

A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE EM TEMPOS DE HIV/AIDS

Os pressupostos de que partimos não são arbitrários, nem dogmas. São pressupostos reais de que não se pode fazer abstração a não ser na imaginação. São os indivíduos reais, sua ação e suas condições materiais de vida, tanto aquelas por eles já encontradas, como produzidas por sua própria ação. Estes pressupostos são, pois, verificáveis por via puramente empírica. (MARX E ENGELS, 1982, 26-27).

Fenômeno histórico do tempo presente, o vírus da imunodeficiência adquirida - HIV proliferou, e continua a proliferar-se, de maneira veloz nos últimos 30 anos. Sua rápida disseminação entre a transição do século XX para o século XXI é associada, em nossa pesquisa, ao processo de transnacionalização dos mercados capitalistas como nunca antes experimentados. No Brasil, o observado é que todo este comércio em torno da saúde e da educação torna ainda mais famélicas gerações inteiras, que, sem condições mínimas de vida, em muitas das vezes, não sabem nem entendem ao menos de que doenças são afetadas.

Retrospectivamente, na história humana, nunca testemunhamos um grau tão elevado de desenvolvimento das forças produtivas. A tecnologia, as descobertas científicas em ramos diversificados, a informática, as armas, enfim, as inúmeras engrenagens que compõem a estrutura social vigente superam todas as expectativas e colocam à “disposição”, para quem pode pagar, aparatos infindáveis de bens de consumo materiais e imateriais. Nos *Manuscritos* (2004, p. 142), Marx debate essa contradição, ao acentuar que

Esta ciência da indústria maravilhosa é, simultaneamente, a ciência da auto-renúncia, a renúncia à vida, a todas as carências humanas. E tudo aquilo que tu não podes, pode o teu dinheiro: ele pode comer, beber, ir ao baile, ao teatro, sabe de arte, de erudição, de raridades históricas, de poder político, pode viajar, pode apropriar-se disso tudo para ti; pode comprar tudo isso; ele é a verdadeira capacidade. Mas ele, que é tudo isso, não deseja senão criar-se a si próprio, comprar a si próprio, pois tudo o mais é, sim, seu servo.

Contraditoriamente, é público e notório que tais “avanços”, esses “progressos”, em seus alicerces, em toda sua estrutura, manifestam falhas seríssimas, que produzem um ônus social irreparável às classes não hegemônicas e excluídas historicamente pelas relações de mercantilização capitalista, a destacar as precárias condições de saúde e educação. Tal fato

decorre, segundo Marx (2004, p. 85), porque, “quanto mais o trabalhador produz, menos tem para consumir, diante de imposições capitalistas, quanto mais cria mais sem valor e indigno ele se torna.”

Isto porque a elasticidade da economia política do capitalismo no século XXI, de forma cada vez mais voraz, se alimenta da exploração do homem pelo homem e, para tanto, reduz drasticamente os programas de saúde, educação e proteção social. Tal fato ocorre porque, segundo Marx e Engels (2007), “impelida pela necessidade de mercados sempre novos, a burguesia invade todo o globo. Necessita estabelecer-se em toda a parte, explorar em toda a parte, criar vínculos em toda parte.”

No tocante à **mercantilização da saúde**, o Estado, em decorrência de seu comprometimento com a burguesia, diante da qual tudo vira mercadoria, colabora decisivamente com este processo gradativo de mercantilização da saúde. No que se refere, por exemplo, à política de medicamentos, o interesse primeiro sempre é o lucro dos grandes laboratórios, estimando-se que cerca de três milhões de pessoas morrem de AIDS por ano em todo o mundo por falta de acesso a tratamentos em curso.

Entre outros meios múltiplos de comunicação desenvolvidos pela linguagem humana, passamos a observar, nas matérias jornalística, narrativas diversas e até antagônicas sobre o problema da distribuição da medicação para os soropositivos.

Acerca do uso de jornais como fonte de pesquisa em história, Cavalcante (1999), diz que:

O jornal condensa relatos sobre acontecimentos os mais variados que se referem, de modo especial, a um ordenamento material e simbólico. Além disso, ele não se limita a registrar os acontecimentos locais, pois tende a trazer para os leitores notícias de outras localidades, o jornal é simultaneamente local e universal em suas pretensões de bem informar.

Neste lastro metodológico, elegemos como personagem principal de nossa incursão pelos jornais a pandemia de HIV/AIDS, especificamente os aspectos relacionados ao tratamento da saúde e das doenças coletivas mediante a distribuição dos medicamentos. Os informes jornalísticos veiculam questões de saúde pública. Destacamos na escrita jornalística uma onda moral de pânico, medo, desinformação (por falta de recursos ou descaso), estigma e, ainda, discriminação em relação ao HIV/AIDS.

Na narrativa do Diário de Pernambuco¹, do dia 29/04/2010, é destaque a seguinte matéria:

Tolerância zero. Essa foi a principal bandeira levantada por integrantes de movimentos sociais e ativistas independentes que reivindicaram maior celeridade e compromisso das autoridades no que diz respeito ao abastecimento de antirretrovirais, medicamentos utilizados por portadores do vírus HIV. A manifestação no Recife, em frente à Secretaria Estadual de Saúde, no Bongi, fez parte de um movimento nacional, realizado simultaneamente nas principais capitais do país, para protestar contra a falta de variações dos 19 antirretrovirais. Os medicamentos são ministrados em três combinações diferentes. No estado, 13.113 pessoas, sendo 211 crianças, convivem diariamente com a Aids e sofrem com a vulnerabilidade constante a outras doenças que podem abalar, ainda mais, seus sistemas imunológicos. Manifestantes protestam por falta de medicamentos em frente à Secretaria de Saúde. De acordo com a coordenadora da Articulação Aids em Pernambuco, Tânia Tenório, drogas importantes como o Abacavi estão em falta desde dezembro do ano passado, devido a problemas relacionados à importação. "Alguns médicos receitam substâncias alternativas, outros não, já que há um certo temor no que diz respeito a possíveis reações. Esse atraso só traz prejuízos para aqueles que já se adaptaram à substância e são obrigados a passar novamente pela adaptação", defende. Na agenda regional, o grupo defende mais do que um planejamento sustentável. Entre as principais reivindicações estão a diminuição do número de leitos para pacientes soropositivos em unidades de saúde, a má qualidade do pré-natal específico para portadoras do vírus HIV e a ausência de um centro de referência para combater reações adversas aos medicamentos especiais, como a lipodistrofia. O gerente de Atenção à DTS Aids de Pernambuco, François Figueiroa, justificou os problemas. De acordo com ele, os 50 pacientes que são tratados com Abacavi no estado já estão em fase de adaptação a novos medicamentos. Quanto às denúncias regionais, Figueiroa defende o trabalho que vem sendo desenvolvido. "Aumentamos o número de leitos e realizamos a ampliação de hospitais, mas com a aumento do número de pacientes em um ritmo mais acelerado. Por isso, a instrução é racionalizar o uso dos leitos", disse.

Em outra matéria² do dia 30/04/2010, temos um trecho da nota divulgada pelo Ministério da Saúde, acentuando que:

¹ http://www.diariodepernambuco.com.br/2010/04/29/urbana5_0.asp

A logística de medicamentos antirretrovirais trabalha com estoques reguladores de no mínimo de três meses. Devido a atrasos nas entregas programadas dos medicamentos Lamivudina (3TC) 150mg, Zidovudina (AZT) 300mg + Lamivudina (3TC) 150mg, a quantidade desses antirretrovirais enviados a cada remessa aos Estados foi reduzida para garantir a cobertura em todo o território nacional. Isto gerou uma sobrecarga da estrutura logística de distribuição em alguns locais.

A narrativa apresentada, ao mesmo tempo, em primeiro lugar admite *atrasos nas entregas programadas dos medicamentos*; em segundo, diz categoricamente que *reduziu a remessa aos Estados*; e ainda, em terceiro, que isto ensejou uma sobrecarga da estrutura logística de distribuição em alguns locais; chamamos a atenção para as informações contraditórias apresentadas pela nota divulgada pelo Ministério da Saúde. No Brasil, faltam organização e dinheiro para os medicamentos para os pobres e doentes, entretanto, para enviar dinheiro público para financiar a crise do capital financeiro vivida atualmente, o governo destinou aproximadamente US\$ 4,5 bilhões, decisão classificada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva como “chique”, caso o País ficasse numa posição credora em relação ao FMI³.

A análise que vemos emergir das páginas dos jornais situa bem essa conflituosa relação ideológica entre as demandas dos pacientes soropositivos e o papel do poder público na área da saúde. De forma complementar ao nosso raciocínio, Cavalcante (1999, p. 04) diz que:

De fato, as ideologias perpassam todas as páginas de qualquer jornal. Não há como ignorá-las ou fugir delas. Contudo, as ideologias não interferem apenas na circulação de notícias jornalísticas, já que integram todo processo de produção e divulgação de idéias, em todos os tempos e lugares. O estranho seria, justamente, se os jornais fossem isentos ou neutros. Além disso, tais veículos de informação acabam por espelhar múltiplas ideologias em confronto porque estão sempre a trazer conflitos existentes naquele meio social específico onde eles são produzidos.

É preciso ter em mente a noção de que há um jogo histórico de lembranças e esquecimentos, no que se refere à imperfeição do existir da vida humana. Esta voraz

²http://odia.terra.com.br/portal/cienciaesaude/html/2010/4/de_preto_sp_e_rs_protestam_contra_falta_d_e_remedios_para_aids_77786.html

³http://zerohora.clicrbs.com.br/zerohora/jsp/default2.jsp?uf=1&local=1&source=a2471473.xml&temp_late=3898.dwt&edition=12077§ion=1008

necessidade de extração de mais-valia se manifesta ainda na crescente retirada do Estado de suas responsabilidades sociais. A acessibilidade aos serviços de saúde pública brasileira é uma vergonha nacional. Trata-se, porém, em nossa análise, de um problema de ordem política, especialmente em países de economia periférica, como o Brasil, pois, do ponto de vista do Direito Positivado, ou seja, do disposto pela Constituição, a Lei é clara, no Título VIII - Da Ordem Social, no Capítulo II - da Seguridade Social, e na Seção II - Da Saúde, se insere o art. 196, que dispõe:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em tais preceitos legais, é claro o dever jurídico do Estado, porém, no contexto da reestruturação produtiva, a lógica do Capital, ditada pelas agências internacionais como Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial, Organização Mundial do Comércio (OMC), Organização Internacional do Trabalho (OIT), colabora contundentemente no redirecionando das prioridades do Estado, ou melhor, na retirada do Estado e invasão do liberalismo econômico em esferas antes garantidas constitucionalmente como prioritárias para a defesa social da classe pobre.

No Brasil, essa tática sistematicamente sucateia o Sistema Único de Saúde (SUS), e a principal peculiaridade desta política de mercantilização da saúde é a privatização de serviços básicos de assistência médico-hospitalar, gerando ainda mais miséria e pauperismo à população pobre.

Na compreensão de BARBOSA (2010, p. 19),

não se pode desconsiderar o quanto o campo da saúde tornou-se perpassado pelos – e refém dos – interesses mercantis do capital, a tal ponto que, imediatamente após a histórica conquista do direito universal à saúde, consubstanciado na ‘Constituição cidadã’ de 1988, deslançou-se uma avassaladora ofensiva de privatização da atenção à saúde, evidenciada através da rápida expansão do segmento suplementar privado e, correlatamente, o ‘desmonte’ do SUS.

As reflexões contidas no texto *Globalização e Mercantilização da Saúde* também

apontam dados importantes sobre este processo, segundo Gilberto Pucca JR. (2003, p. 01),

O Setor privado de saúde brasileiro atende a 25% da população - 41 milhões de pessoas, num movimento de US\$ 13,3 bilhões anuais, com 370 mil leitos espalhados entre 4.300 hospitais e 120 mil médicos. O setor público atende a 75% da população, com 565 mil leitos em 7.000 hospitais e 70 mil médicos. As distorções, apenas com esses números, saltam aos olhos. O setor público no Brasil, na realidade, subsidia o setor privado.

Com o neoliberalismo em pauta e a conseqüente abertura econômica, agora é a vez das empresas estrangeiras de seguros de saúde, que já dominam 11% do mercado, que iniciam sua entrada no país. Algumas já chegaram como a Cigna (Excel Econômico, Golden Cross, Amico), AIG (Unibanco), Aetna (Sul América) e Hartford (Icatu). Coerentemente com suas práticas, todas elas são ligadas a instituições financeiras.

O mercado brasileiro privado de atendimento à saúde movimenta, em média, US\$ 15 bilhões por ano, abrangendo empresas de medicina de grupo, cooperativas, autogestão e seguradoras de saúde.

Os governos da direita ou pseudoesquerda, como o PT, entre outros, contudo em suas propagandas se vangloriam de *nunca na história do Brasil terem feito mais e melhor pelo povo* (palavras do Senhor Presidente da República Luis Inácio Lula da Silva). Esta inverdade, porém, é desmascarada facilmente, bastando qualquer um, um dia, precisar de qualquer hospital público do País. Caso não se tenha um bom plano de saúde privado, ver-se-ão cenas chocantes, de completa precarização do setor de saúde pública. A título de exemplo, indicamos como expressão resumida um dos maiores hospitais de referência do Nordeste, o IJF (Instituto Dr. José Frota), localizado na cidade de Fortaleza/CE, é um verdadeiro hospital de guerra, com cheiro de sangue humano no ar, mortes nas filas de espera por falta de leitos e médicos tendo de escolher aquele paciente que tem menores chances de morrer durante o atendimento. Ainda vale ressaltar a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, falta-lhes o mínimo de equipamento de proteção do próprio corpo às infecções hospitalares; vários são os casos de médicos, entre outros profissionais da área, que no exercício da profissão, têm sido infectados, entre outras doenças, pelo HIV.

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 torna-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 crescentes 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 mercantilização, interiorização e pauperização da epidemia da AIDS, existe ainda a questão do Programa de Saúde da Família que, na avaliação geral dos ativistas, se encontra a serviço dos interesses eleitoreiros, sendo utilizado mais como cabide de emprego de afilhados políticos locais do que de fato ao atendimento preventivo e personalizado, no que se refere às visitas domiciliares das populações mais vulneráveis do País.

Então, descendo para os interiores do Nordeste, percebemos a ausência também de saúde. O fato é que se você não entender passo-a-passo a conjuntura capitalista, você às vezes chega a concordar com a mercantilização, com a comercialização, porque o povo tá precisando de tratamento imediato, então isso faz com que você perca atores pra luta, o povo às vezes chega a concordar, como é o caso da saúde aqui de quem migra do Maranhão e do Pará para Teresina no Piauí. Esse comércio todo criou uma lenda de que a medicina de Teresina é a melhor. Entretanto, você vê a placa do SUS em todos os Hospitais particulares, daí você entra lá e tem a questão de algumas taxas, tu acaba pagando pela saúde duas vezes, uma vez através dos impostos que deveriam trazer melhor estrutura para o SUS e outra pelas taxas impostas pela mercantilização dos serviços públicos de saúde.(João, RNP+NE).

A afirmação de João demonstra uma crítica ampliada da situação em estudo, ao vincular os elementos pobreza, saúde, serviço público, pagamento de impostos, entre outros, a uma compreensão conjuntural do capitalismo. Isso demonstra uma formação política em

curso desencadeada no movimento da RNP+. Identificamos, então, um processo educativo que propicia consciência e potencializa a luta. Sobre a experiência social do Piauí em tempos de AIDS, o ativista da RNP+, Miranda (2006), acrescenta:

A interiorização e a pauperização da epidemia da Aids é fato no Brasil, e, no Piauí, não é diferente. [...] os serviços de assistência e tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS centralizam-se na capital, Teresina. [...] O tempo de espera e a relação médico-paciente são incipientes; a unidade não dispõe de referências para pneumologistas, neurologistas, oftalmologistas, ginecologistas e cirurgiões gerais, bem como exame laboratoriais mais complexos, há dificuldade de marcação de consultas dos usuários do interior.

Bem, cruzando a análise da fala de João sobre a realidade maranhense e a de Miranda a respeito da realidade piauiense, é notório primeiro que, na realidade piauiense, os problemas de saúde pública são os mesmos da realidade maranhense, e, ainda, como o processo de liberalização, privatização e assinatura de acordos comerciais diversos tem drasticamente sucateado a oferta de saúde pública, haja vista que, vorazmente, a burguesia *“fez da dignidade pessoal um simples valor de troca; substituiu as numerosas liberdades, conquistadas com tanto esforço, pela única e implacável liberdade de comércio; reduziu-as a simples relações monetárias”*. (MARX e ENGELS, 2007).

Para o quadro real brasileiro a chamada “participação cidadã”, estabelecida pela Constituição de 1988, e que prescreve, entre outros direitos sociais fundamentais, a saúde e a educação *como um direito de todos e dever do Estado*, é, contraditoriamente, um direito social vazio, letra escrita no papel e “sem sangue humano nas veias”.

Dramaticamente, estes efeitos são percebidos ao longo de nossa pesquisa de campo por meio do enfretamento da chamada **PAUPERIZAÇÃO da AIDS**. De acordo com UNAIDS, dentre a população mais vulnerável à infecção pelo HIV, estão aqueles cuja faixa se encontra entre zero e 18 anos, ou seja, crianças e adolescentes, filhos da AIDS, que já nascem obrigados a crescer e conviver com a doença. Neste universo, 80% dos portadores do HIV/AIDS estão abaixo da linha de pobreza, o que agrava a situação da maioria dessa população, pois a pauperização, aliada a todas as suas consequências, como condições precárias de educação, habitação e infraestrutura, impotência e frustração, torna as crianças e

adolescentes imensamente mais vulneráveis à problemática do HIV/AIDS do que o restante da população.

Caracterizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS como pandemia, segundo os últimos dados da UNAIDS, no mundo todo são cerca de 33 milhões de pessoas vivendo com o HIV. Outro dado importante nesta investigação histórica é que já se contabilizam oficialmente cerca de 25 milhões de mortes, desde a descoberta dos primeiros casos. Segundo a mesma fonte, a AIDS é a quarta maior causa de morte no mundo atualmente.

O esquema abaixo ilustra bem os dados:

PERSONAS QUE VIVEN COM EL VIH

África Subsahariana	= 22,4 Millones (20,8 millones – 24,1 millones)
Asia meridional y sudoriental	= 3,8 millones (3,4 millones-4,3 millones)
Asia oriental	= 850 000 (700 000-1,0 millones)
América Latina	= 2,0 millones (1,8 millones-2,2 millones)
América Del Norte	= 1,4 millones (1,2 millones-1,6 millones)
Europa occidental y central	= 850 000 (710 000-970 000)
Europa oriental y Asia entral	= 1,5 millones (1,4 millones-1,7 millones)
Caribe	= 240 000 (220 000-260 000)
Oriente Medio y África Del Norte	= 310 000 (250 000-380 000)
Oceanía	= 59 000 (51 000-68 000)
Total	= 33,5 millones (31,1 millones-35,8 millones)

Fuente: Situación de La epidemia de sida, diciembre de 2009.

No Nordeste do Brasil, como em muitas outras partes do Mundo, o HIV/AIDS instala-se na classe social mais vulnerável, marginalizada e oprimida da sociedade, a classe pobre. Os dados das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) apontam que mais de 90% dos casos da pandemia de AIDS se concentram em alguns países de economias periféricas da África e América Latina. A reação à pandemia é pela ampla desinformação, preconceito, discriminação, rejeição e negligência coletiva, seja por parte dos governantes, ou em parte pelo completo individualismo e omissão, em última instância, de cada pessoa, no que se refere a uma educação para a saúde, que é uma das questões fundamentais desta tese.

No Brasil, de acordo com os dados mais recentes disponibilizados pela Ministério da Saúde, os casos de AIDS notificados estão dispostos da forma na sequência descrita:

Tabela I B - Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM(1), segundo UF e região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2009⁽²⁾.

UF de residência	Total (1980-2009)
Brasil	544846
Norte	21389
Rondônia	2421
Acre	505
Amazonas	6225
Roraima	853
Pará	9428
Amapá	844
Tocantins	1113
Nordeste	64706
Maranhão	7021
Piauí	2891
Ceará	10656
Rio Grande do Norte	3074
Paraíba	4028
Pernambuco	15656
Alagoas	3277
Sergipe	2314
Bahia	15789
Sudeste	323069
Minas Gerais	37991
Espírito Santo	7940
Rio de Janeiro	75805
São Paulo	201333
Sul	104671
Paraná	26369
Santa Catarina	26057
Rio Grande do Sul	52245
Centro-Oeste	31011
Mato Grosso do Sul	6039
Mato Grosso	6754
Goiás	11171
Distrito Federal	7047

FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais NOTAS: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL. (2) SINAN e SISCEL até 30/06/2009 e SIM de 2000 a 2008. (3) Para o período de 1980 a 1996, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar www.aids.gov.br no menu Área técnica > Epidemiologia > Boletim epidemiológico. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Atento a estes dados, o movimento de associativismo como a Rede Nacional de Pessoas com HIV/AIDS - RNP+NE, ao ter caráter educativo, passa a constituir um espaço propício ao aprendizado coletivo, no qual o indivíduo se politiza e busca assumir-se como sujeito histórico habilitado a agir/refletir criticamente sobre as relações que o oprimem.

Ao fortalecer laços de união, a RNP+ tem o papel de contribuir na definição do papel de soropositivos para o HIV na luta por direitos e deveres, especialmente no que se refere à educação política para a saúde das populações socialmente mais vulneráveis à pandemia de HIV/AIDS.

Vive-se a fase de maior expansão do vírus, ou seja, de sua interiorização e pauperização, fato que se explica porque, na emergente sociedade capitalista do séc. XXI, ainda produzimos em escassez os meios mínimos necessários para maior expectativa de vida, de longevidade. Essa escassez, fruto do individualismo, exclui mais e mais pessoas pelo mundo. Contraditoriamente, de acordo com dados da Organização Mundial do Comércio (OMC), a capacidade produtiva agrícola origina o dobro de alimentos de que nossa espécie necessita. Portanto, seria possível ter alimento para cerca de aproximadamente 12 bilhões de seres humanos, haja vista, que na virada do século, segundo as estatísticas, eram aproximadamente seis bilhões de seres humanos. A cada dia, entretanto, segundo a UNESCO, morrem cerca de 30 a 50 mil crianças em razão da pobreza, de desnutrição, em decorrência de fome e/ou má alimentação, e, ainda, de doenças evitáveis, como, por exemplo, a AIDS, entre tantas outras, mundo afora.

Estes números equivalem a três tsunamis idênticos ao que atingiu o sudeste asiático em dezembro de 2004, destaca o relatório do Desenvolvimento Humano de 2005. São 1.200 crianças em cada hora, diz a ONU no documento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), “no meio de uma economia global cada vez mais próspera, 10,7

milhões de crianças por ano não vivem para ver o seu quinto aniversário e mais de um bilhão de pessoas sobrevivem numa pobreza total, com menos de um dólar por dia”, lê-se na introdução do relatório. Na sequência, diz que, “hoje, juntando as 500 pessoas mais ricas do mundo obtém-se um rendimento superior ao conseguido por 416 milhões de pessoas mais pobres”. Com tudo isto, o relatório deixa um aviso: “falando sem rodeios, o mundo está encaminhando-se para um desastre fortemente anunciado do desenvolvimento humano, cujos custos se contarão em mortes evitáveis, crianças que não frequentam a escola e perda de oportunidade para a redução da pobreza.”

Em tempos de mundialização do capital, isso se pode “provar, de modo empírico, com o material histórico existente, e dia a dia renovado” (MARX, 1990, p. 60) na luta pela fabricação dos meios necessários à sobrevivência das populações mais vulneráveis do ponto de vista social.

Por sua vez, esta estrutura de precarização da saúde pública multiplica a vulnerabilidade social dos segmentos menos instruídos e com baixa renda, ensejando ainda mais pobreza e desemprego.

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 nº 1 - julho a dezembro de 2006/janeiro a junho de 2007. Ano IV nº 01 - 27ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006 - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2007 / ISSN 1517 1159.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico AIDS** - Ano V nº 1 - julho a dezembro de 2007/janeiro a junho de 2008. Ano V nº 01 - 27ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007 - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008 / ISSN 1517 1159.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico AIDS** - Ano VI nº 1 - julho a dezembro de 2008/janeiro a junho de 2009. Ano VI nº 01 - 27ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2008 - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2009 / ISSN 1517 1159.

CARTA DE PRINCÍPIOS DA RNP+ BRASIL - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, 2006

CAVALCANTE, Maria Juraci Maia. **O Jornal como fonte privilegiada de pesquisa histórica no campo educacional.** 1999.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital.** São Paulo: Xamã, 1996

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.

FERREIRA, Cláudio Vital de Lima. **AIDS e exclusão social:** um estudo clínico com pacientes com o HIV / São Paulo: Lemos Editorial: Uberlândia, MG.

FONTANA I LAZARO, Josep. **A história dos homens.** – Bauru, SP: EDUSC, 2004.

GALVÃO, Jane. AIDS e Ativismo: o Surgimento e a Construção de Novas Formas de Solidariedade. In: PARKER, R. (Org.) et al. **AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro: ABIA : Relume-Dumara : IMS/UERJ, 1994.(História Social da AIDS, 2).

MARX, Karl . **Manuscritos Econômico-filosóficos.** Tradução de Jesus Ranieri, São Paulo: Boitempo: 2004.

MARX, Karl. **A Ideologia Alemã.** Karl Marx e Friedrich Engels; [introdução de Jacob Gorender]; tradução Luis Claudio de Castro e Costa. – São Paulo: Martins Fontes, 1982. (Clássicos).

MARX, Karl. **O 18 de Brumário e Cartas a Kugelmann.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

MARX, Karl. **O Capital – Crítica da Economia Política.** Livro Primeiro – O Processo de Produção do Capital – Volume I. Tradução de Reginaldo Sant’Anna. 4ª edição, 1890, Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A.

MARX, Karl. **O Capital:** crítica da economia política. Vol. I, Livro I – O processo de produção do Capital. 13 ed. Rio de Janeiro: Bertraud do Brasil, 1989.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã.** 3.ed. São Paulo: Livraria Editora Ciências Sociais, 1982.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto comunista.** São Paulo, SP: Boitempo Editorial, 2007.

PARKER, R. (Org.) et al. **AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro: ABIA : Relume-Dumara :

IMS/UERJ, 1993.(História Social da AIDS, 2).

PUCCA JR, Gilberto. **Globalização e mercantilização da saúde.** In:
<http://www.espacoacademico.com.br/20pucca.htm> - 2003.