rapidamente o problema número um da Saúde à escala mundial.

O reconhecimento da transmissão heterossexual, o crescimento rápido do número de mulheres jovens infectadas, a possibilidade de a doença se transmitir da mãe para filho quer durante a gravidez quer após o nascimento, a associação a outras doenças de transmissão sexual e ao recrudesimento de formas graves e incontroláveis de tuberculose levaram a que no momento actual as Associações Internacionais de Saúde e os Governos reconhecessem que se estava perante uma pandemia, com implicações inesperadas ao nível social, económico, político e da segurança.

Os planos de luta implementados nos finais da década de oitenta nos países desenvolvidos privilegiaram a Informação e a Educação, tentaram reduzir o risco transfusional, controlar o tráfico da droga, a toxicodependência

e a partilha de agulhas infectadas, mostraram-se no entanto manifestamente insuficientes para sustentar o avanço da doença.

CONSEQUÊNCIAS DEMOGRÁFICAS

Em Junho de 1994 a OMS referia como declarados 985 119 casos de SIDA, um aumento de 37% em relação aos números reportados em Junho de 1993, estimando existirem 4 milhões de doentes e mais de 16 milhões de infectados, dos quais 1 milhão seriam crianças.

A distribuição do número de casos diagnosticados e do número de infectados no mundo pode ser visualizada nos quadros I e II extraídos da OMS e relativos a 30 de Junho de 1994.

Nos finais do século XX os números da OMS, considerados optimistas por alguns autores, prevêem 10 milhões de casos de SIDA e 30 a 50 milhões de infectados dos quais 5 a 10 milhões de crianças.

No continente Africano o número de infectados na zona a sul do deserto do Sara era, em Junho de 1994, superior a 10 milhões e o número de casos diagnosticados de cerca de 346 000.

Em algumas áreas do continente Africano, um em cada três adultos está infectado, incluindo mulheres grávidas. A esperança média de vida nestas áreas é de cerca de 32 anos.

Nos países da Europa de Leste e na Ásia sobretudo nas zonas leste e sueste, a doença embora identificada mais tardiamente tem tido, mercê de condições económicas, culturais e comportamentais, um crescimento rápido atingindo em algumas áreas cerca de 4% da população.

Embora não aceites por todos os autores, alguns modelos de análise da epidemia, como os desenvolvidos por Ray Anderson, sugerem que a *SIDA pode reverter os índices de evolução demográfica em algumas áreas do globo*. Os trabalhos de Anderson se bem que confinados a África, poderão ser facilmente extrapolados para outros continentes, particularmente para a América do Sul e para a Ásia; aqui a densidade da população e os comportamentos sexuais poderão dar uma dimensão imprevisível à tragédia.

Do ponto de vista demográfico é particularmente preocupante a confirmação, através de estudos retrospectivos, de que quer nos Países em vias de desenvolvimento, quer nos Países desenvolvidos os adultos jovens, os adolescentes e particularmente as mulheres adolescentes são o grande alvo da doença. Na VIII Conferência Internacional da SIDA que decorreu em Marro-

cos em Dezembro de 1993, dados divulgados pela OMS apontavam para que em cada minuto duas mulheres eram infestadas pelo vírus da SIDA.

CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS

São vastas as consequências sociais da doença. Enumeramos apenas as que nos parecem mais relevantes no âmbito do trabalho:

- Aumento significativo da mortalidade infantil.
- Número crescente de orfãos de pais vítimas da doença. De acordo com o OMS, o número de orfãos nestas condições ascenderá no ano 2000 a dez milhões, das quais 20% a 40% estarão infestados pelo vírus. A esperança de vida e a inserção social destas crianças estão, à partida, profundamente comprometidas.
- Consequências psicológicas, económicas e sociais para as famílias que vêem um dos seus membros atingidos pela doença. É frequente que o primeiro a ser afectado seja o responsável pelo suporte económico da família, que por vezes é também o veículo transmissor da doença a outros membros da mesma família.
- As dificuldades de inserção social, escolar e laboral do indivíduo seropositivo, perante a estigmatização social da doença.
- O impacto sobre os sistemas de Saúde e de Segurança Social resultantes não só da SIDA, mas também do incremento das doenças que a ela se associam como por exemplo as formas resistentes de tuberculose.
- As consequências ético-jurídicas para o indivíduo atingido pela infecção e para a sociedade em que se insere, na qual poderá representar um risco potencial.

CONSEQUÊNCIAS ECONÓMICAS

Poder-se-ia argumentar que os custos com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida não defeririam dos custos dispendidos com outras doenças crónicas terminais. No entanto, o que também torna *a doença única do ponto de vista económico, é o facto de atingir um grupo etário da população a que corresponde o pico da produtividade*, o de se caracterizar por um longo período de incubação, frequentemente associado a uma situação de morbilidade

não identificada e durante o qual o indivíduo, por desconhecimento, é fonte de disseminação de doença, e finalmente, o facto de poder corresponder a uma taxa de 100% de mortalidade a médio ou a longo prazo.

Deste conjunto de factores resulta que o impacto económico da doença seja composto por dois vectores importantes:

- Os resultantes dos custos directos com o controlo da doença
- Os resultantes das implicações da doença em diferentes sectores da economia.

Excluindo os investimentos no âmbito da investigação, e pese embora as insuficiências resultantes da ausência de caracterização dos cenários multinacionais, estima-se hoje que os *custos directos* da doença para a Comunidade Europeia em 1995 se traduzam por um custo médio, por doente, por ano, na ordem dos três milhões de escudos, numa ocupação de 0,45% da capacidade total das camas hospitalares e de uma projecção de despesas hospitalares com a doença de cerca de 0,15 a 3,0% do orçamento Comunitário para a Saúde.

Em outros países, como na África do Sul, as estimativas para os custos directos com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no ano 2000 apontam para valores na ordem dos 2,3 a 4% do produto interno bruto.

O Banco para o Desenvolvimento Asiático também chamou já a atenção nesta área para os custos devastadores da doença durante a próxima década.

Do ponto de vista de *custos indirectos* importa reconhecer que a pandemia que inicialmente parecia ser uma afecção limitada aos países pobres e aos pobres dos países ricos e confinada a áreas urbanas, tem-se propagado rapidamente quer às áreas rurais quer às camadas mais produtivas da sociedade.

Nos países em vias de desenvolvimento e de acordo com o Banco Mundial 32% do produto doméstico bruto resulta do sector agrícola o qual ocupa 64% da população. Estes países albergam 57% da população mundial. Estudos realizados em 1989 nestas áreas, apontavam para que 8% das famílias rurais tivessem um ou mais membros afectados pela doença. Em 1992 Barnett e Blakies, após um estudo conduzido no Uganda, concluem que a perda da mão-de-obra, particularmente de mão-de-obra feminina, conduziu a uma alteração do perfil agrícola da zona e até a uma eventual alteração ecológica, com áreas rurais a serem substituídas por zonas de floresta.

Também ao nível da actividade mineira é já conhecido o impacto da doença, particularmente no Zaire e na Zâmbia, onde a perda de trabalhadores

diferenciados poderá levar a um colapso na mineração, particularmente na exploração do cobre.

Em países desenvolvidos reconhece-se o risco e o impacto da doença nas empresas, assim como as suas implicações nos sectores dos transportes e do turismo.

O desenvolvimento económico pode também ser afectado pela percepção que os investidores estrangeiros tenham da incidência da doença num país.

IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA E PARA A DEFESA

A disseminação do vírus da SIDA é consequência e causa de conflito.

A presença dos «Quatro Cavaleiros do Apocalipse» – fome, guerra, pragas e morte – é bem visível no quadro epidemiológico da doença.

É possível encontrar denominadores comuns em todos os fenómenos associados a regressão económica, migrações, desemprego, tráfico de droga e promiscuidade sexual. De entre eles, facilmente localizaremos o recrudescimento da tuberculose, das doenças de transmissão sexual e particularmente da SIDA.

Ao longo da história a reacção das sociedades às epidemias seguiu sempre um padrão semelhante, em que, à fase da negação colectiva da doença, se seguiu a da negação individual do risco e da culpabilização de grupos minoritários, como disseminadores da doença, a sua ostracização e a imposição de medidas restritivas sobre os indivíduos ou os grupos identificados. Paralelamente verificaram-se reacções positivas primeiro do mundo da ciência e depois da solidariedade individual e social.

Este padrão comportamental é visível relativamente à pandemia do século XX – A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Para além das *consequências demográficas e económicas* já abordadas e com implicações a longo prazo para a Segurança e Defesa do País, a curto prazo, o reconhecimento da doença como uma das *causas para a exacerbação dos fenómenos xenófobos e sentimentos racistas em países desenvolvidos, obriga também a perspectivar-la, não só no âmbito da Segurança e da Defesa, mas também no contexto das relações internacionais.*

Nos EUA o reconhecimento da doença nas comunidades haitianas, negras e hispânicas levou a que, em 1987, fosse introduzida legislação que possibilitava a restrição da entrada no país a indivíduos seropositivos por períodos superiores a 30 dias. Estas medidas, criticadas por muitos e que levaram a que

em 1992 a conferência «O Mundo Unido contra a SIDA» não se realizasse nos Estados Unidos, como forma de protesto, foram recentemente reforçadas pelo Presidente Clinton quando, em 10 de Junho de 1993, reiterou a interdição à imigração a indivíduos infestados pelo vírus da SIDA.

Em 1992 despoletaram-se fenómenos xenófobos nos subúrbios de Londres na sequência do reconhecimento de uma seropositividade elevada para o vírus da SIDA em mulheres grávidas originárias de África e das Caraíbas.

Na Alemanha o reconhecimento crescente do impacto da doença na economia do país e da sua associação ao consumo de drogas intra-venosas e à emigração dos países do Leste da Europa, levou a que em 1992 fosse feita uma recomendação no sentido de rever a legislação em vigor de forma a adequá-la a estas novas ameaças.

A associação da doença a determinados comportamentos sociais e sexuais, tem permitido a sua utilização para *fomentar a exacerbação de fundamentalismos religiosos*.

A nível das Forças Armadas há que analisar a doença sobre duas perspectivas; a doença enquanto risco para os contingentes militares e o impacto da doença na capacidade de recrutamento.

Nos países em que os dados estão disponíveis verificou-se que a seropositividade para o vírus da SIDA entre os elementos das Forças Armadas é superior relativamente à população em geral. Atribui-se este risco aumentado à mobilização e à desinserção familiar a que o serviço militar obriga.

Por outro lado, se tivermos em conta que, por exemplo, nos EUA a SIDA é no momento actual a segunda causa de morte, só precedida pelos acidentes de viação, na população do sexo masculino com idades compreendidas entre os 25 e 45 anos, poderemos perspectivar, mesmo que especulativamente, o impacto negativo da doença sobre a capacidade de recrutamento das Forças Armadas, num período temporal relativamente curto, particularmente nos países desenvolvidos que têm vindo, de uma forma persistente, a apresentar índices de evolução demográfica nulos ou mesmo negativos.

3. REFLEXÕES SOBRE O QUADRO NACIONAL

Os dados presentemente disponíveis em Portugal tornam difícil a caracterização da situação actual e, sobretudo, das consequências da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida para o País.

No período de Janeiro de 1983 a Março de 1994 foram reportados por Portugal à OMS 1811 casos de SIDA (Quadro III). Estes números colocam o País na 8.^a posição relativamente ao número de casos diagnosticados e reportados à OMS por 34 países europeus, ocupando as posições cimeiras, por ordem decrescente, França, Espanha, Itália, Alemanha, Reino Unido, Holanda e Roménia (Quadros IV e V).

Da análise evolutiva dos casos reportados ressalta um incremento progressivo de diagnóstico em mulheres jovens, grávidas, toxicodependentes e recém-nascidos.

A prevalência da infecção em Portugal é desconhecida, estimando-se que seja de cerca de 30 000 o número de indivíduos infectados, por extrapolação a partir de dados de outros países europeus.

Alguns estudos de seroprevalência realizados pelos Laboratórios de Virologia do Instituto Ricardo Jorge em colaboração com outras Instituições, assim como os estudos realizados por Meliço Silvestre e Lecour e que se debruçaram sobre toxicodependentes, prostitutas, presos, grávidas e outros indivíduos que recorreram a uma consulta de doenças de transmissão sexual, não permitem uma visão optimista sobre a evolução da doença em Portugal.

Alguns factores internos e externos podem condicionar a progressão rápida da doença no País. Entre os factores internos são de destacar: o baixo índice cultural médio da população; a acentuada assimetria na distribuição da população do continente, com a mesma fixada na faixa litoral, particularmente nas zonas suburbanas de Lisboa e Porto, assim como em áreas identificadas como sendo de potencial desenvolvimento turístico; e, por último, um afastamento negativo relativamente aos índices médios de desenvolvimento económico na Europa, com as necessárias consequências sociais.

Entre os factores externos ressaltam aqueles que, embora comuns a toda a Europa, poderão tomar expressão singular em Portugal. Com a abolição das fronteiras internas, o Mercado Único Europeu abriu novos horizontes para os traficantes de droga, tornando-se particularmente atraente para os Cartéis de cocaína, face à diminuição do consumo nos EUA. Portugal, Espanha e Alemanha encontram-se entre os «corredores» privilegiados para a entrada de droga na Europa. Este factor associa-se, só por si, como tivemos já oportunidade de explicitar, a uma propagação mais rápida da doença.

Por outro lado, as relações preferenciais de Portugal com os Países Africanos de expressão lusófona constituem elas também um risco acrescido de disseminação da doença que importa assumir internamente, uma vez que já é reconhecido a nível europeu. A livre circulação dos indivíduos na

Comunidade Europeia, assim como a facilidade e o incremento das viagens aéreas no espaço europeu e não só, levantam problemas específicos na área da Saúde, particularmente a nível das doenças infecciosas, que, como a SIDA, se associam ao comportamento sexual e se caracterizam por um longo período de incubação durante o qual o indivíduo desconhece a sua capacidade de potencial transmissor do vírus.

É no âmbito desta preocupação que o Departamento de Geografia da Universidade de *Cambridge* estabeleceu uma base de dados que lhe permite seguir o padrão europeu de distribuição geográfica dos vírus tipos I e II. Num trabalho publicado em 1991 no *International Journal of Epidemiology*, Portugal conjuntamente com a França, são referendados como portas de entrada na Europa, para o vírus tipo II, a partir das ligações que mantêm com as respectivas ex-colónias Africanas.

Neste trabalho chama-se enfaticamente a atenção para o papel crucial da África de expressão portuguesa, em particular dos países africanos ocidentais, na disseminação do vírus na Europa, da qual decorre a necessidade de cooperação internacional concertada no sentido de evitar a continuação da difusão do vírus, através destas áreas estratégicas – Portugal e França.

Não se conhecem resultados de estudos sobre a prevalência da doença em grupos fundamentais da população: jovens, particularmente, os que frequentam as Universidades ou integram o contingente das Forças Armadas; membros de comunidades estrangeiras fixadas no País, trabalhadores ligados a sectores de transportes de longo curso ou da Saúde, entre outros. Não foi ainda determinada a distribuição da seroprevalência da infecção em zonas urbanas, rurais ou industriais, no litoral ou no interior, pelo que é *difícil estimar* o impacto da doença nos diferentes sectores da sociedade portuguesa e, consequentemente, *no seu desenvolvimento tecnológico, económico e demográfico*.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro factor a considerar na análise de importância dos Estados é o humano. É o sentido de comunidade entre os indivíduos que identifica o Estado-Nação e lhe confere vida.

As pessoas exploram os recursos económicos do território onde vivem e desenvolvem as tradições políticas e sociais das quais resultam as culturas nacionais.

A longo prazo, a vontade e a competência dos seres humanos podem, numa sociedade, pesar mais do que os recursos concretos e naturais que as Nações detenham.

É para esta tese que pretendemos chamar a atenção, sobretudo num País que tendo sido considerado nos anos oitenta como reserva demográfica da Europa, passou rapidamente a apresentar um dos mais baixos índices de natalidade do Mundo e que, em função das suas características geográficas, culturais e económicas, apresenta fortes vulnerabilidades face a uma pandemia com as características da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

O não reconhecimento desta situação levará a que no Século XXI Portugal se caracterize por uma sociedade gerontocrática, fragilizada, com diminuição da capacidade competitiva a nível tecnológico e económico, a um impacto negativo no sector do turismo, a dificuldades acrescidas para os orçamentos da Saúde e Segurança Social e eventual compromisso do seu objectivo estratégico de cooperação reforçada com os Países Africanos de expressão lusófona.

Em última análise, num eventual compromisso de capacidade de recrutamento que permita satisfazer a componente militar da Defesa Nacional.

O reconhecimento desta situação poderá levar a que, nos princípios gerais de acção enumerados no Conceito Estratégico de Defesa Nacional, a Saúde venha a ser explicitamente considerada um sector tão fundamental para o aumento das capacidades da Nação no domínio da Defesa, como a educação, cultura, ordenamento do território e ambiente, transportes e comunicações, economia e finanças, indústria e energia e informação.

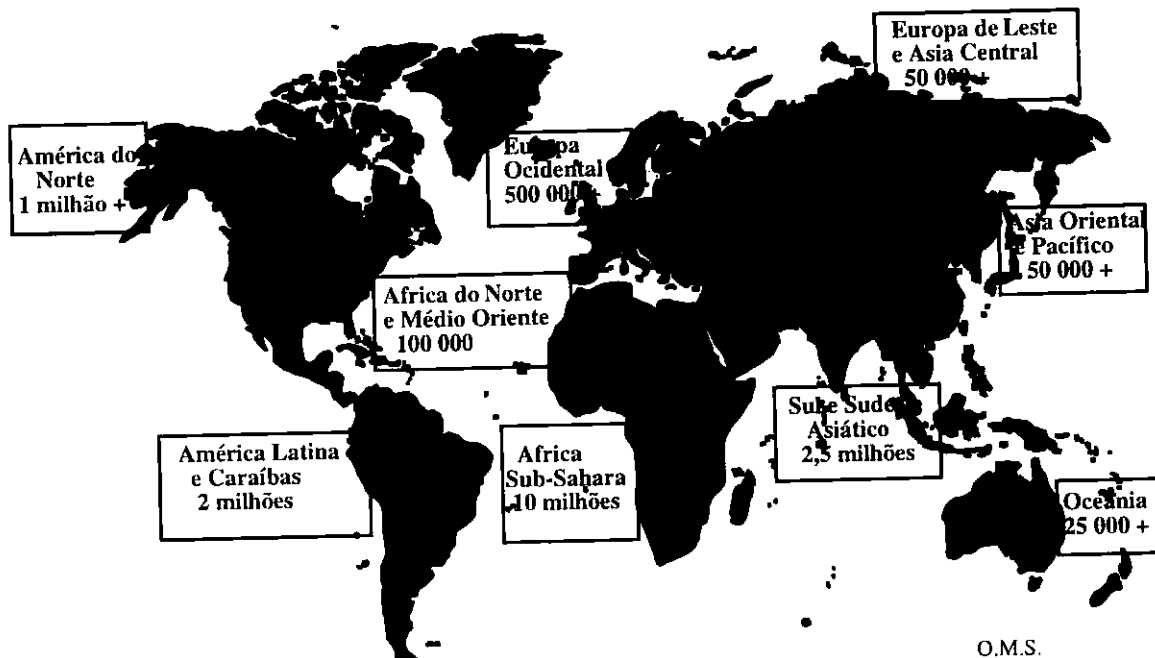
Pérpétua Gomes Rocha

QUADROS - Anexos

Quadro 1

O N.º DE SEROPOSITIVOS NO MUNDO

DISTRIBUIÇÃO DA ESTIMATIVA ACUMULADA DAS INFECÇÕES POR HIV NO ADULTO



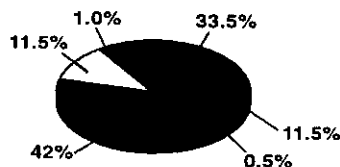
TOTAL MUNDIAL: 16 milhões +

O.M.S.
Junho/94

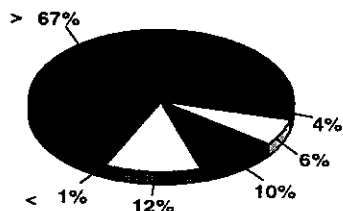
Quadro II

NÚMERO ACUMULADO DE CASOS DE SIDA NO ADULTO E CRIANÇA

Notificados: 851 628

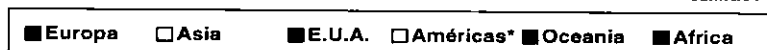


Estimados: 3 000 000 +



* Excepto E.U.A.

O.M.S.
Junho/94



SIDA EM PORTUGAL

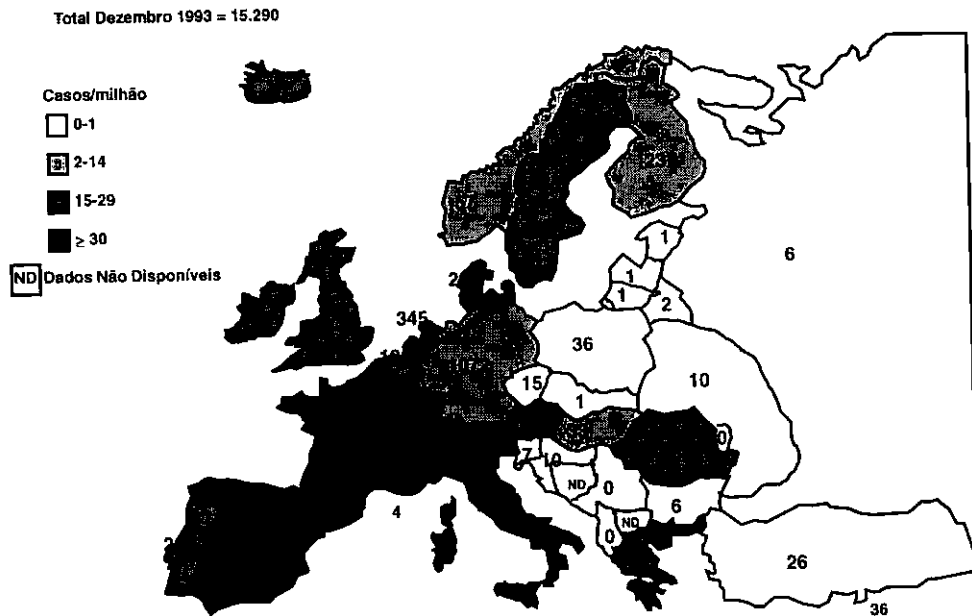
01/01/83 - 31/03/94

Quadro III

ANO	Casos por data de diagnóstico	Casos por data de NOTIFICAÇÃO
1983	1	0
1984	4	0
1985	29	18
1986	36	30
1987	74	47
1988	128	110
1989	189	154
1990	245	226
1991	278	246
1992	357	382
1993	378	460
1994	47	138
Ignorado	45	0
TOTAL	1811	1811

* Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis - Lisboa 31/03/94

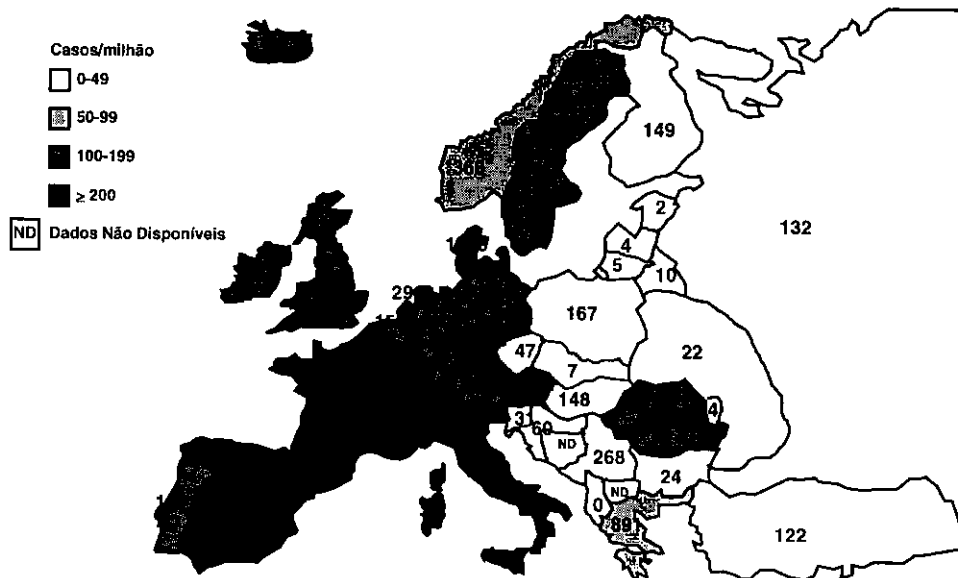
CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EM 1993 **DISTRIBUIÇÃO POR MILHÃO DE** **HABITANTES/PAÍS**



O.M.S.-C.E. - Centro de Colaboração para a Sida - Paris

NÚMERO CUMULATIVO DE CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS NA EUROPA DISTRIBUIÇÃO POR MILHÃO DE HABITANTES/PAÍS

Total Dezembro 1993 = 109.858



O.M.S.-C.E. - Centro de Colaboração para a Sida - Paris

Quadro V

A SAÚDE NUMA PERSPECTIVA DE SEGURANÇA E DEFESA

BIBLIOGRAFIA

1. Altmen. D: The primacy of politics: organizing around AIDS. AIDS.1991; 5 suppl 2: 5231-8.
2. Anderson W: The New York needle trial: the politics of public health in the age of AIDS. Am. J. Public Health 1991 Nov; 81(11): 1506-7.
3. An Krah EM: The impact of HIV/AIDS on the Family and Other Significant Relationships: The African Clan Revisited. AIDS – Care 1993; 5(1): 5-22.
4. Annas GJ: Detention of HIV-positive Haitians at Guantanamo. Human Rights and Medical Care. N Eng J Med 1993 Aug 19; 329(8): 589-92..
5. Bongaants J: A model of the Spread of HIV and the demographic impact of AIDS, Statistics in Medicine, 1989;8: 103-120.
6. Bonuck KA: AIDS and Families: Cultural, Psychosocial and Functional Impacts. Soc. Work Health Care 1993; 18(2): 75-89.
7. Bush Administration Weighs in on AIDS Science 1992 Aug 14; 257 (5072): 876.
8. Chris Ryan. Tourism, Terrorism and Violence. The risks of Wide World Travel Conflict Study 1991 n.º 244.
9. Cliff A et al: The Spread of human immunodeficiency virus type 2 into Europe: a geographical analysis. Int. J Epidemiol. 1991 Jun; 20(2): 480-9.
10. Cline RS – World Power Assessment 1977.
11. Cook TE: Epidemics and agendas: the politics of nightly mews coverage of AIDS. J Health Polit. Policy Law. 1991 Summer; 16(2): 215-49.
12. Cruz Vermelha Portugal – Ponto da Situação de Toxicodependência na Defesa e no Trabalho. Encontro Nacional/Cruz Vermelha Portuguesa. Lisboa 1992.
13. Davis D: «Understanding AIDS. The national AIDS mailer. Public Health Rep 1991 Nov-Dec; 106(6): 656-62.
14. Diário da República n.º 29 – IB 1994 Fev. «Conceito Estratégico de Defesa Nacional».
15. Dousberg PA: The role of drugs in the origin of AIDS. Biomed Pharmacother 1992; 46(1): 3-15.
16. Dickson D: WHO vote upsets western nations. Nature 1993 Jan 28; 361 (6410): 290.
17. Garcia Gonzales A et al: Clinical Course of HIV Infection/AIDS in Developed Countries. Impact on Tuberculosis. Med Clin Barc 1993 Feb 6; 100(5): 187-93.

-
18. Gelhorm A. National Security and the Health of people: Human Needs and the Allocation of Science Resources. *Social Science and Medicine*. 1984, 19,4: 37-314.
 19. Gerard P. AIDS and population control. *Scientific American* 1994 Feb; 1992.
 20. Greenberg DS: The new politics of AIDS. *Lancet* 1992 Jul 11; 340(8811):105-6.
 21. Goldberg JB: AIDS: Social Work and mandatory screening. *Health. Soc. Work*. 1992 Nov; 17(4):308-12.
 22. Goldsmith MF. A sticky issue: HIV and the IVDU. *JAMA* 1991 Aug 28; 266(8): 1053-4.
 23. Hayes Bautiste DE et al: AIDS: The silent threat to the bi-national security. *Saud Publica Mex* 1991 Jul-Aug; 33(4):360-70.
 24. Jager H: Sexually transmissible disease and the public Health Service Recommendations for the Reorganization of counseling center for Sexually Transmissible Diseases. *Gesundheitswesen* 1992 May; 54(5): 211-8.
 25. Jager IC et al: Economic Impact of the AIDS Epidemia in the European Community-. Towards multinational scenarios on hospital care and costs. *AIDS* 1993 Apr; 7(4):51-53.
 26. Jamieson Alison: Drugs Trafficking after 1992: Special Report. *Conflict Studies*, 1992 n.º 250.
279. Krieger N. Solidarity and AIDS. *Int. J. Health Services* 1991; 21(3): 503-10.
 27. Keesing's Record of World Events: AIDS 1993 – overview, Vol 40 Ref Supp R159.
 28. Knox RA et al: Public opinion on AIDS. Lessons for the second decade. *JAMA* 1992 Feb 19; 267 (7): 981-6.
 29. Larson Ann: The social epidemiology of Africa's AIDS epidemic, *African Affairs. The Journal of the African Society* 1994 Jan Vol 89 (354): 5-25.
 30. Lucas SE. AIDS: Refugees and the homeless. *AIDS Care* 1991; 3 (4): 443-6.
 31. Maddox J: A disappointing decade of AIDS. *Nature* 1993 Mar 4: 362 (6415): 13.
 32. McGrath JW: The biological impact of social responses to the AIDS epidemic. *Med Anthropol*. 1992 Nov; 15(1): 63-79.
 33. Mann J et al: Travel and Health – a Global Agenda. *Travel Medicine* 2. Proceedings of the Second Conference on International Travel Medicine, Atlanta Georgia, US 7. 1991 – May 9-12.

34. Mulhal BB: Sexually transmissible disease and travel – British Medical Bulletin. 1993, 249 (2): 394-411.
35. Nazareth JM: «Dentro de 10 anos Portugal terá mais caixões que berços» O Independente, 1994 Set. 9..
36. Perez S: Les enfants du SIDA, L'Express 1992, Oct. 4-8, n.º 2153:72-75.
37. Pizzi M: Women, HIV infection and AIDS: tapestries of life, death and empowerment. Am J. Occup. Ther. 1992 Nov; 46 (11): 1021-7.
38. Soares JA: VIII Conferência Internacional de SIDA. Tempo Medicina. 1994 Jan 17: 4E-5E.
39. Soskolne V: A cultural specific educational program to reduce the risk of HIV and HBV transmission among Ethiopian immigrants to Israel: a preliminary report on training veteran immigrants as health educators. Isr. J. Med. Sci. 1993 Jun-Jul; 29 (6-7): 437-42.
40. Stolman CJ: Should we admit immigrants with AIDS. Trends Health Care New Ethics. 1993 Spring; 8(2): 5-6.
41. Tanne JH: AIDS meeting moves outside US.B.M.J. 1991 Aug 24; 303 (6800): 342.
42. Tanne JH: US decides not to lift AIDS ban. B.M.J. 1991 Jun 8; 302 (6789): 1360.
43. Underwood PJ et al: A history of sexually transmitted diseases in Thailand: Policy and Politics. Genitourin Med. 1993 Apr. 69(2): 148-57.
44. United Nations – The AIDS Epidemic and its Demographic Consequences 1991.
45. Vermund SH: HIV and AIDS among adolescents in the United States: increasing risk in the 1990's. J. Adolesc. 1992 Dec; 15(4): 345-71.
46. Wecht CH et al.: Update on AIDS medical, legal and social concerns. Leg Med. 1992; 191-202.
47. WHO: International Conference on Primary Health Care. ALMA ACTA, 1 RSS. 1978 Sept. 6-12.
48. WHO: Report on Pan European Consultation on AIDS in the Conf. of Public Health and Human Right. Prague 1991 Nov 26-27.
49. WHO: Weekly Epidemiological Record. 1994, 69 (26) 189-196.
50. Whiteside A: The AIDS epidemic – economic, political and security implications. Conflict Studies. 1992 May; n.º 251: 1-43