

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

RUTH RAFAELA REIS DE OLIVEIRA

**APLICAÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA PARA
PORTADORES HIV/AIDS NO ESTADO DO PARÁ**

BELÉM

2019

RUTH RAFAELA REIS DE OLIVEIRA

**APLICAÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA PARA
PORTADORES HIV/AIDS NO ESTADO DO PARÁ**

Monografia apresentada como requisito para
obtenção do grau de Bacharel em Direito, do
Centro Universitário do Estado do Pará
(CESUPA).

Orientador: Eli Menezes Bessa

BELÉM

2019

RUTH RAFAELA REIS DE OLIVEIRA

**APLICAÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA PARA
PORTADORES HIV/AIDS NO ESTADO DO PARÁ**

Monografia apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel em Direito
do Centro Universitário do Estado do Pará
(CESUPA).

Banca examinadora:

Apresentado em: ___/___/___

_____ - Orientador
Prof. Msc. Eli Menezes Bessa
Centro Universitário do Estado do Pará

_____ - Examinador (a)
Centro Universitário do Estado do Pará

Aos que amo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo seu infinito amor.

À minha amada família por todo o apoio e compreensão nas decisões que tomei no auge dos meus vinte e quatro anos; serei eternamente grata pelo esforço dos meus pais, Maria de Nazaré e José Carlos, que demonstraram ao seu modo o tanto que me amam; meus irmãos, Daniel e Raquel, nas suas respectivas individualidades que completam nossa pequena casa; a minha sobrinha, Sarah, que com o seu pouco tempo de vida me mostrou como posso amar alguém simplesmente pelo fato de existir; aos meus cunhados, Laura e Roberto por escolherem fazer parte desta jornada;

Ao Brenno Baltazar por me ensinar que a vida não acontece como queremos e que isso não é ruim, pois sempre haverá momentos de felicidade.

Ao Antonio Nascimento Jr., pelo cuidado e afeto que me conduziram a este lugar.

As pessoas que conheci durante o curso e fizeram diferença, especialmente meus amigos de sala que não se importaram com minha quietude e me ensinaram como pessoas diferentes podem trabalhar juntas e isso dar certo, quais sejam: Alice Franco, Avelar Feitosa, Endy Botelho, Marcella Feijó e Paloma Cardoso;

A minha eterna dupla, Alice Slongo que demonstrou através de seu esforço contínuo como tudo é possível, que diante de várias barreiras conseguimos realizar aquilo que acreditamos;

Ao grupo de meninas mais problemático de todo o CESUPA que tive a feliz oportunidade de conhecer: Bárbara Lima, Brenda Henderson, Brenda Mendes – Maria Helena e Noelle Martins;

Ao meu orientador Prof. Msc. Eli Bessa, por ter aceitado ensinar alguém que nunca tinha se quer visto, pela sua disponibilidade e atenção durante o decurso deste trabalho, definitivamente não teria conseguido concretizar esta etapa sem um professor que fizesse a diferença;

Por fim, quero agradecer a todos que de alguma forma façam a diferença na vida de alguém, que não se deixam levar pela carga de negatividade que a sociedade coloca naqueles que mais precisam.

“Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração.”

Antonie de Saint-Exupéry

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo demonstrar a falta de aplicação do texto constitucional em leis infraconstitucionais no que se refere a ideia de seguridade social, precisamente no seu caráter assistencial no atendimento de sororreagentes em unidade de saúde no Estado do Pará. Tratou-se de uma monografia, oriunda de uma pesquisa bibliográfica de descrição de como os portadores HIV/AIDS recebem informações sobre os direitos que possuem após o diagnóstico dentro do estado brasileiro, precisamente ao BPC/LOAS. Para cumprir esta finalidade foram utilizadas algumas fontes de informações, dentre estas, livros, artigos científicos e dados levantados pelo Ministério da Saúde e do Projeto Íris. Nesta pesquisa, fez-se relação entre as três formas da seguridade social e o portador no que tange a proteção social realizada pelo estado como fornecedor de tais medidas.

Palavras-Chave: Seguridade Social. Assistência. Portadores HIV/AIDS. Estado Brasileiro. Informações. Estado do Pará.

ABSTRACT

This work had as objective the application of the copyright law in infraconstitutional laws with regard to the idea of social security, there is no assistance in the treatment of seroreagents in a health unit in the State of Pará. The treatment of a monograph, that is , a bibliographic description of HIV / AIDS patients has provided information about the patterns that are found after diagnosis within the Brazilian state, with accuracy to BPC / LOAS. In this research, we made an e-mail between the social and social security forms and the information contained in this form.

Keywords: Social Security. Assistance. HIV/AIDS carriers. Brazilian State. Information. State of Pará.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIDS/ SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS – Agência da Previdência Social
Art. – Artigo
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CESUPA – Centro Universitário do Estado do Pará
CF – Constituição Federal
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CPF – Cadastro de Pessoas Físicas
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPC-IG/PNUD – Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
n. – número
NIEJ – Núcleo de Integrado de Empreendedores Juniores
OIT – Organização Internacional do Trabalho
PEP – Programa de Educação Previdenciária
PcD – Pessoa com Deficiência
RGPS – Regime Geral de Previdência Social
RPPS – Regime Próprio da Previdência Social
SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificações
SISCEL – Sistema de Informação de Exames Laborais
STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

URE DIPE – Unidade de Referência Especializa em Doenças Infecciosas e Parasitárias
Especiais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL DIFUNDIDO NO BRASIL	14
2.1 CONSTITUCIONALIZAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS	16
2.2. CONSTITUIÇÃO E SEGURIDADE SOCIAL	18
2.2.1 Organização da seguridade social brasileira	20
2.2.2 Assistência social	22
3 PORTADORES DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)....	26
3.1 ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	28
3.2 DIREITOS DO PORTADOR HIV/AIDS	30
3.2.1. No direito à seguridade social	32
3.3 ASPECTOS RELATIVOS A FATORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS E SOCIAIS DO PORTADOR NO ESTADO DO PARÁ.....	34
4 APLICAÇÃO DO BPC AOS PORTADORES HIV/AIDS NO ESTADO DO PARÁ	34
4.1 QUAL ÓRGÃO DEVERIA PRESTAR ESSAS INFORMAÇÕES?	36
4.2 SEGURIDADE SOCIAL PARA QUEM?.....	39
4.3 O TRIPÉ QUE NÃO FICA DE PÉ.....	40
5 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE A – TABELA DOS DADOS LEVANTADOS NO ANO DE 2018....	48
ANEXO A – FICHA DE TRIAGEM DE DIREITO DO PROJETO ÍRIS DE 2018	49

1 INTRODUÇÃO

O tema escolhido para este trabalho relaciona-se com a busca de elementos para a efetivação e a eficácia dos direitos da pessoa diagnosticada com HIV/AIDS, precisamente na informação e aplicabilidade do Mínimo Social Brasileiro frente à Lei Orgânica da Assistência Social e a concessão do Benefício de Prestação Continuada aos Portadores de HIV/AIDS.

Tratando-se de benefício concedido pela Constituição de 1988, a todas as pessoas, que dele necessitarem para a sobrevivência digna, cuja regulamentação corresponde a lei n. 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS).

Visto que a Constituição, em seu art. 203. “caput” e inciso V, garante um salário mínimo mensal em benefício assistencial concedido a pessoas portadoras de deficiência e idosos, não contribuintes para Previdência Social e que preencham os requisitos elencados na lei. Observa-se que embora instituído em 1988, só foi parcialmente implantado em 1996, sob a responsabilidade do governo federal por intermédio do Ministério da Previdência Social.

A materialização do dispositivo constitucional ocorreu com o surgimento da LOAS, em seu artigo 20 que regulamentou o BPC, o primeiro mínimo constitucional brasileiro. Contudo, a forma de acesso instituída pela LOAS parece não corresponder ao dispositivo na carta magna, pois é feito de modo seletivo e residual, sobrepondo restrições e muitas vezes constringendo o requerente que quando, por exemplo, solicita que comprove a sua falta de condições e da sua família para a concessão de uma quantia que apenas lhe possibilite a sobrevivência.

Havendo restrições cada vez maiores para a aquisição deste direito, posto o caráter esmolar que a sociedade e o estado analisam a assistência social no Brasil. Deste modo, tornando-se difícil o acesso para os portadores classificados como deficientes pela lei as normatizações infraconstitucionais, para o portador do vírus da imunodeficiência humana – HIV, a situação é ainda mais complexa.

Tendo em vista que o soro reagente sofre duplamente: pelo preconceito social em razão de ter adquirido a doença e pela legislação vigente que se omite na relação da pessoa portadora de deficiência não aparente, nesta última, inclusa o HIV, posto que, o próprio nome já indica que os portadores do vírus da imunodeficiência humana possuem deficiência no sistema imunológico.

É claro que com o avanço da tecnologia no que convém a saúde, o uso continuado da medicação contribui para um aumento da perspectiva e da qualidade de vida na maioria das pessoas que convivem com o vírus.

No entanto, devemos ter ciência que existem pessoas que abandonam o tratamento por diversos motivos ou aquelas que o realizam e não recebem os resultados necessários devido alguma predisposição do organismo. Para estes o avanço para AIDS é certo segundo os posicionamentos médicos e são justamente eles que se encontram ou encontrarão em uma situação de vulnerabilidade extrema, não precisando apenas da proteção social no que tange a assistência social por meio da aquisição do BPC/LOAS, mais que isso, da seguridade social como um todo. Já que a vulnerabilidade para o soro reagente não se dá apenas economicamente, posto que existem muito outros fatores que contribuem para a realização de uma vida plena.

Portanto, em decorrência da falta de visibilidade sobre o tema dos portadores, seguridade social com enfoque a assistência social como forma de materialização do disposto na constituição e o estado de bem-estar social em território brasileiro o trabalho foi desenvolvido.

Neste contexto, formulamos este trabalho na tentativa de esclarecer a realidade sobre a hipótese de que: as leis infraconstitucionais brasileiras, que tratam do salário mínimo constitucional, ferem a constituição por utilizarem mecanismos excludentes como $\frac{1}{4}$ do salário para comprovação de vulnerabilidade, sendo omissa o legislativo na elaboração de lei que verse sobre um requisito mais humano e que não distorça o enunciado constitucional, que foi baseado em fundamentos básicos de um estado democrático de direito, como é dito sobre o estado brasileiro.

O trabalho foi desenvolvido da seguinte forma: no primeiro capítulo, tratamos da evolução da ideia de proteção social em território brasileiro, onde tratamos: da constitucionalização de direitos humanos, levando a uma sucinta explanação sobre como se originou o que hoje temos como estado democrático de direito; a importância da constituição de 1988 na conceituação de seguridade social e sua organização; a regulamentação da assistência social, notoriamente na concessão do benefício de prestação continuada, mínimo social para os deficientes e idosos.

O segundo capítulo trata sobre o portador HIV/AIDS, sua origem e o estado atual da pandemia no Brasil, sendo apresentado dados epistemológicos sobre o retrocesso da doença em índices nacionais, e em sentido contrário, o aumento na região norte, precisamente no Estado do Pará; fazendo a explanação de conceituação básica sobre o assunto, explicando a

regulamentação que se tem sobre aqueles que vivem e convivem com o vírus de maneira geral, e depois com um aprofundamento a seguridade social.

No terceiro capítulo tratamos especificamente sobre o portador de deficiência imunológica no Estado do Pará no que tange ao acesso do BPC/LOAS e informações pertinentes sobre a falta de conhecimento do público e a deficiência informacional da Unidade de Referência Especializa em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais - URE DIPE, que atende o Estado do Pará e localiza na grande Belém.

Ficou demonstrando no levantamento feito pelo projeto de extensão “Íris” do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, que os frequentadores da unidade não possuem ciência de que o BPC/LOAS possa ser requerido. É apresentado descaso dos entes federados na promoção de informações presenciais após o diagnóstico positivo, e o porquê de a seguridade social não ter alcançado o que dispôs o texto constitucional. Ressalva-se a importância do Projeto Íris na efetivação dos direitos humanos na unidade em rodas de conversas, palestras e auxílio jurídico básico.

2 ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL DIFUNDIDO NO BRASIL

Primeiro devemos definir o papel do Estado de bem-estar na ideia de proteção social, pois a formação deste contribuiu significativamente para a expansão de políticas públicas. Lembrando que, não se trata especificamente de um estado, mas de uma organização social, envolvendo a sociedade civil e a codificação de direitos.

No Brasil o processo ocorreu de forma tardia, ou seja, o estado brasileiro é tido como novo na promoção de garantias sociais comparado ao modelo europeu, que ainda é a principal referência na construção de sistemas amplos de políticas sociais. Para Ibrahim, a preocupação acerca das incertezas futuras é intrínseca ao ser vivo mesmo de forma indireta (2018, p.1):

Não seria exagero rotular esse comportamento de algo instintivo, já que até os animais têm hábito de guardar alimentos para dias mais difíceis. O que talvez nos separe das demais espécies é o grau de complexidade de nosso sistema protetivo.

A demora na implantação da ideia de previdência em território nacional se deu em razão da colonização do país, que por muito tempo utilizou da escravidão para suprir as demandas de mercado. E foi com a extinção desta, que a proteção da previdência ocorreu e com ela a concretização de direitos básicos. No entanto, mesmo que intrínsecas no Brasil e no mundo os ideais de cuidado não eram suficientes, devido aos elementos de organização adotados entre os dois, como dispõe Frederico Amado (2018, p.25):

No estado absolutista, ou mesmo no liberal, eram tímidas as medidas governamentais de providências positivas, porquanto, no primeiro, sequer existia um Estado de Direito, enquanto no segundo vigorava a doutrina da mínima intervenção estatal, sendo o Poder Público apenas garantidor das liberdades negativas (direitos civis e políticos), o que agravou a concentração de riquezas e a disseminação da miséria.

A efetivação da segurança aos mais pobres aconteceu com a Constituição de 1824, época histórica em que o Brasil agora independente de Portugal, estabeleceu a concessão de socorros públicos pelo estado. Aliás, não se teve grande detalhamento de como seria feito, o que naquele momento foi interpretada segundo os preceitos europeus de assistencialismo e ideais do cristianismo pelo mundo, “podemos citar as ‘Poor Laws’ ou Lei dos Pobres, políticas de natureza pública e caritativa, inauguradas da primeira fase da evolução da política social” (CARVALHO, 2008, p.11).

A distinção entre as espécies da seguridade se evidenciou com a primeira iniciativa de previdência privada no país. Logo, o regime mutualista foi delimitado, onde servidores que quisessem, poderiam se associar pagando certa contribuição para o recebimento do benefício quando não mais tivessem condições de continuar no serviço. Apenas na Constituição Republicana de 1891 a questão da aposentadoria passa a ser foco de lei, e mesmo assim não era aplicada a todos, apenas aqueles que se aposentassem por invalidez a serviço da nação.

A matéria previdenciária continuou a crescer em 1919 com o surgimento da Organização Internacional do Trabalho (OIT). De modo que o desenvolvimento industrial da nação com obras no setor de transporte ferroviário impulsionou a crescente de acidentes, contribuindo substancialmente com os elementos preliminares da proteção social, como destaca Mattia Persiani (2009, p.24 apud LEAL, 2018, p. 33):

As transformações econômicas e sociais determinadas pela revolução industrial evidenciaram de maneira cabal, entre outros, também o problema da quantidade de pessoas, cada vez mais numerosas, que passaram a encontrar-se em condições de privação. Isto, sobretudo, deve-se as novas estruturas econômicas e sociais determinadas pela industrialização, pelo fenômeno do empobrecimento e pelos baixos níveis salariais que tornam difícil, se não impossível, o recurso à tradicional solidariedade familiar bem como inadequadas as intervenções de beneficência pública e privada, ao mesmo tempo em que a abolição das corporações eliminara, mesmo no que se refere aos que desempenhavam os ofícios tradicionais, toda forma de solidariedade profissional.

Porém, não se tinha legislação clara, e diante da lacuna jurídica o deputado Eloi Chaves estabeleceu guarida mútua aos operários e patrões por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo que os dois depositavam quantia que poderia ser retirada em caso de morte ou invalidez. Já o trabalhador rural recebia quantia de caráter precário, não pelo trabalho em si, mas para suprir suas necessidades. A ideia de Chaves foi um marco significativo para a previdência, tanto que em 1934 a nova organização constitucional tornou a contribuição tríplice, sendo até hoje aplicada a ideia de fontes diversificadas de custeio, unificando o entendimento de contraprestação na Lei Orgânica da Previdência Social.

Diante da crescente industrialização do país nas décadas de 1940 e 1950, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões do setor privado então existentes. Sistema esse excludente de milhões de brasileiros, pois a concessão e a manutenção dos benefícios eram restritas apenas aos empregadores urbanos e rurais e a seus dependentes. Com a redemocratização após a ditadura de 1964 a 1985, dá-se a Constituição Federal de 1988, então vigente, e os seus preceitos

garantistas são evidenciados na questão da Seguridade Social, fato esse relevante, pois a criação do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), responsável pela concessão dos benefícios e a assistência social, ganham respectivamente previsão legal.

Em relação à saúde pública, os anos subsequentes da inscrição no texto constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) foram repletos de tensões na questão econômica do governo. Posto que, foi instaurado um embate entre os defensores do sistema e os responsáveis pela política econômica, fato esse refletido no conceito da saúde pública, precisamente no princípio da universalidade que sofreu redução, enfraquecendo o atendimento a todos.

“No plano dos discursos, todos os ‘atores’ envolvidos nessas disputas colocam-se como defensores da manutenção e ampliação de políticas sociais” (MARQUES, 2005, p. 2). Dificultando assim, o debate público na concepção de proteção social como garantia do estado, pois as partes utilizaram e utilizam ainda hoje aspectos pontuais, que acabam desprezando as relações entre o social, o político e o econômico.

À luz de um enfoque histórico, Costa Lobato explica que no caso brasileiro, as políticas sociais pós-constituição não teriam criado relações sociais inteiramente desmercantilizadas, limitando, assim, a implementação das estruturas previstas no texto fundamental, posto que ao contrário que acontecia a época não houve ruptura como em outras organizações da América Latina, mas a inserção no período de democratização (2016, p. 5).

Evidencia-se, assim, que na trajetória brasileira consiste fortemente a dependência de projetos de desenvolvimento econômico de diferentes regimes políticos, deixando em segundo plano a adoção de estratégias para efetiva melhoria das condições de vida e criação de padrões mínimos de igualdade social. Limitando, portanto, a cidadania a diferentes modelos políticos, fazendo com que os direitos sociais tenham se desenvolvido de maneira fragmentada e desigual.

2.1 CONSTITUCIONALIZAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

Devido à falta de mecanismos de proteção nas constituições anteriores, o constituinte de 1988 se viu obrigado a constitucionalizar direitos fundamentais, impondo limite ao governo como garantia aos cidadãos devido as atrocidades cometidas no regime anterior. E não por coincidência que junto ao surgimento do Estado de Direito, os Direitos Humanos ganham visibilidade, fazendo, frente ao autoritarismo na proteção do cidadão. Assim, Flávia Piovesan (2018, p. 57):

É como se o Direito Internacional fosse transformado em parâmetro de validade das próprias Constituições nacionais (cujas normas passam a ser consideradas nulas se violadoras das normas do *jus cogens* internacional). O Poder Constituinte soberano criador de Constituições está hoje longe de ser um sistema autônomo que gravita em torno da soberania do Estado.

“Tais limitações, que variam consoante a época, o lugar, o estado de desenvolvimento da ordem jurídica, as ideologias etc., possibilitam a proteção dos interesses essenciais e dos fundamentos da sociedade” (RODAS, p. 125). De modo que a imperatividade da norma não gera obrigatoriedade simultânea, o fato de ser *jus cogens* que a torna universal, pois foi instituída exclusivamente de norma do direito internacional geral, tendo o estado brasileiro que respeitar tais comandos, se não o fizer, terá que sofrer sanção, acarretando nulidade do ato jurídico no âmbito internacional.

Quanto à consolidação de direitos humanos, temos que entender que suas respectivas dimensões foram construídas em decorrência de grandes violações, injustiças e estado de insegurança sofrida pela humanidade, tendo sido um processo lento e inacabado.

Na primeira dimensão temos como característica o individualismo dos direitos frente ao estado, limitando a atuação e garantindo a liberdade do cidadão. Conseqüentemente, surgem os direitos de segunda dimensão que buscavam tratar dos grandes problemas sociais e econômicos trazidos pela revolução industrial, lembrando que, a simples positivação de direitos não proporcionava o usufruto destes pelos cidadãos.

De modo que, para o indivíduo gozar dos direitos de primeira dimensão, o estado era limitado, mas para o exercício da sua proteção frente a outro ser humano, este precisava que o estado fosse atuante. Para acontecer a efetivação de direitos era preciso que o estado fosse mais atuante na prestação de políticas públicas, ou seja, que houvesse saúde, moradia, assistência social, trabalho digno, educação, propiciando o estado de bem-estar social.

A terceira dimensão revelou nova demanda do povo, pois os direitos individuais não eram mais suficientes, sendo despersonalizados, isto é, passaram para direitos coletivos e difusos. Sendo que seus titulares não seriam apenas os indivíduos, mas os grupos de seres humanos, atingindo um agrupamento maior, já que as três dimensões deveriam abarcar a ordem pública, portanto, toda coletividade importava.

Observando-se que a instituição de todos estes direitos na Constituição de um país, pressupõe a existência de um estado de direito conforme a máxima da Declaração Francesa no artigo 16: “a sociedade em que não esteja assegurada a garantia dos direitos nem estabelecida a separação dos poderes não tem Constituição;”. Portanto, não importa que uma lei seja

declarada como constituição, mas sim que nela deva-se entender a proteção e promoção da dignidade humana.

Dada a importância das dimensões de direitos humanos, é de grande valia também a citação do artigo 21 da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, que foi acrescentado pela Convenção Nacional francesa de 1793, segundo o qual “os auxílios públicos são uma dívida sagrada”. Disso se conclui que, na ideia francesa, a sociedade deve assegurar a subsistência aos impossibilitados de trabalhar, para que não ocorra a promoção de injustiças com os menos favorecidos socialmente.

2.2. CONSTITUIÇÃO E SEGURIDADE SOCIAL

A constituição federal já em seu preâmbulo institui um estado democrático que tem como objetivo o exercício de direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça, sendo estes direitos a base do novo ordenamento no qual se fundamenta a sociedade brasileira atual. A busca pela harmonia social fez com que ocorresse um compromisso tanto interno como externo para a solução pacífica de controvérsias.

E é diante deste cenário que instituiu-se capítulo específico no texto constitucional para a ordem social e direitos fundamentais, para o interesse do trabalho, analisaremos o título VIII e seu artigo 194, posto que esse institucionalizou um modelo ampliado de proteção social através do conceito de seguridade social. Representando, assim, uma ruptura, do contexto histórico apresentado, iniciando-se um novo pacto social com bases frágeis, já que as estruturas sociais eram pouco difundidas na sociedade brasileira como a cidadania, democracia e solidariedade social.

Enquanto componente da seguridade social, no mesmo título e capítulo, encontra-se na seção II a saúde, que em seu artigo 196, declara:

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

Em seu artigo 203, na seção IV, da assistência social, a constituição explicitamente declara que, sendo um direito subjetivo do necessitado, a assistência social deverá ser prestada a quem necessitar, quer seja contribuinte direto em prol da seguridade social ou não.

Assim, é obrigação constitucional e moral do poder público o direito de acesso à saúde e a assistência social para todos. Este preceito constitucional é de suma importância para uma nação como o Brasil, cujo texto promulgado em 1988, baseado em um modelo de estado responsável pelo bem-estar social do seu povo e coerente com o reconhecimento da saúde e da assistência social como direitos e garantias fundamentais do cidadão.

Quando falamos de previdência social no país em um contexto geral, temos dois grandes regimes públicos: o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e o Regime Próprio da Previdência Social (RPPS), sendo o primeiro a cargo da união e abarca a maioria dos trabalhadores, enquanto que o segundo diz respeito aos servidores públicos efetivos e militares vinculados, ou seja, a previdência protege aquele que contribuiu durante determinado período para receber o benefício.

Existe no direito previdenciário uma vasta regulamentação sobre o assunto, por exemplo: Plano de Custeio (lei nº 8212/1991), Plano de Benefícios (lei nº 8213/1991), Regulamento da Previdência Social (decreto nº 3048/1999), Lei Orgânica de Assistência Social (lei nº 8742/1993) e claro, a própria Constituição Federal, no seu artigo 201, caput:

“A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá nos termos da lei, a”.

Nos termos de Ivan Kertzman (2018, p. 27):

O legislador constituinte agregou estas três áreas na seguridade social, devido à inter-relação que pode ser facilmente observada entre elas. Se investirmos na saúde pública, menos pessoas ficam doentes ou o tempo de cura é menor, e, como consequência direta, menos pessoas requerem benefícios previdenciários por incapacidade de trabalho ou tempo de percepção de tais benefícios é menor. Se investimos na previdência social, mais pessoas estarão incluídas no sistema, da forma que, ao envelhecerem, terão direito à aposentadoria, não necessitando de assistencial social.

Desta maneira, para a compreensão dos três pilares da seguridade, temos que entender a conceituação de cada um, no entanto, devido o enfoque do trabalho ser na assistência social, neste momento, nos ateremos as características básicas de cada um: a saúde como direito de todos não exige contribuição prévia, assim como a assistência, já a previdência, diferente das duas, é um direito apenas dos beneficiários (segurado e seu respectivo dependente ou dependentes) cujo caráter é contributivo e compulsório.

Para podermos justificar a aplicabilidade distinta de ambos de modo simples, entende-se que a ideia principal na previdência é que em determinada idade a força laborativa é diminuída, o esforço não será mais o mesmo em decorrência do avanço do tempo. No entanto, no meio do caminho, pode acontecer um infortúnio e o indivíduo pode deixar de trabalhar antes do esperado podendo deixar ou não de ser assegurado. Ademais, a saúde é algo inerente ao ser humano garantida pelo estado e na assistência incide o acolhimento dos que precisam.

No entanto, a proteção social já era difundida em instrumentos importantes na sociedade mundial, dentre eles a Declaração Universal dos Direitos do Humanos que estabeleceu à seguridade social como direito de todos os povos em seu artigo XXV:

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.
2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social.

A Convenção de número 102 da Organização Internacional do Trabalho de 1952, e ratificada pelo Brasil em 15/06/2009, também estabelecia acerca da seguridade social:

Seguridade social é a proteção que a sociedade proporciona a seus membros mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais que de outra forma derivariam no desaparecimento ou em forte redução de sua subsistência como consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho ou enfermidade profissional, desemprego, invalidez, velhice e morte e também a proteção em forma de assistência médica de ajuda às famílias com filhos.

Evidenciando-se assim, que tal preceito tem por base a dignidade humana, fundamento de toda a seguridade social, que segue os princípios constitucionais, pilares da constituição vigente, buscando, a redução das desigualdades sociais e regionais, erradicando a pobreza e a marginalização, refletindo a posição de outros países quanto ao tema.

2.2.1 Organização da seguridade social brasileira

A finalidade da seguridade no Brasil tem como parâmetro: a proteção social, à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos. Existindo especialmente aqueles voltados para proteção: à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

bem como o amparo às crianças e aos adolescentes carentes; além disso a promoção da integração ao mercado de trabalho; outro ponto importante é a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; também temos a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, fator de necessidade que precisa ser comprovado.

Foram definidos ainda, os objetivos que devem ser alcançados pelo poder público, na sua competência de organizar a seguridade social: a universalidade de cobertura e do atendimento, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, a irredutibilidade do valor dos benefícios, a equidade na forma de participação no custeio, a diversidade da base de financiamento e o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, especialmente de trabalhadores, empresários e aposentados. Esse conjunto de objetivos, integram a saúde, previdência e assistência, visando a aplicabilidade destes na atuação de cada um, remetendo no atendimento ao cidadão.

A afetação de recursos para seguridade acontece em decorrência de outra conquista expressa na constituição de 1988, o artigo 195, menciona as fontes de financiamento condizente com os objetivos do artigo 194, respectivamente nos incisos V e VI, de equidade na forma de participação no custeio e de diversidade da base de financiamento. Segundo este dispositivo o financiamento será feito por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, também das contribuições sociais dos empregados, incidente na folha de salários, e sobre a receita de concursos de prognósticos.

Deste modo, as contribuições dadas para o tripé provêm de fontes variadas, portanto, a arrecadação incide em cima de vários fatores, não podendo considerar de maneira isolada cada uma para se debater sobre o tema. Destacando-se no texto da norma fundamental mecanismos para consumação de um estado democrático de direito, que se dá com a efetuação de direitos, deveres e garantias fundamentais, instituindo, assim direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento e a justiça. Isso reflete no âmbito jurídico como um avanço no campo da cidadania, pois evidencia o propósito de correção de injustiças existentes por muito tempo no nosso país.

2.2.2 Assistência social

No Brasil é obrigação do Poder Público assegurar o acesso à justiça social, tendo a assistência social, legislação própria nº 8742/1993 (LOAS), trazendo consigo a definição de seguridade social conforme artigo 1º, *in verbis*:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Baseado no que almejou o constituinte com o atendimento a qualquer demanda ao bem-estar social da pessoa na disposição de diretrizes, foram formulados princípios na LOAS, notoriamente no artigo 4º: supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade; igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; e divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo poder público e dos critérios para sua concessão.

Antes, devemos partir do pressuposto que diretriz se difere de princípio, onde a primeira diz respeito a um conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo um plano ou ação, podendo ser interpretada como norma de procedimento. E os princípios, na sua vez são fundamentos que estabelecem preceitos baseados naquilo que se almeja alcançar pelo ordenamento. No entendimento de Norberto Bobbio “os princípios gerais são equivalentes a normas como todas as outras” (2011, p.153).

Deste modo, a incidência dos princípios referente a igualdade de direitos no acesso, sem discriminação e a divulgação ampla devem ser considerados de maneira mais clara em razão do público alvo. Posto que, muitos indivíduos sofrem pela ausência de informações acerca do Benefício de Prestação Continuada (BPC) criando-se, assim barreiras para a concessão por não atingir aqueles que poderiam pleitear o direito. Sendo que, o BPC criado pela LOAS visa atender necessidades básicas da pessoa em situação de vulnerabilidade econômica.

Isso porque contida na LOAS, a assistência visa o enfrentamento da pobreza, realizando-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e a promoção da universalização dos direitos sociais. Trata-se, portanto, da segurança de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa incapacitada para vida independente e para o trabalho, que comprove não possuir outros meios de prover a própria manutenção, nem a ter provida por sua família.

A questão a ser levantada no parágrafo anterior é como chegaram a um salário mínimo mensal a fim de atender condições básicas para o desenvolvimento humano. O mínimo social constitucional apresentado teve suas origens no direito alemão, onde o estado não poderia se mostrar indiferente a parte da nação que não detinha de dinheiro para o mantimento. Deste modo, com o avanço do tempo, teorias foram criadas sobre mecanismos de redistribuição de renda para o benefício dos menos favorecidos, e isso foi incluso como parâmetro para se oportunizar a igualdade de chances no território nacional.

“A provisão dos mínimos sociais, então, deve ser entendida pela sua capacidade de incluir aqueles que vivem abaixo do patamar considerado inadequado e insuficiente” (MARTINS, 2005, p. 1). Destarte, o mínimo difere entre cada sociedade, não podemos utilizar o mecanismo de outro país de maneira arbitrária, posto que a desigualdade social no Brasil é tida como uma das maiores no planeta segundo a publicação do Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (IPC-IG/PNUD):

Nossos resultados mostram que a concentração de renda entre os mais ricos é mais elevada que se pensava e pouco mudou entre 2006 e 2014. Enquanto as pesquisas domiciliares indicam que a fração recebida pelo 1 por cento mais rico caiu de 14,8 por cento para 12,9 por cento, nossas estimativas fundamentadas em dados tributários geram percentuais mais altos e estáveis: 22,4 por cento tanto no início quanto no fim do período. (PNUD, 2017, p.1)

O fato é explicado pela fração dos mais ricos, aproximadamente 10 por cento da população, ou seja, ocorreu redução modesta quanto a desigualdade social no país, caindo de 50,3 por cento para 49,6 por cento. A baixa diminuição pode ser compreendida através de parâmetros de mínimos sociais que o estado brasileiro tende a limitar-se, pois as provisões básicas visam apenas a sobrevivência.

Cenário esse em que as entidades e organizações sem fins lucrativos prestam o atendimento, assessoramento, e a defesa de garantias de direitos aos beneficiários. Atuando

isoladamente ou cumulativamente de forma direta na concessão de serviços de maneira continuada, permanente e planejada através de programas ou projetos no âmbito familiar, grupo este que não deve deter renda per capita superior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

É imperioso notar que a vulnerabilidade é pré-requisito àqueles que precisam de atendimento. No entanto, muito pouco se fala sobre a conceituação e entendimento do tema, sendo assim, preciso destacar que a fragilidade não é encontrada apenas no âmbito financeiro. De modo que, conforme o conceito bioético, trata-se de condição inerente ao ser humano, só que com mais enfoque aquele necessitado de ajuda, referindo-se a um estado de ser ou estar exposto a potenciais danos em razão de uma insegurança correspondente à existência individual.

O indivíduo vulnerável, por sua vez, é aquele que não necessariamente está sofrendo um dano, porque a ideia aqui, é que ele esteja mais suscetível devido a condição social em que se encontra, já que a falta de condições de uma vida com qualidade, fragiliza o exercício da sua cidadania. Sendo assim, o ser humano vulnerável pode ser apoiado para desenvolver capacidades e mudar a condição de origem ou ele próprio pode possuir e sair desta. Deste modo, não se trata de uma condição natural sem contestações, pois essas situações facilmente associam-se principalmente a fatores coletivos.

Na abordagem de Michelly do Carmo (2018, p. 6), o termo vulnerabilidade amplia a compreensão de múltiplos fatores que fragilizam os sujeitos no exercício de sua cidadania:

Quando refletimos sobre justiça social não é possível desconsiderar o contexto de vida dos sujeitos e como tais contextos podem contornar suas formas de expressividade, exercendo influências sobre as maneiras como se posicionam na sociedade e como se enxergam. A omissão e/ou recuo do poder público em seu papel de proteção social cria ciclos de reprodução de situações de opressão, não só no sentido da desigualdade no acesso a políticas e serviços, mas de cerceamento da livre expressão e lutas dos sujeitos, o que esconde a dimensão coletiva da vivência das populações em contextos de produção de vulnerabilidades.

Sendo assim, “a grande polêmica que persistiu durante anos foi saber se o critério da renda individual dos membros da família poderia ser flexibilizado em situações concretas” (AMADO, 2018, p. 53). De modo a discutir se o critério objetivo era constitucional, questão essa levada ao Supremo Tribunal Federal (STF) através da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.232, julgada em 27/08/1998. Onde o critério objetivo foi tido como constitucional, não se tendo manifestação expressa sobre a utilização de outros critérios,

até os Recursos Extraordinários 567.985 e 580.963 julgados conjuntamente em 17 e 18 de abril de 2003.

Neste ato o STF pela maioria de votos entendeu como inconstitucional de matéria incidental o §3º, do artigo 20, da lei nº 8742/1993 que dispõe sobre o critério de renda per capita para considerar a miserabilidade do indivíduo. Podendo assim, utilizar-se de outros critérios mais favoráveis para a configuração do que seria o necessitado para o direito. Cabendo, desta forma, “ao poder legislativo da união deliberar acerca de um novo critério legal aferidor da miserabilidade do idoso ou do deficiente considerando a realidade atual” (AMADO, 2018, p.55).

Ressalta-se que a decisão do STF não é vinculante, posto o controle abstrato de constitucionalidade, não sendo refletida nas decisões de concessão do benefício no INSS. Portanto, a adoção deste critério continua sendo a única aceita pelo INSS que utiliza da justificativa de não aprovação feita no Congresso Nacional para a devida aplicação, devido a medida ser necessária em respeito ao princípio da legalidade no direito público.

Porquanto que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem posicionamento sobre o tema no que tange a utilização de outros critérios para a caracterização da situação de precariedade. A corte que se diz cidadã positivou jurisprudência com a publicação em 7 de julho de 2015 do Estatuto da Pessoa com Deficiência (lei nº 13.146/2015) que ao entrar em vigor deu-se o entendimento que a LOAS passaria a considerar outros elementos probatórios para miserabilidade.

Posto que o BPC atinge cobertura para idosos em extrema pobreza, mas não parece que diante da conjuntura política atual vá ampliar a cobertura ao amplo contingente de pessoas com deficiência, muitas das quais crianças e pessoas com transtornos mentais, cuja afetação torne pouco provável a inserção no mercado de trabalho. Coexistindo a isso a insuficiência de serviços correlatos de saúde, de assistência e educação para inclusão nas escolas de crianças e jovens com deficiência, comprometendo a introdução social e o futuro destes, compatibilizando com o aumento do comprometimento do cuidado domiciliar, restringindo o acesso aos membros da família que podem trabalhar, principalmente as mulheres, que devem se manter com a baixíssima renda do benefício.

No que tange ao conceito de família para o BPC significa o envolvimento do requerente com cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos, e enteados solteiros e menores tutelados, devendo os mencionados residirem em local comum. Sendo importante a identificação de ambos no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), que passou a ser

requisito obrigatório para a liberação com a publicação do Decreto nº 8805/2016. Devendo a inscrição ser realizada antes do requerimento apresentado à unidade do INSS, conjuntamente com o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) que também é exigido de cada membro do convívio e do possível beneficiário.

O benefício destina-se a brasileiro nato ou naturalizado, e as pessoas de nacionalidade portuguesa, desde que comprovem residência fixa no país e que estejam em situação financeira de vulnerabilidade. Somado as seguintes condições: para idoso – idade igual ou superior a 65, para homem e mulher; enquanto que, a pessoa com deficiência – qualquer idade, apresente impedimento de longo prazo (mínimo de 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, atrelada a diversas barreiras que obstruem sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

3 PORTADORES DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

No início da década de 80, surge uma nova doença conhecida mundialmente pela sigla AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Sendo diagnosticada primeiramente em nosso país na região sudeste, em grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro e depois espalhou-se pelas outras regiões, hoje atinge as mais distantes.

Diferença é válida quanto aos termos: conviver com o vírus HIV difere-se de viver com AIDS. O HIV (Human Immunodeficiency Virus) ataca o responsável pela defesa do organismo de doenças, portanto, o sistema imunológico que perde as células de defesa, denominadas de leucócitos, inserindo-se, assim, no DNA das células brancas, ocorrendo a reprodução e infestação do organismo. Enquanto a AIDS é um estágio avançado da infecção, onde o vírus ao destruir as células de defesa deixou o organismo vulnerável. Nesta fase, o indivíduo pode ter um resfriado ou infecções mais graves, sendo propenso a adoecer.

Utilizaremos o Boletim Epidemiológico de 2018, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS para identificar a porcentagem da população sororreagente. Visto que o boletim anualmente dispõe de informações sobre os casos de HIV e de AIDS nas regiões, estados e capitais, manuseando dados obtidos pelos sistemas de informações para elaborar um mapa sobre a incidência do vírus na população brasileira.

Segundo o boletim, as fontes utilizadas para a obtenção dos dados são: as notificações compulsórias dos casos de HIV e AIDS no Sistema de Informação de Agravos de Notificações

(SINAN), os óbitos notificados com causa básica por HIV/AIDS (CID10:B20 a B24) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), os registros do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e os registros do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) (2018, p. 7).

Na análise destas informações podemos extrair que de 1980 a junho de 2018 foram identificados 926.742 casos de AIDS. Tendo o país registrado uma média de 40 mil novos casos nos últimos cinco anos. O número atual de casos de AIDS vem diminuindo desde 2013, quando atingiu 43.269 casos. Já em 2017 foram registrados 37.791 casos.

Corroborando para esse fator de diminuição da taxa de detecção de AIDS que em um período de dez anos, entre 2007 a 2017 apresentou queda de 9,4%, saindo de 20,2 para 18,3 casos a cada 100 mil habitantes. A queda deu-se por conta das regiões sudeste e sul, em contra partida, as regiões norte e nordeste sofreram aumento na taxa de registro. Passaram de 16,4 (norte) e 12,7 (nordeste) para 23,6 (norte) e 15,7 (nordeste), representando aumentos de 44,2% e 24,1% respectivamente (2018, p.12).

No que se refere a infecção pelo HIV de 2007 até junho de 2018, foram notificados no SINAN 247.795 casos pelo Brasil, tendo a região sudeste o maior número correspondente a 117.415, enquanto a região norte detém 19.781 dos casos.

“Para além das informações constantes acima, os dados específicos de cada um dos 5.570 municípios brasileiros podem ser acessados através dos painéis de indicadores disponíveis no endereço www.aids.gov.br/indicadores” (Boletim Epistemológico, 2018, p. 7). A página eletrônica apresenta a distribuição dos principais indicadores epidemiológicos e operacionais de cada município, construído por meio das notificações compulsórias. Dada a crescente de portadores na região norte de acordo com o boletim, analisaremos o Estado do Pará no total, mas daremos enfoque a capital no contingente de diagnósticos.

O Estado do Pará possui um total de 26.429 casos de AIDS, dentre este montante, temos a seguinte divisão: 16.785 homens; 9.643 mulheres; 591 menores de 5 anos; 3.435 entre 15 e 24 anos. Já no quesito HIV, tem-se várias divisões, pois o que consideram na organização de informações é o avanço da doença no organismo e a Terapia Antirretroviral (TARV). Deste modo, iremos considerar por motivo didático os portadores de HIV que iniciaram a TARV no último ano: 3.275 no total; 2.222 homens; e 1.053 mulheres.

Lembrando que a TARV resulta em grandes benefícios às pessoas que convivem com a doença, “como a redução da incidência de doenças oportunistas, diminuição da necessidade e da complexidade das internações hospitalares, estabilização da epidemia e aumento na expectativa de vida” (FORESTO, p. 2).

Para as condições clínicas como a infecção pelo HIV, a adesão à terapia é de enorme importância, pois nela consiste na supressão total da replicação viral. Porém, ocorre certa dificuldade em atingir bons níveis em razão da complexidade do tratamento, como a longa duração e os tantos efeitos colaterais ao recebê-la. Fato esse refletido no painel do nosso estado, onde até o final do ano passado tinham 14.246 de adesão suficiente, 4.666 de adesão insuficiente, e 2.564 de abandono. Ressalta-se que o período crítico são os primeiros seis meses da adesão.

Para o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) não haverá possibilidade de controle sem que haja tratamento a todos que precisam. Estabelecida, assim, a “meta tríplice ’90-90-90’, a qual objetiva que até 2020, de todas as pessoas com HIV, 90% saibam que tem o vírus; destas, 90% recebam TARV ininterruptamente; e por fim, 90% destas em TARV tenha supressão viral” (UNAIDS, 2014 apud Foresto, 2017, p. 2).

3.1 ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Devemos considerar a questão da Pessoa com Deficiência (PcD) para as noções introdutórias, e ter a compreensão da diferença de deficiência e mobilidade reduzida. A primeira corresponde as pessoas que possuem deficiência: física, mental, auditiva, visual e ainda a deficiência múltipla. A descrição de cada uma encontra-se no decreto nº 5296/2004, enquanto a de mobilidade reduzida está prevista na lei nº 10048/2000, lei nº 13.146/2015 e pelo decreto já mencionado.

De maneira simplória quando falamos da pessoa com deficiência falamos de um impedimento a longo prazo, acontecendo sempre quando tiver em contato com alguma barreira ou obstáculo que dificulte o pleno exercício da vida em sociedade. Enquanto que a mobilidade reduzida não é de longo prazo, mas permanente no caso dos idosos ou temporária nas gestantes, ou seja, são distintos.

Partindo desse pressuposto, a deficiência e incapacidade possuem sentidos diferentes, posto que muitos sistemas as definem de acordo com suas próprias necessidades e regulações, não considerando a aplicabilidade hermenêutica de cada uma. Neste caso, será adotado o posicionamento da Organização Mundial de Saúde que possui até então duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde:

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Assim, o

desenvolvimento da CIF partiu da necessidade de cobrir as questões que não eram alcançadas pela CID, a princípio as consequências das doenças (NUBILA, 2008).

Nestes termos Heloisa de Nubila (2008, p. 4) dispõe:

Como a CID-10 é uma publicação oficial da OMS, os países membros devem adotá-la para finalidade de apresentações estatísticas das causas de morte (mortalidade) ou das doenças que levam as internações hospitalares ou atendimentos ambulatoriais (morbidade).

“A CID registra uma condição anormal de saúde e suas causas, sem registrar o impacto destas condições na vida da pessoa ou paciente, e é hoje uma exigência legal para todos os benefícios e atestados relacionados ao paciente” (Brito, 2002, p. 98 apud Nubila, 2008, p. 4). Arelado a isso, sabemos que a maioria das leis brasileiras que concedem benefícios as pessoas com deficiência exigem a apresentação de laudo médico, dependendo do caso, até por vezes acompanhado da avaliação e assinatura de outros profissionais de equipes multiprofissionais, com o preenchimento de campos específicos para os códigos ou a informação em receituário comum assinado pelo médico (NUBILA, 2008).

Desta forma, a CIF viria como um instrumento bem mais complexo, pois exige um maior detalhamento da condição que o indivíduo encontra-se, melhorando a comunicação entre as pessoas interessadas e os profissionais da área naquele paciente.

Logo, a incapacidade ocorre quando parte do organismo está impedida de funcionar normalmente, ocasionando problemas de locomoção, visão, audição e aprendizado. Muitas destas incapacidades podem ser superadas pelo uso de equipamentos apropriados ou treinamentos especiais com o apoio da família e da comunidade. De modo que a deficiência, como já dito, se dá de maneira permanente, quando a pessoa incapacitada não consegue realizar seu potencial humano devido às barreiras impostas pela sociedade.

Ao analisar o portador HIV/AIDS, este tem a CID 10 – B20 a B24, sendo que a depender do número posterior, nas especificações de doenças infecciosas e parasitárias que esse possa desenvolver, a deficiência e incapacidade podem ser registradas. Lembrando que a deficiência não se dá apenas pela natureza física, mas também corresponde às dificuldades do dia-a-dia.

Posto que o simples portar o vírus não configura a impossibilidade de uma vida normal, mas o oportunismo das doenças secundárias e o estigma da doença quando o portador mesmo que saudável não é tratado da maneira devida, tornando-o “deficiente”. Destarte, o portador automaticamente não é um deficiente ou incapacitado para a vida civil plena, o avanço

da doença pela não aceitação do organismo da TARV ou o abandono da medicação podem gerar um quadro de deficiência, e o preconceito da sociedade.

É interessante ressaltar que existe um artigo no Ministério da Saúde intitulado “Deficiência e HIV” que se dedica aos portadores e deficientes. Este busca através de uma Ação Anti-AIDS falar sobre a importância da saúde sexual e explora as formas pelas quais atitudes da sociedade, tanto em relação aos deficientes quanto ao HIV os impedem de terem uma vida produtiva e realizada. A ideia é desenvolver um trabalho conjunto entre os dois para que barreiras possam ser ultrapassadas por meio de soluções criativas.

Trazendo a baila que o deficiente pode torna-se uma pessoa mais vulnerável à infecção pelo HIV devido a carência de informações sobre sexualidade, saúde sexual e HIV/Aids. As informações são trazidas para que os deficientes, suas famílias ou as pessoas que lhe prestem assistência saibam lidar com a exposição do vírus ou de outras doenças, pois a PcD deve ter instrução para o desenvolvimento da sua formação e liberdade de escolher, vedando a discriminação.

3.2 DIREITOS DO PORTADOR HIV/AIDS

No Brasil, as pessoas que vivem e convivem com o vírus do HIV/AIDS são amparadas pela legislação através da garantia ao acesso à saúde pública e o respeito à dignidade humana. No caput do artigo 5º, a constituição brasileira institui: todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

Quanto aos direitos sociais, debatidos neste trabalho, o artigo 6º da constituição define: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Podemos observar que o amparo dado pela lei maior do nosso estado as pessoas que são portadoras é o mesmo de qualquer cidadão brasileiro, portanto, essa garantia é de todos, sem qualquer distinção. Além disso, existem outros dispositivos legais que a pessoa vivendo com o HIV pode recorrer.

A Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS foi um documento aprovado no ano de 1989, onde profissionais da saúde e membros da sociedade civil, com o apoio do Ministério da Saúde dispuseram de meios legais para que o direito à informação seja claro sobre a AIDS. Devendo o portador do vírus saber sobre informações

específicas da sua condição, como também o usufruto do direito à assistência e ao tratamento que devem ser concedidos sem qualquer restrição para garantia da melhor qualidade de vida.

O acesso gratuito ao tratamento ocorre com base na lei nº 9312/1996 que veta o pagamento do tratamento, incluído os medicamentos necessários para a continuidade de uma vida digna. Motivo esse que estado se compromete através do SUS custeio do tratamento de todas as pessoas vivendo com HIV, independente da classe social, todos, em regra, tem acesso aos medicamentos, independentemente da contagem de células CD4. Salienta-se que em caso de restrição, os conselhos municipais e o judiciário devem ser procurados para coibição de tal prática.

Os incisos da declaração destes direitos fundamentais devem nortear o atendimento ao público soropositivo, dentro ou fora de uma unidade hospitalar. Posto que, no texto, consiste que nenhum portador do vírus será submetido a isolamento ou qualquer tipo de discriminação. Não tendo ninguém o direito de restringir a liberdade ou os direitos dos portadores simplesmente por serem sororreagentes.

Deste modo, fica claro que todo o portador do vírus tem direito à participação em todos os aspectos da vida social, devendo toda ação que seja contrária ao exercício do direito ser considerada discriminatória, e punida por lei. Dentre estes, segundo o documento, de ninguém fazer referência à doença de alguém, seja ela passada ou futura, expondo qualquer resultado, sem o consentimento da parte interessada (Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, 1989).

Destarte, o sigilo no trabalho e o sigilo médico devem ser mantidos se a pessoa não quiser falar sobre a condição sorológica no ambiente de trabalho (artigos 5º, X da constituição, art. 105 do Código de Ética Médica e o artigo 3 da Resolução nº 1359/1992, do Conselho Federal de Medicina). Podendo o médico apenas fazer testes de admissão, testes periódicos ou de demissão que comprovem a capacidade laborativa do trabalho nos exames legais nos termos do artigo 168 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Ocorrendo a violação, o ocorrido deve ser registrado na Delegacia do Trabalho mais próxima.

Concomitante a lei de discriminação de número 12.984 de 2 de junho de 2014 define crime de discriminação dos portadores do vírus HIV e doentes de Aids. Em seu art. 1º, *in verbis*:

Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador HIV e doente de aids, em razão da condição de portador ou de doente: I – recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado; II – negar emprego ou trabalho; III – exonerar ou demitir de seu cargo

ou emprego; IV – segregar no ambiente de trabalho ou escolar; V - divulgar a condição de portador do HIV ou doente de aids, com o intuito de ofender-lhe a dignidade; VI – recusar ou retardar atendimento de saúde.

Desta forma, qualquer prática discriminatória dentro ou fora do ambiente de trabalho deve ser coibida, não devendo impor algo que vá além do que a doença predispõe para justificar a exclusão.

3.2.1. No direito à seguridade social

Nem todo o portador que convive com o vírus chega a desenvolver a síndrome em decorrência de variações no sistema de cada indivíduo no combate ao HIV, podendo em alguns casos a infecção evoluir até mais rápido, chegando na AIDS. Segundo o doutor Paulo Gewehr “quase todos os indivíduos portadores do vírus sem tratamento evoluirão para a síndrome da imunodeficiência adquirida, variando de meses a anos” (2019, p. 1).

Assim, nunca é demais reforçar que diante do quadro em que se apresenta a pandemia HIV/AIDS no Brasil, e de acordo com dados do Ministério da Saúde, nota-se o avanço na região norte, e a dificuldade dos serviços de saúde em estabelecer novas formas dialogadas de atenção para conscientização dos usuários sobre os efeitos e necessidade do tratamento, posto que sem a medicação o controle não é feito e a fase mais grave da doença acometerá o cidadão.

Principalmente se levarmos em consideração a ambiguidade do sistema assistencial que só considera a necessidade do benefício social ou o auxílio à saúde após o agravamento, tendo o paciente apresentado sequelas e que muitas vezes é concedido no final da vida. Diante destes fatos devemos considerar quanto a seguridade social e sua previsão delimitada em nosso país conforme o artigo 194 da constituição federal, é restringida pelas leis e programas que se executam nas três áreas:

Pela área da saúde, o soropositivo tem garantido o fornecimento gratuito, pelo estado, de medicação conhecida como “coquetel” e internação em hospitais públicos e privados, sendo que, nestes últimos mediante empresas de medicina em grupo, seguro-saúde e convênios. Visto que, oferecer aos cidadãos brasileiros em geral o acesso ao SUS é um direito de todos e dever do ente o oferecimento de maneira gratuita, a execução deste preceito legal está conforme os artigos 196 c/c 200 da constituição e a lei nº 8080/1990.

Na área de previdência social, só participam aqueles que têm capacidade contributiva para pagar as contribuições sociais exigidas por lei, sendo os que habitualmente trabalham de forma subordinada ou por conta própria. A principal fonte de financiamento do seguro social

(ou previdência social) são as contribuições sociais pagas pelos empregadores e empresas em geral e trabalhadores e demais segurados autônomos e equiparados, não sendo a única como já dito anteriormente (remissão ao artigo 195 da constituição).

No RGPS são oferecidos às pessoas vivendo com HIV/AIDS os mesmos benefícios e serviços devidos aos demais segurados e dependentes, desde que atingidos pelos riscos sociais previstos em lei, como a incapacidade laborativa temporária, invalidez, morte e idade avançada. Nestes casos os soropositivos não que atender aos mesmos requisitos dos demais segurados, ou seja, fazer prova da contribuição paga junto ao INSS para que seja considerado segurado, não necessitando de contribuição de 12 meses para a carência mínima dos benefícios, “vez que o fato de a pessoa ser portadora de HIV exime a mesma da obrigação das contribuições mínimas para carência” (GALO, 2016, p.4).

A carência supramencionada corresponde ao número mínimo de meses pagos ao instituto por qualquer cidadão, dependendo do caso até por seus dependentes. A contagem se dá conforme o tipo de atividade exercida e a época da filiação, inscrição ou contribuição atendendo aos artigos 24 a 27 da lei nº 8213/1991. A excepcionalidade da lei previdenciária para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS é disposta no artigo 26, inciso II da referida legislação cumulativamente aos artigos 30, III e 151 do decreto nº 3048/1999. Nestes constam situação especial, portanto, independe de carência, a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, no segundo após a filiação.

No Manual de Prática Jurídica em HIV/Aids (2005, p. 44), menciona outra previsão legal que protege o soropositivo:

Diante da impossibilidade de contribuir para a Previdência Social, na hipótese em que deixar de exercer atividade remunerada abrangida por ela ou estiver suspenso ou licenciado sem remuneração, é o chamado ‘período de graça’, que consiste na manutenção da qualidade de segurado para o que se enquadrar neste caso (artigo 15, inciso II, da lei nº 8213/91), por um período de 12 meses, que poderá ser prorrogado até 24 (vinte e quatro) meses, se o segurado já tiver mais de 120 (cento e vinte) contribuições mensais sem interrupção (artigo 15, parágrafo 1º da lei 8213/91).

Quanto à proteção previdenciária ao soropositivo, que é servidor público civil da União, a lei nº 8112/90, em seu artigo 186, inciso I, parágrafo 1º, garante-lhe o direito à aposentadoria permanente, com proventos integrais, bem como o direito à licença para tratamento de saúde, ou seja, é concedida de maneira indistinta.

Na assistência social integrante da seguridade social e norteadora deste trabalho na legislação brasileira existe previsão do já citado artigo 203 da constituição federal, devendo ser

prestada a quem precisar. Existindo a lei ordinária que falam sobre a matéria (lei nº 8742/1993) como disposto em capítulo específico.

3.3 ASPECTOS RELATIVOS A FATORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS E SOCIAIS DO PORTADOR NO ESTADO DO PARÁ

A forma preconceituosa que o portador HIV é visto na sociedade, disseminada pela ideia de promiscuidade e morte, acaba produzindo a desigualdade social e discriminação, contribuindo assim para perda de autoestima, afetando diretamente a dignidade humana, quando este é excluído socialmente. O desrespeito a cidadania previsto na Constituição é furtado pela omissão legislativa dos sororreagentes e pela falta de divulgação a este grupo do BPC/LOAS. O preconceito também produz o retardamento nas ações de saúde pública, levando a demora das intervenções corretas, não apenas na assistência como também na prevenção e reabilitação daquele indivíduo.

Com isso aprendemos que o falso moralismo diante da convivência com o portador acaba gerando a morte simbólica do indivíduo, já que de nada protege o ser humano frente ao avanço da infecção mundialmente, só agravou a situação. Esse pensamento remete aos julgamentos e condenações sofridas pelo comportamento ou opção sexual, pois, de forma maldosa, associou-se o trabalho de prostituição ao sororreagente como também a depravação e marginalização daquele que recebe o prognóstico positivo para o vírus.

Descobriu-se que a crença que muitas pessoas possuem de serem de família digna e de bem, caiu por terra frente o avanço da doença, pois o vírus não é preconceituoso, portanto, não escolhe raça, religião, classe social, opção sexual, sexo, gênero ou idade conforme os dados já levantados. No entanto, devido ao conforto que temos ao acreditar que se trata de uma problemática do outro, a fábula da individualidade, que acarreta falta de responsabilidade e consciência de todos.

E é justamente neste meio que o portador está inserido, onde muitas das vezes não fala da sua doença para a família ou aqueles que convivem, principalmente os do Estado do Pará (apêndice A) onde pouco se tem educação sobre o tema.

4 APLICAÇÃO DO BPC AOS PORTADORES HIV/AIDS NO ESTADO DO PARÁ

O aumento do número de infectados pelo vírus HIV em nossa região é um problema claro de saúde pública atual, onde membros de nossa sociedade encontram-se no limbo em

várias esferas do direito. Motivo esse comprovado mediante ações autorizadas na Unidade de Referência Especializa em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (URE DIPE), localizada no bairro do Telégrafo/Belém.

Antes, devemos ressaltar a importância que o Núcleo de Integrado de Empreendedores Juniores (NIEJ), pertencente ao Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) no apoio aos projetos que visam colocar em prática toda teoria aprendida em sala de aula através de ações multidisciplinares em todo estado. Dentre eles, um novo projeto, intitulado “íris”, a abordagem deste é diferente dos demais projetos até agora existentes no NIEJ. Visto que, é o único projeto que aborda de forma direta questões referentes ao público LGBTQ+ e HIV/AIDS de maneira independente, posto que as siglas não possuem relação.

Tratando-se de um projeto recente, os membros deste elaboraram uma abordagem para cada população envolvida, nos ateremos aos portadores. Nesta triagem foram feitas diversas perguntas sobre a temática, quais sejam: “você conhece algum benefício que o portador de HIV/AIDS possui?”, “Você sabe se têm direito ao BPC/LOAS?”, “você conhece o auxílio doença?”, “você sabe a quem recorrer para conseguir algum benefício?” (apêndice A). Os resultados apontaram que a maioria dos portadores que recebem atendimento pela URE DIPE não tem conhecimento sobre a sua própria condição (anexo A), o que parece incontroverso com a finalidade do lugar.

Já que por realizarem consultas médicas e outros serviços, os frequentadores da unidade deveriam ter conhecimento mínimo sobre questões importantes após serem diagnosticados. Sendo que chamou mais atenção foi que o grupo sororreagente, podendo ser um pretense requerente do BPC/LOAS não sabia nada a respeito do benefício, nenhum dos entrevistados sabia do que se tratava. Logo, foi levantado como as informações eram passadas naquele local, não havendo disponibilização de ilustração ou texto que fizesse menção sobre questões básicas do portador. Lembrando que o serviço social é prestado no local, mas que se resume a simples conversa segundo os pacientes.

Ressalva-se que existem julgados sobre o portador receber o benefício constatada sua deficiência e o requisito de vulnerabilidade:

PREVIDENCIÁRIO. EMBARGOS INFRINGENTES. BENEFÍCIO ASSISTENCIAL. LOAS. PESSOA PORTADORA DO VÍRUS HIV. INCAPACIDADE. CONDIÇÕES PESSOAIS DO AUTOR. Ainda que a perícia tenha atestado a capacidade laborativa do autor, portador do vírus HIV, poderpa ser deferido o benefício previsto no LOAS se a sua recolocação no mercado de trabalho mostrar-se improvável, considerando-se as suas condições pessoais e o estigma social da doença, capaz de diminuir

consideravelmente as suas chances de obter ou de manter um emprego formal. Precentes desta Corte (TRF-4, 2015, on-line).

Esta outra mais recente que concede o BPC/LOAS aos portadores HIV em decorrência do estigma social:

BENEFÍCIO ASSISTENCIAL DE PRESTAÇÃO CONTINUADA. ARTIGO 20, DA LEI Nº 8.742/93 (LOAS). CONDIÇÃO DE IDOSO OU DE DEFICIENTE. SITUAÇÃO DE RISCO SOCIAL. PORTADOR DO VÍRUS HIV. REQUISITOS PREENCHIDOS. TUTELA ESPECÍFICA. CONJECTÁRIOS LEGAIS. 1. O direito ao benefício assistencial pressupõe o preenchimento dos seguintes requisitos: condição de deficiente (incapacidade para o trabalho e para a vida independente, consoante a redação original do art. 20, da LOAS, ou impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, consoante a redação atual do referido dispositivo) ou idoso (assim considerado aquele com 65 anos ou mais, a partir de 1º de janeiro de 2004, data da entrada em vigor da Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso) e situação de risco social (ausência de meios para a parte autora, dignamente, prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família). 2. O fato de a pessoa portar o vírus HIV é suficiente para a concessão do benefício assistencial previsto na LOAS, ainda que a perícia tenha atestado a capacidade laborativa parcial, considerando-se o contexto social e a extrema dificuldade para competição no mercado de trabalho, em virtude do notório preconceito sofrido. Precedentes deste Tribunal. (TRF-4, 2018, on-line).

Portadora e segurada recebe o auxílio-doença:

PREVIDENCIÁRIO. PROCESSO CIVIL. TUTELA ANTECIPADA. SEGURADA PORTADORA DO VÍRUS HIV. AUXÍLIO-DOENÇA. REQUISITOS COMPROVADOS. Comprovado nos autos que a requerente é portadora do vírus HIV, deve ser deferida a antecipação de tutela. (TRF-4, 2001, on-line).

Desta forma, algo pacificado no que tange ao portador receber as três formas da seguridade, quais sejam: previdência, assistência e saúde. Interessante que a URE DIPE seria propícia para que a proteção social dita no texto constitucional, em leis infraconstitucionais e declarações internacionais viesse a se concretizar.

4.1 QUAL ÓRGÃO DEVERIA PRESTAR ESSAS INFORMAÇÕES?

Existe a intenção no Governo Federal da inclusão social e o fortalecimento da cidadania através do Programa de Educação Previdenciária (PEP) desenvolvido pelo INSS. De acordo com a página oficial do instituto de seguro social o objetivo do programa é disseminar o conhecimento previdenciário. Eles realizam ações educacionais que visam a promoção de informar e conscientizar a comunidade sobre direitos e deveres da proteção social e cultura previdenciária. As ações ocorrem através de palestras, cursos de ensino a distância para servidores e para sociedade, posto que a tecnologia é aplicada como suporte das equipes de comunicação social do próprio INSS.

Na oportunidade, encontra-se disponível um curso denominado “A Previdência Social para pessoas com deficiência” em áudio, narrado pela jornalista da previdência social Camila Andrade no site do INSS. Neste constam notas sobre o papel do próprio servidor que atua no PEP junto ao instituto através de relatos. A princípio temos a conceituação do que é a pessoa com deficiência: são aquelas pessoas que tem impedimento de longo prazo, que a interação com as diversas barreiras impede a sua participação ativa e plena em condição de igualdade com as demais pessoas. Depois que as pessoas podem pleitear o direito: qualquer segurado que se enquadre nos requisitos legais de pessoa como deficiência, e descarta a suposição de ser uma nova aposentadoria, pois trata-se de uma forma diferenciada que reduz o tempo de contribuição para o segurado com deficiência.

A pessoa com deficiência tem direito a aposentadoria por idade aos 60 anos homem e aos 55 anos mulher, com o tempo mínimo de contribuição de 15 anos, independentemente do grau da deficiência. Considerando a lei complementar nº 142 de maio de 2013 que agravou a deficiência em três graus, quais sejam: em grave, moderada e leve. Para fins de aposentadoria a avaliação do segurado da previdência social e a identificação do grau de deficiência são realizadas pela perícia do INSS que utiliza instrumento composto por avaliação da perícia médica e do serviço social.

Para a diferenciação do BPC/LOAS e aposentadoria por deficiência temos que: o primeiro como benefício assistencial, sem contribuição, já para a dita aposentadoria precisa-se de contribuição. No requerimento do BPC é informado que o idoso ou deficiente deve agendar através do número 135 da Central de Atendimento da Previdência Social de forma gratuita, pela internet no site www.previdencia.gov.br ou ainda em uma Agência da Previdência Social (APS), onde um formulário deve ser preenchido e entregue conjuntamente com os documentos de declaração de renda da família, comprovante de residência e documentos de identificação próprio ou da família.

Além da apresentação dos documentos citados, precisa-se apresentar os seguintes formulários: de requerimento de benefício assistencial e a declaração sobre a composição do grupo e renda familiar. Devendo ser preenchidos e assinados pelo requerente ou pelo seu representante legal, podendo ser encontrado nas agências, bem como no site www.mds.gov.br do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e no site da Previdência Social como dito anteriormente, a falta de formulário próprio não impedirá que seja aceito qualquer requerimento, desde que constem os dados necessários para o processamento.

Ademais, quando comprovada a impossibilidade de deslocamento da pessoa com deficiência até o local de realização da avaliação da incapacidade, ela será realizada no domicílio ou na instituição aonde estiver internado. O curso aconselha para mais informações sobre o BPC/LOAS o encaminhamento de interessado ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou a secretaria responsável pela assistência social no município do qual faz parte.

Atendendo a indicação, entrou-se em contato através do número 3216-5179 com a Agência de Previdência Social de Belém – Nazaré para mais informações. Foi agendada visita para mais esclarecimentos, neste ato, a assistente social responsável Darcy falou a respeito do BPC/LOAS no Estado do Pará, explicando como funciona o atendimento e a relação que o instituto possui junto aos CRAS através de uma conversa em rede que facilita o acesso entre estes. Ao ser questionada sobre a falta de informações na URE DIPE, essa explicou que o problema na unidade é o da rotatividade dos assistentes sociais, não sabendo no presente dia quem estava responsável pelas informações, tendo que ser solicitado documento de informação sobre qualquer ponto, tornando-se o contato ineficaz, portanto, o PEP não poderia agir de maneira independente.

Outra questão diz respeito a precariedade do cidadão localizado na região norte, precisamente em nosso estado. Isso porque muitos destes não possuem acesso à internet ou outro meio de comunicação – pontuado nos formulários do INSS como fundamento para concessão de benefício. Paralelamente a este fator, a servidora menciona que os pedidos de benefícios e outros serviços serão realizados exclusivamente à distância até o final de junho deste ano, excluindo a chance de requerimento com a ida à agência, gerando mais uma barreira ao acesso dos que não possuem estes meios, especificamente os requerentes do BPC que muitas das vezes encontram-se em situação de extrema vulnerabilidade.

O então presidente do INSS, Francisco Soares Lopes em entrevista ao jornal GLOBO, ainda no ano de 2018 disse que até o dia 1º de julho de 2019, todos os processos passarão a tramitar de forma eletrônica em 100% das 1.680 agências do INSS no país. Ainda relata que

haverá guichês expressos na entrada das agências para orientar as pessoas a saírem e procurarem o ponto de internet mais próximo. Quando levantado das pessoas mais idosas que não possuem familiaridade com a tecnologia, o presidente disse que elas poderão pedir ajuda de filhos ou outros parentes.

O objetivo da mudança segundo o INSS é a diminuição das filas devido a celeridade que o sistema eletrônico traz, que na percepção do órgão será muito eficiente. No entanto, como disposto neste capítulo, com o sistema presencial já não se tinham informações suficientemente claras para os que tem dificuldade de acesso aos meios da seguridade social tidos como comuns imagina com a alteração.

4.2 SEGURIDADE SOCIAL PARA QUEM?

Discute-se na doutrina as alterações da seguridade brasileira após 1990, visto que, essas modificações afastaram a expressão do campo civilizatório e democrático instituído na constituição para um sentido fragmentado do que seria uma condição mais igualitária das três políticas sociais. Nessa decomposição, o poder conservador da sociedade capitalista brasileira, baseando-se no neoliberalismo, opôs-se à concepção constitucional da garantia de cobertura da proteção social a todos os brasileiros.

“A nova direção buscou aproximar a proteção social da condição de mais uma oferta de mercado” (SPOSATI, 2018, p. 2), onde as obrigações estatais sofreram redução e o vínculo de responsabilidade entre o indivíduo é decorrente da sua inserção no mercado, o tornando cada vez mais depende de condições precárias de trabalho, evidenciando assim, a falta de interação entre o tripé da seguridade.

O intuito era desconectar a orientação universalista e civilizatória e subjugá-la ao modelo conservador de estado, condicionado o acesso da proteção a uma poupança feita pelo indivíduo, sendo utilizado até preceitos religiosos para ratificar a ideia de individualidade – ganhar o pão com o suor do próprio rosto -, o afastando, portanto, do fundamento humanista de garantia de direitos humanos e sociais.

Interessante ponto a ser levantado é o caráter de benesse esmolar defendido pelos mais abastados cujo poder econômico apoia a ideia de caráter precário da proteção, tornando a desproteção social algo bom e configurando a proteção como comodidade prejudicial para nação. Porém, a atenção pública prestada em serviços ou benefícios dirigidos aqueles que possuem menos é insignificante se comparado ao que a classe mais abastada recebe do poder público no quesito monetário. Já que para estes os benefícios substantivos em valores

monetários vem na isenção de imposto de renda, não possuindo qualquer condicionalidade ou restrição, sendo “distribuídos a magistrados, legisladores, militares e governantes” (SPOSATI, 2018, p. 2).

É nesse cenário que a proteção social encontra-se, transmutada de caridade financiada pelo dinheiro público, tendo sido excluído do seu processo de organização, os princípios democráticos como a transparência, o planejamento, avaliação e o controle social. A seguridade social é descaracterizada e afastada para o campo privado filantrópico, levando para o fundo junto com ela o componente democrático e republicano de quando emergiu.

Nestes termos, foi levantado como isso pode ocorrer na proteção brasileira, como o apoio da força econômica sobressaiu ao que está previsto na norma maior do nosso dito estado democrático de direito. Para Sposati (2018, p.2) existem traços genéticos que permitem a sugestão de três hipóteses: a primeira delas é que a seguridade social brasileira não emergiu de uma demanda da sociedade, tornando-a desprovida de seu valor de direito humano civilizatório e transformada em bem de consumo individual pelas forças conservadoras, sendo uma mercadoria e não um direito.

A autora indica que a segunda análise incide em interesses do capital financeiro, que passou a utilizar a proteção social como forma indireta de financiamento privado. “Os fundos da Seguridade Social apresentam-se e movimentam, como capital de aplicação, interesses econômicos privados” (2018, p. 3). Consoante com as práticas de isenção fiscal da cota patronal, posto que esse dispositivo é um meio de favorecimento do capital privado que gera déficits no orçamento da seguridade social, que ocorre, não raramente por troca de favores políticos.

E finalmente, a terceira corresponde as forças conservadoras que incentivam uma intervenção estatal mínima, tendo descaracterizado a proteção social como direito universalista. Destoando cada vez mais entre os padrões de cobertura dos que ganham menos, sendo reduzida a atenção apenas em casos emergenciais.

4.3 O TRIPÉ QUE NÃO FICA DE PÉ

Como já se falou e repetiu algumas vezes neste trabalho a seguridade social foi uma inovação que se apresentou como promessa de superação de uma responsabilidade individual pela proteção social instituída no constituinte de 1988, ela foi descrita como um tripé, tendo cada perna que andar junto das outras para se ter um equilíbrio nas três políticas que a compõe. Por obvio, deveriam andar juntas, no entanto, as matrizes de cada uma operam por lógicas

próprias, sendo desarticuladas entre si, não tendo concepção e articulação unitária. A falta de conexão as condiciona a operações individuais, não incidindo mútua acessibilidade até nas questões mais simplórias em campos comuns de atenção.

Neste esteio não foi criado diálogo interinstitucional que pudesse permitir uma integração das desproteções dos brasileiros. “Não ocorreu, para além de experiências pontuais e locais, a convergência de forças” (SPOSATI, 2018, p. 3). O formato das três políticas é distinto: a previdência social possui gestão nacional, sendo centralizada na capital do país, enquanto a saúde, se organiza pelo pacto federativo que foi modificado em 1988 pela constituição, texto esse que também incluiu a assistência social, tendo a última uma descentralização de organização e com forte aparato municipal.

Como bem mencionado por Aldaiza (2018, p. 9):

Não houve investimento para fortalecer a desejada unidade da Seguridade Social. Não se construiu a referência unitária e universal de proteção social ao cidadão. Por consequência, a decodificação da natureza da Seguridade Social não foi moldada com o mesmo significado entres as três áreas, faltou-lhes o impacto unificador.

A assistência iniciada praticamente do zero no texto constitucional, sendo muitas vezes pleiteada não como auxílio, mas como cabide de empregos acabou por perde sua finalidade como política social estatal e pública. A falta de maturação da proposta que a constituição trouxe sobre a assistência fez com que ela não se desenvolvesse como a saúde e previdência, que possuíam a época o apoio de movimentos sociais que as impulsionam. A partir disso o cenário para assistência em pouco foi modificado, pois os muros de isolamento entre a assistência e as duas outras formas se mantem conforme disposto nesse trabalho.

No entanto, não podemos aceitar o que foi mostrado, posto que a falta de informações afasta o ser humano da dignidade que tanto se busca. Deste modo, mesmo de forma autônoma e com o apoio de instituições como o CESUPA por meio dos projetos que são auxiliados pelos docentes da casa e discentes de várias áreas um trabalho como este foi possível. Lembrando que as informações coletadas sobre o BPC/LOAS aos portadores HIV/AIDS neste trabalho possuem finalidade de inclusão social, já que com este conhecimento pretende-se elaborar cartilhas e cartazes educacionais.

5 CONCLUSÃO

De todo exposto, e analisando o contexto em que foi formulada a presente monografia, propomos algumas considerações que julgamos necessárias para, desta forma, finalizar o referido trabalho. Sem, contudo, ousar finalizar o debate em torno de tão inacabada temática.

O Benefício de Prestação Continuada, como vimos, constitui um direito assegurado constitucionalmente, direito este de assistência social, e sem exigência de nenhuma contribuição, porém possui vários entraves para sua aquisição. Apresentando também desvirtuamento, pois não é prestado a todas as pessoas necessitadas como determina o texto constitucional, mas somente às pessoas que saibam de tal benefício, é claro, e que se enquadrem nos requisitos excludentes.

Possibilitar o acesso ao valor de um salário mínimo como necessário a sobrevivência das pessoas debilitadas pela saúde ou idade, apesar de irrisório, é a única forma de rendimento para sobrevivência daqueles que pleiteiam o benefício.

As várias fontes de arrecadação que a seguridade social possui para o seu mantimento e efetivação de suas políticas deveria ao menos ser satisfatória para a base de um estado dito protetor, no entanto, as prioridades direcionadas são outras, quais sejam: a economia de gasto público para poupar bilhões de reais visando pagamento de juros do mercado financeiro e a perpetuidade da desigualdade social no país, em detrimento da falta de acesso as necessidades básicas.

Verificou-se que foram criados empecilhos legais e normativos infraconstitucionais para que a seguridade social se concretizasse como deveria, sabemos que no todo as três áreas não recebem a devida atenção. Por incrível que possa parecer, existe uma área que não recebe quase nenhuma, a assistência social, que não é vista com bons olhos pelas outras duas, já que as três não conseguem funcionar conjuntamente como em regra deveriam.

Estas restrições diminuiriam o acesso ao benefício e as possíveis alterações que esse possa vir a sofrer na presente conjuntura de postura do Estado Brasileiro frente aos graves problemas nacionais, se tornando uma barreira maior ainda, na aquisição de direitos pelo cidadão.

Medidas essas que podem ser exemplificadas pelo comportamento do INSS no isolamento daqueles que não possuem acesso à internet ou telefone, posto que, o simples agendamento de atendimento será feito unicamente pelos dois meios, e o que é pior, que isso seja visto como um avanço e não um retrocesso.

Para aqueles que estão resguardados com uma previdência diferenciada pode até parecer um ato satisfatório, não ficar em filas aguardando a vez. No entanto, temos que analisar a realidade do nosso país, da desigualdade latente, principalmente na nossa região, de pessoas que não possuem condições mínimas de sobrevivência.

Considerando que a própria criação do BPC/LOAS evidencia a impossibilidade de o estado brasileiro afastar-se de mais da metade da população em situação de risco, conivente a isso o requisito de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo já elenca uma situação de miséria tida como notória àqueles que pleiteiam o benefício por estarem abaixo da linha da pobreza.

O cenário já não é dos mais propícios às pessoas em situação de vulnerabilidade social extrema e, na sua grande maioria, imutável devido à complexidade econômica social e a omissão do estado na mudança deste cenário. Imagina-se para o portador de uma doença que atinge diretamente o sistema imunológico e que não tem cura.

O BPC nos termos atuais só visualiza o portador HIV/AIDS quando este se torna incapaz para o exercício do trabalho, esperando que o quadro clínico do indivíduo evolua para que esse possa ser pretense requerente de acordo com a perícia médica.

Outro fator omissivo é para aqueles que vivem em situação de vulnerabilidade e não possuem educação sobre o que podem fazer para atenuar ou até mesmo reverter a situação em que se encontram, em local que poderia muito bem dispor dessas informações.

Por fim, enfatizamos o tamanho do nosso estado e as divergências existentes entre a capital e o restante dele. A URE DIPE atende 5.891 pessoas diagnosticadas até o presente momento, sendo deste montante 70% (setenta por cento) da região metropolitana, também existe a Casa Dia/ Belém, na rede municipal de saúde para o atendimento dos portadores, mas o trabalho quis evidenciar a realidade daqueles que vêm das áreas mais longínquas, em que, provavelmente não se tem aparato tecnológico de saúde, posto que precisam direcionar-se para o centro e recebê-lo.

Num contexto como esse, é claro que a precariedade do local vai além da medicação, faltando muito mais que isso, dignidade, já que como comprovado, os portadores não falam da sua condição para os parentes devido ao medo de não serem aceitos e sofrerem retaliações.

Concluimos que os portadores de HIV/AIDS mais vulneráveis devem receber dos Poderes Públicos, em todas as suas esferas, maior atenção, a fim de diminuir as barreiras que os impedem de ter vida digna, sendo o direito à informação sobre o BPC/LOAS, bem como a interação na atuação dos diversos órgãos e entes públicos, dois requisitos para a consecução dos objetivos de alcançar justiça e bem-estar sociais para este público tão necessitado, nesta nova fase de suas vidas.

REFERÊNCIAS

AMADO, Frederico. **Curso de direito e processo previdenciário**. 10. Ed. Ver., ampl. e atual. Salvador: Ed. JusPodivm, 2018.

BOBBIO, Noberto. **Teoria do ordenamento jurídico**. Ari Marcelo Sólón (Trad). São Paulo: EDIPRO, 2. Ed. 2014.

BRASIL. **Constituição política do império do Brazil, de 25 de março de 1824**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm. Acesso em 28/05/2019.

BRASIL. **Constituição da república dos estados unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm. Acesso em 28/05/2019.

BRASIL. **Constituição da república dos estados unidos do brasil, de 16 de julho de 1934**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 28/05/2019.

BRASIL. **Constituição federal de 1988**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 28/05/2019.

BRASIL. **Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS de 1989**. Disponível: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>. Acesso em: 28/05/2019

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 28/05/2019.

BRASIL. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18112cons.htm. Acesso em: 28/05/2019.

BRASIL. **Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18212cons.htm. Acesso em: 28/05/2019.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm. Acesso em: 28/05/2019.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993** - Lei orgânica da assistência social. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm. Acesso em 28/05/2019

BRASIL. **Lei nº 9.312, de 5 de novembro de 1996**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19312.htm. Acesso em: 28/05/2019

BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acesso em: 28/05/2019.

BRASIL. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.** Disponível:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110048.htm. Acesso em: 28/05/2019.

BRASIL. **Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004.** Disponível:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm. Acesso em:
 28/05/2019.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 269, de 2008.** Disponível em:
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2008/decretolegislativo-269-18-setembro-2008-580870-exposicaoodemotivos-152188-pl.html> Acesso em 31 de mai de 2019

BRASIL. **Lei complementar nº 142, de 8 de maio de 2013.** Disponível:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp142.htm. Acesso em: 28/05/2019.

BRASIL. **Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014.** Disponível:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112984.htm. Acesso em:
 28/05/2019.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** disponível:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em:
 28/05/2019.

BRASIL. **Decreto nº 8.805, de 7 de julho de 2016.** Disponível:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8805.htm. Acesso em:
 28/05/2019.

BRASIL. MINISTÈRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS.** 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>. Acesso em: 31 de mai de 2019

BRASIL. MINISTÈRIO DA SAÚDE. Deficiência e HIV. Disponível:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/periodicos/acao_anti_aids36.pdf. Acesso em: 28/05/2019.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 3, e00101417, 2018 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 Mai 2019. Epub Mar 26, 2018.

CARVALHO, Graziela Figueiredo de. **A assistência social no Brasil:** da caridade ao direito. 2008, 57f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito). Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** 2010. Disponível:
<http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>. Acesso: 28/05/2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1665/2003, de 7 de maio de 2003. Disponível:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm. Acesso em:
 28/05/2019.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 11, n. 2, p. 324-335, Jun 2008 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 May 2019.

FORESTO, Jaqueline Scaramuza et al . Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 1, e63158, 2017 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100406&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 Mai 2019. Epub Apr 20, 2017.

GALO, Carlos Henrique. **Os Benefícios Previdenciários por incapacidade para os vírus HIV**. Disponível: <https://henriquemgallo.jusbrasil.com.br/artigos/383957255/os-beneficios-previdenciarios-por-incapacidade-para-os-portadores-do-virus-hiv>. Acesso em: 30/05/2019.

GEWEHR, Paulo. Hiv e AIDS: entenda a diferença: Medicamentos que evoluíram muito. **HOSPITAL MOINHOS**. Disponível: <http://www.hospitalmoinhos.org.br/90dicas/cuidados-gerais/hiv-e-aids-entenda-diferenca/>. Acesso em: 28/05/2019.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de direito previdenciário**. 23. Ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2018.

LEAL, Bruno Bianco. **Previdência em crise: diagnóstico e análise econômica do direito previdenciário**. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2018.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 40, nº especial, p 87-97, dezembro de 2016.

Manual de prática jurídica em HIV/AIDS – Belém: GAPA-PA, 2004.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Saude soc.**, São Paulo , v. 14, n. 2, p. 39-49, Aug. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 mai 2019.

MARTINS, Giselle; FREIRE, Vera Lucia Freire, Mínimos sociais: necessidades básicas ou direitos de cidadania? **FILANTROPIA**. 2005. Disponível: https://www.filantropia.org/informacao/minimos_sociais_necessidades_basicas_ou_direitos_de_cidadania. Acesso em: 28/05/2019.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>. Acesso em: 14/05/2019.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano** – 8 ed. rev. E atual – São Paulo : Saraiva educação, 2018.

Programa de Educação Previdenciária – PEP. **INSS**, 2017. Disponível em: [https://www.inss.gov.br/acesso-a-informacao/programa-de-educacao-previdenciaria/Acesso em:10 de mai de 2019](https://www.inss.gov.br/acesso-a-informacao/programa-de-educacao-previdenciaria/Acesso%20em:10%20de%20mai%20de%202019).

RODAS, João Grandino. (1974). Jus cogens em direito internacional. **Revista Da Faculdade De Direito, Universidade De São Paulo**, v. 69, n 2, p. 125-136. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/66736>

SOUZA, P. H. G.; MEDEIROS, SOUZA, P. H. G.; MEDEIROS, M. “The Concentration of Income at the Top in Brazil, 2006-2014”. WorkingPaper, n. 163. Brasília: Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG), 2017.

SPOSATI Aldaiza. Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.23, no.7. Rio de Janeiro, July, 2018.

TRF-4 - AC: 50222129220164049999 5022212-92.2016.4.04.9999, Relator: OSNI CARDOSO FILHO, Data de Julgamento: 19/06/2018, QUINTA TURMA. **JusBrasil**, 2018, Disponível: <https://trf-4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/594159663/apelacao-civel-ac-50222129220164049999-5022212-9220164049999?ref=serp>. Acesso em: 24/05/2019

TRF-4 - AG: 147437 RS 2000.04.01.147437-3, Relator: PAULO AFONSO BRUM VAZ, Data de Julgamento: 09/08/2001, QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJ 29/08/2001 PÁGINA: 1138. **JusBrasil**, 2001. Disponível: <https://trf-4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/8648265/agravo-de-instrumento-ag-147437-rs-20000401147437-3?ref=serp>. Acessado em: 24/05/2019.

TRF-4 – EINF: 1309281120144049999 PR 0013092 – 81.2014.404.9999, Relator: ROGERIO FAVRETO, Data de Julgamento: 16/04/2015, TERCEIRA SEÇÃO, Data de Publicação: D. E. 30/04/2015. **JusBrasil**, 2015. Disponível: <https://trf-4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/185066477/embargos-infringentes-einf-130928120144049999-pr-0013092-8120144049999?ref=serp> Acesso em: 24/05/2019.

APÊNDICE A – TABELA DOS DADOS LEVANTADOS NO ANO DE 2018

Direito LGBT	Resposta					
	Sim	Não	NR	Sim (%)	Não (%)	NR (%)
Você acha que os homossexuais podem casar?	7	2	6	47%	13%	40%
Se você quiser mudar de nome, você sabe onde ir?	5	4	6	33%	27%	40%
Você sabe o que o governo lhe assegura em caso de querer mudar de sexo?	5	4	6	33%	27%	40%
Em caso de agressão física ou preconceito, você acha que tem alguma lei que lhe protege?	6	4	5	40%	27%	33%
Você acha que LGBTfobia é crime?	5	5	5	33%	33%	33%
Você acha que pode adotar uma criança?	8	2	5	53%	13%	33%
Você acha que tem direito a herança em caso de falecimento do parceiro?	10		5	67%	0%	33%
Você sabe o que é a carteira social?	2	7	6	13%	47%	40%
Você conhece algum direito adquirido de um "LGBTQ"?	2	8	5	13%	53%	33%
Direito a auxílios						
Direito a auxílios	Sim	Não	NR	Sim (%)	Não (%)	NR(%)
Você conhece algum benefício que o portador de HIV/AIDS possui?	6	5	4	40%	33%	27%
Você conhece o LOAS?	0	10	5	0%	67%	33%
Você sabe se têm direito ao BPC/LOAS?	0	10	5	0%	67%	33%
Você conhece o auxílio doença?	7	3	5	47%	20%	33%
Você sabe a quem recorrer para conseguir algum benefício?	4	7	4	27%	47%	27%
Você tem conhecimento sobre a isenção de imposto de renda?	2	9	4	13%	60%	27%
Você conhece o direito de um portador HIV/AIDS?	7	4	4	47%	27%	27%
Questões Diversas						
Questões Diversas	Sim	Não	NR	Sim (%)	Não (%)	NR(%)
Você já se sentiu discriminado?	4	6	5	27%	40%	33%
Você é excluído no trabalho por ser uma pessoa vivendo com HIV?	1	9	5	7%	60%	33%
Você reconhece para todo o seu círculo social que é portador?	2	8	5	13%	53%	33%

ANEXO A – FICHA DE TRIAGEM DE DIREITO DO PROJETO ÍRIS DE 2018



FICHA DE ATENDIMENTO - DIREITO
PROJETO ÍRIS
NIEJ
 CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ

NUMERAÇÃO DA FICHA: _____

OBS: Em caso de ausência de resposta, considerar a resposta igual a não

DIREITO LGBT

- Você acha que homossexuais podem casar? sim não
- Se você quiser mudar de nome, você sabe onde ir? sim não
- Você sabe o que o governo lhe assegura em caso de querer mudar de sexo?
 sim não
- Em caso de agressão física ou preconceito, você acha que tem alguma lei que lhe protege? sim não
- Você acha que LGBTfobia é crime? sim não
- Você acha que pode adotar uma criança? sim não
- Você acha que tem direito a herança em caso de falecimento do parceiro?
 sim não
- Você sabe o que é a carteira social? sim não
- Você conhece algum direito adquirido de um “LGBTQ”?
 sim não

DIREITO A AUXÍLIOS

- Você conhece algum benefício que o portador de HIV/ AIDS possui?
 sim não
- Você conhece o LOAS? sim não
- Você sabe se têm direito ao LOAS? sim não
- Você conhece o Auxílio Doença? sim não
- Você sabe a quem recorrer para conseguir este auxílio? sim não
- Você tem conhecimento sobre a sua Isenção de Imposto de renda?
 sim não
- Você conhece algum direito de um portador a HIV/AIDS dispõem?
 sim não Caso sim, liste-os.

**QUESTÕES DIVERSAS - PERGUNTAR SE FOR PESSOA
 VIVENDO COM HIV**

- Você já se sentiu discriminado? sim não
- Se sim, qual razão?
- Você é excluído no trabalho por ser uma pessoa vivendo com HIV?
 sim não
- Você reconhece para todo o seu círculo social que é portador?
 sim não