

A SITUAÇÃO DA CLASSE POBRE NO NORDESTE DO BRASIL COM HIV/AIDS

Roberto Kennedy Gomes Franco*

Tem certos dias em que eu penso em minha gente e sinto assim todo o meu peito se apertar porque parece que acontece de repente como um desejo de eu viver sem me notar igual a tudo quando eu passo no subúrbio eu muito bem vindo de trem de algum lugar e aí me dá como uma inveja dessa gente que vai em frente sem nem ter com quem contar são casas simples com cadeiras na calçada e na fachada escrito em cima que é um lar pela varanda flores tristes e baldias como a alegria que não tem onde encostar e aí me dá uma tristeza no meu peito feito um despeito de eu não ter como lutar e eu que não creio peço a Deus por minha gente é gente humilde que vontade de chorar.

Letra da Música: Gente Humilde.

Composição: Garoto, Chico Buarque e Vinicius de Moraes.

Este texto é parte da tese de doutorado intitulada a *Face Pobre da AIDS*.¹ O observado foi que hoje, na terceira década de pandemia, os dados pesquisados claramente denunciam que o vírus dissemina-se de maneira crescente nas classes sociais de menor escolaridade, ou seja, a AIDS afeta especificamente a classe pobre. No contexto de mercantilização da saúde, as estimativas indicam que, hegemonicamente, mais de 90% dos casos da pandemia de AIDS se concentram em alguns países de economias periféricas da África e América Latina. Na realidade histórico-educativa brasileira, os dados apontam que cerca de 50% da população sorologicamente positiva para o HIV é pobre e com baixíssimo nível de escolaridade.

* Professor adjunto do curso de História da Universidade Estadual do Piauí – UESPI; doutor em Educação Brasileira (UFC); mestre em Ciências da Educação (UFPI); graduado em História (UFC). E-mail: kennedyfranco@hotmail.com.

¹ FRANCO, Roberto Kennedy Gomes. *A Face Pobre da AIDS*. Tese (Doutorado). Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, 26/08/2010.

dade. O adoecimento, nesse sentido, reproduz as contradições de classe da sociabilidade do capital.

Arelado a este processo de análise, deparamos com o advento de um engajamento político caracterizado como ativismo de luta contra a AIDS, particularmente, o Movimento Social denominado de Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (RNP+Brasil). Organizado na década de 1990, o associativismo deflagrado por este novo movimento social diz respeito ao processo histórico de tomada de consciência política e de mobilização por melhores condições de saúde para vidas em experiências corporais de adoecimento.

Apreendemos ainda deste convívio o termo *organização de base comunitária*, amplamente desenvolvida por Altman (1995, p.23), em que

É impressionante a extensão da mobilização que a epidemia causou entre as pessoas afetadas, e merece a atenção de todos os interessados em ativismo político e movimentos sociais. A epidemia produziu uma extraordinária quantidade de criatividade, atividade política e cuidado apaixonado, em um nível bem popular, em praticamente todos os países onde há a possibilidade de organização comunitária.

Uma vez organizada *comunitariamente*, a sociedade civil se torna menos fraca diante dos embates cotidianos de luta e resistência social, não permitindo a individualização e o enfraquecimento no confronto com os grupos antagônicos.

Em nossas análises, ao longo da pesquisa de campo, tivemos acesso, por meio dos ativistas da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (RNP+), as informações segundo as quais no Brasil o vírus do HIV, predominantemente, tem incidido na população pobre.

Estes são fatos históricos averiguáveis em nossa pesquisa de campo, nas denúncias dos ativistas da Rede Nacional de Pessoas com HIV/AIDS - RNP+, na mídia escrita e falada, acerca da realidade da saúde pública do Brasil. Com efeito, a rápida evolução da pandemia de HIV/AIDS encontra solo fértil, pois estes são alguns vestígios dos impactos mais perversos

da chamada *mundialização do capital* (CHESNAIS, 1996), ou seja, o avanço das experiências de adoecimento, entre elas a do HIV/AIDS, tem relação direta com a estrutura de fabricação de uma saúde cada vez mais mercantilizada.

De forma complementar à nossa linha de interpretação histórica, Altman (1995) acentua que,

A distinção crucial não é de caráter epidemiológico, como foi sugerido pelas conceituações iniciais da OMS, de Padrões I, II e III, mas sim de economia política, tanto no que tange à disponibilidade de tratamentos quanto à vulnerabilidade à infecção. Nos países, os avanços na terapia com drogas aumentam cada vez mais a possibilidade de que a infecção pelo HIV esteja a caminho de tornar-se uma "condição administrável", digamos, como o diabetes, e de que os avanços médicos significarão que mais pessoas infectadas poderão viver mais e melhor após o diagnóstico. Mesmo se continuarmos pessimistas sobre tais progressos, os tratamentos médicos podem ao menos prolongar a vida e aliviar uma parcela considerável do sofrimento causado por infecções oportunistas. Estes progressos são em grande parte inconcebíveis na maior parte dos países pobres, onde os recursos necessários para dispor de novas drogas são impensáveis. Na maioria dos casos, a dispersão do vírus estará intimamente relacionada às condições econômicas, em que a pobreza não só dificulta ainda mais a educação eficiente e a disponibilidade de camisinhas e agulhas esterilizadas, como também costuma privar o povo da opção de utilizá-las, mesmo se estiverem disponíveis.

Acrescentamos a esta análise sobre pauperização e saúde a fala do ativista da Rede Nacional de Pessoas com HIV/AIDS - RNP+NE, o pernambucano Guilherme. Segundo ele, hoje as pessoas que estão sendo mais infectadas pelo HIV no Nordeste são as que não têm recursos nem para se alimentar direito, que não possuem meios para chegar aos serviços de saúde pública. Tal fato se explica em razão das reações à medicação, pois, quando as pessoas pobres tomam os antirretrovirais, os efeitos colaterais são fortíssimos. Muitos relatam, segundo

o ativista, que preferem não ter esses problemas, porque primeiro a pessoa só vai tomar esse medicamento se tiver uma alimentação, pois, de acordo com as denúncias de Guilherme, *"quem vai querer tomar um medicamento onde faça mal! Sem nada no estômago, pois hoje você tem que comer também para tomar, então se eu não tenho o que comer, eu vou tomar? Não, não vou!"* Conclui ele.

Herbert de Souza (1994, p. 28) também já apontava para tais antagonismos, dizendo:

A maioria das pessoas infectadas com o vírus, ou doentes, são pobres e não conseguem recursos públicos ou particulares para ter o atendimento de que necessitam, nem para a prevenção nem para o tratamento. Diria, mesmo, que a maioria dos pobres com AIDS morre sem saber do que morre. Em relação à AIDS, como em relação a várias outras coisas, *o apartheid social* se manifesta. Quem é rico se trata e tem uma qualidade de vida muito melhor. Quem é pobre sofre e morre sem condições mínimas de atendimento.

A este respeito, Parker (1993) comenta que a desigualdade social, aliada à opressão econômica, política e cultural, e auxiliada por crescente rejeição e negligência, contribui para a vulnerabilidade global ante o HIV/AIDS, produzindo os efeitos mais dramáticos e, principalmente, nas partes mais pobres e oprimidas do mundo em desenvolvimento, que são as menos capacitadas a responder de forma eficaz contra o avanço crescente da epidemia.

Sobre esta luta por melhores condições de vida em tempos de HIV/AIDS, obtivemos, por exemplo, o relato da ativista maranhense, residente na cidade de Bacabal, Mariazinha. Diz ela o seguinte:

Na luta contra a AIDS tem a população pobre soropositiva que é mais vulnerável, mais carente e que precisa de uma assistência maior, esse pé no chão que eu vejo lá, ele não consegue o medicamento, ele não tem um feijão pra comer em casa. Como é que ele se aguenta em tomar a medicação se não tá bem alimentado? Ou com moradia?

Ou com estrutura social e econômica? Isso é uma coisa que a gente tem que rever e tem que criar uma política em cima disso aí, porque uma coisa é você viver com HIV/AIDS e não tomar nenhum medicamento e uma coisa é você viver, com HIV/AIDS e tomar medicamento, porque o medicamento ele é só um complemento pra que você fique mais forte, seu sistema imunológico suba e que você fique bem, mais também se você não tiver o básico pra comer, o arroz e o feijão você não vai viver só com aquele medicamento. É mais fácil você viver com comida do que com o medicamento, no caso do portador, você tira mais proveito com a comida, por que na realidade os dois se complementam, do que vale eu tomar o remédio se eu não tenho a comida, entendeu? E não só portador do HIV como outras pessoas com outras patologias também se fragilizam muito com a pobreza nos interiores, como o câncer, como a tuberculose, hanseníase, enfim, então a gente não vê nenhuma cobertura em cima disso pra que as pessoas tenham o acesso ao medicamento, mas também tenham o acesso à comida, emprego, casa própria. Enfim tem pessoas que você acompanha que tem vontade de chorar, não é fácil não, meu filho [...]

A narrativa apresenta a situação alarmante da população pobre soropositiva que, antes de se medicar, precisa de alimentação. Estamos ante a expressão maior de precarização humana: a fome. Este fato demonstra a capilaridade do movimento social de luta contra a AIDS, transcendendo o aspecto fenomênico da doença e em mergulho na sociabilidade complexa e contraditória do capitalismo. Esse engajamento político permite ampliar o debate que transpõe o HIV, discutindo-se sobre o acesso à comida, à moradia, ao emprego etc. Nesta luta pelos meios necessários à vida, Marx e Engels (1982, p.39), diante da precarização e pobreza econômica, destacam o fato de que, "para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais." Dentre estas, "algumas coisas mais" necessárias ao corpo como "condições para viver", evidenciamos a luta social por saúde e contra as doenças como o HIV/AIDS como,

uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, como há milhares de anos, deve ser cumprida todos os dias e todas as horas, simplesmente para manter os homens vivos. (MARX e ENGELS, 1982, p.39).

Isto porque é inadiável a organização social em torno de luta por melhores condições de atendimento às experiências de adoecimento.

Esta denúncia fica mais clara, quando analisamos o Boletim Epidemiológico de 2008, documento divulgado pelo Ministério da Saúde. No Boletim, entre outros elementos, fica evidente o fato de que, oficialmente, mais de 50% da população sorologicamente positiva para o HIV têm nível de escolaridade que não chega aos oito anos de letramento, ou seja, que não concluíram nem o ensino fundamental. Infelizmente, bem sabemos que o tempo de frequência escolar, ou seja, o grau de escolaridade, de letramento é diretamente associado ao lugar social ocupado pelo indivíduo na estrutura de classe imposta pela sociabilidade do capital.

Resta evidente desta análise que, na realidade brasileira, o HIV dissemina-se desenfreadamente nos setores historicamente excluídos, ou seja, os antagonismos da AIDS têm relação direta, fundamentalmente, com a luta da classe pobre por melhores condições de vida, saúde e educação. Neste panorama, o grau de vulnerabilidade social às doenças é maior exatamente nos grupos não hegemônicos de nossa sociedade. Essa evolução epidemiológica da infecção pelo HIV, caracterizada por crescente incidência da epidemia junto às camadas de baixa renda e com baixos níveis de instrução é chamada de PAUPERIZAÇÃO da AIDS.

Destacamos, ainda, como referência fundamental para nossa análise sobre a Face pobre da AIDS, o livro *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*, escrito por Friedrich Engels entre os anos de 1844 e 1845. Engajado com as questões sociais de seu tempo, o trabalho é fruto de seu contato direto com as condições de produção material da existência dos trabalhadores, da vida cotidiana e de seus tormentos. A obra, ao articular denúncia e análise

da brutal condição de pauperismo da classe trabalhadora, constitui-se possivelmente como um dos primeiros textos analíticos de história social do corpo em experiência de adoecimento.

Então, Engels queria ser uma testemunha das péssimas condições de saúde da classe trabalhadora. Assim, ao longo do texto, demonstra as peculiaridades das precárias condições de higiene, educação, alimentação, vestuário, religião, família e habitação, fatores determinantes para o surgimento de doenças e a proliferação de epidemias, como cólera, tísica, doenças respiratórias, tuberculose, tifo, escrofulose, escarlatina, raquitismo e o alcoolismo. Dentre outras, estas formas de *assassinato social* afetavam indistintamente homens, mulheres e crianças socialmente mais vulneráveis. Destaca também a impossibilidade de acesso a médicos qualificados, o que obrigava os trabalhadores a buscarem preparados caseiros de charlatães, que comercializavam medicamentos deveras tóxicos e prejudiciais à saúde.

Assassinato Social, porque, para Engels,

Quando indivíduo causa a outro um dano físico de tamanha gravidade que lhe causa a morte, chamamos esse ato de homicídio; se o autor sabe, de antemão, que o dano causado será mortal, sua ação se designa por assassinato. Quando a sociedade põe dezenas de proletários numa situação tal que ficam obrigatoriamente expostos à morte prematura, antinatural, morte tão violenta quanto a provocada por uma espada ou um projétil; quando ela priva milhares de indivíduos do necessário à existência, pondo-os numa situação em que lhes é impossível subsistir; quando ela os constringe, pela força da lei, a permanecer nessa situação até que a morte (sua consequência inevitável) sobrevenha; quando ela sabe, e está farta de saber, que os indivíduos haverão de sucumbir nessa situação e, apesar disso, a mantém, então o que ela comete é assassinato. Assassinato idêntico ao perpetrado por um indivíduo, apenas mais dissimulado e perverso, um assassinato contra o qual ninguém pode defender-se, porque não parece um assassinato: o assassino é todo

mundo e ninguém, a morte da vítima parece natural, o crime não se processa por ação, mas por omissão – entretanto não deixa de ser um assassinato. (ENGELS, 2008, p. 135-136).

A expressão *assassinato social* ou *morte civil* foi utilizada também na década de 1980 e 1990 por Herbert de Sousa (1994) e Herbert Daniel (1994) que, no Brasil, constituíram, com suas trajetórias políticas de contestação, o movimento de ativistas Anti-Aids. Então, comparativamente, a experiência de adoecimento em decorrência da sorologia positiva para o HIV ensina que, na virada do século XX para o século XXI, ainda se *reproduzem* as mesmas contradições sociais no que diz respeito à luta pela produção material das condições mínimas necessárias a uma vida sem doenças para milhões de pessoas espalhadas pelo mundo, especialmente as mais vulneráveis.

No Brasil, este *assassinato social*, ou *morte civil* decorrente da AIDS, fica mais claro ainda, quando se analisa a série histórica de *Boletins Epidemiológicos* divulgados pelo Ministério da Saúde sobre o perfil estatístico daqueles sorologicamente positivos para o HIV/AIDS no Brasil.

Os dados apontam que, de 1980 a junho de 2008, foram identificados 506.499 casos de AIDS no Brasil; destes, cerca de 50% têm nível de escolaridade que não chega aos oito anos de letramento, ou seja, que não concluíram nem o ensino fundamental, o que se repete na averiguação da série histórica de 2009, 2008, 2007, 2006 em diante.

A tabela 1², que se refere aos casos de AIDS notificados no SINAN (número e percentual), segundo escolaridade por sexo e ano de diagnóstico. (BRASIL, 1980-2008 (1), denuncia de maneira ilustrativa a relação anos de estudo/grau de instrução e vulnerabilidade social.

² FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS. NOTAS: (1) Casos até 30/06/2008. Dados preliminares para os últimos 5 anos. (2) 13 casos ignorados com relação ao sexo.

Tabela 1
Casos de AIDS Noticiados nos SINAN

| Escolaridade | Total (1980-2008) | |
|--------------|------------------------|------|
| | Nº | % |
| Geral | | |
| <nenhuma | 14.912 | 3,4 |
| de 1 a 3 | 87.629 | 20,2 |
| de 4 a 7 | 115.114 | 26,6 |
| de 8 a 11 | 78.687 | 18 |
| de 12 e mais | 34.036 | 7,9 |
| Ignorado | 102.512 | 24 |
| Total | 432.890 ⁽²⁾ | 100 |

Como é possível observar, **14.912 (3,4%)** desta população não possuem **nenhuma escolaridade**; **87.629 (20,2%)** portam **escolaridade variando de um a três anos**, os quais, segundo convenção internacional estabelecida pela UNESCO, são considerados analfabetos funcionais; **115.114 (26,6%)** têm **escolaridade de quatro a sete anos**, ou seja, não tendo concluído os nove anos de escolaridade exigidos pelo ensino fundamental. Na ordem disposta pela tabela, os três primeiros itens (**nenhuma escolaridade, escolaridade variando de um a três anos e escolaridade de quatro a sete anos de estudo**) representam os segmentos sociais de menor escolaridade, o correspondente em números a algo em torno de **217.655 (50,2 %)** dos casos de HIV/AIDS do país.

O mesmo se averigua no Boletim Epidemiológico de 2009. Na tabela 2 – Casos de gestantes infectadas pelo HIV, segundo escolaridade e raça/cor por ano do parto, temos o seguinte:

Tabela 2
Casos de Gestantes Infectadas pelo HIV

| Variável Escolaridade da gestante | Total (2000-2009) | |
|--------------------------------------|-------------------|------|
| | nº | % |
| Nenhuma | 1.342 | 2,8 |
| 1 a 3 anos | 5.593 | 11,7 |
| 4 a 7 anos | 18.294 | 38,3 |
| 8 a 11 anos | 11.432 | 24,0 |
| 12 e mais anos | 1.405 | 2,9 |
| Ignorado | 9.639 | 20,2 |

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2009. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Como é possível observar, **1.342 (2,8%)** desta população não possui **nenhuma escolaridade**; **5.593 (11,7%)** têm **escolaridade variando de um a três anos**, os quais, segundo convenção internacional estabelecida pela UNESCO, são considerados analfabetos funcionais; **18.294 (38,3%)** têm **escolaridade de quatro a sete anos**, ou seja, não tendo concluído os nove anos de escolaridade exigidos pelo ensino fundamental. Na ordem disposta pela tabela, os três primeiros itens (**nenhuma escolaridade, escolaridade variando de um a três anos e escolaridade de quatro a sete anos de estudo**) representam os segmentos sociais de menor escolaridade, o correspondente em números a algo em torno de **52,8 %** dos casos de HIV/AIDS do país.

Emerge da análise destes dados a certeza de que hoje o HIV/AIDS se alastra sem controle nos segmentos mais excluídos da sociedade brasileira. Afinal, o nível de escolaridade, de acesso ao conhecimento é diretamente atrelado à capacidade socioeconômica de cada classe social. Como nos reportamos anteriormente, isto tem relação direta com a lógica desigual de distribuição de renda, ou seja, o nível de frequência escolar aumenta conforme vai crescendo o rendimento familiar.

No Nordeste do Brasil, entretanto, o nível de frequência escolar só aumenta conforme vai crescendo o rendimento

familiar, num processo caracterizado historicamente como dualismo educacional, fenômeno decorrente da separação do trabalho manual do trabalho intelectual, fragmentação que obstaculiza uma formação reflexiva e propedêutica para a classe trabalhadora (homens do fazer) e beneficia os detentores do poder econômico (homens do pensar), (MANACORDA, 2004). Em outros termos, ao longo do percurso de hegemonia do capital, o proletariado tem tido um acesso subalterno às instituições de ensino de forma a vivenciar uma educação formal voltada a saberes desvinculados da conscientização, da crítica à realidade experienciada e da possibilidade de transformação/emancipação. Assim sendo, como observamos, lançados à ignorância e à falta de conhecimento mínimo para os cuidados de si, adoecem de forma irreversível e pouco podem fazer para manter a própria existência.

Em 2008, o IBGE disponibilizou para análise uma *Síntese de Indicadores Sociais*. O documento é interessante no sentido de se compreender o paralelo estabelecido entre escolaridade e situação socioeconômica. Em resumo, o documento indica que

O Brasil ainda conta, em 2007, com um contingente de analfabetos da ordem de 14,1 milhões de pessoas de 15 anos ou mais de idade, o que corresponde a uma taxa de 10,0%. A distribuição espacial deste grupo mostra uma concentração de analfabetos (52%) na Região Nordeste. A Região Nordeste conseguiu importantes avanços, no entanto a taxa de analfabetismo (20,0%) ainda é o dobro da média do Brasil, significando que mais de 7,4 milhões de nordestinos viviam sem saber ler e escrever. O rendimento familiar, também, é importante na questão do analfabetismo. No conjunto da população que vive com até meio salário mínimo (SM) de rendimento familiar *per capita*, cerca de 18% eram analfabetos em 2007, enquanto nas classes de rendimentos superiores a 2 salários mínimos, encontravam-se apenas 1,4% de analfabetos.

Apreende-se, ao analisarmos detidamente a *Síntese de Indicadores Sociais*, que a sociabilidade do capital com sua

lógica excludente de distribuição de renda na Região Nordeste é fator determinante ao não acesso a níveis mais elevados de tempo de escolaridade, ou seja, colabora diretamente para situações cada vez mais agudas de pauperismo que, atreladas à desinformação, potencializam a vulnerabilidade social da classe pobre, tornando as condições materiais de vida completamente precarizadas, entre elas, o acesso ao trabalho, à educação e à saúde.

A distribuição da riqueza no Brasil caracteriza-se por extremas desigualdades regionais. O Nordeste é a região que reconhecidamente apresenta o maior percentual de pessoas pobres (51,6% da população total). Segundo dados do IBGE (2007), *a média de rendimento familiar foi em torno de R\$ 624,00*, porém *metade das famílias nordestinas viviam com rendimentos menores que R\$ 380,00 (o salário mínimo na época), enquanto na Região Sudeste o valor do rendimento estava em torno de R\$ 441,00*. Vale destacar que o IBGE considerou como *pobres pessoas que viviam com rendimento mensal familiar de até 1/2 salário mínimo per capita*. Em 2007, neste patamar viviam 30,0% dos brasileiros, e, ainda, *que 19,6% viviam com rendimento mensal familiar de até 1/4 de salário mínimo*. Por fim, ressalta a pesquisa que *apenas 1,7% desse segmento da população vivia com rendimento mensal familiar de mais de 5 salários mínimos*.

A manutenção destes índices desiguais de desenvolvimento social tem relação imediata com a tradição histórica no Nordeste do Brasil do clientelismo e do coronelismo eleitoral, no qual o grau de instrução é um complemento **descartável**. Isto porque cada **político ou cabo eleitoral** procura junto ao **Poder Público**, com suas **prioridades eleitoreiras**, ratear entre si o dinheiro público e, dependendo do espaço geográfico e/ou político de influência, mudam-se as prioridades, relegando a segundo plano em nome dos interesses da politicagem os aspectos sociais de oferta de direitos fundamentais garantidos inclusive pela Constituição, tais como saúde e educação.

Ideologicamente, este processo dominador tem relação direta com o estranhamento (alienação negativa) do saber histórico de que a pessoa não nasce, ela mesma já pronta e acabada, e sim ao longo de sua trajetória vai-se educando a ser o que é. Do ponto de vista político, ao tornar a consciência histórica do processo de exploração do homem pelo homem **propriedade restrita de alguns**, estabelece um **latifúndio do saber**.

Estes elementos ora citados, no cenário brasileiro/nordestino, são permanentes, pois o **clientelismo** e o **pater-nalismo** ainda são muito fortes. Muitas vezes **ser eleitor** ou **representar um curral eleitoral** que aglutine um número razoável de **eleitores** significa **poder**. Infelizmente, os interesses no tocante à oferta de saúde pública e de ensino de qualidade confundem-se entre o que é política eleitoral e política pública de saúde e/ou educação.

Guardadas as devidas especificidades de nossa atualidade histórica, a obra clássica de Victor Nunes Leal – *Coronelismo, Enxada e Voto* – bem caracteriza esta questão. Para Leal (1997, p. 42-44 e 60-65):

Completamente analfabeto, ou quase, sem assistência médica, não lendo jornais, nem revistas, nas quais se limita a ver as figuras, o trabalhador, a não ser em casos esporádicos, tem o patrão na conta de benfeitor. É dele, na verdade, que recebe os únicos favores que sua obscura existência conhece [...] O lógico é o que presenciamos: no plano político, ele luta com o "coronel" e pelo "coronel". Aí estão os votos de cabresto, que resultam, em grande parte, da nossa organização econômica rural. A força eleitoral empresta-lhe prestígio político, natural coroamento de sua privilegiada situação econômica e social de dono de terras. Dentro da esfera própria de influência, o "coronel" como que resume em sua pessoa, sem substituí-las, importantes instituições sociais. Exerce, por exemplo, uma ampla jurisdição sobre seus dependentes, compondo rixas e desavenças e proferindo, às vezes, verdadeiros arbitramentos, que os interessados respeitam. Também se enfeixam em suas mãos, com ou sem caráter oficial,

extensas funções políticas, de que freqüentemente se desincumbe com a sua pura ascendência social, mas que eventualmente pode tornar efetivas com o auxílio de empregados, agregados ou capangas.

Fica evidente, dessa forma, que a precarização social, manifesta com a pobreza a que se submete a maioria da população, é importante veículo de transmissão do HIV. Sua proliferação no Nordeste brasileiro, cerca de 58.000 pessoas, algo em torno de 12% dos casos notificados pelo Ministério da Saúde vivendo com HIV/AIDS, em 2008, é potencializada de acordo com as denúncias dos ativistas da RNP+ pelos antagonismos históricos da região, entre eles: desigualdades sociais, analfabetismo, preconceito, fome, desemprego estrutural, efeitos adversos dos antirretrovirais, comercialização da saúde (dos 1.793 municípios nordestinos, apenas 53 possuem programas municipais de DST/AIDS) e mercantilização dos direitos humanos.

Vale ressaltar, ainda, **os 102.512 (23,7%) dos casos de HIV/AIDS notificados com escolaridade ignorada**. O Ministério da Saúde não esclarece muito bem o que significa isso, ou em qual segmento se encaixa, e ainda há os chamados casos subnotificados, os seja, aqueles não registrados oficialmente nos bancos de dados do Ministério. Fica a demanda no preenchimento dos formulários de notificação dos dados necessitada de mais cuidados, de maiores critérios, a fim de serem apresentados com maior clareza não apenas o nível de escolaridade, mas também o perfil pormenorizado das condições socioeconômicas dos casos de sorologia positiva para o HIV/AIDS. Fica, no entanto, o alerta: os próprios dados do Ministério da Saúde nadam na contracorrente dos discursos oficiais de controle da pandemia de AIDS.

É fato que, em decorrência do medo instigado pelo preconceito, muitas pessoas não se declaram ou não se submeteram ao exame, ensejando, pois, uma incógnita e uma clandestinidade acerca de quem hoje é tocado objetivamente pelo vírus.

Finalmente, nas trilhas de nossa pesquisa, que analisa a **face pobre da AIDS** na realidade brasileira, destacamos o aprendizado histórico do guerrilheiro e médico Che. A aventura

de moto pela América do Sul, com seu amigo Alberto, tem como foco conhecer médicos e hospitais públicos dos países que visitam especialmente os que tratam dos leprosos, especialidade seguida por Che logo após a conclusão do curso de Medicina. Durante a viagem, registra em seu diário a pobreza produzida pelas contradições e injustiças sociais impostas à maioria da população da América do Sul, entre elas as impressões apreendidas de seu contato com a experiência de adoecimento de leprosos, analisando formas de preconceito, estigma, isolamento e carência de recursos públicos e, ainda, ressaltando a necessidade de solidariedade como instrumento fundamental no tratamento.

Ao partirem do leprosário de San Pablo, situado na selva amazônica no Peru, Guevara (2001) diz assim

Diversos deles nos deram adeus com lágrimas nos olhos. Seu apreço veio do fato de que nós não usamos sobretudo as luvas quando apertávamos suas mãos, de sentarmos ao seu lado, de conversarmos sobre assuntos variados e jogarmos futebol com eles. O benefício psicológico dessas pobres pessoas serem vistas como seres humanos normais é incalculável, e o risco de ser contaminado, incrivelmente remoto. (p.160).

Esta solidariedade em tempos de adoecimento postulado por Che em relação aos leprosos, hoje portadores da hanseníase, é uma importante lição histórica de como se deve cultivar solidariedade com pessoas em experiência de adoecimento decorrente da sorologia positiva para o HIV, especialmente aquelas com maior vulnerabilidade social, uma vez que, guardadas as devidas proporções históricas, ainda são as mais estigmatizadas e excluídas pela lógica capitalista.

É um exemplo que se multiplica com as lembranças socialmente compartilhadas da sífilis, peste bubônica (peste negra) e tuberculose, das doenças trazidas pelos colonizadores à América e à África, entre outras experiências de adoecimento, como, por exemplo, mais recentemente, a chamada gripe suína, ou gripe A, que radicalmente transformaram as circunstâncias de saúde dos corpos das pessoas.

O fato é que, em detrimento da cobiça por acúmulo de riquezas por parte da minoria da população mundial, à classe burguesa, não é permitida a socialização da riqueza humana produzida para a grande maioria da população mundial, a classe pobre.

Marx em 1980, no texto *A Crítica do Programa de Gotha*, ao criticar o modo de produção capitalista, sintetiza o princípio máximo do comunismo, ou seja, "de cada qual segundo sua capacidade, a cada qual segundo suas necessidades." (MARX, 1980, p.215). Em nossa interpretação, ao dizer "*de cada qual segundo sua capacidade*", manifesta o entendimento acerca dos múltiplos ritmos dos sujeitos que, apesar de terem "*capacidade*" produtiva diversa, receberão "*segundo suas necessidades*". O aprendizado histórico desta afirmação vem aqui demarcar a possibilidade concreta e revolucionária de, no comunismo, sociabilidade antagônica ao capitalismo, a exploração do homem pelo homem, ser apenas uma triste lembrança histórica.

Isto nos faz refletir profundamente também o caráter excludente da AIDS no contexto do capitalismo contemporâneo, pois, pelo menos na população pobre, analfabeta ou pouco letrada e com sorologia positiva para o HIV, em que a capacidade produtiva em meio às adversidades biológicas e sociais decorrentes do adoecimento é afetada, a sociedade, o Estado, os indivíduos em geral, tidos por "saudáveis", "normais", tem, para esta classe produtiva com força de trabalho debilitada ou segregada pelo estigma da sorologia positiva para o HIV, negligenciado o recebimento do mínimo para suprir a vida "*segundo suas necessidades*".

Nestes termos, o adoecimento é porta de entrada para a compreensão das contradições vividas em nossa sociedade, isto porque, na produção material da existência, o fenecimento corporal instaura grande ameaça à própria continuidade da vida. Claramente percebemos o caráter de classe do adoecimento, o que denota o grau de complexidade que o processo saúde e doença delineia na sociabilidade do capital, em que o lucro e o acúmulo de riquezas é mais importante do que a saúde coletiva.

Nossos serviços de saúde e educação, entre outros, precisarão ser expropriados e postos a serviço do coletivo, pois é

preciso socializar a riqueza humana produzida pela ação do trabalho humano e não torná-las mercadoria a ser vendida para quem pode pagar.

É preciso e possível revolucionar ao mundo e a nós mesmos, o século XXI não pode ser o prolongamento histórico do capitalismo e da miséria social em que estamos mergulhados.

Referências Bibliográficas

ALTMAN, Demis. *Poder e comunidade: respostas organizacionais à AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1995.

BRASIL. *Boletim Epidemiológico AIDS*, Ano IV, n, 1, jul./dez. 2006. Ano IV, n. 01, 2007, 27^a a 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006 - 01^a a 26^a semanas epidemiológicas, jan./jun. 2007 / ISSN: 1517 1159.

_____. *Boletim Epidemiológico AIDS - Ano V n° 1 - julho a dezembro de 2007/janeiro a junho de 2008. Ano V n° 01 - 27^a a 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007 - 01^a a 26^a semanas epidemiológicas, jan./jun. 2008 / ISSN: 1517 1159.*

_____. *Boletim Epidemiológico AIDS - Ano VI n° 1 - julho a dezembro de 2008/janeiro a junho de 2009. Ano VI n° 01 - 27^a a 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2008 - 01^a a 26^a semanas epidemiológicas, jan./jun. de 2009 / ISSN: 1517 1159.*

CARTA de Princípios da RNP+ BRASIL - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, 2006.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

DALAROSA, Adair Ângelo. *Globalização, neoliberalismo e a questão da transversalidade*. Campinas-SP, 2001. (Coleção Educação Contemporânea).

DANIEL, Hebert. Vida antes da morte/Life before death. Rio de Janeiro: Editora Abia, 1994. In: SOUZA, Herbert Jose de. *A Cura da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ENGELS, Friedrich. *A Situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008.

FRANCO, Roberto Kennedy Gomes. *A face pobre da AIDS*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em educação Brasileira, Fortaleza (CE), 26 ago. 2010.

GUEVARA, Ernesto Che. *De moto pela América do Sul*. [s.l.]: Sá Editora, 2001.

LEAL, Victor Nunes. *Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil*. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1997.

MARX, Karl. *A Ideologia Alemã*. Introdução de Jacob Gorender, tradução Luis Claudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (Clássicos).

_____. Crítica ao programa de Gotha. In: MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. *Obras escolhidas*. São Paulo: Alfa-ômega, 1980.

_____. e ENGELS, Friedrich. *Miséria da Filosofia: resposta à filosofia da miséria do Sr. Prudlhon*. Tradução de José de Paulo Neto. São Paulo: Ciência humanas, 1982.

PARKER, R. (Org.). *et al. AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA: Relume-Dumara: IMS/UERJ, 1994. (História Social da AIDS, 2).

PARKER, R. (Org.). GALVAO, J., PEDROSA, J. S. (Orgs.). *AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA, 1993. (Historia Social da AIDS, 1).

_____. CAMARGO, JR. AIDS e pobreza: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16(suplemento 1), p. 89-102, 2000.

SOUZA, Herbert José de. *A cura da Aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.