



A geopolítica da SIDA

☞ FRANCISCO PROENÇA GARCIA* | MARIA FRANCISCA SARAIVA**

*MAJOR DE INFANTARIA, PROFESSOR NO INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

**ASSISTENTE NO INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS.

Fomo-nos consciencializando de que estamos perante algumas manifestações com implicações tão sérias que podem ser classificadas como ameaças não militares à segurança. O assunto, que ganhou grande relevância na literatura especializada, desenvolve temas dos quais se destacam o terrorismo, o crime organizado, a proliferação de armas de destruição massiva e, finalmente, as epidemias como a SIDA.

Introdução

No decorrer das últimas décadas floresceu na Geopolítica o interesse por fenómenos tão demolidores como a SIDA. O problema da origem e evolução da SIDA – por onde e quanto se propaga – sendo de notável importância para a humanidade, é, ao mesmo tempo, de grande complexidade. Importante porque afecta a saúde humana em todas as zonas do globo, motivo de reflexão frequente nos estudos sobre as grandes pandemias do Século xx. Complexo, porque os dados a considerar são muitos e de difícil interpretação no contexto da análise, numa perspectiva transversal, das suas repercussões a nível mundial.

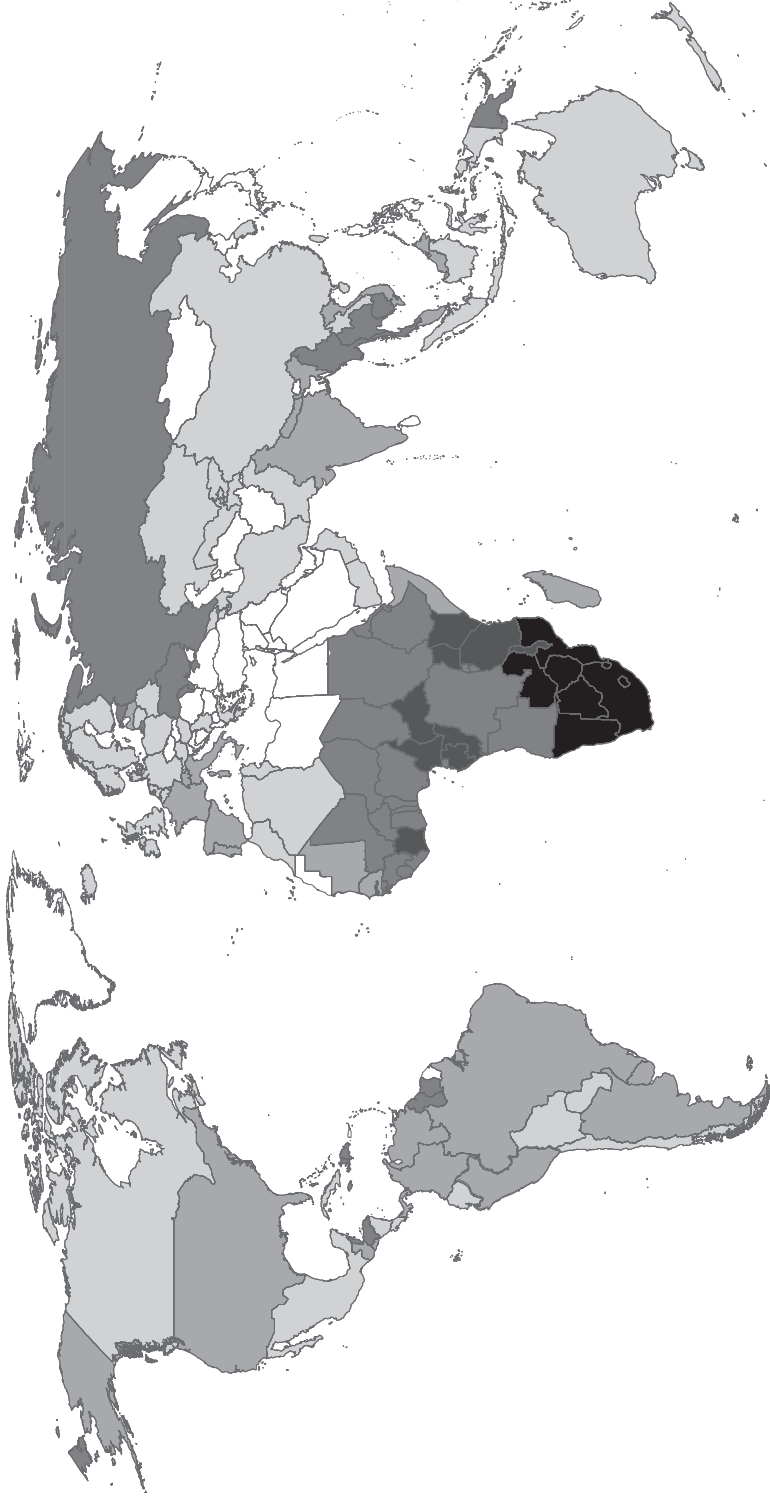
As hipóteses que se propuseram para explicar a origem da SIDA têm as mais variadas origens. Hoje em dia, há dados significativos que se podem abordar a favor da hipótese da imunidade do ser humano estar intimamente relacionada com a presença no organismo de uma pequena quantidade de um micronutriente, o selénio. Este micronutriente encontra-se distribuído por toda a superfície terrestre de forma irregular.

Actualmente, a importância do selénio continua a ser objecto de debate. Em qualquer dos casos, o estudo detalhado da cartografia deste micronutriente, tal como nos é possível conhecê-la neste momento, permite-nos contrastar a sua presença com a maior ou menor prevalência da SIDA em zonas diferenciadas do globo e daí retirar conclusões geopolíticas.

É manifesto que a SIDA tem graves implicações na segurança, entendida na sua acepção mais alargada. Diversas instâncias internacionais começaram já a reflectir sobre o problema. Podem-se assinalar alusões a esta preocupação em resoluções e relatórios da Organização das Nações Unidas (ONU), no Conceito Estratégico norte-americano e em diversos relatórios de inúmeras entidades civis e militares, académicas ou humanitárias. Deste modo, distinguem-se várias problemáticas de interesse: por exemplo, a análise dos reflexos do fenómeno na população mundial, as consequências para as operações militares e ainda a polémica das implicações do fenómeno em diversas outras actividades a que o Estado se dedica.

Por fim, fica ainda por averiguar qual tem sido a resposta a esta tragédia de dimensões mundiais. É muito evidente que uma visão integrada do problema tem sido bastante difícil. Mas independentemente das suas limitações, a análise geopolítica tem progredido. Com recurso a outras áreas das ciências sociais como por exemplo a Sociologia, a Estratégia, as Relações Internacionais e a Estatística, tem-se superado algumas dificuldades inerentes à análise desta nova manifestação geopolítica. Basta pensar no difícil que é hoje em dia, apesar de todos os meios de tratamento de que dispomos, mergulhar nas trágicas dimensões desta terrível doença para os povos que habitam a África subsaariana.

Visão global da infecção por HIV - 38,6 milhões de pessoas (33,4 - 46,0 milhões) a viver com HIV, 2005



Taxa de infecção nos adultos

- entre 15% e 34%
- entre 5% e <15%
- entre 1% e <5%
- entre 0,1% e <0,5%
- entre 0,5% e <1%
- <0,1%

A evolução do fenómeno no mundo

A infecção por HIV/SIDA representa uma pandemia global, da qual se conhecem casos em todos os continentes. Inicialmente não se conheciam as reais dimensões do fenómeno, mas o facto é que desde 1981 já provocou a morte de aproximadamente 22 milhões de pessoas, deixando 13 milhões de crianças órfãs. No estudo científico da guerra documentamos as baixas em consequência dos conflitos armados. Destas estatísticas retiramos o que pode clarificar o nosso problema: é hoje certo que a SIDA provocou mais baixas do que qualquer conflito armado ocorrido no Século XX, incluindo qualquer uma das grandes guerras, e a tendência é para o agravar da situação. Actualmente há cerca de 40 milhões de portadores do vírus, ou seja HIV/SIDA positivos.

Podemos comparar a sua progressão à das Divisões *Panzer* do General Heinz Guderian, com a *Blitzkrieg*. Simplesmente agora esta progressão é profundamente marcada por um carácter distintivo e único na história da humanidade, quer pela extensão da sua propagação quer na morte que consigo transporta. A progressão é contínua, global, sem escolher raça, credo, latitude, longitude, ou condição social. O seu poder de destruição estende-se a toda a comunidade.

No epicentro do fenómeno encontramos o continente africano. Nesta zona geográfica não faltam motivos de preocupação. De facto, 24 dos 25 países mais atingidos por este flagelo são africanos. Pensa-se que a SIDA é a responsável por uma em cada quatro mortes de adultos em África.¹ No entanto, é difícil dizer que o fenómeno é localizado. É inegável que tem expressão global, embora se manifeste mais ao nível urbano do que rural, progredindo rapidamente na Ásia, nas Caraíbas e nas Américas do Sul e Central, bem como nos territórios da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS).

Ainda faltam dados seguros quanto aos números reais da pandemia. Calcula-se que os casos notificados pelas diversas entidades nacionais e internacionais, na medida em que muitos países não apresentam os seus resultados de forma consistente (China) ou credível (diversos países em desenvolvimento), escondem dimensões desconhecidas que seria importante conhecer.

Não é provável que esta pandemia, como outras, apresente alguma vez um carácter homogéneo e uniforme. Aparentemente poderemos estar perante ondas epidémicas com características ligeiramente diferenciadas nas distintas regiões do mundo, dado que há regiões mais vulneráveis do que outras. Do mesmo modo, há a registar variações também significativas dentro dos países afectados, que dependem de factores como a demografia do país e da região em questão e mesmo do momento da introdução do vírus.²

O efeito devastador da doença encontra-se ampliado em algumas regiões

subdesenvolvidas, sobretudo na África subsaariana. Nesta região, o padrão de infecção está claramente associado ao sexo heterossexual, uma vez que o número de infectados masculinos e femininos é idêntico. Esta realidade contrasta vivamente com a situação na América do Norte e do Sul, na Europa Ocidental, na Austrália e noutras zonas geográficas similares, onde a maior parte dos casos ocorre entre elementos homossexuais masculinos e devido a práticas de toxicod dependência com recurso a drogas intravenosas.

Há também casos muito particulares, de países como a China e a Roménia, em que a principal causa de transmissão do HIV se prende com a manipulação do sangue ou de hemoderivados contaminados, devido à falta de condições higiénicas, de instalações e de recursos para estudar os tipos de doadores, ou ainda dada a falta de aplicação de técnicas de esterilização de agulhas e seringas, bem como pelo uso inapropriado de transfusões.

Infelizmente, os dados estatísticos relativos à transmissão da SIDA na Ásia estão só parcialmente documentados. Todavia, sabemos que a disseminação, desde o final da década de 1980, tem sido bastante rápida. Na Tailândia a epidemia é recente: terá começado oficialmente em 1988. Até então era classificada no nível III, ou seja, pouco prevalente, à semelhança do que se passa em diversos países europeus. No nível III a maioria dos casos deve-se ao contacto com um padrão I (alta prevalência) ou II (média prevalência). Entre 1985 e 1987 apenas 1% da população toxicod dependente da Tailândia estava infectada, e nas prostitutas esse valor era inferior. Porém, em 1989 o padrão foi alterado bruscamente, passando a mesma população estudada a contar com valores na ordem dos 40% de infectados.³

Neste caldo de cultura do submundo urbano a proliferação da promiscuidade foi galopante. As trabalhadoras profissionais do sexo têm grandes responsabilidades na matéria, nomeadamente na transmissão do vírus aos jovens a cumprir serviço militar. Com toda a certeza sabe-se que infectaram 10% dos recrutas. Estes, por sua vez, devido à sua mobilidade, ajudaram a disseminar ainda mais a doença.

Com a transição do milénio a pandemia da SIDA recebe atenção especial ao nível internacional. As Nações Unidas têm sido uma notável frente de combate ao problema. A partir do ano 2000 o tema deu o mote a sessões especiais quer ao nível da Assembleia-Geral quer do Conselho de Segurança. Sucederam-se, igualmente, diversas manifestações a nível regional, bem como iniciativas mais localizadas em diversos países.

No universo da ONU, o programa das Nações Unidas especializado na temática da SIDA, a *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), vem promovendo estudos sobre a sua evolução.

Segundo o relatório da UNAIDS de 2005,⁴ a SIDA continua extremamen-

te dinâmica, crescendo e alterando o seu carácter à medida que vai sofrendo mutações e explorando novas formas de transmissão.

São as mulheres o grupo de maior risco, nomeadamente as mais jovens. O estudo indica que o número de mulheres contaminadas tem sido crescente: em cinco anos (1997–2001) passaram de 41% para 50% do total do universo dos indivíduos contaminados. Na África subsaariana esse número cresce e aproxima-se de valores que rondam os 57%. Do total de contaminados, cerca de 50% são adolescentes, com cerca de seis mil novos casos por dia, e, desses adolescentes, 75% são do sexo feminino.⁵ Na sua progressão, o crescimento da SIDA entre as mulheres também é significativo noutras zonas: nos Estados Unidos da América (EUA), na Oceânia, na América Latina, nas Caraíbas, na Europa Central e Oriental e na Ásia Central.⁶

Apesar de ser difícil comparar regionalmente os factores que provocam este crescimento, é claro que na base estão as diferenças de género, especialmente as relacionadas com padrões culturais. O fenómeno parece ser pluricausal e inclui os factores sociais e culturais provocados pela desigualdade de estatuto entre a mulher e o homem, a violência sexual, passando pelas práticas associadas à toxicodependência intravenosa, acabando na falta de medidas profiláticas.

Para além das mortes associadas a esta doença, enfrentamos hoje o problema do número das pessoas que têm que viver com HIV, que foi crescendo em todas as partes do mundo. Só em 2003 estimaram-se 5 milhões de novos casos, número recorde até hoje registado. Verificamos que os aumentos mais significativos acontecem no Sudeste Asiático, na Europa Oriental e Ásia Central. De facto, o número das pessoas que vivem com HIV na Ásia Oriental subiu quase 50% entre 2002 e 2004.

Na Europa Oriental e Ásia Central, a principal responsável para a subida vertiginosa é a taxa de incidência na Ucrânia, que se conjuga com o crescente número de casos na Federação Russa. Na Rússia, entre 1997 e 1998 o fenómeno multiplicou por cinco o número de infectados, prevendo-se um cenário catastrófico de 20% ou mais de contaminações na sua população. A Ucrânia conta com mais de 200 mil casos identificados (1% dos adultos), prevendo-se para 2016 cerca de 2,1 milhões de mortes com SIDA.⁷

Sem dúvida que os dados estatísticos coligidos pela ONU referentes ao ano de 2004 indicam a África subsaariana como a região com maior prevalência de HIV, com 25,4 milhões de pessoas contaminadas em 2004, comparativamente aos 24,4 milhões de 2002. Aqui residem 64% de todas os portadores de HIV e mais de três quartos (76%) de todas as mulheres portadoras. A incidência sobre mulheres grávidas com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos é também muito expressiva.

Estatísticas e tipologias de HIV e SIDA por regiões, em 2003 e 2005

	Adultos e crianças infectadas com HIV	Adultos e crianças recentemente infectadas com HIV	Prevalência nos adultos (%)*	Adultos e crianças que morreram devido à SIDA
ÁFRICA SUBSAARIANA				
2005	25,8 milhões [23,8–28,9 milhões]	3,2 milhões [2,8–3,9 milhões]	7,2 [6,6–8,0]	2,4 milhões [2,1–2,7 milhões]
2003	24,9 milhões [23,0–27,9 milhões]	3,0 milhões [2,7–3,7 milhões]	7,3 [6,7–8,1]	2,1 milhões [1,9–2,4 milhões]
NORTE DE ÁFRICA E MÉDIO ORIENTE				
2005	510 000 [230 000–1,4 milhões]	67 000 [35 000–200 000]	0,2 [0,1–0,7]	58 000 [25 000–145 000]
2003	500 000 [200 000–1,4 milhões]	62 000 [31 000–200 000]	0,2 [0,1–0,7]	55 000 [22 000–140 000]
ÁSIA DO SUL E SUDESTE ASIÁTICO				
2005	7,4 milhões [4,5–11,0 milhões]	990 000 [480 000–2,4 milhões]	0,7 [0,4–1,0]	480 000 [290 000–740 000]
2003	6,5 milhões [4,0–9,7 milhões]	840 000 [410 000–2,0 milhões]	0,6 [0,4–0,9]	390 000 [240 000–590 000]
NORDESTE ASIÁTICO				
2005	870 000 [440 000–1,4 milhões]	140 000 [42 000–390 000]	0,1[0,05–0,2]	41 000 [20 000–68 000]
2003	690 000 [350 000–1,1 milhões]	100 000 [33 000–300 000]	0,1[0,04–0,1]	22 000 [11 000–37 000]
OCEÂNIA				
2005	74 000 [45 000–120 000]	8200 [2400–25 000]	0,5[0,2–0,7]	3600 [1700–8200]
2003	63 000 [38 000–99 000]	8900 [2600–27 000]	0,4[0,2–0,6]	2000 [910–4900]
AMÉRICA LATINA				
2005	1,8 milhões [1,4–2,4 milhões]	200 000 [130 000–360 000]	0,6 [0,5–0,8]	66 000 [52 000–86 000]
2003	1,6 milhões [1,2–2,1 milhões]	170 000 [120 000–310 000]	0,6 [0,4–0,8]	59 000 [46 000–77 000]
CARAÍBAS				
2005	300 000 [200 000–510 000]	30 000 [17 000–71 000]	1,6 [1,1–2,7]	24 000 [16 000–40 000]
2003	300 000 [200 000–510 000]	29 000 [17 000–68 000]	1,6 [1,1–2,7]	24 000 [16 000–40 000]
EUROPA DE LESTE E ÁSIA CENTRAL				
2005	1,6 milhões [990 000–2,3 milhões]	270 000 [140 000–610 000]	0,9 [0,6–1,3]	62 000 [39 000–91 000]
2003	1,2 milhões [740 000–1,8 milhões]	270 000 [120 000–680 000]	0,7 [0,4–1,0]	36 000 [24 000–52 000]
EUROPA CENTRAL E OCIDENTAL				
2005	720 000 [570 000–890 000]	22 000 [15 000–39 000]	0,3 [0,2–0,4]	12 000 <15 000
2003	700 000 [550 000–870 000]	20 000 [13 000–37 000]	0,3 [0,2–0,4]	12 000 <15 000
AMÉRICA DO NORTE				
2005	1,2 milhões [650 000–1,8 milhões]	43 000 [15 000–120 000]	0,7 [0,4–1,1]	18 000 [9 000–30 000]
2003	1,1 milhões [570 000–1,8 milhões]	43 000 [15 000–120 000]	0,7 [0,3–1,1]	18 000 [9 000–30 000]
TOTAL				
2005	40,3 milhões [36,7–45,3 milhões]	4,9 milhões [4,3–6,6 milhões]	1,1 [1,0–1,3]	3,1 milhões [2,8–3,6 milhões]
2003	37,5 milhões [34,0–41,9 milhões]	4,6 milhões [4,0–6,0 milhões]	1,1 [1,0–1,2]	2,8 milhões [2,5–3,1 milhões]

Embora a prevalência de HIV se mostre relativamente estável nesta região, isto traduz, apenas, o facto de que um número idêntico de pessoas continua a contrair a doença e que é igual ao número de mortes em relação ao passado. No fundo, acredita-se que a tragédia se mantém, continuando o continente a contribuir com cerca de um terço do global das mortes.⁸

A segunda região do planeta com maior incidência da doença são as Caraíbas, excedendo os 2% em cinco países, tendo-se tornado a SIDA a principal causa de morte na faixa etária entre os 15 e os 44 anos. Na Ásia, a epidemia permanece largamente concentrada entre os utilizadores de drogas injectáveis, homossexuais, trabalhadores profissionais de sexo, clientes de trabalhadores de sexo e os seus parceiros frequentes. Na Índia, há regiões onde 5% da população contraiu a doença, com grande incidência nas grávidas, e na China as proporções são já as de uma epidemia, cujo impacto pode vir a ser devastador. A prevenção não é efectiva entre estas populações.

Na Europa Ocidental e na Ásia Central são diversas as epidemias que se propagam, sendo as agulhas e seringas contaminadas o principal veículo de transmissão.

Nos países mais desenvolvidos a homossexualidade masculina desempenha um importante papel como veículo de transmissão da doença, representando a droga injectável um papel variado, sendo responsável só no ano de 2002 por mais que 10% da totalidade das infecções de HIV na Europa Ocidental, e responsável por 25% de infecções nos EUA.⁹

Embora as mudanças de comportamento e tratamentos específicos como os antiretrovirais¹⁰ possam reduzir a velocidade de infecção e os índices de mortalidade em países desenvolvidos, é provável uma expansão rápida da doença entre as populações da Índia, Rússia, China, e América Latina, o que pode provocar a instabilidade social. De acordo com epidemiologistas da UNAIDS, a Ásia provavelmente ultrapassará a África subsaariana no número absoluto de portadores de HIV antes de 2010.

Globalmente, a epidemia continua a destruir um impressionante número de indivíduos e famílias. Nos países mais afectados ela simplesmente apaga décadas de esforço sanitário e de algum progresso económico e social, afundando as economias num mar de pobreza. Na África subsaariana, a epidemia tem um impacto muito sério. A crise humana é crescente e transversal a todos os sectores sociais.

A SIDA e o selénio

É possível dividir o estudo da SIDA em períodos. No passado, procurou-se estudar cientificamente o fenómeno fazendo-se sobretudo aproximações às suas origens e causas, o modo e o motivo da sua progressão. Entretanto, a

investigação evoluiu desenvolvendo-se hoje a diferentes níveis. Por um lado, estabeleceu-se um interesse claro em torno de um aprofundamento do entendimento bioquímico do sistema imunitário dos seres humanos. Também se começaram a dar os primeiros passos no sentido de uma plena compreensão das implicações geopolíticas e de segurança associadas à epidemia.

Para Gwyn Prins, não é desejável estudar isoladamente a doença sem tentar compreender o sistema imunitário.¹¹ Há hoje dados significativos que se podem abordar a favor da hipótese que defende que a falta de micronutrientes na nutrição geral está a comprometer o sistema imunitário. Se pensarmos nas questões relacionadas com o planeamento da saúde pública, que se confronta actualmente com o regresso de epidemias de doenças infecciosas, este facto merece um acompanhamento cuidado.

Assim, é bastante sólido o desenvolvimento da investigação que procura esclarecer a acção específica das funções fisiológicas de diferentes micronutrientes. Sumariamente, a história recente legou-nos vários estudos sobre micronutrientes com profundidade suficiente para se perceber o seu impacto na imunidade humana: primeiro foi o ferro, depois as vitaminas e o zinco e actualmente é o selénio. Ainda que se reconheça que continua a ser difícil estimar a importância deste composto no sistema biológico, nos últimos dez anos houve avanços significativos que permitem um melhor entendimento do seu papel na saúde humana e animal, com especial ênfase para o HIV/SIDA.

Este micronutriente ficou inicialmente conhecido pela sua importância na reprodução sexual. Mas tal como são entendidas hoje em dia, as funções do selénio para a manutenção da saúde são bem mais amplas. Ele actua como antioxidante e anti-inflamatório no que diz respeito a atrites e asma, contribui para a prevenção do cancro, nomeadamente o da próstata e também de doenças cardiovasculares. Segundo as teorias mais recentes a falta deste micronutriente no plasma sanguíneo é um dos grandes causadores da progressão da SIDA,¹² sendo certo que o decréscimo dos níveis de selénio em pessoas portadoras de HIV é hoje um indicador da sua progressão.¹³

A principal descoberta tem a ver com a comprovação clínica de que aquele micronutriente retarda a transição de HIV positivo para SIDA. De modo semelhante, também está demonstrado que administrar selénio durante uma infecção de HIV reduz o stress oxidativo, modula as citoquinas (moduladores do processo inflamatório), incrementa a produção e diferenciação de glóbulos brancos e reduz a replicação do vírus¹⁴.

Conhece-se a existência de selénio nas rochas e solos da crosta terrestre. A quantidade disponível pode variar de praticamente zero às 100 partes por milhão, dependendo das regiões. A sua presença no corpo humano tem consequências: como tudo na vida, se estiver presente em excesso pode provocar

uma intoxicação, se estiver em quantidades insuficientes pode provocar várias deficiências, pelo que foi necessário cartografar as regiões selénio deficientes e tóxicas.¹⁵ É-nos muito fácil entender este fenómeno pela análise de um mapa, datado de 1265, que tem sido atribuído a Marco Pólo, onde se registaram as regiões ao longo da rota da seda onde o navegador teve problemas na alimentação dos seus animais, que pereciam por razões desconhecidas. Hoje é certo que nessas zonas o selénio atingia níveis de toxicidade.

Sem dúvida, a grande fonte do selénio para os humanos é a alimentação, havendo mais variedade na alimentação vegetal do que animal. Assim, os vegetais reflectem a qualidade dos solos e são os grandes responsáveis pela passagem do selénio para a cadeia alimentar. Nesta ordem de ideias, uma dieta alimentar pobre em vegetais pode tornar as pessoas mais susceptíveis à deficiência. Por exemplo, existe uma região em plena China onde a ingestão diária de selénio é de apenas de nove a 11 microgramas/dia (a dose recomendada é de 55 microgramas/dia) o que tem implicações na etiologia da doença de Keshan (cárdiomiopatia endémica) nessa região.¹⁶

Hoje, conhece-se bastante bem a situação dos solos europeus especialmente no Leste (região de epidemia HIV/SIDA no presente) uma vez que, contrariamente aos da América do Norte, são geralmente deficientes em selénio. Os níveis plasmáticos de selénio europeus são inferiores aos requeridos para a actividade óptima da selénioenzima (a enzima leutatião peróxidase), pelo que, para solucionar o problema, diversos países da Europa Ocidental adoptaram uma política de enriquecimento dos solos através da introdução de selenato de sódio nos fertilizantes agrícolas.¹⁷

Deste modo, distingue-se hoje em dia uma relação entre o mapa *mundi* representativo das áreas de um baixo perfil antioxidante em geral, e deficiência de selénio em particular,¹⁸ e o mapa da prevalência da SIDA. A sobreposição das zonas é um resultado óbvio e muito esclarecedor. Recordamos que a primeira transmissão do HIV dos símios para os humanos ocorreu nas populações selénio-deficientes do Congo.

Nesta ordem de ideias, faz sentido prever que uma nova vaga de HIV/SIDA (a vaga chinesa) irá muito provavelmente ocorrer ao longo da cintura selénio-deficiente já antes implicada na epidemia da gripe das aves. O primeiro passo está dado: a julgar pelas correspondências já apuradas haverá em breve material que, embora objecto de controvérsia, inaugura uma nova dimensão geopolítica baseada na análise dos padrões da disponibilidade do micronutriente. Vistos em perspectiva, Halford Mackinder ou Nicholas Spykman, se fossem vivos, não teriam certamente ignorado este aspecto nas suas teorias geopolíticas.

A partir de uma análise comparativa das cartografias do selénio e da SIDA,

tudo indica que os solos do crescente exterior ou insular (ilhas ou continentes exteriores, o mundo oceânico) são selénio-competentes, ao passo que os do *heartland* do Norte, do *heartland* do Sul (África ao sul do Saara, zona geopolítica identificada por Mackinder em 1919) e grande parte do crescente interior ou marginal (o *rimland* de Spykman) são menos ricos em selénio.¹⁹ Este aspecto carece de maior sistematização e integração na análise geopolítica, uma vez que pode ajudar a explicar o seu profundo impacto em factores variáveis da Geopolítica como sejam a estrutura demográfica e a organização económica e das Forças Armadas dos países, só para citar os mais evidentes. De facto, a SIDA modificou irremediavelmente a relação do homem com o espaço que o rodeia e condiciona hoje muitos dos projectos políticos que os países procuram implementar nas realidades geográficas que os circundam. Ao estudar a propagação da SIDA no mundo, é do máximo interesse ter presente uma possível utilização desta pandemia enquanto poderosa arma de guerra.

SIDA e segurança

Actualmente considera-se a SIDA uma ameaça menor, como ameaça não tradicional à segurança, embora se apresentem difíceis problemas quando procuramos precisar o que compreende este fenómeno.

É fácil observar que a SIDA não é uma ameaça na concepção clássica, estruturalmente identificável num produto dum capacidade por uma intenção. Por outro lado, também não parece possível entendê-la como um risco, que durante longas décadas se opôs ao conceito de ameaça, entendido como acção não directamente intencional e eventualmente sem carácter intrinsecamente hostil.²⁰

De facto, fomo-nos consciencializando de que estamos perante algumas manifestações com implicações tão sérias que podem ser classificadas como ameaças não militares à segurança. O assunto, que ganhou grande relevância na literatura especializada, desenvolve temas dos quais se destacam o terrorismo, o crime organizado, a proliferação de armas de destruição massiva e, finalmente, as epidemias como a SIDA.

Do ponto de vista político, a SIDA como ameaça não tradicional à segurança deve muito ao empenho da Administração Clinton. A viagem do embaixador norte-americano nas Nações Unidas, Richard Holbrooke, à África do Sul em Dezembro de 1999 foi determinante para esta mudança. Pouco depois, o vice-presidente Al Gore apresentou ao Conselho de Segurança, a 10 de Janeiro de 2000,²¹ os fundamentos do novo posicionamento norte-americano²²:

- O coração da segurança é a protecção de vidas;
- Quando uma simples doença ameaça tudo, desde a economia às opera-

ções de manutenção de paz, enfrentamos claramente uma ameaça à segurança a um nível global; e,

- É uma crise de segurança porque ameaça não só e apenas o indivíduo, mas as instituições definidoras da sociedade.

O Conselho de Segurança acabou por aprovar em 17 Julho de 2000 a Resolução 1308 que estabelece a SIDA como um problema de segurança, reconhecendo que esta pandemia é exacerbada por condições de violência e de instabilidade e que, se não for acautelada, pode colocar em risco a estabilidade e a segurança internacional.

No ano seguinte, a Assembleia-Geral reuniu-se, entre 25 e 27 de Junho, em sessão especial para debater a questão da SIDA.

Mais recentemente, o Secretário-Geral das Nações Unidas, Kofi Annan, encomendou um estudo sobre o futuro da organização a um eminente painel de peritos internacionais. Com efeito, o relatório *A More Secure World: Our Shared Responsibility*, de 2004, admite uma concepção bastante ampla de ameaça encarada como «qualquer acontecimento ou processo que leva à perda de vida ou reduções de expectativas de vidas em larga escala e que ponha em causa a unidade do sistema internacional, ameaçando a segurança internacional».²³

Também o Banco Mundial, pela voz do seu presidente, se afasta das análises mais tradicionais ao defender que esta pandemia é o maior desafio para a paz e estabilidade das sociedades alguma vez conhecido. Com a SIDA enfrentamos uma grave crise de desenvolvimento, mas sobretudo uma séria crise de segurança.²⁴

Por outro lado, o trabalho do *International Crisis Group* aprofundou, num relatório de 2001, as múltiplas dimensões geopolíticas deste problema:

- A SIDA enquanto problema de *segurança pessoal*. Quando 5%, 10% ou mesmo 20% dos adultos ficam infectados, a saúde pública é severamente afectada, a longevidade diminui, a mortalidade infantil cresce, a produção agrícola decresce, as famílias e comunidades são destroçadas e os jovens não vislumbram futuro viável. As divisões sociais e étnicas podem ser acentuadas e a migração económica e os deslocados/refugiados aumentam;
- A SIDA enquanto problema de *segurança económica*. Ameaça o progresso social e económico, agravando as já de si favoráveis condições para a eclosão de conflitos violentos e de catástrofes humanitárias. Estima-se que uma prevalência de 20% de infecções na população adulta influencia o PNB em 1% anualmente;
- A SIDA enquanto problema de *segurança comunitário*. Afecta as polícias e

consequentemente a estabilidade comunitária. Destroça instituições, vitimando especialmente os sectores da população com maior mobilidade geográfica: as elites, os funcionários públicos, os professores, os profissionais de saúde, entre outros;

- A SIDA enquanto problema de *segurança nacional*. A doença afecta sobretudo as Forças Armadas, nomeadamente as africanas. A debilidade provocada nestas instituições bem como nos pilares do crescimento económico pode tornar os países mais vulneráveis a conflitos, internos e externos; e,
- A SIDA enquanto problema de *segurança internacional*. Constitui-se como uma ameaça quer por desafiar a segurança internacional, quer pela sua capacidade de minar a capacidade internacional para resolver conflitos.²⁵

Nestas cinco grandes áreas procuraremos salientar os factores que consideramos de maior impacto geopolítico.

Os reflexos na população

Em primeiro lugar, nos países mais afectados a taxa de mortalidade aumentou drasticamente. O mesmo sucedeu com a esperança média de vida, seriamente afectada nestes casos. Estima-se que nalguns países uma larga percentagem da população (que poderá chegar aos 60%), hoje com 15 anos, não atingirá os 60 anos.²⁶

Os efeitos do HIV na mortalidade adulta é maior na faixa etária entre os 20 e os 30 anos e é proporcionalmente maior no caso das mulheres. Outro sinal preocupante tem a ver com o facto de os índices de mortalidade para portadores de HIV em países em desenvolvimento serem até 20 vezes superiores aos encontrados nos países mais prósperos, o que reflecte bem as dificuldades no acesso às terapias antiretrovirais.

Note-se que, desde 1999, a esperança média de vida recuou em 38 países. Com efeito, em sete países africanos onde a prevalência de HIV excede 20%, a esperança média de vida de uma pessoa nascida entre 1995 e 2000 é agora de 49 anos, ou seja, 13 anos menos que na ausência de SIDA. Perspectiva-se que na Suazilândia, na Zâmbia e no Zimbabué a esperança média de vida de pessoas nascidas na próxima década seja inferior a 35 anos. A menos que a resposta à SIDA seja drasticamente fortalecida antes de 2025, estes países terão populações 14% inferiores do que na realidade teriam se não houvesse SIDA.

Mais alguns factos revelam a dimensão do fenómeno. Referimo-nos ao facto de o HIV, apesar de mais urbano do que rural, não se encontrar uniformemente distribuído ao longo das populações nacionais. O que significa que a epidemia altera drasticamente as estruturas demográficas dos países mais fortemente afectados pela pandemia. As pirâmides demográficas passam a

apresentar novos padrões. Quer isto dizer que países como a África do Sul verão a sua estrutura etária perturbada: haverá menos pessoas entre os 30 e os 50 anos e também menos mulheres que homens.

Neste contexto, não admira que a SIDA provoque uma tendência de aumento das situações de orfandade. Parece, portanto, que estamos em presença de estudos prospectivos que indicam que, em 2010, serão cerca de 40 milhões as crianças abandonadas e privadas da presença dos pais.²⁷ Estas crianças dificilmente recuperarão as condições para terem uma vida normal, com todas as consequências sociais que a situação acarreta.

A SIDA e as operações militares

Dos países africanos com maior incidência de SIDA mais de metade está envolvida em conflitos armados. As estatísticas também são claras no que diz respeito aos militares contaminados com o HIV. São aproximadamente cinco vezes superiores aos civis e em períodos de guerra este valor cresce para 50 vezes mais.

A situação é de tal maneira grave que muitas vezes as Forças Armadas são mesmo o principal grupo de contaminados. Trata-se, sem dúvida, de uma situação que leva a que, nalguns casos, seja esta a principal causa de baixas. Além do mais, como a SIDA não escolhe postos, há consequências importantes nas cadeias de comando, na capacidade das Forças Armadas e mesmo na sua coesão.²⁸

Os motivos para estes comportamentos são diversos: desde razões que se prendem com a idade *biológica*, ao distanciamento das companheiras(os) sexuais e finalmente uma cultura do risco instalada em muitas Forças Armadas pelo mundo fora.

Temos de notar que os comandos em países onde a taxa de infecção é significativa já estão preocupados com a capacidade de projecção de força. Esta constelação de problemas agrava-se com a circunstância de a SIDA, como notou Singer, por via do enfraquecimento da instituição militar, propiciar mecanismos de desestabilização interna e de debilidade que aumentam a probabilidade de vir a ocorrer um ataque externo.²⁹ Se tivermos em conta que em alguns países, como a Namíbia, os dados estatísticos de militares infectados é uma informação classificada, teremos de admitir que o fenómeno tomou proporções alarmantes.

Pode-se presumir que a SIDA é um problema de segurança internacional por colocar evidentes desafios à segurança internacional, isto é, é uma fonte de perturbação do equilíbrio internacional. Em segundo lugar, verifica-se que a multiplicação de contingentes de militares infectados com HIV positivo inviabiliza a participação de muitos países em operações de paz. Pode ainda di-

zer-se que, devido às características e comportamentos dos seus elementos, a própria força tende a ser uma fonte de infecção no local da missão bem como, no regresso, um foco infeccioso junto das comunidades de origem, pois há sempre o risco/probabilidade de contrair a doença durante as missões.³⁰ O binómio jovem soldado/trabalhadora do sexo é milenar. Assiste-se, estamos certos, a uma crise nos mecanismos de resolução de conflitos, provocada pela diminuição da capacidade internacional de acudir, com o potencial humano adequado, a crises e conflitos.

Deve observar-se, por outro lado, que a SIDA é crescentemente utilizada como uma poderosa arma de guerra. Os raptos e os genocídios combinam-se desde sempre em muitos conflitos. Mas o facto relevante é a sua associação, recente, ao contágio do vírus da SIDA: é possível que a transmissão de SIDA possa corresponder a uma prática de genocídio, na medida em que parece estar presente o elemento de intencionalidade na passagem do vírus para a população. Terá sido isto que se passou no Ruanda e presentemente no Congo, onde mais de 500 mil mulheres foram desta forma infectadas com SIDA.³¹

Como já referimos, esta é uma doença que afecta os mais jovens, com implicações nas curvas etárias. Investigações recentes mostram que a probabilidade de eclosão de violência entre os jovens do sexo masculino é cerca de 40% superior quando comparamos os valores obtidos nas faixas etárias mais avançadas.³² A explicação pode encontrar-se na predisposição para a agressividade dos mais jovens, tornando-os alvos fáceis de recrutamento por senhores da guerra que costumam incluir no seu quotidiano ritos iniciáticos de extrema violência.³³

Como se isto não bastasse, estas crianças e jovens, por norma mal nutridos e com pouca escolaridade são, no fundo, um meio barato de manter milícias e guerras do terceiro tipo. Os conflitos armados provocam ainda um mar de refugiados que habitam em campos onde, normalmente, a miséria é grande e os cuidados profiláticos decrescem.

Temos assim de concluir que a situação descrita nos conduz ao paradoxo associado ao fenómeno da SIDA: propaga-se durante a guerra, mas igualmente com o fim desta.³⁴ Trata-se de um círculo infeccioso fechado, de difícil interrupção ao longo da poderosa cadeia de transmissão.

A SIDA e o Estado

A SIDA afecta não só as Forças Armadas mas o Estado como um todo, corroendo, à medida que alastra, as bases da sociedade, o indivíduo, a família e a própria comunidade. De acordo com o director da UNAIDS, Peter Piot, a doença está a devastar os postos de trabalho ocupados pelos membros mais produtivos da sociedade com uma eficácia que, na história da humanidade,

apenas tínhamos conhecido em resultado de grandes conflitos armados.³⁵ A sua progressão faz-se sentir nas áreas governamental, económica e de desenvolvimento social, com a agravante que estes elementos mais produtivos, das classes média e alta, dificilmente são substituídos.

O fenómeno também incrementa as necessidades orçamentais e as taxas de apoio social, desencorajando o investimento estrangeiro. A força de trabalho fica assim reduzida o que provoca a queda em flecha dos ganhos sobretudo nos países mais debilitados ou em desenvolvimento.

Para o Banco Mundial esta doença é a maior ameaça para a economia africana, onde se espera que a redução do PIB atinja os 20% apenas numa década.³⁶ Mas esta ameaça transnacional também atinge os Estados consolidados, não apenas pelos reflexos directos, mas indirectamente devido à globalização das economias. Por outro lado, refere Singer, não é de afastar a hipótese de um colapso económico e político agravado pela presença da SIDA poder lançar o mundo numa nova vaga de refugiados.³⁷

Dispomos hoje de dados que nos permitem considerar que a pandemia é responsável pela perpetuação de ciclos de pobreza e de miséria. Afecta gerações, diminui a produção, provoca fluxos de refugiados, desastres económicos e guerras civis que, por sua vez, agravam o quadro geral de miséria.

Esta situação tem um reflexo enorme nas famílias afectadas com o vírus: menor rendimento nas actividades laborais, diminuição do rendimento familiar, crescimento dos gastos com medicamentos, má nutrição. As estimativas disponíveis apontam para uma quebra entre os 40 e os 60% nos rendimentos.³⁸

À medida que a doença progride, os doentes ficam menos eficientes, menos capazes de realizar trabalhos manuais e muitas vezes o absentismo dispara e o capital humano nacional diminui. Só no continente africano, em 2020, a força de trabalho deverá ser de 10% a 22% menor do que no início do século.

Segundo o Banco Mundial, a África do Sul verá o seu PNB decrescer 17% até 2010, e prevê que no Botswana este valor atinja os 30%.³⁹ Há sectores chave que já são afectados, como a agricultura, a mineração e os transportes. De acordo com a *Food and Agriculture Organization*, na Zâmbia, cuja principal fonte de rendimento (75%) provém do minério de cobre, 18% dos mineiros estão infectados. Na indústria dos transportes são os camionistas os mais afectados. Contraem a doença com facilidade e ajudam na disseminação.⁴⁰

O abandono escolar também é significativo. Os jovens procuram trabalho para compensar a falta de rendimentos em casa. Na escola, a rejeição é por vezes apenas de cariz social e passa pelo receio de colegas e professores de que a criança também esteja infectada.

Mas a ameaça mais grave provém da possibilidade de Estados falhados

se constituírem em santuários, onde grupos radicais se podem treinar com as consequências que são conhecidas de todos, ou aproveitar para desenvolver actividades criminosas de projecção transnacional. Muito provavelmente a combinação destes dois fenómenos pode comprometer ainda mais a já de si frágil existência destes países como realidade política. No fundo, o impacto é global e desestabilizador social, securitária e economicamente.

A resposta ao fenómeno

A esperança de encontrar uma solução para o problema surgiu seis anos após a identificação dos primeiros casos de SIDA, associado ao pioneirismo do *Global Programme on AIDS*. Mais tarde surge o programa conjunto das Nações Unidas, o UNAIDS. Este programa foi criado para coordenar o trabalho das diversas agências da ONU que estão relacionadas com a SIDA, e surge dos esforços conjugados da *United Nations Children's Fund* (UNICEF), da *United Nations Development Programme* (UNDP), da *United Nations Population Fund* (UNFPA), da *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), da *World Health Organization* (WHO) e do Banco Mundial. Outras três organizações se juntaram a esta iniciativa, o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) em 1999, a *International Labour Organization* (ILO) em 2001, e o *World Food Programme* (WFP) em 2003.

Temos que aceitar que o combate à doença é dificultado pela pobreza de muitas regiões em desenvolvimento, pela vigilância insatisfatória e pela capacidade de controlo reduzida. A África subsaariana, a Índia, e o Sudeste Asiático continuarão a ser as regiões mais afectadas, ao passo que nos países desenvolvidos a ameaça reside nas mutações que o HIV sofre e na resistência aos actuais tratamentos e aos novos que se venham a desenvolver.

Por outro lado, acredita-se que o envelhecimento da população, o desenvolvimento socioeconómico global e a capacidade de melhoria do acto médico possibilitam uma evolução positiva da situação.

Apesar de todas as iniciativas internacionais, a disseminação da doença continua fulgurante, sendo necessários cerca de 10 mil milhões de dólares anualmente para conseguir ir contendo o fenómeno.⁴¹ O vírus permanece extremamente dinâmico, mudando de configuração, adaptando-se e explorando oportunidades de progressão, sem contemplações. A sua acção é global, não havendo um único país que não tenha sido afectado. Segundo as Nações Unidas, se não forem tomadas medidas drásticas o alastrar da doença prosseguirá a passos seguros e largos para regiões até agora incólumes a esta maleita.⁴²

Sem dúvida, a resposta que pode persistir no tempo é aquela que fomenta uma visão multidisciplinar e transversal a todos os sectores da sociedade. A

experiência de alguns países mostra que uma correcta administração dos recursos consegue grandes vitórias neste combate ao nível local.

Por outro lado, está hoje claro que quando as epidemias estão no seu início, os programas de prevenção junto das populações mais vulneráveis podem conter a propagação. Mas quando os recursos não são adequados e as instituições estão pouco consolidadas, é difícil desenhar políticas preventivas ou de combate.

No caso das mulheres, um dos grupos sociais mais vulneráveis, é fundamental informá-las melhor. De acordo com a UNICEF, cerca de 50% das mulheres jovens em países de alta prevalência desconhece por completo os factores básicos da doença.⁴³ O problema é de difícil resolução, uma vez que as mulheres africanas têm culturalmente um estatuto subserviente e submisso no relacionamento com os seus companheiros, que por norma são mais velhos.

A falta de respostas nacionais coerentes em muitos dos países mais fortemente afectados por este flagelo levou a que a ONU e os países doadores adoptassem, em Abril de 2004, três princípios-chave (autoridade nacional coordenadora, mandato multi-sectorial e um sistema de monitorização e avaliação) para o apoio a acções conduzidas ao nível nacional.

Estes princípios serviram sobretudo para fortalecer a coordenação dos programas preventivos, agora mais eficazes. Há a assinalar uma maior preocupação em canalizar os fundos para onde as carências são maiores. Os custos dos medicamentos retrovirais decresceram e há um esforço acrescido para que este tratamento seja extensível a um maior número de pessoas de países mais desfavorecidos.⁴⁴

O facto de a qualidade de vida de infectados e das respectivas famílias estar a melhorar não obsta a que o ritmo de progressão da doença esteja a afectar seriamente o desenvolvimento de muitas sociedades num verdadeiro martírio dos inocentes.

Conclusão

Parece hoje claro que a SIDA se presta a uma análise geopolítica na justa medida em que esta pandemia já matou mais seres humanos do que qualquer conflito na história. Com estatuto geopolítico próprio, é hoje uma ameaça transnacional, que alastra por toda a superfície do planeta, desconhecendo fronteiras e afectando a vida das populações. De facto, é hoje indelével que o fenómeno atinge directamente a segurança dos Estados, debilitando as suas estruturas sociais, económicas, culturais, políticas e militares.

Parece evidente que as dimensões da tragédia e o alcance da sua influência nos equilíbrios internacionais determinam a adopção de políticas cooperativas por parte dos Estados e das organizações internacionais. Os objectivos

são claros: a correcta gestão das suas consequências e a opção por modalidades de acção políticas que prefigurem respostas adequadas para, pelo menos, minimizar os seus efeitos.

Parece haver amplo consenso quanto à necessidade de optar por modalidades de acção directas, com incidência nas populações afectadas, num caminho que é sobretudo preventivo, assente em políticas de informação e de educação, de melhoria das condições de vida das populações. Neste espírito, parece ser muito promissora a possibilidade, que está ao nosso alcance, de melhorar a capacidade imunitária humana graças à descoberta dos benefícios do selénio. De facto, vimos como se pode enriquecer com selénio a dieta alimentar das pessoas de regiões onde os solos são pouco ricos naquele micronutriente. Com importantes implicações no contexto das intervenções terapêuticas de saúde pública, é aconselhável que se suplemente os fertilizantes com selenato de sódio para utilização em regiões de risco de HIV/SIDA em África, na Índia, na China e na Europa Central e Oriental.

Espera-se que, a curto-prazo, a associação dos benefícios do selénio com as terapêuticas antiretrovirais venham a dar os frutos esperados. A continuidade dos investimentos em Investigação e Desenvolvimento para encontrar uma vacina poderá, igualmente, ser um trunfo importante no combate a este flagelo.

Notas

- 1 Peter W. Singer, «AIDS and International Security» (*Survival*, Vol. 44, nº 1, Primavera de 2002), p. 147.
- 2 Eugene Braunwald, Kurt Isselbacher e Robert G. Petersdorf (eds.), *Harrison: Princípios de Medicina Interna* (Barcelona: McGraw Hill, Vol. II, 1994), p. 1811.
- 3 *Idem*, p. 1812.
- 4 Organização das Nações Unidas [ONU], *AIDS epidemic update: Special report on HIV Prevention* (Nova Iorque: ONU, 2005).
- 5 *Idem*.
- 6 *Idem*.
- 7 International Crisis Group [ICG], *HIV/AIDS as a Security Issue* (19 de Junho de 2001), p. 3.
- 8 ONU, *AIDS epidemic update*.
- 1 ONU, *A Joint response to HIV/AIDS* (Nova Iorque: ONU, 2004).
- 10 Agentes que impedem a replicação do vírus.
- 11 Gyn Prins, «AIDS and Global Security» (*International Affairs*, Vol. 80, nº 5, Outubro de 2004), pp. 931–58.
- 12 Prins, *op. cit.*, pp. 932–3.
- 13 O avanço também está relacionado com a falta de linfócitos CD4 (glóbulos brancos).
- 14 Braunwald, Isselbacher e Petersdorf, *op. cit.*, pp. 1802–59.
- 15 James Oldfield, *Selenium World Atlas* (Oregon State University, 2002), p. 8.
- 16 *Idem*, p. 17.
- 17 Em 1984, a ingestão de selénio na Finlândia era inferior a 38 microgramas/dia, tendo o Governo adoptado uma política de enriquecimento dos fertilizantes com selenato de sódio e em 1999, foram registados níveis de ingestão de 65 microgramas/dia, com um máximo de 125 microgramas/dia, e níveis séricos (plasmáticos) de selénio óptimos para a actividade do glutationa peroxidase.
- Ao aumentar os níveis de selénio nas plantas, as repercussões verificaram-se em toda a cadeia alimentar, com a vantagem de não se terem registado efeitos adversos ambientais. Sobre este assunto podemos detalhar mais em Oldfield, *op. cit.*
- 18 Os dados cartografados apresentam limitações em algumas regiões como a China e em alguns países em vias de desenvolvimento.
- 19 Oldfield, *op. cit.*, pp. 12–50; e, Prins, *op. cit.*, p. 936.
- 20 Freire Nogueira, *Pensar a Segurança e Defesa* (Lisboa: IDN/Edições Cosmos, 2005), pp. 73–5.
- 21 Neste dia, o Conselho de Segurança debateu a SIDA em África, tendo sido a primeira vez que este órgão discutiu um assunto relacionado com a saúde como ameaça à paz e segurança. O encontro demorou mais de sete horas e teve cerca de 40 intervenções. Não foi aprovada qualquer resolução.
- 22 Prins, *op. cit.*, p. 941.
- 23 ONU, *Report of the Secretary-General High Level Panel on Threats, Challenges and Change. A More Secure World: Our Shared Responsibility* (Nova Iorque: ONU, 2004), p. 15.
- 24 Singer, *op. cit.*, p. 145.
- 25 ICG, *op. cit.*, p. 2.
- 26 ONU, *AIDS epidemic update*.
- 27 ICG, *op. cit.*, p. 24.
- 28 No Malawi prevê-se que 1/4 do efectivo tenha perecido dentro de três anos. Ver Singer, *op. cit.*, p. 148.
- 29 *Idem*.
- 30 ICG, *op. cit.*, pp. 22–3.
- 31 *Idem*, p. 153.
- 32 *Idem*, p. 151.
- 33 A este propósito devemos recordar a título de exemplo o recrutamento feito pela RENAMO em Moçambique durante a guerra civil.
- 34 Prins, *op. cit.*, p. 942.

35 ICG, *op. cit.*, p. 1.

36 Central Intelligence Agency, *The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States* (1999).

37 *Idem.*

38 ICG, *op. cit.*, pp. 9–13.

39 Banco Mundial, *press release* (Julho de 2001).

40 Food and Agriculture Organization,

HIV/AIDS devastating rural labour force in many African countrys, says FAO (Maio de 2001).

41 ICG, *op. cit.*, p. 24.

42 ONU, *AIDS epidemic update*.

43 UNICEF, *Finding our voices, gendered & sexual identities and HIV/AIDS in Education* (2003).

44 ONU, *A Joint response to HIV/AIDS*.