

Universidade de Brasília  
Faculdade de Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**DEFICIÊNCIA E AIDS:  
O JUDICIÁRIO E O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA**

Flávia Squinca

Brasília, junho de 2007

Flávia Squinca

**DEFICIÊNCIA E AIDS:  
O JUDICIÁRIO E O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA**

Dissertação de Mestrado

Professora Orientadora: Dra. Debora Diniz

Brasília, junho de 2007.

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)

Bibliotecária: Kátia Soares Braga (CRB/DF 1522)

Squinca, Flávia

Deficiência e AIDS: o Judiciário e o Benefício de Prestação Continuada / Flávia Squinca. Brasília: UnB/FS, 2007.

72p.

Orientadora: Prof. Dra. Debora Diniz.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Faculdade de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2007.

1. AIDS. 2. Deficiente. 3. Legislação social – Brasil. 4. Assistência social – Brasil. 5. Previdência social – Brasil. 6. Benefício previdenciário – Brasil. 7. Política social – Brasil. 8. Saúde pública – Brasil. 9. Acesso à justiça – Brasil. 10. Poder Judiciário – Brasil. I. Diniz, Debora. (Orientadora). II. Título: o Judiciário e o Benefício de Prestação Continuada.

CDD 368.415 : 362.1 (81)

CDU 368.400981

Flávia Squinca

**DEFICIÊNCIA E AIDS:  
O JUDICIÁRIO E O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade  
de Brasília para obtenção do título  
de Mestre em Ciências da Saúde.  
Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Debora Diniz

Brasília, 06 de julho de 2007

Banca Examinadora

Dr<sup>a</sup>. Dirce Guilhem

ENF – UnB

Dr. Mário Angelo Silva

SER – UnB

Dr<sup>a</sup>. Silvia Cristina Yannoulas (Suplente)

SER - UnB

Dedico esta dissertação à minha família e aos amigos.

## **Agradecimentos**

À minha orientadora professora doutora Debora Diniz pelas orientações, pela amizade e pelo incentivo dos últimos anos;

Ao professor doutor Mário Angelo Silva, às professoras doutoras Dirce Guilhem e Silvia Cristina Yannoulas pela disponibilidade de participar da banca e pelas contribuições à pesquisa;

Ao colega Cristiano Guedes pela leitura, sugestões e amizade;

Ao professor doutor Marcelo Medeiros pela oportunidade de participar da pesquisa “Uma análise do Benefício de Prestação Continuada: Transferência de Renda para a População com Deficiência no Brasil”, fundamental para esta dissertação;

Ao estatístico Alam Gonçalves Guimarães pela assessoria em Estatística e apoio nos últimos anos;

A Juliana Paula Squinca pela tarefa de revisão da dissertação e por tudo suporte nos últimos anos;

A Fabiana Paranhos pela tarefa de revisão da dissertação e pela amizade;

A Kátia Soares Braga pela elaboração da ficha catalográfica, amizade e apoio durante a prática docente;

À Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero por todas as oportunidades acadêmicas e profissionais, em especial, a todas as amigas da Anis pelas contribuições ao trabalho, apoio e amizade;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de pesquisa durante o Mestrado;

Ao juiz federal Dr. Roger Raupp Rios por ter disponibilizado as ações para análises;

À Associação Nacional dos Médicos Peritos (ANMP) pela contribuição na etapa de aplicação do *survey*;

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde;

Ao Departamento de Serviço Social pela oportunidade de realizar a prática docente em uma de suas disciplinas.

*Um passo à frente e você já não está no mesmo lugar*  
(Chico Science, 1996)

## Resumo

Esta é uma dissertação sobre deficiência, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Benefício de Prestação Continuada (BPC). O objetivo da dissertação foi analisar o conceito de deficiência para fins de elegibilidade ao BPC, tendo por estudo de caso a AIDS. A pesquisa utilizou metodologia mista com técnicas qualitativas e quantitativas: foi realizado um *survey* nacional com médicos-peritos do INSS, por serem considerados os principais responsáveis pela elegibilidade de deficientes ao BPC; foi feita uma análise de conteúdo de duas ações ordinárias previdenciárias com pedido de tutela antecipada contra o INSS, impetradas nos anos de 2004 e 2005, na Justiça Especial Federal do Rio Grande do Sul, por pessoas vivendo com HIV/AIDS; por fim, foi feita uma análise da literatura nacional e internacional sobre os modelos social e médico da deficiência, BPC e políticas sociais no Brasil. Os resultados da pesquisa mostraram que 98% dos médicos-peritos do INSS consideram as pessoas vivendo com HIV/AIDS em estágio inicial (assintomático) não elegíveis ao BPC, ao passo que 82% dos médicos-peritos concederiam o BPC para as pessoas vivendo com HIV/AIDS em estágio avançado. A análise de conteúdo mostrou que: 1. o conceito de deficiência utilizado pelo Judiciário para o deferimento do pedido de tutela antecipada aproxima-se da concepção de deficiência do modelo social, no qual a deficiência é considerada uma forma de exclusão social resultante de um contexto social pouco sensível à diversidade corporal; 2. os médicos-peritos têm ponderações diferentes do Judiciário sobre as restrições de funcionalidades que incapacitam para o trabalho e vida independente. Nesse sentido, a utilização da jurisprudência como instrumento jurídico amplia a extensão das concepções legais dos conceitos de deficiência, renda *per capita* familiar e incapacidade para o trabalho e vida independente; 3. para fins de justiça social, o caráter paradigmático da AIDS desafia a fronteira entre doença e deficiência estabelecida pelo modelo médico da deficiência; 4. e, por fim, os aspectos sociais são apontados como fatores fundamentais para a concessão do BPC para a pessoa vivendo com HIV/AIDS.

**Palavras-Chave:** Deficiência; AIDS; Benefício de Prestação Continuada; Judiciário; Jurisprudência.

## **Abstract**

This is a dissertation about disability, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Continuous Cash Benefit Programme (BPC). The objective was to analyze the concept of disability used to the BPC selection process, having the AIDS as a case study. The data collection used mixed methods with qualitative and quantitative techniques. A national survey with medical experts from the National Social Security Institute (INSS) was carried out, since they are considered the responsible ones for the selection process; an analysis of content of two judicial law suits by people living with HIV/AIDS against INSS was performed; and an analysis of both national and international literatures about the social and medical models of disability, BPC and social policies in Brazil. The results of the research showed that 98% of INSS medical experts consider asymptomatic HIV people infected not eligible to BPC, while 82% of them consider advanced symptomatic HIV people eligible. The contents analysis showed: 1. the concept of disability used by the Judiciary at the judicial law suits is closed to the social model, which considers disability as a form of social exclusion; 2. the INSS medical experts understand disability from a biomedical perspective, reproducing the medical model. As a result, the national jurisprudence moves forward the legal concepts on disability, poverty and labor capacity, key concepts to consider a person eligible to BPC; 3. AIDS is a paradigmatic case to challenge the medical narrative on disability and disease; 4. and, finally, the social-economic aspects of the people living with HIV/AIDS are decisive to concede or not the BPC as a disabled condition.

**Key-Words:** Disability; AIDS; Continuous Cash Benefit Program; Judiciary; Jurisprudence.

## **Lista de Tabelas e de Quadros**

Tabela 1 - Critérios para definição de caso de AIDS. Rio de Janeiro/Caracas – 1992. _____	29
Gráfico 1 - Distribuição dos médicos-peritos segundo o tempo de exercício profissional __	42
Tabela 2 – Aspectos Sociais versus HIV/AIDS em estágio inicial (caso 1) _____	43
Tabela 3– Aspectos Sociais versus HIV/AIDS em estágio avançado (caso 2) _____	43
Tabela 4 – Fonte de Renda versus HIV/AIDS em estágio avançado (caso 2) _____	44
Tabela 5– Fonte de Renda versus HIV/AIDS em estágio inicial (caso 1) _____	44
Tabela 6 – Eficiência dos Instrumentos versus HIV/AIDS em estágio inicial (caso 1)_____	46
Tabela 7 – Eficiência dos Instrumentos versus HIV/AIDS em estágio avançado (caso 2) __	47

## Sumário

Introdução	12
Capítulo 1	14
A pesquisa	14
1.1 Por que AIDS, BPC e as ações julgadas na Justiça Federal do Rio Grande do Sul?	17
Capítulo 2	21
Os Desafios do HIV/AIDS	21
2.1 O perfil da epidemia no Brasil	21
2.2 AIDS e Direitos Sociais	24
2.3 AIDS e Trabalho	28
Capítulo 3	32
A deficiência	32
3.1 Conceitos de Deficiência	32
3.2 Modelo Social da Deficiência	33
3.3 Deficiência em números	37
3.4 Deficiência e Benefício de Prestação Continuada	39
Capítulo 4	41
HIV/AIDS, Deficiência e Benefício de Prestação Continuada	41
4.1 Survey	41
4.1.1 Perfil dos médicos-peritos	41
4.1.2 Aspectos Sociais e a Elegibilidade ao BPC	42
4.1.3 Instrumento pericial e HIV/AIDS	45
4.2 As Ações Ordinárias Previdenciárias	47
4.2.1 Ação Ordinária Previdenciária 1	48
4.2.1 Ação Ordinária Previdenciária 2	54
Capítulo 5	63
Considerações Finais	63
Referências Bibliográficas	65
Anexos	70

## INTRODUÇÃO

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício de assistência social garantido pela Constituição Federal de 1988 para idosos com mais de 65 anos e deficientes, cuja renda familiar *per capita* seja inferior a ¼ do salário mínimo (Brasil, 1988; Brasil, 1993; Brasil, 2003). Os critérios de elegibilidade do BPC permitem observar que se trata de um benefício seletivo, o qual visa atender pessoas em situação de risco social, vulnerabilidade e de extrema miséria (Squinca, 2005). A pessoa que se declara como deficiente para ser elegível ao BPC deve provar documentalmente ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que sua renda não ultrapassa o recorte estabelecido pela legislação vigente e, por meio de um laudo médico, que sua doença a incapacita para o trabalho e para a vida independente.<sup>1</sup> Após a entrega dos documentos ao INSS, a pessoa é submetida à avaliação médico-pericial de responsabilidade do INSS, cujo objetivo é confirmar a ausência de capacidade para o trabalho e para a vida independente, à luz da definição do conceito de deficiência do Decreto nº. 3.298 de 1999 (Brasil, 1999).

Para o Decreto nº. 3.298 de 1999 “... deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano...” (Brasil, 1999). A partir desta definição, os médicos-peritos do INSS avaliam quem seriam as pessoas elegíveis ou não ao BPC. Contudo, pelo fato de não haver um consenso sobre os critérios de definição de deficiência e, conseqüentemente, da população elegível ao BPC, principalmente em relação aos portadores de doenças genéticas, crônicas e infecto-contagiosas, muitas solicitações do benefício são indeferidas.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar o conceito de deficiência para fins de elegibilidade ao BPC, tendo por estudo de caso a AIDS. Para esta finalidade, foram analisadas duas ações ordinárias previdenciárias com pedido de tutela antecipada contra o INSS, tendo em vista a elegibilidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS ao BPC pelo critério de deficiência. O HIV/AIDS foi escolhido para análise por apresentar vários desafios, sendo o principal deles a fronteira tênue no discurso médico entre doença e deficiência. Além disso, com intuito de avaliar a interpretação dos critérios de elegibilidade do BPC foi aplicado um *survey* eletrônico aos médicos-peritos do INSS, principais responsáveis pela concessão do

---

<sup>1</sup> Esse estudo usará indiscriminadamente os termos “pessoa deficiente”, “deficiente”, “pessoa com deficiência”, “pessoa portadora de deficiência”, dentre outros.

benefício. Com vista a atingir o objetivo apresentado, a dissertação foi dividida em cinco capítulos.

No primeiro capítulo foram detalhados os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa. Optou-se por uma metodologia mista com técnicas qualitativas e quantitativas; realização de um *survey* nacional com médicos-peritos do INSS, por serem considerados os principais responsáveis pela elegibilidade de deficientes ao BPC; análise do conteúdo de duas ações ordinárias previdenciárias com pedido de tutela antecipada contra o INSS, impetradas nos anos de 2004 e 2005, na Justiça Especial Federal do Rio Grande do Sul, por pessoas vivendo com HIV/AIDS; e, por fim a análise da literatura nacional e internacional sobre os modelos social e médico da deficiência, BPC e políticas sociais no Brasil. O capítulo ainda apresentou os fatores que influenciaram a decisão pelo estudo de caso da AIDS e da Justiça Federal do Rio Grande do Sul. Por fim, o capítulo abordou as preocupações com as questões éticas relacionadas com as pesquisas envolvendo pessoas.

No segundo capítulo foram apresentados os desafios do HIV/AIDS para as políticas sociais, em especial, para a concessão do BPC. Com essa finalidade foram apresentados, brevemente, o contexto histórico, dados epidemiológicos, documentos e estudos sobre AIDS. Neste capítulo destaca-se a discussão sobre a dificuldade de definir os casos de HIV/AIDS; o desafio enfrentado pela Classificação Internacional de Doença (CID) para codificar a doença e a dificuldade de definir as pessoas vivendo com HIV/AIDS como deficientes.

No terceiro capítulo, foram apresentadas as diversas terminologias utilizadas para definir a população deficiente. O capítulo apresentou ainda as diferenças entre o modelo social da deficiência e o modelo médico da deficiência, discussão teórica que norteia a análise dos dados pesquisados. Optou-se por apresentar dados estatísticos sobre a população deficiente no Brasil, com o intuito de possibilitar a visualização do perfil da população estudada. Por fim, as definições legais de deficiência foram apresentadas a partir do contexto histórico do BPC.

O quarto capítulo foi reservado à apresentação e discussão dos dados coletados. Na primeira parte do capítulo os dados obtidos por meio do *survey* foram detalhados, em específico os relacionados ao HIV/AIDS. Em seguida, as ações ordinárias previdenciárias foram analisadas à luz do referencial teórico do modelo social da deficiência, do modelo médico da deficiência e das políticas sociais brasileiras. Por fim, no quinto e último capítulo foi apresentado o resumo das principais idéias discutidas na dissertação e as considerações finais elaboradas a partir da análise de dados.

## CAPÍTULO 1

### A PESQUISA

Esta é uma pesquisa de metodologia mista sobre deficiência, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Benefício de Prestação Continuada (BPC). O objetivo da pesquisa foi analisar o conceito de deficiência para fins de elegibilidade ao BPC, tendo por estudo de caso a AIDS. Para esta finalidade, foram analisadas duas ações ordinárias previdenciárias com pedido de tutela antecipada contra o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), tendo em vista a elegibilidade de pessoas vivendo com a Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV) e AIDS ao BPC pelo critério de deficiência. Cada ação ordinária previdenciária é composta pela sentença do juiz federal, responsável pelo deferimento ou indeferimento final da ação, pelos pareceres do médico e da assistente social, responsáveis, respectivamente, por emitir o parecer médico e o parecer social a pedido da justiça. E, por fim, pela argumentação do advogado do requerente que contesta o indeferimento do INSS, com intuito de demonstrar que seu cliente é elegível ao BPC, pelos critérios de deficiência e de renda.<sup>2</sup>

A pesquisa utilizou técnicas qualitativas e quantitativas, a saber: 1º foi realizado um *survey* nacional com médicos-peritos do INSS, por serem considerados os principais responsáveis pela elegibilidade de deficientes ao BPC; 2º análise do conteúdo de duas ações ordinárias previdenciárias com pedido de tutela antecipada contra o INSS, impetradas nos anos de 2004 e 2005, na Justiça Especial Federal do Rio Grande do Sul, por pessoas vivendo com HIV/AIDS; 3º análise da literatura nacional e internacional sobre os modelos social e médico da deficiência, BPC e políticas sociais no Brasil.

Dentre os estudos levantados merece destaque o *working paper* “Uma análise do Benefício de Prestação Continuada: Transferência de Renda para a População com Deficiência no Brasil”, pois é a principal análise em profundidade com abrangência nacional sobre o tema (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006). A escolha do BPC se justifica por três fatores: primeiro porque é o único benefício de assistência social garantido na Constituição Federal de 1988; segundo, porque as duas ações ordinárias previdenciárias analisadas nesta dissertação são de pessoas vivendo com HIV/AIDS que solicitaram o benefício no INSS e, posteriormente, diante do indeferimento do mesmo, recorreram a Judiciário; e, terceiro porque é o segundo maior programa de transferência de renda da política de assistência social

---

<sup>2</sup> Nesse estudo será usado requerente para se referir a pessoa vivendo com HIV/AIDS que teve o pedido de concessão do BPC indeferido pelo INSS e recorreu a Justiça Federal.

brasileira, sendo apenas superado pelo programa Bolsa Família (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

O *survey* fez parte da metodologia da pesquisa “Uma análise do Benefício de Prestação Continuada: Transferência de Renda para a População com Deficiência no Brasil”, realizada por Marcelo Medeiros, Debora Diniz e Flávia Squinca, entre março de 2005 e fevereiro de 2006.<sup>3</sup> Na etapa de coleta de dados, além de aplicar o *survey*, os autores realizaram pesquisa documental, levantamento de projetos de lei da Câmara e do Senado Federal sobre deficiência e BPC e, por fim, entrevistas em profundidade com 8 gestores membros do grupo de trabalho interministerial do BPC. O objetivo do estudo foi analisar a estrutura e a execução do BPC para a análise comparativa com iniciativas semelhantes na América Latina, assim como para aprimorar a política de assistência social brasileira para a população deficiente (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

O *survey* foi realizado por via eletrônica para uma lista cedida pela Associação Nacional de Médicos Peritos (ANMP), que conta com aproximadamente 90% dos médicos-peritos brasileiros (Diniz; Squinca; Medeiros, 2007). O questionário eletrônico foi escolhido por dois fatores: primeiro pela dispersão da amostra no território brasileiro, e segundo pela rapidez de resposta.<sup>4</sup> Foram enviados questionários eletrônicos com 6 perguntas, sendo que duas aplicavam valores a partir de uma escala de julgamento. As perguntas mensuraram a qualidade das informações dos médicos-peritos sobre a perícia, os formulários-padrão adotados pelo INSS e os critérios de elegibilidade da legislação que rege o BPC para deficientes.

Em uma das seções do questionário, havia perguntas avaliativas sobre as variáveis relacionadas à concessão do BPC – idade do requerente, ausência de renda, dependência de cuidado de terceiros, condições de moradia, instrução escolar, trabalho, entre outros; eficácia e eficiência do instrumento utilizado pelos médicos-peritos para a concessão do BPC. Uma delas apresentava quatro doenças para que o médico-perito pudesse avaliar a concessão ou não do BPC. Para os casos de HIV/AIDS, os quesitos foram os seguintes: 1º Um adulto com o diagnóstico do vírus HIV/AIDS em estágio inicial (assintomático); e 2º Um adulto com o diagnóstico do vírus HIV/AIDS que está em estágio avançado (com manifestação de doenças oportunistas). Os médicos-peritos deveriam avaliar a elegibilidade ou não do BPC para cada

---

<sup>3</sup> “Uma análise do Benefício de Prestação Continuada: Transferência de Renda para a População com Deficiência no Brasil” é a única pesquisa em profundidade, realizada no Brasil, sobre o BPC para a população deficiente.

<sup>4</sup> Na época da realização do estudo, o INSS passou por uma greve extensa, o que reduziu a etapa de coleta de dados.

um dos casos, ou seja, a elegibilidade ou não das pessoas descritas nos casos pelo critério de deficiência. As outras perguntas analisavam os mecanismos de elegibilidade de beneficiários, tendo em vista a centralidade destes mecanismos para execução de qualquer política focalizada (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

O *survey* resultou em uma amostra incidental de 16% (n=483) do total de 3.019 médicos-peritos cadastrados na ANMP (Diniz; Squinca; Medeiros, 2007).<sup>5</sup> O erro amostral seria de 0,04%, caso o estudo tivesse realizado uma amostragem aleatória simples (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006). Os dados foram tabulados por meio do Programa *Excel* e analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).<sup>6</sup> Cabe lembrar que os questionários eram anônimos, tendo apenas os seguintes dados demográficos: idade, sexo e unidade da federação. O objetivo destes dados demográficos era traçar o perfil dos médicos-peritos do INSS. A análise detalhada dos dados resultantes do *survey* será apresentada e discutida no capítulo quarto.

A partir da análise dos dados dos *survey* e da literatura sobre BPC e da política de assistência social no Brasil, em particular do *working paper* “Uma análise do Benefício de Prestação Continuada: Transferência de Renda para a População com Deficiência no Brasil”, foi constatada a necessidade da realização de um estudo qualitativo em profundidade sobre os critérios utilizados para concessão do BPC. Nesse contexto, as ações judiciais, consideradas muitas vezes como jurisprudências, foram identificadas como um dos instrumentos de concessão do BPC, uma vez que reinterpretam e ampliam o conceito de deficiência que rege o benefício. A partir dessa constatação, o presente estudo optou por fazer uma análise em profundidade de duas ações ordinárias previdenciárias com pedido de tutela antecipada contra o INSS, tendo em vista a elegibilidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS ao BPC pelo critério de deficiência.

Foi realizada uma amostragem não probabilística chamada “amostra bola de neve” para a obtenção das ações (Biernacki & Waldorf, 1981). Para a seleção da amostra, foi solicitado aos participantes a indicação de outros sujeitos. Nesse estudo, foi contatado um informante-chave, isto é, um juiz federal da 4ª região – composta pela Justiça Federal do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. O informante-chave possibilitou o contato com outros juízes federais da 4ª Região que já tinham julgado alguma ação relacionada ao BPC e

---

<sup>5</sup> Segundo a Associação Nacional dos Médicos Peritos (ANMP) atualmente o INSS têm 4.800 médicos-peritos, destes 4.700 são associados (ANMP, 2007). O número de médicos-peritos aumentou depois do concurso realizado em 2005.

<sup>6</sup> Essa etapa contou com a assessoria do estatístico Alam Gonçalves Guimarães.

deficiência. Desse contato, foram levantadas trinta ações de dez juízes federais, sendo três ações ordinárias previdenciárias de cada (Santos, 2006).

Das trinta ações ordinárias previdenciárias, nove tratavam da concessão do BPC para pessoas portadoras de algum tipo de deficiência mental – transtorno paranóico e depressivo; retardo moderado ou grave; déficit cognitivo e esquizofrenia. Quatro delas foram impetradas por pessoas portadoras de alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST). As ações foram também requeridas por pessoas com câncer, paralisia infantil, lesão auditiva e doença pulmonar obstrutiva crônica, e pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo duas ações cada. Por fim, foram identificadas as ações que solicitavam o BPC para pessoas com alguma das doenças, a saber: doença genética síndrome de Williams, hipertensão, doenças sangüíneas, problemas cardíacos e hanseníase – uma ação de cada (Santos, 2006). Nesse estudo serão analisadas as duas ações requeridas pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Foi elaborado um formulário para o registro dos conteúdos das ações ordinárias previdenciárias. Esse formulário foi dividido em oito partes. São elas: identificação da matéria discutida; perfil socioeconômico do requerente; perfil da doença do requerente; argumentos do advogado do requerente; argumentos do médico responsável pelo parecer médico; argumentos da assistente social responsável pelo parecer socioeconômico; argumentos do juiz federal; decisão final do caso. O formulário foi preenchido com dados das duas ações para comparação.

### **1.1 Por que AIDS, BPC e as ações julgadas na Justiça Federal do Rio Grande do Sul?**

O BPC é um benefício de assistência social garantido pela Constituição Federal de 1988 para idosos com mais de 65 anos e deficientes, cuja renda familiar *per capita* seja inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo – atualmente R\$95,00 per capita. O BPC foi regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993 (Brasil, 1993). Essa, por sua vez, pode ser considerada um avanço na promoção e garantia dos direitos de cidadania, pois estabelece como uma de suas diretrizes a responsabilidade do Estado frente às demandas sociais. Para tanto, o BPC foi concedido pela primeira vez em 1996, com intuito de substituir a Renda Mensal Vitalícia (RMV) que garantia o pagamento de um salário mínimo para idosos acima de 70 anos e deficientes incapazes de prover seu próprio sustento (Brasil, 1974; Brasil; 1991; Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

Os critérios de elegibilidade do BPC permitem observar que se trata de um benefício seletivo, o qual visa atender apenas pessoas em situação de risco social, vulnerabilidade e de

extrema miséria (Squinca, 2005). O benefício materializa-se como um mínimo para a sobrevivência e não como um direito de cidadania embasado em um conceito de mínimos sociais capaz de abranger os indivíduos em sua totalidade (Pereira, 1996). Isso se dá a partir do desenvolvimento das condições humanas, sociais, políticas e produtivas das pessoas, o que perpassa a simples preocupação com a sobrevivência biológica (Squinca, 2005).

A pessoa que se declara como deficiente para ser elegível ao BPC deve provar documentalmente ao INSS que sua renda não ultrapassa o recorte estabelecido pela legislação vigente e, por meio de um laudo médico, que sua doença a incapacita para o trabalho e vida independente. Após a entrega dos documentos ao INSS, a pessoa é submetida a avaliação médico-pericial de responsabilidade do INSS, cujo objetivo é confirmar a ausência de capacidade para o trabalho e para a vida independente. Segundo Medeiros, Diniz e Squinca, na perícia, dentre outras aptidões relacionadas com a vida laboral, são avaliados:

[...] os níveis de dificuldades visuais, auditivas, locomoção, fala; grau de dificuldade para exercer as atividades da vida diária, tais como higiene pessoal, comer, vestir-se; escolaridade; níveis de controle de funções de excreção; dependência de cuidados permanentes de profissionais de saúde ou terceiros; existência e níveis de oligofrenia, deficiência mental, síndromes e quadros psiquiátrico [...] (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

Após a avaliação dessas habilidades ou requisitos, os médicos-peritos do INSS emitem um parecer deferindo ou indeferindo o BPC à pessoa. O requerente que tem seu pedido indeferido tem garantido por lei a interposição de recurso em primeira e segunda instância contra a decisão do INSS (Brasil, 1993). Para tanto, muitos requerentes optam por contestar essa decisão na justiça comum, ao invés de apresentar recurso no próprio INSS.

Nos últimos anos, o número de pessoas que recorreram à Justiça para contestar a decisão do INSS cresceu, o que pode ser resultado de diversos fatores, entre eles: primeiro por desconhecerem a possibilidade de entrar com recurso no próprio INSS; segundo por acreditarem que o meio judicial seria mais rápido para a concessão do BPC; ou por indicação de outras pessoas que já contestaram a decisão dos peritos no Poder Judiciário, por meio das ações ordinárias previdenciárias, e tornaram-se elegíveis ao benefício, seja pelo critério de renda ou pela catalogação da doença como deficiente, isto é, como incapaz para o trabalho e para a vida independente (Jasper, 2004; Squinca, 2005).<sup>7</sup> Estudos futuros poderão avaliar qual o conceito de deficiência e renda que fundamentam essas decisões.

---

<sup>7</sup> Estas informações foram obtidas pelo informante-chave.

As ações ordinárias previdenciárias requeridas na Justiça Federal chegam aos juízes federais por duas vias, sendo essas determinadas pelo valor da ação requerida pelo deficiente ao INSS. As ações até 60 salários mínimos são encaminhadas para os Juizados Especiais Federais e as ações superiores ao teto de 60 salários mínimos seguem para a avaliação nas Varas Previdenciárias (TRF/4<sup>a</sup>, 2007; Santos, 2006). As ações relacionadas ao BPC, em sua maioria, são encaminhadas para os Juizados Especiais Federais, pois o valor das causas é inferior a R\$ 22.800,00, referentes a teto. Contudo, algumas ações são julgadas pelos juízes federais que atuam nas Varas Previdenciárias.

Além da diferença referente ao valor da causa, existe outra diferença entre as ações ordinárias previdenciárias que correm nos Juizados Especiais Federais e nas Varas Previdenciárias: a possibilidade de recurso. As ações concessivas deferidas pelas Varas Previdenciárias estão sujeitas a recurso perante o Tribunal Regional Federal (TRF), que no caso desta pesquisa foi o TRF da 4<sup>a</sup> Região. No TRF as ações são analisadas pela Turma que é formada por três Desembargadores Federais, sendo a mesma coordenada pelo membro mais antigo. No caso específico desta pesquisa, as 30 ações levantadas foram julgadas nos Juizados Especiais Federais, uma vez que a maioria das ações referentes ao benefício assistencial (BPC) é encaminhada para essa instância (Santos, 2006).

A escolha das ações ordinárias previdenciárias julgadas especialmente pela Turma da Sucursal da Justiça Federal da 4<sup>a</sup> Região foi influenciada pelo caráter paradigmático de análise e julgamento das ações pelos membros da mesma. Essa Turma é conhecida por aplicar o chamado “direto alternativo” ou “jurisprudência alternativa”, cujo objetivo é a extensão da liberdade do juiz na decisão processual para que o mesmo possa reinterpretar a legislação vigente, com vista a garantir a justiça ideal (Índice Fundamental do Direito, 2007).<sup>8</sup> Em 2004, por exemplo, a Justiça Federal do Rio Grande do Sul estendeu o BPC às pessoas vivendo com HIV/AIDS, isto é, classificando-as como deficientes (Rios, 2004). Essa decisão demonstrou a emergência da discussão sobre a extensão política do conceito de deficiência no Brasil (Squinca, 2005).

As ações ordinárias previdenciárias solicitadas pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS foram escolhidas pelo caráter ímpar da doença. A manifestação clínica do HIV/AIDS é irregular, o que dificulta a classificação dos doentes pela Classificação Internacional de Doença (CID) e, conseqüentemente, a classificação dos mesmos como deficientes, pelos critérios da legislação que rege o BPC. Outro desafio está relacionado ao mercado de

---

<sup>8</sup> Índice Fundamental do Direito (DJI)

trabalho, ou seja, o amplo debate sobre incapacidade para o trabalho e para a vida independente, questões centrais para a elegibilidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS ao benefício. No capítulo terceiro, serão apresentados outros desafios que o HIV/AIDS traz para o debate do conceito de deficiência.

Em relação ao recorte de renda dos requerentes do BPC, em 2002, um juiz federal do Paraná outorgou uma liminar em ação civil pública requerida pelo Ministério Público Federal (MPF) contra a União e o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que solicitava a revisão do valor da renda per capita de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo. A liminar determinava a averiguação das condições socioeconômicas do requerente do BPC e de sua família respectivamente (TRF/4ª, 2007). As contribuições que as decisões da Justiça Federal do Rio Grande do Sul trouxeram para o debate sobre a extensão política do conceito de deficiência no Brasil e sobre o acesso de deficientes pobres ao BPC foram decisivas para que essa pesquisa escolhesse esse lócus para a obtenção dos dados de análise. Além disso, essas contribuições impulsionaram a escolha de 2 das 30 ações ordinárias previdenciárias impetradas na Justiça Federal da 4ª Região, nos anos de 2004 e 2005, nas quais foi discutida a elegibilidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS como deficientes para a concessão do Benefício de BPC.

As ações ordinárias previdenciárias e os dados do *survey* foram analisados à luz do referencial teórico do modelo médico da deficiência e do modelo social da deficiência, com intuito de identificar os fundamentos do conceito de deficiência adotado pelo Judiciário. O modelo social e o modelo médico da deficiência foram escolhidos por serem modelos teóricos que permitem analisar os limites e fundamentos do conceito de deficiência em diversas situações. Cabe lembrar, que a literatura do modelo social da deficiência até a finalização desta dissertação era largamente restrita à língua inglesa.

Não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a Resolução 196/96, uma vez que se trata de um estudo documental, no que tange às ações previdenciárias (Brasil, 1996). Será garantido o sigilo e o anonimato das pessoas envolvidas nos processos, muito embora essa seja uma documentação pública. A respeito do *survey*, é necessário ressaltar que Medeiros, Diniz e Squinca tiveram o projeto “Uma análise do Benefício de Prestação Continuada: Transferência de Renda para a População com Deficiência no Brasil”, aprovado por um comitê de ética em pesquisa. Por fim, antes da realização da pesquisa foram observados os aspectos éticos, com vistas a garantir a proteção e sigilo dos dados obtidos. Além disso, a Justiça Federal da 4ª Região deu a anuência para análise desses casos.

## CAPÍTULO 2

### OS DESAFIOS DO HIV/AIDS

#### 2.1 O perfil da epidemia no Brasil

No começo da década de 1980, foram identificados os primeiros casos clínicos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A doença se caracteriza por uma infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O marco histórico da AIDS no Brasil foi a identificação da doença em um homem portador de sarcoma de *Kaposi*, em 1983 (Sandala & Marques, 2006). Segundo o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS (PN-DST/AIDS), entre 1980 e 2006, foram identificados 433 mil casos de AIDS (Brasil, 2007a). Inicialmente, a AIDS foi denominada de “peste gay” em decorrência de seu perfil epidemiológico - uma doença de homens, homossexuais ou bissexuais, de classe médio-alta, além de pessoas portadoras de hemofilia, que realizavam transfusões de sangue e de usuários de drogas injetáveis. (Carrara & Moraes, 1987; Sandala & Marques, 2006). A maioria dos casos estava relacionada às pessoas que viviam em grandes cidades, em especial, nas Regiões Sudeste e Sul (Sandala & Marques, 2006).

Na região Sul, houve um crescimento expressivo da doença desde o início da epidemia, todavia a incidência se estabilizou a partir de 2003 (Brasil, 2007a). Entre janeiro e junho de 2006, foram notificados por meio no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 13.214 casos de AIDS no Brasil. Desse total, 6664 encontram-se na Região Sudeste, seguidos de 2731 casos na Região Sul. Nesse período, o estado do Rio Grande do Sul foi o que mais registrou casos na Região Sul, 1.461 do total (Brasil, 2007a). Cabe lembrar que esses dados excluem as pessoas que contraíram o vírus HIV e não desenvolveram a doença.<sup>9</sup>

A partir de meados da década de 1990, o perfil da epidemia começou a se modificar, uma vez que a doença foi também identificada em mulheres, negros, jovens, heterossexuais que se declaravam em relação monogâmica e estável, pessoas pobres e com baixa escolaridade e que residem em cidades de médio e pequeno porte (Sandala & Marques, 2006; Guilhem, 2005). Destaca-se que a pobreza tem sido um dos fatores de vulnerabilização do

---

<sup>9</sup> Serão utilizados – pessoas vivendo com HIV/AIDS; portadoras do vírus HIV; doentes de AIDS entre outros termos.

HIV/AIDS – fenômeno denominado “pauperização da epidemia”. Além desse perfil epidemiológico, foi constatado o aumento da epidemia entre as pessoas como 50 anos ou mais, entre os anos de 1996 a 2005. Em 1996, na faixa etária de 50-59 anos foram identificados 18,2% de homens e 6 % de mulheres vivendo com HIV/AIDS, e, em 2005, respectivamente, 29,8% e 17,3%. Já entre as pessoas com mais de 60 anos, houve um aumento expressivo, em especial, entre as mulheres – em 1996 a doença foi notificada em 1,7% e dez anos depois já atingia 4,6% mulheres.<sup>10</sup> Em relação aos homens, o crescimento nesse período foi de 5,9% para 8,8% (Brasil, 2007b).

Em 2001, em virtude do avanço da AIDS no mundo, foi realizada nos Estados Unidos a Sessão Extraordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV e AIDS, em Nova York (UNGASS HIV/AIDS), cujo objetivo foi elaborar respostas à pandemia. Desse encontro, resultou a Declaração de Compromisso sobre HIV e AIDS, documento de referência mundial, que reconheceu que as questões de gênero, raça, étnicas, socioeconômicas, entre outras, são variáveis de vulnerabilização para o contágio do HIV e do desenvolvimento da AIDS (Grangeiro et al..., 2006).

No campo das políticas públicas, as conquistas que a participação da sociedade civil trouxe para as pessoas vivendo com AIDS foram destaques da Declaração de Compromisso sobre HIV e AIDS. A declaração incentivava o controle social das políticas públicas voltadas para a população vivendo com HIV/AIDS. É importante destacar que a participação da sociedade civil tem sido vista como um mecanismo de garantia de acesso ao tratamento, medicamento para doentes e de promoção e prevenção ao HIV/AIDS (Grangeiro et al..., 2006).

Além do controle social por parte da sociedade civil, o monitoramento, por meio de sistema de notificação, foi apontado como um dos mecanismos de acompanhamento da epidemia e das respostas governamentais para a sua contenção (Villela & Veloso, 2006). Com base nesse objetivo foi criado pelo PN-DST/AIDS o “Sistema de Monitoramento de Indicadores” (MONITORAIDS), cujo objetivo é traçar o perfil nacional e regional da epidemia. Todavia, Wilza Villela & José Carlos Veloso ressaltam que os dados produzidos pelo Sistema apresentam algumas lacunas, uma vez que as informações levantadas são agrupadas em categorias, o que dificulta a análise em profundidade (Villela & Veloso, 2006).

Entre as metas estabelecidas na Declaração de Compromisso sobre HIV e AIDS uma diz respeito às crianças e adolescentes órfãos e vulneráveis ao HIV/AIDS. A Declaração

---

<sup>10</sup> Na dissertação serão utilizados dados brutos e porcentagem para apresentar as informações, uma vez que os bancos de dados pesquisados não estão padronizados.

separou as crianças e adolescentes em três categorias, a saber: órfãos vivendo ou não com HIV/AIDS, sendo que um dos pais morreu de AIDS; não-órfãos infectados com HIV ou doente e que tem como cuidadora uma pessoa vivendo com HIV/AIDS; e, por fim as crianças e adolescentes que vivem com HIV/AIDS, entre elas as órfãs e não-órfãs (França-Junior et al..., 2006). Ivan França-Junior et al... assinalam que crianças e adolescentes, na faixa etária de 0 a 18 anos, foram afetados pela pandemia da AIDS, seja por meio da transmissão vertical, pela convivência com os pais, um dos pais ou cuidadora doente ou infectada pelo HIV, assim como pela morte de um dos pais ou de ambos, ou seja, quando ficam órfãos (França-Junior et al..., 2006).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) mostra que são muitos os impactos negativos da epidemia da AIDS na vida de crianças órfãs residentes em países pobres, entre eles, o abandono escolar para o ingressarem no mercado de trabalho, em sua maioria em atividades de alta periculosidade, além da possibilidade de serem explorados sexualmente, tendo em vista a necessidade de auto-subsistência. Por esses motivos, a Declaração mostra a urgência de uma resposta para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes órfãos (França-Junior et al..., 2006). Entre as respostas brasileiras, estão a criação de instituições de apoio às crianças e aos adolescentes expostos ao HIV/AIDS e a oferta de produtos lácteos para substituir o leite materno, tratamento anti-retroviral para mães e filhos infectados, sendo o objetivo desses dois últimos a diminuição da transmissão vertical do vírus HIV (França-Junior et al..., 2006).

No Brasil, a epidemia da AIDS atinge cada vez mais mulheres jovens, vulnerabilizadas pela pobreza e muitas vezes pela questão racial. A feminização da epidemia da AIDS está relacionada à vulnerabilização de crianças e adolescentes pelo HIV/AIDS. Dirce Guilhem, em “Escravas do Risco: Bioética, Mulheres e AIDS”, aponta que os riscos das mulheres à doença estão associados ao chamado comportamento de risco – compartilhamento de objetos perfuro-cortantes contaminados pelo HIV, transfusão de sangue contaminado pelo HIV e relações sexuais com pessoa vivendo com HIV/AIDS sem o uso de camisinha - porém, em sua maioria, são potencializados pelas moralidades relacionadas à conjugalidade, uma vez que o matrimônio é visto como um espaço de segurança no campo dos riscos a infecção pelo HIV (Guilhem, 2000). Em decorrência dessas peculiaridades que desafiam a elaboração, a implementação e o monitoramento das políticas públicas, é que a Declaração e o Compromisso destacam que as desigualdades de gênero tornam as mulheres vulneráveis à doença, ou “escravas do risco” como propõe Guilhem (2000).

Carmen Dora Guimarães (1996) realizou um estudo sobre o avanço da epidemia entre as mulheres, em especial, as de classes populares e em união estável. Nessa pesquisa, Guimarães analisou como as “mulheres de família” – heterossexuais, monogâmicas e de casamentos estáveis – abordavam a questão do HIV/AIDS dentro do matrimônio, isto é, negociavam com seus companheiros (Guimarães, 1996). A autora afirma que a mulher, “só teria dois caminhos para expressar a sua sexualidade: como esposa, mãe e sendo uma ‘mulher de família’ – sexualidade sadia, reprodutora e passiva –, ou como prostituta – sexualidade doentia e ativa” (Guimarães, 1996). Dessa forma, a sexualidade das mulheres chamadas de “família”, em particular a de classes populares, seria controlada por padrões morais e disciplinada pelos homens – parceiros na esfera doméstica em contraste àquelas mulheres que tinham comportamento considerado desviante, isto é as prostitutas, “merecedoras” do HIV/AIDS (Guimarães, 1996).

A questão racial, assim como a feminização, é apontada com uma variável de vulnerabilização para o HIV/AIDS. No entanto, Peter Fry et al..., ao interpretarem os dados e as políticas públicas do Brasil, questionaram se a AIDS teria cor ou raça (Fry et al..., 2007). Segundo os autores as informações apresentadas no boletim epidemiológico do PN-DST/AIDS não seriam suficientes para inferir que a epidemia da AIDS, no Brasil, atinge cada vez mais a população negra, uma vez que as informações são produzidas em um contexto de “inter-relação entre ativismo político e relação com o Estado, que transcendem a área da saúde” (Fry et al..., 2007). As conclusões de Fry et al... sobre a relação do HIV/AIDS com a população negra são semelhantes às que Fry apresentou, ao analisar o contexto sócio-político da anemia falciforme – doença genética de maior prevalência no Brasil, principalmente, em negros e pardos (Fry et al..., 2007). Em ambos os casos, o autor acredita na racialização das políticas públicas, principalmente, da política de saúde, mas esquece a relevância do recorte racial para a implementação e aperfeiçoamento das políticas voltadas para a população negra.

## **2.2 AIDS e Direitos Sociais**

O perfil epidemiológico da AIDS do início da epidemia colocou o tema nas principais pautas de discussões em todo o mundo. Cristina Luci Câmara da Silva ressalta que o perfil da epidemia impulsionou o crescimento das discussões sobre os direitos sociais e civis atrelados à AIDS (Silva, 1998). As principais lideranças do debate sobre os direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS eram as pessoas atingidas pela epidemia, profissionais e pesquisadores, as organizações da sociedade civil, entre elas, os movimentos sociais e as

organizações não-governamentais (ONGs) (Silva, 1998). Segundo, Ximena Pámela Diaz Bermudez e Fernando Seffner esse conjunto de lideranças foi fundamental ao processo de elaboração e execução de respostas à epidemia da AIDS no Brasil (Bermudez & Seffner, 2006). Além disso, as ONGs que trabalhavam com a temática da AIDS, por serem formadas por pessoas infectadas pelo HIV ou doente de AIDS, familiares ou amigos levaram a diminuição das fronteiras entre o público e o privado ao publicizar, durante as reivindicações, o cotidiano das pessoas vivendo com a doença (Silva, 1998).

A respeito da mobilização da sociedade civil pelos direitos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, Maria Lúcia Araújo Sadala e Sílvio de Alencar Marques apontam que as ações foram semelhantes às desenvolvidas nos países ricos, por exemplo:

[...] a intensa mobilização a favor da prevenção, luta pelos direitos dos pacientes e familiares, particularmente a luta contra o preconceito e a favor do acesso ao tratamento como responsabilidade do Estado; assim como o aparelhamento da rede de coleta e distribuição do sangue e derivados, que passaram a ser controlados pelo Estado [...] (Sandala & Marques, 2006).

Por esses fatores, é que o movimento social das pessoas vivendo com AIDS ou das pessoas que lutavam contra a epidemia de AIDS no Brasil é considerado paradigmático na luta pelos direitos sociais e pela elaboração e efetivação de políticas públicas em saúde. Enfatiza-se que no Brasil, o PN-DST/AIDS foi criado em 1986, após o surgimento das primeiras ONGs que trabalhavam com o tema. Entre as ONGs criadas antes do programa, duas merecem destaque: em 1985, em São Paulo foi fundado o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) e, em 1986, mesmo ano de criação do Programa, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), fundada no Rio de Janeiro pelo sociólogo Herbert de Souza (Brasil, 2007a).

Dentre os desafios enfrentados pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS estavam a inserção e a permanência no mercado de trabalho, em decorrência de discriminação, estigma e desconhecimento dos contratantes sobre o vírus e da doença, entre outros fatores. Apesar de discriminação e estigma, Rosa Maria Rodrigues de Oliveira aponta os pontos positivos das ações desenvolvidas pelas ONGs e das pessoas vivendo com HIV/AIDS para minimizar os ônus da estigmatização e do preconceito relacionadas à doença (Oliveira, 2006).

No que tange o HIV/AIDS no mercado de trabalho, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) assinala que a maior parte dos afetados pela epidemia está na faixa etária considerada mais produtiva, isto é, entre 15 e 49 anos (OIT, 2006; OIT, 2004). No Brasil,

Maria Goretti P. Fonseca et al... analisaram os casos de AIDS, na faixa etária de 20 a 49 anos de idade, diagnosticados entre 1987-1998, utilizando a variável ocupação, isto é, participação ativa do mercado de trabalho, nos termos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), como referência da condição sócio-econômica (Fonseca et al..., 2003). Dos 152.252 mil casos de AIDS analisados por Fonseca et al..., 76% das pessoas vivendo com AIDS que estavam ocupadas eram do sexo masculino (Fonseca et al..., 2003). Entre os homens que estavam desocupados destacam-se taxas expressivas de incidência, em praticamente todos os anos examinados, entre os estudantes e aposentados/pensionistas – variação percentual de 18,18%, entre 1991-1998 (Fonseca et al..., 2003). Entre as mulheres, as não ocupadas apresentam maior incidência do que as ocupadas. Entre as mulheres com AIDS que estavam ocupadas, a maioria se dedicava aos “afazeres domésticos” – crescimento anual entre 17% e 22% (Fonseca et al..., 2003).

A OIT reforça que o acesso das pessoas vivendo com HIV/AIDS ao mercado de trabalho é uma questão de direito, em especial, de direitos humanos, embora não tenha nenhum tratado internacional específico a esse respeito (OIT, 2006; 2004). Para tanto, em 2001 foi publicado o “Repertório de recomendações práticas do OIT sobre o HIV/AIDS e o mundo do trabalho”, posteriormente utilizado na fundamentação de outros documentos e legislações (OIT, 2006; 2004). O relatório previa que: 1. o reconhecimento que a AIDS está diretamente e inversamente relacionada ao trabalho, seja em relação ao impacto na produção, ou na contenção da epidemia; 2. a não discriminação e estigmatização das pessoas vivendo com HIV/AIDS; igualdade de Gênero; 3. a garantia de qualidade e segurança no trabalho para não afetar a saúde do trabalhador; 4. o diálogo horizontal entre governo, trabalhadores e empregadores para garantir a elaboração de políticas e programas eficientes para a população atingida pela epidemia; 5. a proibição das triagens para o HIV/AIDS nas seleções para emprego ou dentro da local de trabalho, com exceção dos casos em que se identifique risco de transmissão; 6. a confidencialidade dos dados do trabalhador portador do vírus HIV ou que vive com AIDS; 7. a não demissão do trabalhador portador do HIV e a possibilidade do mesmo continuar exercendo as atividades enquanto tiver condições, isto é, segundo uma avaliação médica; 8. as ações voltadas para a prevenção no ambiente de trabalho; 9. a assistência e apoio, em especial, nos serviços de saúde previdenciário. No entanto, o relatório deixou uma lacuna, pois não apontou a relevância do direito à assistência social e de suas respectivas políticas públicas – uma das principais demandas das pessoas afetadas pela epidemia da AIDS (OIT, 2006; 2004).

Roger Raupp Rios sugere uma reflexão sobre a concretização do direito perante a epidemia do HIV/AIDS, em específico, sobre as práticas dos operadores jurídicos – juízes, promotores, delegados, professores e estudantes do curso de direito. O autor parte da hipótese que “a resposta jurídica à epidemia de AIDS é original e inovadora na tradição do direito brasileiro, considerada sua efetividade enquanto instrumento de intervenção social” (Rios, 2003). A originalidade da resposta jurídica pauta-se na legislação universalista e favorável ao combate de uma epidemia que resultou em diferentes manifestações de atos discriminatórios, por estar impregnada de estigmas e estereótipos.

A reflexão de Rios leva em consideração as conquistas legislativas para as pessoas vivendo com HIV/AIDS (Rios, 2003). No Brasil, antes da aprovação da Constituição Federal de 1988, foi aprovada em setembro do mesmo ano a Lei nº. 7.670 que estendeu aos portadores do vírus HIV e as pessoas vivendo com AIDS os benefícios, a saber: licença para tratamento de saúde; aposentadoria; reforma militar; pensão; auxílio-doença; liberação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do Programa de Integração Social/ Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP) (Brasil, 1998). A Lei nº. 7.670 foi a primeira e uma grande conquista no campo do direito ao trabalho para as pessoas vivendo com HIV/AIDS (Brasil, 1998).

Em 1990, a Lei nº. 8.112, que dispõe sobre os servidores públicos federais, garante a aposentadoria por invalidez aos servidores com AIDS (Brasil, 1998; Brasil, 1990). Já em 1991, a Lei nº. 8.213 que trata dos Planos de Benefícios da Previdência Social ratifica a garantia ao auxílio doença e a aposentadoria por invalidez aos contribuintes da previdência social que forem acometidos por algumas doenças, entre elas, a AIDS (Brasil, 1998). Por último, a Lei nº. 9.313, de 1996 que garante a distribuição gratuita, no Sistema Público de Saúde (SUS), de toda a medicação necessária para o tratamento da AIDS (Brasil, 1998). Essa lei é considerada uma das maiores respostas brasileira ao avanço da epidemia de AIDS, assim como um dos mecanismos de garantia do direito à saúde aos portadores do HIV e doentes de AIDS (Brasil, 1998). Rios aponta que a criação da Lei nº. 9.313, de 1996 está diretamente relacionada aos traços normativos do direito à saúde. – primeiro por se tratar de um direito fundamental social e, segundo, por ser um direito social de natureza prestacional, isto é, o Estado deve garantir aos cidadãos bens e serviços (Brasil, 2003). Enfatiza-se que o programa brasileiro de prevenção à AIDS é referência mundial, em especial, pela quebra de patente dos remédios que compõem o tratamento da população vivendo com HIV/AIDS.

### 2.3 AIDS e Trabalho

A discussão sobre o mercado de trabalho para as pessoas vivendo com HIV/AIDS abre espaço para uma discussão sobre incapacidade para o trabalho e vida independente. Ambos os termos estão diretamente relacionados Benefício de Prestação Continuada (BPC), benefício de assistência social regulamentado em 1993 para garantir um salário mínimo para idosos e para deficientes (Brasil, 1993). Todavia, portadores de doenças crônicas, genéticas, infecciosas como, por exemplo, a AIDS passaram a solicitar o BPC pelo critério de deficiência, ou seja, incapaz para o trabalho e para a vida independente, nos termos da lei que rege o benefício (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006; Brasil, 1999). Essas novas demandas mostraram a necessidade de discussões sobre o conceito de deficiência utilizado como parâmetro para a elegibilidade dos beneficiários. Além disso, a demanda imprimiu um desafio para os gestores e executores do BPC (médicos-peritos), pois assinalou existência de uma linha tênue entre doença e deficiência (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

Um estudo do PN-DST/AIDS mostrou que dos 20 milhões de benefícios pagos pelo INSS, 0,1% eram para portadores do HIV (Brasil, 2007a). O PN-DST/AIDS analisou 44.870 benefícios concedidos a pacientes com AIDS e concluiu que 24,9% eram referentes à aposentadoria; 37,5% correspondiam a auxílio doença e 20,8% ao BPC. Além disso, a pesquisa constatou que o BPC aumentou 18 vezes se comparado à aposentadoria e o auxílio doença (Brasil, 2007a). Segundo o Ministério da Previdência Social (MPS), de 1996 a 2006 foram concedidos cerca de 59 mil BPC para as pessoas vivendo com HIV/AIDS (MPS, 2007). Atualmente, na Câmara dos Deputados tramita o Projeto de Lei nº. 406 de 2003 que estende o BPC as pessoas vivendo com HIV/AIDS (Medeiros; Diniz; Squinca; PL n ° 406/ 2003). O projeto que tramita há quatro anos e ficou arquivado de 2003 até o mês de janeiro de 2007.

A necessidade de definir os critérios de elegibilidade dos benefícios previdenciários ou de assistência social levou o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a elaborar e publicar várias resoluções (Brasil, 2002). Dentre elas, em 2002, após a avaliação técnica realizada por membros das áreas de Perícia Médica da Coordenação-Geral de Benefícios por Incapacidade, da Diretoria de Benefícios, e da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, do Ministério da Saúde, o INSS publicou a Resolução nº. 89, que aprovou a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa para fins de Benefícios Previdenciários em HIV/AIDS (Brasil, 2002). Dentre as informações apresentadas na norma, a definição de casos de AIDS merece destaque.

No Brasil, a definição de caso de AIDS para fins de notificação e vigilância epidemiológica considera como caso de AIDS os indivíduo com idade maior ou igual a 13

anos que apresente proeminência laboratorial de contaminação pelo HIV, seja ela sorológica ou virológica (Brasil, 2003). Além disso, os indivíduos comprovadamente identificados como portadores do HIV que somarem no mínimo 10 pontos de acordo com a escala de sinais, sintomas ou doenças como as descritas na tabela abaixo (tabela 1):

**Tabela 1 - Critérios para definição de caso de AIDS. Rio de Janeiro/Caracas – 1992.**

<b>SINAIS / SINTOMAS / DOENÇAS</b>	<b>PONTOS</b>
<b>Sarcoma de Kaposi</b>	10
<b>Tuberculose disseminada</b> /extrapulmonar/pulmonar não cavitária	10
<b>Candidíase oral</b> ou <b>leucoplasia pilosa</b>	5
<b>Tuberculose pulmonar</b> cavitária ou não especificada	5
<b>Herpes zoster</b> em indivíduo com até 60 anos de idade	5
<b>Disfunção</b> do sistema nervoso central	5
<b>Diarréia</b> por um período igual ou superior a 1 mês	2
<b>Febre</b> igual ou superior a 38° C, por um período igual ou superior a 1 mês	2
<b>Caquexia</b> ou perda de peso corporal superior a 10%	2
<b>Astenia</b> por um período igual ou superior a 1 mês	2
<b>Dermatite</b> persistente	2
<b>Anemia</b> e/ou <b>linfopenia</b> e/ou <b>trombocitopenia</b>	2
<b>Tosse persistente</b> ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose)	2
Fonte: Ministério da Saúde	

Essa definição de caso de AIDS adotado pela Norma Técnica do INSS segue o Critério Rio de Janeiro/Caracas, isto é, os critérios definidos em 1992 na cidade de Caracas, na Venezuela, após a discussão de especialistas iniciadas no Rio de Janeiro sobre a identificação clínica de sinais, sintomas e doenças relacionadas à AIDS para a sua constatação (Brasil, 2002; Brasil, 2003). Para tanto, cabe lembrar que a primeira definição de caso de AIDS, tendo em vista a vigilância epidemiologia do Brasil, seguiu *Centers for Disease Control* (CDC) dos Estados Unidos, publicado em 1982 e revisado em 1987 e 1993 (Brasil, 2002; Brasil, 2003). A definição de caso de AIDS do CDC era pautada na identificação do vírus HIV e na manifestação de doenças relacionadas com a imunidade ou mesmo de imunodeficiência. Enfim, essa definição do CDC americano serviu de parâmetro para o Ministério da Saúde Brasileiro elaborar o chamado Critério CDC Modificado, este posteriormente, utilizado em conjunto com o Critério Rio de Janeiro/Caracas para a identificação de casos de AIDS (Brasil, 2003).

Outro desafio é a catalogação da AIDS pela Classificação Internacional de Doença (CID), cujo objetivo é criar parâmetros de comparação internacional entre duas variáveis, a

morbidade e a mortalidade (Buchalla et al..., 1996). A CID, com o intuito de incorporar as novas descobertas científicas, é revisada periodicamente. Em 1990, ela foi revisada pela décima vez, o que lhe atribuiu a denominação CID 10, usada até hoje para referenciá-la. A AIDS, por exemplo, foi mencionada pela primeira vez em 1975, na nona revisão, porém não foi incluída em nenhuma categoria específica devido seu caráter emergente (Buchalla et al..., 1996). Somente a partir da década de 1980, é que a AIDS recebeu o código 279.1, correspondente à “deficiência de imunidade celular” (Buchalla et al..., 1996).

Para tanto, segundo Buchalla et al... classificar a AIDS, ou seja, uma doença infecciosa causada por retrovírus, nesse grupo era um equívoco, uma vez que a categoria 279 abarcava doenças endócrina, nutricionais, metabólicas, entre outras (Buchalla et al..., 1996). Em 1986, nos Estados Unidos, foram criados códigos 042, 043, 044 dentro do grupo de doenças infecciosas e parasitárias para a infecção pelo HIV e respectivas manifestações (Buchalla et al..., 1996). Esses novos códigos atribuídos a infecção pelo HIV nos Estados Unidos e, posteriormente, pelo Canadá era diferente do resto do mundo que ainda codificava a AIDS em 279.1, o que desvirtuava os objetivos da CID, permitir a comparação da morbidade e mortalidade da doença (Buchalla et al..., 1996).

Entretanto, a CID 10 a partir de 1990 designou cinco categorias, de B20 a B24 para as doenças pelo HIV. A particularidade desses códigos é que eles contemplam algumas doenças oportunistas relacionadas à AIDS (Buchalla et al..., 1996). Além disso, o código B24 é específico para catalogar a AIDS não especificada, ou seja, sem a manifestação de nenhuma doença – AIDS com sarcoma de Kaposi ou AIDS com pneumonia, por exemplo (Buchalla et al..., 1996). Existe ainda no CID 10 o código Z21 para codificar o “estado de infecção assintomático do HIV”, o código R75 para apontar “evidência laboratorial do HIV” ou Z20 para codificar “contato com exposição ao HIV”, entre outros (Buchalla et al..., 1996).

A respeito dessa gama de códigos Buchalla et al... ressaltam a utilização de códigos múltiplos para determinar os casos de AIDS, uma vez que na maioria dos casos os pacientes apresentam manifestações de outras doenças (Buchalla et al..., 1996). Além disso, os autores, após analisar 1278 casos notificados em 1994 de acordo com o Critério CDC Modificado e Critério do Rio de Janeiro/Caracas, constataram que 53,8% dos casos de AIDS estão associados à candidíase – B20.4 do CID 10; em 16,7% dos casos a AIDS estava associada a tuberculose pulmonar e 14,6% a tuberculose disseminada – ambos codificados no CID 10 como B20.2; o sarcoma de kaposi foi relacionado a AIDS em 5,2 % dos casos de AIDS notificados – B21.0 no CID 10; e, por fim, herpes zoster identificada em 5,0% dos casos de AIDS no período da pesquisa – B20.3 código atribuído no CID10 (Buchalla et al...,

1996).Tendo em vista a história da AIDS, isto é, a participação da sociedade civil, a dificuldade de identificar um caso de AIDS ou mesmo de atribuir à doença códigos nas Classificações Internacionais de Doença que permitam comparar a situação da epidemia em âmbito internacional, a resposta brasileira à epidemia é o que imprime a AIDS um caráter paradigmático se comparada às outras doenças (Buchalla et al..., 1996).

## CAPÍTULO 3

### A DEFICIÊNCIA

#### 3.1 Conceitos de Deficiência

Vários estudos mostram que não existe um consenso sobre a melhor denominação para se referir à população deficiente (Diniz, 2007; Chagas, 2006; Medeiros; Diniz; Squinca, 2006). Ana Maria de Resende Chagas aponta que durante o século vinte foram usados os seguintes termos: “inválidos, incapacitados ou incapazes, defeituosos, deficientes ou excepcionais, pessoas com deficiência, pessoas portadoras de deficiência ou portadores de deficiência, pessoas com necessidades especiais ou portadores de necessidades especiais e pessoa com deficiência” (Chagas, 2006). Para autora “pessoa com deficiência” é o termo mais apropriado, uma vez que os outros termos centram-se na deficiência e não na pessoa, isto é, “pessoa com deficiência” expressaria a desvantagem sem qualificá-la (Chagas, 2006).

Chagas assinala os limites de algumas terminologias. O termo “pessoa portadora de deficiência” infere que a pessoa é portadora de deficiência transitória, isto é, que ela pode abandoná-la sempre que tiver vontade. Já o termo “pessoa com necessidade especial”, mesmo sendo uma tentativa política de suavizar a deficiência, é considerado um termo inadequado para se referir à população deficiente, afinal, todas as pessoas precisam de cuidados especiais em algum momento da vida (Chagas, 2006). Em relação a esse último termo pode-se citar o caso das mulheres grávidas que solicitam aos organizadores de concursos públicos “sala especial” ou “cadeiras especiais” para realização das provas (Diniz, 2007).

Ainda sobre a terminologia, Debora Diniz ressalta o posicionamento dos primeiros estudiosos do modelo social da deficiência que consideram que a linguagem utilizada “...estava carregada de violência e de eufemismo discriminatório...” (Diniz, 2007). Em outras palavras, pode-se dizer que essas terminologias ao tentarem atenuar os valores negativos dos conceitos para se referir à população deficiente acabaram agregando outras conotações e valores também discriminatórios. Assim como Chagas, Diniz aponta os termos considerados mais adequados – pessoa deficiente, pessoa com deficiência e deficiente. Segundo Diniz, “deficiente” é politicamente mais expressivo que “pessoa com deficiência” (Diniz, 2007). A redescrição terminológica no campo da deficiência foi considerada um mecanismo para “abalar a autoridade discursiva dos saberes biomédicos e promover a autoridade da experiência vivida pelo corpo deficiente no debate acadêmico” (Diniz, 2007). Tendo em vista esta concepção, vários estudiosos do tema da deficiência optaram por “deficiente”, assim como os estudiosos sobre raça que optaram por “negros”. Dentre os campos que optaram por

utilizar os termos “deficiente” e “negro” estão os campos dos estudos culturais e de identidade (Diniz, 2007). Esse estudo usará indiscriminadamente as diversas expressões apresentadas por Chagas e Diniz para abordar o tema da deficiência (Chagas, 2006; Diniz, 2007).

### 3.2 Modelo Social da Deficiência

Na década de 1970, emergiram no Reino Unido e nos Estados Unidos, o que ficou conhecido como modelo social da deficiência (Diniz, 2007). Nesse período, surge a Liga de Lesados Físicos Contra a Segregação (UPIAS), primeiro grupo de pesquisadores da deficiência – homens institucionalizados com lesão medular, formados em Sociologia. Inspirado na teoria marxista, esse grupo estabeleceu como tese política a idéia de que havia uma diferença entre o corpo lesado e a experiência social da deficiência, uma vez que:

[...] a lesão seria a ausência parcial ou total de um membro, ou membro, organismo ou mecanismo corporal defeituoso e a deficiência a desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea que pouco ou nada considera aqueles que possuem lesões físicas e os exclui das principais atividades da vida social [...] (Diniz, 2007).

Nesse sentido, Diniz destaca que a lesão na perspectiva do modelo social da deficiência, tal como o sexo no debate feminista, seria um aspecto da biologia humana. Enquanto, a deficiência, tal como o gênero no debate feminista, seria dotado de simbologia, a partir da experiência da opressão e da discriminação social (Diniz, 2007).

A UPIAS tinha três objetivos, a saber: O primeiro seria mostrar que o indivíduo poderia ter lesões, mas não experimentar deficiência. Neste caso, o indivíduo com lesão só experimentaria da deficiência se a sociedade em que ele está inserido não fosse sensível a sua diversidade corporal, isto é, não fosse capaz de fazer ajustes sociais, arquitetônicos, sociais, políticas e morais (Diniz, 2007). Por exemplo, um indivíduo com lesão física que utiliza cadeira de rodas que não tem rampas de acesso experimenta da deficiência, uma vez que a sociedade não fez ajustes sociais (colocou rampas) para atender a variedade corporal causada pela lesão física.

O segundo objetivo era retirar a deficiência da supremacia dos discursos biomédicos e colocá-la como uma questão prioritária para a Sociologia e a Política (Diniz, 2007). A UPIAS atribuiu aos seus representantes inseridos no meio acadêmico a tarefa de estruturar um discurso alternativo ao biomédico (Diniz, 2007). Na busca desse discurso alternativo, os

representantes da UPIAS descreveram a lesão como expressão da diversidade corporal humana – tese norteadora do modelo social da deficiência. Por fim, o terceiro e último objetivo da UPIAS era inserir a perspectiva sociológica como um dos instrumentos de análise e compreensão da experiência da deficiência, assim como isentar o indivíduo e suas respectivas lesões corporais das responsabilidades pela exclusão social e segregação social. Ou seja, mostrar que as causas da opressão estavam situadas em sociedades pouco sensíveis a diversidade corporal humana (Diniz, 2007).

Os representantes da UPIAS, assim como, posteriormente, os teóricos do modelo social da deficiência, ao afirmarem que as respostas para a segregação e para a opressão estariam na Política e na Sociologia, ao invés da Biomedicina, não estavam abandonando os benefícios propiciados pelos avanços biomédicos para o tratamento do corpo com lesões (Diniz, 2007). No auge dessa divisão de fronteiras disciplinares, mais exatamente em 1980, foi lançada a “International Classification of Impairment, Disability and Handicap”, cujo objetivo era definir as deficiências e quem são os deficientes (Diniz, 2007). Nessa classificação foi apresentado um modelo com três vias para entender a deficiência – 1. lesão; 2. deficiência; e 3. restrições sociais em torno da deficiência. Para tanto, o modelo social da deficiência apontou vários desafios ao analisar esse catálogo, em especial, o uso do termo handicap (chapéu na mão) por ser considerado pejorativo para os deficientes, uma vez que dava a idéia de pedintes (Diniz, 2007). Essa Classificação influenciada pelos argumentos dos teóricos do modelo social da deficiência serviu de parâmetro para a elaboração da Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF), de 2001 (Diniz; 2007; OMS, 2001; Diniz; Medeiros; Squinca, 2007b).

O modelo social da deficiência negava a idéia da opressão como inerente ao corpo com lesão, diferentemente, do modelo médico da deficiência que acreditava na existência de uma relação diretamente proporcional entre lesão e deficiência (Diniz, 2007). Ou seja, por um lado o modelo médico da deficiência considerava que o corpo lesado é o único responsável pela exclusão social do indivíduo das atividades laborativas. Por outro lado, o modelo social da deficiência, norteador pela teoria marxista, descrevia a deficiência como uma experiência da opressão da variedade corporal resultante de uma sociedade discriminatória e opressiva. A sociedade da concepção marxista na qual o modelo social da deficiência se fundamenta seria aquela pautada por um ideal de indivíduo produtivo, enfim sem lesão (Diniz, 2007).

Os teóricos do modelo social da deficiência ao considerarem que “a discriminação pela deficiência é uma forma de opressão social” visavam ampliar o espaço de luta política em favor de mecanismo de justiça para a população deficiente e, ainda, mostrar que os

indivíduos com diversidade corporal (cada indivíduo poderia ter uma lesão), estavam unidos pela experiência da desigualdade social (Diniz, 2007). Para Diniz, esse argumento expressa o pressuposto teórico e político que aproxima o debate da deficiência do feminismo, pois ambos visam combater a desigualdade e opressão contra grupos vulneráveis (Diniz, 2007). Assim como nos estudos feministas, teoria e política estiveram próximas nos estudos de deficiência.

Os estudos feministas trouxeram novas perspectivas para o modelo social da deficiência, tais como as discussões sobre o cuidado e a interdependência (Diniz, 2007). Para as teóricas feministas, os limites apenas colocados pelo social não eram suficientes para atender as diferentes necessidades dos deficientes. As principais reivindicações estavam no campo da independência que tinha como parâmetro normativo os indivíduos não-deficientes, em especial, aqueles em idade laborativa (Diniz, 2007). Por meio dessas reivindicações, pode-se observar que o modelo social da deficiência apenas reforçava o ideal de sujeito produtivo das sociedades centradas no trabalho, a fim de garantir a inclusão das pessoas deficientes nessa lógica.

A centralidade da independência na luta política do modelo social da deficiência para as teóricas feministas era tão excludente quanto as limitações sociais, uma vez que deixava à margem as pessoas portadoras de lesões graves, que jamais seriam produtivas para exercer atividades laborativas, assim como, independentes de cuidados, mesmo que fossem realizados ilimitados ajustes sociais (Diniz, 2007). O caminho apontado pelas teóricas feministas foi o princípio de bem-estar entrelaçados ao princípio da interdependência pela deficiência e, não a lógica produtiva e individualista defendido pelo modelo social da deficiência.

A ausência desse debate sobre interdependência trazido pelas teóricas feministas pode ser constatada nos primeiros estudos dos teóricos do modelo social da deficiência. Para tanto, o movimento feminista como o deficiente foi criticado por desconsiderar a diversidade corporal, social e moral de seus membros. Essa lacuna tanto no movimento feminista quanto no movimento de deficientes remete aos estudos Judith Butler, que atenta para o equívoco que seria cometido, caso as mulheres fossem consideradas produtos de uma categoria imutável, ou a partir de uma analogia, a um cabide onde todas seriam postas como peças semelhantes, desconsiderando, assim, as especificidades de cada uma delas (Butler, 2003). Ou seja, neste sentido, não é possível falar dos deficientes e quem são os deficientes, partido de uma concepção homogênea, como se todos fossem iguais e tivessem as mesmas necessidades, pois seria negada a existência de uma diversidade corporal ao justificar a opressão dos corpos por meio da noção de natureza.

Ao trazer os segredos do espaço privado dos deficientes – dor, sofrimento, cuidado, limites do corpo para as atividades cotidianas – para esfera pública as teóricas feministas retiraram do indivíduo a responsabilidade pela “loteria do azar” que lhe imprimiu a lesão (Diniz, 2007). Nesse sentido, o privado se transforma em um espaço político de negociação e as discussões sobre cuidado e dependência ganham espaço dentro do debate da deficiência. Para Eva Kittay a dependência é condição humana para se estar no mundo, uma vez que “todos são filhos de uma mãe”, ou seja, em algum momento de suas vidas dependeram ou foram cuidados por alguém para sobreviver (Kittay, 1999). Assim, a condição humana é a interdependência que garante a vida coletiva.

O cuidado, na maioria das situações, seja ele de crianças, idosos, doentes e deficientes são realizados por mulheres. O ato do cuidado tornou-se um atributo feminino por meio da construção social do papel sócio-cultural da mulher o que fez com a mesma fosse exercer o cuidado para além do espaço privado da família. Kittay descreve o trabalho como “trabalho para a dependência”, isto é, o trabalho que na maioria das vezes não está inserido na lógica do mercado, ou seja, não é remunerado e nem está enquadrado como profissão (Kittay, 1999). A autora, cuidadora de uma filha com paralisia cerebral grave, considera o cuidado como um princípio ético, uma vez que ninguém pode escapar da dependência de terceiros (Diniz, 2007; Kittay, 1999). Para tanto, Kittay analisa a concepção liberal de que a sociedade é composta de iguais, como por exemplo, de John Rawls, e apresenta a chamada “crítica da igualdade de dependência”, em que enfatiza que as assimetrias inerentes da condição humana são mascaradas e não deixa emergir a desigualdade de poder entre cuidadora e a pessoa que necessita de cuidados (Kittay, 1999; Rawls, 1997).

Assim, o único mecanismo capaz de diminuir as assimetrias de poder entre a responsável pelo cuidado e aquele que necessita do cuidado, em especial, os deficientes, é o reconhecimento que o cuidado é uma obrigação coletiva (Kittay, 1999; Diniz, 2007). Nesse sentido, Kittay enfatiza que:

[...] a cada um de acordo com a sua necessidade para o cuidado, de cada um de acordo com sua capacidade para o cuidado, e suporte das instituições sociais para a promoção de recursos e oportunidades para as pessoas responsáveis pelo cuidado, de modo que todos sejam atendidos adequadamente nas relações que estão sustentando [...] (Kittay, 1999).

Ou seja, a melhor saída para a desigualdade de poder entre as pessoas envolvidas no ato de cuidar é a valorização do trabalho para dependência por meio da construção de um

projeto de justiça pautado um acordo coletivo sobre o dever moral do cuidado, uma vez que ele a interdependência é o combustível para a sobrevivência humana.

### **3.3 Deficiência em números**

Para Diniz, Squinca e Medeiros, a deficiência remete à idéia de variação de alguma característica corporal ou habilidade qualificada como lesão ou restrição (Diniz; Squinca; Medeiros, 2006). Por esse motivo, pode-se se dizer que são vários os desafios a serem enfrentados para definir a população deficiente (Diniz; Squinca; Medeiros, 2006). Essa dificuldade pode ser exemplificada a partir dos dados do Censo Demográfico de 1991 e de 2000. Segundo o Censo realizado em 1991, 1,14% da população era deficiente. O Censo de 2000, por sua vez, apresentou uma mudança significativa – 14,5% da população brasileira é deficiente (IBGE, 2000; IBGE, 1991; Diniz; Squinca; Medeiros; 2006). A diferença é resultado da modificação no instrumento de identificação de deficientes, isto é, da incorporação de novas perguntas para mensurar a relação entre a lesão da pessoa com a funcionalidade para o trabalho e vida cotidiana e contexto social no qual a mesma está inserida (Diniz; Squinca; Medeiros; 2006). De certa forma, pode-se concluir que a inclusão dessas questões buscou verificar a sensibilidade do contexto social, por meio da possibilidade de fazer ajustes arquitetônicos, sociais, políticos e morais para atender as mais diversas demandas dos deficientes (Diniz; Squinca; Medeiros; 2006).

Segundo o Censo de 2000, existem 24,6 milhões de deficientes. Destes 19,8 milhões estão domiciliados em áreas urbanas e 4,8 milhões na área rural (IBGE, 2000; Chagas, 2006; Neri et al..., 2003). Chagas chama a atenção para uma das informações censitárias de 2000: o local de domicílio dos deficientes – 56,6% dos deficientes residem em instituições de longa permanência, orfanatos, hospitais e conventos (IBGE, 2000; Chagas, 2006; Neri et al..., 2003). Ou seja, grande parte dos deficientes brasileiros encontra-se institucionalizado, e, conseqüentemente, são dependentes dos cuidados de terceiros.

De acordo com o Censo 2000, a distribuição das lesões na população é a seguinte: 67,68% Visual; 37,08% Física ou Motora (tetraplegia, paraplegia, hemiplegia permanente e falta de membro ou de parte dele); 23,34% Auditiva; e 11,53% Deficiência Mental (IBGE, 2000; Chagas, 2006; Neri et al..., 2003). Além disso, uma das constatações do Censo é que 16,6 milhões pessoas, em sua maioria mulheres, declaram ter dificuldade visual permanente, mesmo com o auxílio de óculos (IBGE, 2000; Chagas, 2006). Esse último dado nos remete ao debate que aproxima o envelhecimento da deficiência apresentado por Medeiros & Diniz (2004). Para os autores o que está em questão é “a idéia de que a experiência da deficiência

faz ou fará parte da vida de uma grande quantidade de pessoas torna-a um tema de pauta não mais limitado aos movimentos de deficientes, mas de todos os movimentos sociais igualitaristas” (Medeiros & Diniz, 2004). Nesse sentido, pode-se inferir que haverá um aumento da população deficiente com o envelhecimento populacional. Tal fenômeno por ser explicado pelo seguinte raciocínio: em decorrência da idade, os idosos provavelmente apresentarão dificuldades na execução das funções ou habilidades corporais. Ou seja, apresentarão uma restrição de funcionalidade que poderá ser catalogada como deficiência. Um exemplo é a dificuldade de enxergar, classificada como deficiência pelo Censo.

Na distribuição por grupo etário, o Censo constatou que dos 14,5% estavam 8,78% de crianças entre 0 e 14 anos; 14,6% de pessoas com idade entre 15 e 29 anos; 47,2 % no grupo etário de 30 a 59 anos; e 29,3% de pessoa com mais de 60 anos, ou seja, idosos segundo o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003; IBGE, 2000; Chagas, 2006; Neri et al..., 2003). Esse dado sugere que a maior parte dos deficientes encontra-se em idade produtiva, isto é, entre 18 e 65 anos. Em relação ao trabalho, o Censo apontou que dos 24,6 milhões de deficientes, em torno de 9 milhões de deficientes encontram-se no mercado de trabalho. Uma das conclusões do Censo ao analisar mercado de trabalho e deficiência foi a dificuldade dos deficientes mentais no ingresso no mercado de trabalho (IBGE, 2000; Chagas, 2006; Neri et al..., 2003). Das pessoas que declararam apresentar deficiência mental permanente apenas 19,3% estão inseridas no mercado de trabalho. No que diz respeito à inserção de pessoas que apresentam outras deficiências os dados censitários identificaram que 40,8% das pessoas com dificuldade para enxergar, 34,0% com dificuldade de audição e 24,8% com alguma incapacidade física ou motora estavam ocupados (IBGE, 2000; Chagas, 2006; Neri et al..., 2003).

Atrelada à inserção dos deficientes no mercado de trabalho está o acesso dessa população à educação. O Censo de 2000 constatou que 71,9% de deficientes com mais de 5 anos eram alfabetizados (IBGE, 2000; Chagas, 2006; Neri et al..., 2003). Um dado expressivo é a inserção dos deficientes no ensino superior, o Censo da Educação Superior de 2005 concluiu que entre 2000 e 2005 aumentou 179,4% o número de alunos portadores de deficiências e necessidades especiais nas universidades brasileiras. A distribuição dos 6.022 deficientes matriculados no ensino superior, a saber: 33,8 % deficiência física; 29,1% deficiência visual; 20,6% deficiência auditiva; 5% com altas habilidades; 4,9% outras necessidades; 4,7% condutas típicas 4,5% deficiência múltiplas; e 1,9% deficiência mental (IBGE, 2000; Brasil, 2007b). Os dados do Censo da Educação Superior, assim como os dados do Censo Demográfico de 2000 sobre os deficientes ocupados mostram que as pessoas com

deficiência mental têm pouco acesso ao mercado de trabalho e a educação (IBGE, 2000; Brasil, 2007b).

Chagas apresenta dois dados importantes sobre os rendimentos da população deficiente: 1. a diferença entre a população não deficiente (44,5%) e a população deficiente (31%) em relação a não possuir renda é influenciada pela possibilidade da segunda receber benefícios – Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Renda Mensal Vitalícia (RMV). A autora afirma que “1,5 milhão de pessoas com deficiência recebe hoje os benefícios” o que implicam na predominância de deficientes com rendimentos até um salário mínimo; 2. A origem dos rendimentos dos deficientes. Os rendimentos dos deficientes, na maioria das vezes, não são resultantes de trabalhos, mas sim de “aluguéis, doações, pensões, aposentadorias e renda assistenciais” (Chagas, 2006). Ou seja, pode-se inferir que boa parte da população deficiente brasileira vive em condições de risco social, se for considerada a renda mensal média que é de um salário mínimo – atualmente R\$380,00.

### **3.4 Deficiência e Benefício de Prestação Continuada**

Definir quem é deficiente é uma tarefa difícil, porém de suma importância para a elaboração, implementação de políticas públicas para essa população, em especial para a elegibilidade da pessoa ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). A definição de deficiência do BPC desde a criação do programa passou por várias alterações. Inicialmente era válida a definição de deficiência presente no Decreto nº. 1.774, de 1995 que considerava como elegível a pessoa “incapacitada para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho” (Brasil, 1995). Em 1999, o Decreto foi revogado e substituído pelo Decreto nº. 3.298, que regulamenta a Lei nº 7.853 que versa sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil, 1989; Brasil, 1999). O decreto, válido até hoje, considera que “deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”. (Brasil, 1989; Brasil, 1999).

A definição de deficiência mental do Decreto nº. 3.298 apresenta vários desafios a respeito dos termos “normal” e “normalidade”, como apontam Medeiros, Diniz e Squinca. Segundo o decreto, deficiência mental é:

“o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho” (Brasil, 1999)

A respeito dessa definição, Medeiros, Diniz e Squinca apontam que a dificuldade de definir a deficiência mental por critérios objetivos e universais remete a necessidade de uma vasta revisão dos termos "normal" e "patológicos", pelo chamado modelo médico da deficiência (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006). Medeiros, Diniz e Squinca também ressaltam que utilizar o termo “significativamente inferior à média” é ambíguo, pois dificilmente um teste será capaz de apontar quais as habilidades e capacidades cognitivas e mentais mais adequadas para um indivíduo, principalmente porque existe uma grande confusão sobre as noções de “média” e “normalidade”. A normalidade é um julgamento moral sobre noções, padrões de bem viver ou tipos de humanos ideais (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006) Isto é, a noção de normal sempre parte de um parâmetro para aplicação do valor moral do anormal. Todavia, os autores enfatizam que não é possível afirmar que essa confusão entre “normal” e “média” esteve por trás do decreto de 1999, ainda que seja essa uma adaptação conceitual muito freqüente no discurso do modelo médico da deficiência (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006)

Segundo Medeiros, Diniz e Squinca, o grupo ministerial responsável por discutir questões relativas ao BPC planeja um documento para substituir a definição de deficiência prevista no Decreto nº. 3298 de 1999, em consonância à Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF), de 2001. Para a CIF, “as deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo com um desvio importante ou perda” (Brasil, 1999; OMS, 2001; Medeiros; Diniz; Squinca, 2006) O objetivo da CIF é proporcionar uma linguagem homogênea e padronizada como um modelo de descrição da saúde e dos aspectos relacionados à mesma (OMS, 2001).

Para isso, a CIF definiu incapacidade como “...um problema de relações sociais e não simplesmente de condições médica...”, ou seja, a interação entre as condições sócio-econômicas, culturais e morais com os aspectos biomédicos que cercam a vida dos deficientes (OMS, 2001; Farias & Buchalla; 2005) Nesse sentido, Norma Farias e Cássia Maria Buchalla afirmam que a CIF substitui o caráter negativo da deficiência e da incapacidade por caráter positivo, ao considerar a inserção e a participação do indivíduo com restrição de funcionalidade no contexto social (Farias & Buchalla; 2005; Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

## CAPÍTULO 4

### HIV/AIDS, DEFICIÊNCIA E BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

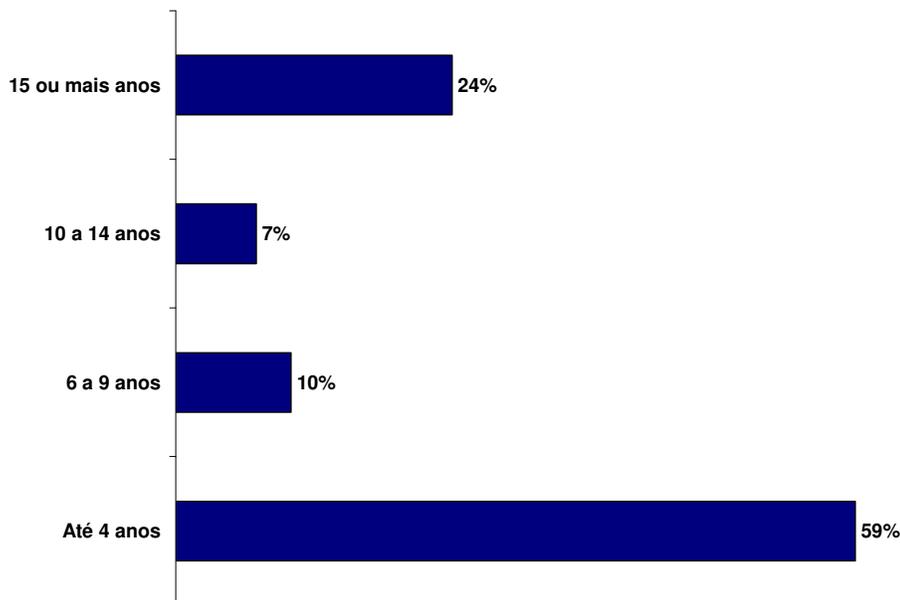
#### 4.1 Survey

##### 4.1.1 Perfil dos médicos-peritos

O *survey* recebeu 483 respostas de médicos-peritos do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Considerando uma amostra aleatória, com uma probabilidade de confiança de 95% e variância máxima, o erro máximo da pesquisa é de 0,04%. Segundo a variável gênero, 72% dos médicos-peritos que responderam à pesquisa são do sexo masculino e 28% do sexo feminino. A idade média dos peritos é de aproximadamente 45 anos. Apenas 25% deles têm mais de 53 anos. Em relação à unidade da federação de atuação dos médicos-peritos, 40% deles estão concentrados na Região Sudeste do Brasil. Quanto ao tempo de trabalho como médico-perito, 59% declararam que possuem até 4 anos no exercício no cargo e 24% possuem 15 anos ou mais (Gráfico 1). Por fim, em relação à variável de número de perícias (cód. B 87 ou espécie 87 - código referente ao BPC) realizadas por mês, 50% dos entrevistados declararam realizar quinze ou mais perícias por mês e apenas 25% dos médicos-peritos declararam realizar quarenta ou mais perícias. Segundo a Associação Nacional de Médicos Peritos (ANMP), em todo país por mês são realizadas 740 mil perícias médicas para avaliação de todos os beneficiários da Previdência Social e da Assistência Social. Por dia são realizadas em média 34 mil perícias médicas em todo Brasil (ANMP, 2007).<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> A ANMP não informou qual o mês de referência do dado.

**Gráfico 1 - Distribuição dos médicos-peritos segundo o tempo de exercício profissional**

Fonte: Anis – 2005/2006

#### 4.1.2 Aspectos Sociais e a Elegibilidade ao BPC

Com relação às variáveis referentes aos aspectos sociais (baixa instrução escolar da pessoa ou família; situação de emprego e desemprego da pessoa ou da família ou do responsável pelos cuidados e pela manutenção), perguntou-se aos médicos-peritos: Qual o grau de importância dos aspectos sociais para a concessão do BPC? A maioria (54%) avaliou as condições sociais como *sem importância* ou *pouca importância*. Os aspectos sociais estão diretamente ligados a renda.

Os médicos-peritos também foram questionados sobre a elegibilidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS ao BPC. A pergunta foi desmembrada em dois casos, a saber: 1. A concessão para uma pessoa vivendo com o HIV/AIDS, no estágio inicial, sem a manifestação de doenças oportunistas. 2. A concessão do BPC para uma pessoa vivendo com HIV/AIDS, em estágio avançado, com a manifestação de doenças oportunistas e/ou outras. 98% dos entrevistados avaliaram o caso 1 (HIV/AIDS em estágio inicial) como não elegível ao BPC, ao passo que 82% avaliaram o caso 2 (HIV/AIDS em estágio avançado) como elegível ao BPC (Diniz; Squinca; Medeiros, 2007). Certamente, os médicos-peritos levaram em consideração as manifestações de doenças oportunistas nas pessoas vivendo com HIV/AIDS, para defini-la como deficientes para a concessão do BPC.

A partir desses resultados, avaliou-se a relação entre os “aspectos sociais” e o caso 1 (HIV/AIDS em estágio inicial) e, posteriormente, como o caso 2 (HIV/AIDS em estágio avançado).

**Tabela 2 – Aspectos Sociais versus HIV/AIDS em estágio inicial (caso 1)**

Instrumento	HIV/Aids Inicial		Total
	Sim	Não	
Muito Importante	1%	10%	11%
Importante	1%	36%	37%
Pouco Importante	0%	47%	47%
Sem importância	0%	5%	5%
<b>Total</b>	<b>2%</b>	<b>98%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Anis - 2005/2006

Pelos resultados das tabelas 2 e 3, observa-se que do universo dos médicos-peritos que avaliaram o HIV/AIDS em estágio inicial como elegível ao BPC, apenas 27% consideram os aspectos sociais como *muito importante* ou *importante*. Já entre os médicos-peritos que consideram HIV/AIDS em estágio avançado como elegível ao BPC, cerca de 42% consideram os aspectos sociais como *importante* ou *muito importante*. Em contrapartida, os aspectos sociais foram considerados *muito importante* ou *importante* por 64% dos médicos-peritos que não avaliaram HIV/AIDS grave como elegível ao BPC (18%). Esse dado mostra que a variável “aspectos sociais” é significativa na avaliação dos médicos-peritos para elegibilidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS em estágio avançado ao BPC pelo critério de deficiência (Tabela 3).

**Tabela 3 – Aspectos Sociais versus HIV/AIDS em estágio avançado (caso 2)**

Instrumento	HIV/Aids Avançado		Total
	Sim	Não	
Muito Importante	8%	2%	11%
Importante	30%	7%	37%
Pouco Importante	40%	7%	47%
Sem importância	4%	2%	5%
<b>Total</b>	<b>82%</b>	<b>18%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Anis - 2005/2006

Foi avaliada a relevância do BPC, como única fonte de renda mensal do deficiente ou família, para a concessão do benefício. 52% dos médicos-peritos consideram que o BPC, como única fonte de renda do deficiente ou família é como pouco ou sem importância. Do

universo de 2% que avaliaram HIV/AIDS em estágio inicial (caso 1) como elegível ao BPC, 73% consideram a fonte de renda mensal da família como pouco ou sem importância para que o BPC fosse concedido (Tabela 4).

**Tabela 4 – Fonte de Renda versus HIV/AIDS em estágio avançado (caso 2)**

Fonte de Renda	HIV/Aids Avançado		Total
	Sim	Não	
Muito Importante	14%	8%	22%
Importante	21%	4%	25%
Pouco Importante	28%	3%	31%
Sem Importância	19%	3%	22%
<b>Total</b>	<b>82%</b>	<b>18%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Anis -2005/2006

Por outro lado, do universo dos 82% que avaliaram HIV/AIDS em estágio avançado (caso 2) como elegível ao BPC, 57% consideram a fonte de renda mensal da família como pouco ou sem importância para que o BPC seja concedido (Tabela 5).

**Tabela 5 – Fonte de Renda versus HIV/AIDS em estágio inicial (caso 1)**

Fonte de Renda	HIV/Aids Inicial		Total
	Sim	Não	
Muito Importante	0%	22%	22%
Importante	1%	24%	25%
Pouco Importante	1%	30%	31%
Sem Importância	1%	22%	22%
<b>Total</b>	<b>2%</b>	<b>98%</b>	<b>100%</b>

Fonte: ANIS - 2005/2006

É necessário reiterar que para se tornar elegível ao BPC a renda mensal *per capita* familiar do requerente deve ser no máximo  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo (Brasil, 2003). Atualmente, a renda *per capita* familiar é de R\$ 95,00. A respeito do recorte de renda, critério legal definitivo para a concessão do benefício, Medeiros, Diniz e Squinca (2006) propõem uma mudança, agregar a variável “consumo” à avaliação da renda – uma cesta de consumo mínimo. A cesta de consumo mínima levaria em consideração despesas como alimentação, higiene, custos como cuidados médicos e de outros serviços públicos não ofertados pelo Estado, assim como considerar o acesso a estes serviços públicos durante a perícia social, sugerem Medeiros; Diniz; Squinca (2006).

No caso das pessoas vivendo com HIV/AIDS, certamente seria considerado o acesso ou não aos medicamentos e serviços públicos de saúde, ambos fundamentais para a qualidade e expectativa de vida das pessoas. Os autores assinalam que esta é uma questão que deve ser enfrentada por todas as políticas públicas seletivas, como é o caso do BPC. O grande desafio estaria na redistribuição dos recursos da Assistência Social, caso o número de deficientes beneficiários dobrasse pela utilização da cesta de consumo mínimo (Medeiros; Diniz; Squinca).<sup>12</sup> Em 2005, por exemplo, dos 17,1 bilhões orçados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), cerca de 8,2 bilhões foram destinados ao BPC. Destes, aproximadamente 4,3 bilhões foram distribuídos para 1.211.761 deficientes beneficiários e perto de 3,9 bilhões foram distribuídos para 1.065.604 idosos (MDS, 2007; Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).<sup>13</sup>

#### **4.1.3 Instrumento pericial e HIV/AIDS**

O instrumento pericial tem o objetivo de avaliar as condições para o trabalho e para a vida independente da pessoa que solicita o BPC pelo critério de deficiência. Os médicos-peritos foram questionados quanto à eficiência do instrumento pericial usado para a concessão do BPC. 47% dos 483 médicos-peritos avaliaram o instrumento como pouco eficiente e 6% avaliaram como ineficiente (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006). Somente 5% dos médicos-peritos acreditam que o instrumento é muito eficiente para a seleção dos beneficiários do BPC, ou seja, consideraram o instrumento eficiente para identificar os fatores que tornam o indivíduo incapaz para o trabalho e para a vida independente. Medeiros, Diniz e Squinca apontam dois fatores que devem ser observados em relação à baixa confiança no instrumento pericial: o primeiro fator é dificuldade em mensurar a incapacidade para o trabalho e para a vida independente a partir da definição Decreto nº. 3.298/99 que norteia a concessão do BPC para a população deficiente. Para o Decreto, incapacidade é:

[...] uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida [...] (Brasil, 1999).

---

<sup>12</sup> Em 2003, a partir da aprovação do Estatuto do Idoso, a idade mínima de solicitação do BPC diminuiu de 67 anos para 65 anos. Essa mudança impulsionou a procura pelo BPC pelo critério de idade.

<sup>13</sup> Os dados detalhados de 2006 do BPC não estão disponíveis para consulta, por isso foram utilizados os dados de 2005.

Pelo Decreto, observa-se que a incapacidade deve estar relacionada com a atividade a ser exercida, o que representa um desafio, já que a maioria dos requerentes do BPC, pelo critério de deficiência, encontra-se fora do mercado de trabalho ou está alocada em profissões que exigem muito esforço físico, como auxiliares de serviços gerais, domésticas, entre outros (Squinca, 2005). Outro fator focaliza-se na necessidade de ajustes espaciais para a inserção do deficiente no mercado de trabalho. Cabe lembrar que, muitas vezes, a Lei nº. 8.213/91 que obriga todas as empresas com mais de 100 empregados a contratar entre 2% a 5% de deficientes só é cumprida quando o Ministério Público do Trabalho (MPT) firmar um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC). O TAC pode ser considerado um instrumento corretivo e educativo, tendo em vista seu objetivo final que é inserir os deficientes no mercado de trabalho (Brasil, 2007c).

O segundo fator de destaque a respeito da ineficácia do instrumento pericial apontado pelos médicos-peritos, na opinião de Medeiros, Diniz e Squinca, são os “riscos à elegibilidade ao programa” (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006). Ou seja, a possibilidade dos médicos-peritos agregarem outros valores e características à definição de incapacidade prevista pelo Decreto nº. 3.298/1999. A utilização de diferentes concepções de incapacidade colocaria em risco o acesso igualitário ao BPC, uma vez que os médicos-peritos avaliariam cada caso a partir de critérios subjetivos. Temendo esse risco, os autores apontam a necessidade de um instrumento pericial objetivo e eficiente, pois é a única forma de garantir um tratamento igualitário a todos os requerentes do BPC (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

Foi avaliada ainda a relação entre o instrumento pericial e o caso 1 (HIV/AIDS em estágio inicial) e, posteriormente, como o caso 2 (HIV/AIDS em estágio avançado), como são apresentados nas tabelas 6 e 7.

**Tabela 6 – Eficiência dos Instrumentos versus HIV/AIDS em estágio inicial (caso 1)**

Instrumento	HIV/Aids Inicial		Total
	Sim	Não	
Muito Eficiente	1%	10%	11%
Eficiente	1%	36%	37%
Pouco Eficiente	0%	47%	47%
Ineficiente	0%	5%	5%
<b>Total</b>	<b>2%</b>	<b>98%</b>	<b>100%</b>

Fonte: ANIS - 2005/2006

Do universo dos médicos-peritos que consideram HIV/AIDS em estágio inicial (caso 1) como elegível ao BPC (2%), a maioria (73%) avalia o instrumento como eficiente ou muito eficiente. Já entre os médicos-peritos que consideram HIV/AIDS em estágio inicial (caso 1) como não elegível ao BPC (98%), cerca de 47% avaliam o instrumento pericial como eficiente ou muito eficiente. Enquanto o instrumento foi apontado como ineficiente ou pouco eficiente por 54% dos médicos-peritos que julgaram o HIV/AIDS em estágio avançado (caso 2) como elegível ao BPC. Infere-se pelos dados acima a existência de uma grande controvérsia em relação à qualidade do instrumento pericial para a avaliação das pessoas vivendo com HIV/AIDS como elegíveis ou não ao BPC. Certamente, esta controvérsia resulta no indeferimento de parte das solicitações do BPC e da contestação das mesmas nas instâncias jurídicas.

**Tabela 7 – Eficiência dos Instrumentos versus HIV/AIDS em estágio avançado (caso 2)**

Instrumento	HIV/Aids Avançado		Total
	Sim	Não	
Muito Eficiente	8%	2%	11%
Eficiente	30%	7%	37%
Pouco Eficiente	40%	7%	47%
Ineficiente	4%	2%	5%
<b>Total</b>	<b>82%</b>	<b>18%</b>	<b>100%</b>

Fonte: ANIS -2005/2006

#### 4.2 As Ações Ordinárias Previdenciárias

Foram analisadas duas ações ordinárias previdenciárias com pedido de tutela antecipada contra o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), com intuito de garantir a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas vivendo com HIV/AIDS, pelo critério de deficiência. Observa-se que se trata da concessão de um benefício de assistência social, não contributivo, e não de um benefício da previdência social, contributivo, como pressupõe o título da ação – “Ação Ordinária Previdenciária”. Certamente, a utilização da terminologia “Previdenciária” esteja relacionada com a proximidade da Política de Assistência Social e da Política de Previdência Social, ambas componentes da Seguridade Social brasileira, isto é, do conjunto de ações do Estado e da sociedade, com intuito de garantir o direito à previdência social, à assistência social e à saúde. A política de saúde também faz parte da Seguridade Social (Brasil 1988; Boschetti, 2001).

A realização da perícia médica pelo INSS, órgão do Ministério da Previdência Social, possivelmente, é outro agente causador da denominação da ação como previdenciária e não de assistência social. Destaca-se que a maioria das perícias realizadas pelos médicos-peritos é de benefícios previdenciários, todos contributivos, ao contrário do BPC que é designado para idosos ou deficientes, *a priori* muitas vezes considerados improdutivos. Essa confusão terminológica também é identificada entre os beneficiários e novos requerentes que do BPC, quando eles, ao se referirem ao benefício, dizem que são aposentados pelo INSS ou querem se aposentar (Jasper, 2004; Squinca; 2005). Muitos beneficiários ou requerentes do BPC, ao tratarem o benefício como um tipo de aposentadoria esquecem ou ignoram que a cada dois anos as condições de incapacidade para o trabalho e vida independente devem ser comprovadas pelas pessoas eleitas pelo critério de deficiência (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

#### **4.2.1 Ação Ordinária Previdenciária 1**

A primeira ação analisada foi denominada como uma “Ação Ordinária Previdenciária com Pedido de Tutela antecipada contra o Instituto Nacional do Seguro Social” foi impetrada no ano de 2005, por uma mulher de 30 anos, portadora do vírus da HIV (CID 24) e com transtorno depressivo grave com histórico de crises convulsivas desde a infância.<sup>14</sup> O objetivo da ação era contestar a decisão do INSS, isto é, a não elegibilidade da requerente ao BPC, pelo critério de deficiência. O valor da ação era de R\$ 18.000,00 equivalente a aproximadamente 60 salários mínimos, teto máximo das ações julgadas nos Juizados Especiais Federais.

Consta nos autos que o INSS afirmou não ter identificado características que incapacitasse a requerente para o trabalho e para vida independente. O novo parecer apresentado pelo INSS, a pedido da Justiça Federal, reafirmou a decisão inicial do médico-perito sobre a capacidade da requerente para o trabalho e vida independente. Na justificativa do indeferimento, o INSS apontou a diferença entre benefício assistencial (BPC) e auxílio-doença, benefício garantido aos trabalhadores que contribuem para a previdência social, com intuito de desfazer uma possível confusão por parte do requerente. O INSS ainda afirma que deficiência física congênita (AIDS) da requerente, embora limitadora do exercício de atividades em geral, não lhe retiraria a capacidade para desenvolver as atividades da vida independente.

---

<sup>14</sup> O CID do transtorno depressivo não foi apresentado na ação.

O advogado da requerente, responsável por elaborar a petição inicial de contestação da decisão do INSS, afirma que a requerente é elegível ao BPC, tendo em vista o artigo 2º, inciso V da Lei nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Esta “garante 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (Brasil, 1993). O advogado da requerente prossegue a argumentação questionando a inconstitucionalidade do recorte de renda familiar previsto no artigo 20, § 3º da LOAS, na qual estabelece que a renda familiar deva ser de ¼ do salário mínimo. Para o advogado, o artigo 20 da LOAS é inconstitucional, tendo em vista o artigo 203, inciso V da Constituição Federal de 1988 – “garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (Brasil, 1988). Destaca-se que o termo “conforme dispuser a lei” abre precedentes para a criação de leis com regulamentações e critérios. No caso da LOAS, os critérios estabelecidos são considerados restritivos, no que tange à definição de ¼ de salário mínimo para o recorte de renda.

As perguntas do advogado “Vive uma pessoa dignamente com menos de 1 salário mínimo?” e “E se essa deficiente física não tiver família, dependendo de cuidados especiais e extras?” encerraram a petição, mas também tocaram em questões fundamentais para o debate sobre assistência social. Pautado na definição de dignidade da Constituição Federal de 1988, o advogado responde aos próprios questionamentos que sua requerente “não vive, subsiste” a partir da generosidade de estranhos, o que lhe distancia cada vez mais de experimentar uma vida digna. Percebe-se que a argumentação do advogado está focalizada nas condições sociais da requerente e não na incapacidade da mesma para o trabalho e vida independente – ponto central para a não elegibilidade da requerente ao BPC.

A perícia social solicitada pela Justiça Federal, cujo objetivo era avaliar os aspectos sociais e as implicações dos mesmos para a concessão do BPC, constatou que a requerente necessitava de cuidados médicos com frequência, por isso ia ao médico infectologista mensalmente e fazia tratamento, sempre que tinha chance, com o psicólogo e com o psiquiatra. Na ação foi mencionada que a requerente era usuária de vários medicamentos para controlar as manifestações de doenças oportunistas e do transtorno depressivo.

Em relação aos aspectos sociais, a perícia social identificou que a requerente vivia com os dois filhos, sendo um de 9 e o outro de 6 anos, em um cômodo de madeira no mesmo lote da casa dos pais. Sobre a renda familiar, a perícia social constatou que a requerente estava desempregada e que a subsistência da família resultava da ajuda de familiares e dos R\$60,00

mensais provenientes da Bolsa Família, programa de transferência de renda do governo federal, cujo objetivo é garantir os mínimos sociais para pessoas pobres (Pereira, 1996). Pode-se observar que a renda *per capita* familiar (R\$ 20,00) da requerente é muito inferior a ¼ do salário mínimo, recorte de renda previsto na legislação que rege a concessão do BPC.

O laudo da perícia social assinala que a requerente era alfabetizada e que já havia trabalhado como doméstica sem vínculos empregatícios. Já o laudo elaborado pelo médico-perito determinado pela Justiça Federal afirma que a autora também trabalhou em uma fábrica de peixe sem vínculos empregatícios. Tanto o trabalho de doméstica quanto o trabalho na fábrica de peixe foram considerados, pelo médico-perito determinado pela Justiça Federal, como atividades que exigem esforços físicos de forma moderada, fator esse que dificultaria a execução das atividades pela requerente, em específico, nos momentos de exacerbação da doença.

A perícia social ainda relatou que a requerente apresentava sinais extremos de incapacidade, uma vez que não conseguia relatar com coerência seu cotidiano e teve dificuldade em permanecer no local da entrevista, assim como se concentrar na mesma. Por estes fatores, a perícia social afirmou ter obtido a maioria das informações pelos relatos da vizinha que acompanha o cotidiano da requerente. Além da dificuldade de comunicação e de concentração, a perícia social constatou que a requerente não realizava sozinha as atividades diárias, tais como: cuidar dos dois filhos, cozinhar, limpar a casa e cuidar da própria higiene.

O médico-perito, determinado pela Justiça Federal, afirmou no laudo médico presente na ação que a incapacidade da requerente que tem transtorno depressivo grave e vivia com HIV/AIDS se estende para várias atividades, não só as exercidas anteriormente – doméstica ou na fábrica de peixe. No que se refere à temporalidade da incapacidade para o trabalho e para a vida independente, o médico-perito assinala que a requerente tem uma incapacidade permanente, uma vez que não existe cura para o HIV/AIDS. O fato de a requerente ter:

[...] desânimo, apatia anedonia, aumento da necessidade de sono, tristeza, ansiedade, isolacionismo, pessimismo, afeto deprimido constantemente, como idéias suicidas freqüentes e duas tentativas prévias de suicídio, entre outros sintomas que caracterizam o quadro depressivo, que no momento se afigura de grave intensidade, além de ser portadora do vírus HIV, apresenta transtorno depressivo grave, associado a quadro convulsivo presente desde a infância, em razão do que concluiu o perito pela existência de incapacidade permanente para o exercício de qualquer atividade laboral [...]

Observa-se que o fato de a requerente viver com HIV/AIDS apresentou-se como secundário na argumentação do médico-perito determinado pela Justiça. Além disso, pode-se inferir que a requerente seja elegível ao BPC, pelo critério de deficiência, não pelo fato de viver com HIV/AIDS, mas sim pelo fato de apresentar déficits mentais e transtornos psicológicos. Nesse sentido, cabe reiterar a definição de deficiência do Decreto nº. 3.298, que norteia a concessão do (BPC) - "...deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano" (Brasil, 1999). A requerente da ação, por apresentar "anormalidade" da função psicológica, seria classificada como deficiente, sem grandes controvérsias.

A definição de deficiência mental do Decreto nº. 3.298 apresenta vários desafios a respeito dos termos "normal" e "normalidade", como apontam Medeiros, Diniz e Squinca (2006). Segundo o Decreto, deficiência mental é o desempenho cognitivo inferior à média, com aparecimento antes dos 18 anos e restrições relacionadas a adaptação, como por exemplo comunicação, higiene pessoal, integração social e o exercício efetivo do direito à saúde, educação, lazer e trabalho (Brasil, 1999). Conclui-se que a afirmação da perícia social sobre a dificuldade de concentração e de integração social da requerente se aproxima dessa definição de deficiência mental do Decreto.

Medeiros, Diniz e Squinca também ressaltam que utilizar o termo "significativamente inferior à média" é um equívoco, pois dificilmente um teste será capaz de apontar quais as habilidades e capacidades cognitivas e mentais mais adequadas para um indivíduo, principalmente porque existe uma grande confusão sobre as noções de "média" e "normalidade" (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006). Cabe lembrar que a noção de "normal" sempre parte de um parâmetro para aplicação do valor moral de "anormal". Todavia, os autores enfatizam que não é possível afirmar que essa confusão entre "normal" e "média" esteve por trás do decreto de 1999, ainda que seja essa uma adaptação conceitual muito freqüente no discurso do modelo médico da deficiência (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

Tanto a perícia social quanto a perícia médica elaboradas, respectivamente, pela assistente social e pelo médico a pedido para Justiça Federal, consideraram a requerente como incapaz para o trabalho e para a vida independente, nos termos do Decreto nº. 3.298/99, que rege a concessão do BPC pelo critério de deficiência, uma vez que a mesma apresentava um déficit expressivo de capacidade de integração social. (Brasil, 1999). Na conclusão da perícia social, pode-se identificar a interação dos fatores cognitivos (integração social) com os aspectos sociais (renda, incapacidade de manutenção da casa e cuidados com os filhos) para a

definição da requerente como incapaz para o trabalho e vida independente. Já na conclusão da perícia médica, percebe-se a supremacia do fator psicológico expresso pelas manifestações do transtorno depressivo, pelo fato de a requerente viver com HIV/AIDS. Os argumentos presentes nas perícias social e médica remetem aos resultados do *survey*, que apontam que aproximadamente 98% dos médicos-peritos do INSS não consideram as pessoas vivendo com HIV/AIDS em estágio inicial elegíveis ao BPC. Enquanto 82% dos médicos-peritos do INSS consideram o HIV/AIDS em estágio avançado, ou seja, como a manifestação de outras doenças, como elegível ao BPC, como, por exemplo, no caso em análise.

Diante dos fatos e dos argumentos apresentados pelo advogado da requerente, pela assistente social e pelo médico, determinados pela Justiça Federal, respectivamente para realizar as perícias social e médica da requerente, o juiz fundamentou a sentença da ação. O juiz inicia a sentença assinalando que a requerente objetiva a concessão do benefício assistencial de prestação continuada e apresenta o artigo 203 da Constituição Federal de 1998 que trata dos objetivos da assistência social – será garantida a todos que dela precisar, sem a necessidade de contribuições prévias à previdência social. Em seguida o juiz apresenta o inciso V do artigo 203 da Constituição Federal de 1988 que dispõe da concessão de 1 (um) salário mínimo para deficientes e idosos que não conseguem manter a própria subsistência ou tem alguém para provê-la (Brasil, 1988); o artigo 20 da LOAS, que possui texto semelhante ao artigo 203 da Constituição Federal de 1988, dispõe nos parágrafos 1º, 2º e 3º do artigo 20 que tratam respectivamente da concepção de família – conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto; a restrição do BPC para deficientes com incapacidade para o trabalho e vida independente, e, por último, do recorte de renda - é considerado incapaz de subsidiar a manutenção de todos os deficientes e idosos, cuja renda *per capita* familiar é inferior a ¼ do salário mínimo. (Brasil, 1993).

Mesmo se tratando da concessão do BPC para uma pessoa vivendo com HIV/AIDS pelo critério de deficiência, o juiz apresentou as legislações que tratam da idade mínima para concessão do BPC para idosos. O artigo 34 da Lei nº. 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso é apresentado, uma vez que define que todo idoso a partir de 65 anos pode solicitar o BPC (Brasil, 2003). O Estatuto do Idoso, além da redução da idade, trouxe mais uma conquista para a população idosa que não tem condições de manter a própria manutenção. O valor do BPC não é computado no cálculo da renda familiar para a concessão do benefício para outro idoso. No caso dos deficientes, a renda do benefício é computada na avaliação de renda, fator que muitas vezes impossibilita a concessão do BPC para mais de um membro deficiente da família (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006). Após as observações dos aspectos

sociais, a partir do laudo médico o juiz analisa os fatores relacionados com a incapacidade para o trabalho e vida independente da requerente, critério eliminatório para a concessão do BPC, pelo critério de deficiência.

O juiz destaca a definição de incapacidade freqüentemente utilizada pela autarquia previdenciária (INSS), na qual restringe o preceito legal às seguintes atividades: vestir-se, comer, fazer a própria higiene sem a ajuda de terceiros. Como fundamento para questionar esta opção interpretativa do INSS, o juiz recorre às idéias de Sérgio Fernando Moro, que assinala que o artigo 20 da LOAS deve ser analisado em conjunto com a Constituição Federal de 1988, no que tange à manutenção da própria subsistência.<sup>15</sup> Em relação à incapacidade, Moro defende que somente a incapacidade para o trabalho é suficiente para a concessão do BPC, portanto, não havendo a necessidade de comprovação da capacidade para a vida independente. Consta na ação, que o autor acredita que considerar simultaneamente incapacidade para o trabalho e para a vida independente levará à violação dos direitos da Seguridade Social, em específico, da Previdência Social e da Assistência Social.

A decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) também foi utilizada pelo juiz para discutir o conceito de incapacidade para vida independente (STJ, 2002). O STJ assinala que, certamente, o objetivo do legislador do BPC não era restringir o benefício para deficientes com incapacidade de locomoção, comer, vestir-se ou cuidar da própria higiene. Assim como Moro, o STJ defende que as atividades da vida independente não se restringem às atividades rotineiras, por isso a incapacidade para o trabalho deveria ser considerada como requisito primeiro para a concessão do BPC para a população deficiente. Observa-se o caráter fundamental da jurisprudência para a interpretação do conceito de incapacidade e, conseqüentemente, para a concessão do BPC.

O juiz finaliza a sentença mostrando que as condições sociais agravaram a saúde da requerente e, em decorrência desse agravamento, os cuidados diários de terceiros tornaram-se essenciais para a qualidade de vida da mesma. A conclusão do juiz aponta para dois fatores que merecem destaque no debate de deficiência: primeiro, a concepção de incapacidade da CIF, que define a incapacidade não apenas como resultante da ausência de condições médicas, mas também da ausência de mecanismos de inserção social de indivíduos com lesões. Ou seja, da interação entre as condições sócio-econômicas, culturais e morais com os aspectos biomédicos que cercam a vida dos deficientes. No caso analisado, a requerente possui pelo menos duas lesões, sendo uma causada pelo vírus HIV e a outra pelo transtorno depressivo.

---

<sup>15</sup> No processo não constam detalhes sobre a referência de Sérgio Fernando Moro.

O segundo fator diz respeito ao cuidado. Vários estudos apontam que o número de mulheres que cuidam de idosos, crianças, doentes e deficientes é superior ao número de homens que exercem a mesma atividade (Guimarães, 2006; Squinca; 2005). Medeiros, Diniz e Squinca apontam que um dos grandes desafios enfrentados pelas cuidadoras é a individualização dos benefícios e a ausência de mecanismos de proteção social para as cuidadoras, que na maioria das vezes saem do mercado de trabalho ou vão para o mercado informal para se tornarem cuidadoras, ou seja, se distanciam de outros mecanismos de proteção social, por exemplo, a previdência social que é voltada para trabalhadores contributivos (Squinca, 2005; Medeiros; Diniz; Squinca, 2006). Os autores ainda assinalam a existência do projeto de Lei n ° 1.312/2003 que tramita no Congresso Nacional, cujo objetivo é garantir um benefício de 1(um) salário mínimo, valor equivalente ao BPC, para as cuidadoras de pessoas com lesão medular (PL n° 1.312/2003). Todavia, os autores ressaltam que, em termos de justiça, a lei se aprovada deveria ser estendida a todas as pessoas que necessitam de cuidados intensos, uma vez que não se justifica um benefício exclusivo somente para cuidadoras de pessoas com lesão medular.

A sentença final concedeu a antecipação de tutela para a requerente, em virtude das condições físicas e sociais apresentadas nos laudos social e médico. Assim, a requerente que vive com HIV/ AIDS e é portadora de transtorno depressivo grave foi declarada pela Justiça Federal como elegível ao BPC, pelo critério de deficiência. A Justiça Federal condenou o INSS a pagar todos os benefícios retroativos, desde o início da ação, com a correção dos juros. Destaca-se que a ação tramitou durante 10 meses - da impetração da ação até a data da sentença final do juiz. Foi estabelecido pelo juiz o prazo de 10 dias para o INSS implantar o benefício para a requerente.

#### **4.2.1 Ação Ordinária Previdenciária 2**

A segunda ação analisada é semelhante à primeira, sendo denominada de “Ação Previdenciária com Pedido de Antecipação dos Efeitos da Tutela”. Essa ação foi impetrada no fim do ano de 2004, por um homem de 30 anos, portador do vírus HIV (CID B24) e de Hepatite Viral Crônica Tipo C (CID B18.2). O objetivo da ação era reverter a decisão do INSS que indeferiu a concessão do BPC ao requerente pelo critério de deficiência. Segundo o INSS, o requerente seria capaz para o trabalho e para a vida independente. O valor da ação era de R\$ 7.200,00, equivalente a aproximadamente 24 salários mínimos.

A ação foi elaborada pelo advogado do requerente que argumentou que o seu cliente teria contraído a doença quando tinha 17 anos e desde então teria sido internado com

frequência em decorrência das complicações das doenças. O advogado destaca que o HIV/AIDS ainda é uma doença incurável, isto é, irreversível e que o seu cliente, em decorrência do estado clínico, necessita de cuidados frequentes de terceiros e muitas vezes de internações clínicas. Além disso, o requerente sofre limitações sociais, por exemplo, a dificuldade de inserção mercado de trabalho e a dificuldade de ser aceito em alguns exames admissionais.

O advogado utiliza várias jurisprudências para fundamentar sua tese de elegibilidade ao BPC pelo critério de deficiência. A primeira jurisprudência apresentada foi julgada em maio de 2004, no Tribunal Regional Federal (TRF) da 3ª Região, cuja matéria tratava de um do deferimento de pedido de tutela antecipada, tendo em vista a concessão do BPC, uma vez que o requerente da ação atendia todos os requisitos legais – incapacidade para o trabalho e vida independente, assim como não tinha recurso para manter a própria subsistência. O advogado utiliza essa jurisprudência para discutir o recorte de renda e, nesse sentido, argumenta que o teto definido pela LOAS de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo para renda familiar *per capita* deveria ser apenas um parâmetro para avaliação socioeconômica. A esse respeito, o advogado sugere que os gastos familiares com remédio, por exemplo, fossem considerados no cálculo da renda familiar. Esta idéia do advogado aproxima-se da idéia de uma cesta de consumo mínimo de Medeiros, Diniz e Squinca (2006).

O advogado também apresentou exemplos de programas governamentais de assistência social à população pobre, que utilizam o teto de meio salário mínimo para definir o recorte de renda *per capita* familiar. Como subsídio à argumentação, o advogado apresentou a jurisprudência do STJ julgada pela sexta turma do TRF 4ª região. Esta jurisprudência reitera a necessidade de considerar outras provas além da renda familiar para avaliar se o requerente ou respectiva família tem condições de prover a própria subsistência. Todavia, o advogado apresentou na sua justificativa uma jurisprudência que teve o provimento do recurso negado pelo STJ.

As evidências apresentadas pelo advogado apontam para um dissenso na ampliação da interpretação da renda familiar mínima prevista na LOAS, para a concessão do BPC. Assim como o advogado do caso 1, o advogado do caso 2 recorre a Sergio Fernando Moro para argumentar que a comprovação da incapacidade para o trabalho deveria anular a necessidade de comprovar as condições de extrema pobreza.<sup>16</sup> Pautado no argumento de Moro, o advogado reitera que o requerente não tem condições de exercer as atividades laborativas em

---

<sup>16</sup> Na segunda ação também não constam detalhes da referência de Moro.

decorrência de suas doenças (HIV/AIDS e Hepatite C) . Da mesma maneira, seus familiares não têm meio para suprir as necessidades do requerente sem colocar em risco o próprio sustento.

A Justiça Federal solicitou que o INSS apresentasse um novo parecer sobre a não elegibilidade do requerente ao BPC pelo critério de renda. O INSS apresentou os mesmos argumentos da primeira ação analisada, em suma, apresentou o mesmo texto elaborado pela mesma procuradora do INSS. O novo parecer reafirma a decisão inicial do médico-perito sobre a capacidade do requerente para vida laboral e, justifica o indeferimento, apresentando a diferença entre benefício assistencial (BPC) e auxílio doença, benefício garantido aos trabalhadores que contribuem para a previdência social, com intuito de desfazer uma possível confusão por parte do requerente. Como na primeira ação analisada nessa dissertação, o INSS ainda afirma que deficiência física congênita da requerente, embora limitadora do exercício de atividades em geral, não lhe retira a capacidade para desenvolver as atividades da vida independente. O advogado, por sua vez, destaca na petição inicial que o INSS cria mecanismo para dificultar o acesso ao BPC.

Entre os documentos da ação, encontra-se a perícia social solicitada pela Justiça Federal para averiguar as condições sociais do requerente e se o mesmo tem meios de prover a própria subsistência com ou sem ajuda da família ou de terceiros. A perícia social constatou que o requerente da ação vivia sozinho em um cômodo de madeira localizado no mesmo lote da casa de sua mãe e de um tio. Em relação ao trabalho o autor declarou a assistente social responsável pela perícia social que não conseguia emprego porque sofria de depressão e pelo preconceito que há em relação ao HIV/AIDS e, por esses motivos supria algumas necessidades básicas (alimentação e o pagamento de água e luz) com as doações dos vizinhos. Cabe destacar que os dados mostram características semelhantes ao primeiro caso analisado – os requerentes vivem em situação de extrema pobreza.

A perícia social, por sua vez concluiu que o requerente vive em condições precárias o que dificulta o acesso a uma alimentação saudável e com qualidade de vida para combater as manifestações de doenças oportunistas. Por esses fatores, a assistente social, responsável pela perícia social afirmou que o requerente precisava de meios para suprimir todas essas necessidades. De certa forma, pode-se argumentar que a perícia social foi favorável a concessão do BPC ao requerente, principalmente, por que o mesmo encontrava-se em condições de risco social.

A Justiça Federal também solicitou uma perícia médica para avaliar a incapacidade do requerente para o trabalho e vida independente, ou seja, se ele era deficiente ou não para fins

de concessão do BPC. A perícia médica constatou que o requerente foi infectado pelo HIV no ano de 1992 e começou a tomar o coquetel em 1998. Em 2005, requerente foi internado com febre e infecção na pele, neste período foi considerado como incapacitado para o trabalho e vida independente. No entanto, a perícia médica afirma que a incapacidade foi temporária, o que não impede que o requerente exerça atividades laborativas durante os períodos de inter-infecções. A respeito desta capacidade para o trabalho, o médico-perito da Justiça Federal foi enfático ao afirmar o requerente nunca esteve incapacitado para o trabalho, eis que nunca trabalhou na sua vida.

Destaca-se que a discussão sobre o caráter permanente da deficiência se intensificou com a publicação do Decreto 1.774 de 1995 que definia que a incapacidade para o trabalho e vida independente seria resultante de “de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas” (Brasil, 1995). Observa-se que noções de anomalias ou lesões permanentes seriam inconstitucionais se a considerassem os preceitos da política de assistência social (Brasil, 1998; Medeiros; Diniz; Squinca, 2006). A assistência social é um direito garantido a todos aqueles que dela precisar, sem determinação temporal, isto é, enquanto as necessidades perdurarem (Brasil, 1988). O Decreto 1.774 de 1995 foi revogado e substituído pelo Decreto 3.298 de 1999, no qual a definição de incapacidade foi redefinida sem considerar as noções de anomalias ou lesões permanentes (Brasil, 1999).

Segundo Medeiros, Diniz e Squinca é necessário uma análise mais detalhada da noção incapacidade permanente, uma vez que ele remete a:

“...uma tentativa de demarcar as fronteiras entre deficiência e doença, em um contexto discursivo em que deficiência, diferentemente de doença, seria um estado refratário ao tratamento ou mesmo à cura...”  
(Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

A partir dessa distinção entre deficiência e doença é possível inferir que é o agente responsável pela centralidade do modelo médico na avaliação de concessão do BPC para a população deficiente. Desse modo, a supremacia do modelo biomédico sobre o modelo social da deficiência distancia o BPC dos preceitos da política de assistência social, como já mencionado (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

A perícia médica solicitada pela Justiça Federal concluiu que o requerente: 1. não é portador de doença física ou mental; 2. pode realizar as atividades da vida diária; e 3. tem condições de exercer qualquer atividade, desde que não esteja em uma intercorrência por crise ou manifestações grave de doenças oportunistas. Observa-se que a conclusão da perícia

médica se fundamenta pelos pressupostos do modelo médico da deficiência, por exemplo, afirmar que o requerente não é portador de doença física ou mental, ambas consensualmente consideradas deficiência pela sociedade, de certa forma é afirmar que ele não tem nenhuma lesão visível, ou seja, o corpo não tem a marca visível da deficiência. As doenças genéticas, crônicas e infectas contagiosas como, por exemplo, a AIDS trazem para o debate das políticas públicas para à população deficiente esse desafio, em específico, como garantir critérios equânimes para a concessão de benefícios.

Uma informação presente na perícia médica merece destaque, pois pode ser o pano de fundo dos fundamentos do médico-perito determinado pela Justiça Federal. O médico-perito afirma que “...*desconheço as normas de concessão de benefícios por parte da autarquia previdenciária...*” (sem grifo no original). Conclui-se que a ausência de conhecimentos sobre as normas e, conseqüentemente dos objetivos do BPC, por parte dos médicos-peritos, certamente traz riscos para a política de assistência, pois solicitações legítimas de benefício podem estar sendo indeferidas.

A sentença da ação foi emitida dois meses antes da sentença do primeiro caso, pelo mesmo juiz federal. Inicialmente, o juiz apresentou os fundamentos legais, por meio do inciso V do artigo 203 da Constituição Federal de 1988 que trata da garantia de um salário mínimo para deficientes e idosos que não têm condições de suprir as necessidades básicas ou tê-las supridas pelos seus familiares (Brasil, 1988). O artigo 203 da Constituição Federal de 1988 que dispõe sobre o direito à assistência social – todos que dela precisar independente de contribuições prévias à previdência social serão assistidos – também foi apresentado na sentença para fundamentar a decisão do juiz. Em seguida, o juiz define o artigo 20 da LOAS que aborda a concessão de 1(um) salário mínimo para deficientes e idosos; o conceito de família; a definição de deficiente como aquele que é incapaz para o trabalho e vida independente; e a delimitação de  $\frac{1}{4}$  da renda *per capita* para a concessão do BPC (Brasil, 1993). Por fim, o juiz define o artigo 38 da LOAS e o artigo 34 da Lei 10.741 de 2003 que trata do Estatuto do Idoso. Os dois artigos discutem a idade mínima dos idosos para a concessão do BPC (Brasil, 2003; Brasil, 1993). Comparando os dois casos percebe-se que o juiz seguiu a mesma ordem de apresentação dos fundamentos.

O juiz argumenta uma vez não sendo necessária contribuição previa, por tratar-se, no caso de benefício assistencial, constituem requisitos, a priori para a concessão do benefício: “...*a deficiência física...*” ou idade mínima de 65 anos, incapacidade para a vida laboral e renda *per capita* inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo (sem grifo no original). Observa-se na fala do juiz um confusão terminológica ao afirmar que o benefício tem como requisito a deficiência

física. Certamente, essa imprecisão terminológica é resultado do imaginário social que a pessoa só é deficiente quando o corpo expressa a lesão. Argumento este centrado nos fundamentos do modelo biomédico da deficiência.

As Organizações Não-Governamentais (ONGs) que lutam pelos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS são apontadas pelo juiz por contribuir para a garantia de direitos deste grupo. Para o juiz a maior contribuição das ONGs foi afirmar no espaço público que as pessoas vivendo com HIV/AIDS são capazes para o trabalho e vida independente, mesmo sofrendo discriminações e sendo vítimas de estigma. A luta pela proibição de teste obrigatórios nos exames admissionais é apontada pelo juiz como a grande conquista das ONGs no campo dos direitos. No entanto, o juiz afirma que “...reconhecer-se em sede judicial que o soropositivo, pelo mero fato de ser portador do HIV se equiparia a ‘pessoa deficiente’ poderia parecer, a princípio um retrocesso, na medida em que lhe são atribuídas um novo *estigma*, dada a carga pejorativa que o termo ‘deficiente’, traz em si” (sem grifo no original). A observação do juiz toca em uma questão delicada para as ONGs e, especificamente, para os movimentos sociais pelos direitos das pessoas portadoras de doenças genéticas, crônicas entre outros. Por um lado, esses movimentos sociais lutam para garantir o acesso de seus membros aos benefícios voltados para a população deficiente, mas por outro lado resistem em considerar seus membros de deficientes fora do espaço pela garantia dos direitos (Diniz, 2007).

A resistência dos movimentos sociais de considerar pessoas portadoras de doenças crônicas, genética entre outras não experimentam da deficiência aproxima-se dos pressupostos do modelo médico da deficiência. Todavia, essa resistência resulta na não elegibilidade desta população doente as políticas públicas designadas à população deficiente. (Medeiros; Diniz, 2004). Cabe enfatizar que o modelo social da deficiência não legitima esta distinção entre doença e deficiência, uma vez que os ajustes sociais para garantir os direitos da diversidade da deficiência não estão relacionados a temporalidade da manifestação da diversidade corporal (Medeiros; Diniz, 2004). Com efeito, o modelo social da deficiência desconsidera essa distinção entre doença e deficiência para não propagar a exclusão de grupos marcados pela diversidade corporal (Medeiros; Diniz, 2004).

Os argumentos do modelo social da deficiência são utilizados pelo juiz para fundamentar uma reflexão profunda do conceito de deficiência. O juiz, por sua vez cita as discussões teóricas apresentadas por Marcelo Medeiros e Debora Diniz sobre as diferenças

entre o modelo médico da deficiência e modelo social da deficiência.<sup>17</sup> Ou seja, que a deficiência é resultante da diversidade corporal do indivíduo – perda ou restrição de funcionalidade causada pela lesão – e da sociedade pouco sensível a esta diversidade corporal. No caso em análise pode-se concluir que o requerente tem duas lesões - o vírus HIV e da Hepatite C e experimenta da deficiência por vários fatores, a saber, quando sofre discriminação; quando o mercado de trabalho não faz ajustes para combater as discriminações e estigmas que cercam a doença e, com isso, inseri-lo em alguma atividade compatível a sua diversidade corporal; e ainda quando não é considerado elegível as políticas públicas. No primeiro caso analisado, a requerente experimenta também a requerente tem a manifestação de duas lesões – o vírus HIV e o transtorno depressivo grave - e pode-se afirmar que a mesma experimenta da deficiência por fatores semelhantes ao segundo caso: quando sofre discriminação; não tem acesso a atividades laborais compatíveis com sua diversidade corporal e, principalmente, quando as políticas públicas não são sensíveis as diferentes demandas dos corpos deficientes.

Diante do fato de que as condições sociais são determinantes para compreender a deficiências, como aponta modelo social da deficiência, o juiz abre uma discussão sobre soropositividade e pobreza. Para isso, utiliza o argumento de Maria Helena Costa Couto “...a exclusão social é a maior do que a exclusão em saúde e de terminante para esta última...” com intuito de enfatizar que as condições de saúde do requerente serão agravadas pela ausência de condições básicas, por exemplo, alimentação como ressaltado no parecer social emitido a pedido da Justiça Federal. Reitera-se que modelo social da deficiência descreve a deficiência como uma forma de exclusão social, tendo em vista que a deficiência é a materialização da experiência da opressão da diversidade corporal (Diniz, 2007).

O juiz utiliza na sentença várias jurisprudências para fundamentar seus fundamentos anteriormente apresentados. A primeira jurisprudência foi adotada em 2003 pela Turma do TRF da 4ª Região e aborda a AIDS e o mercado de trabalho. Nesta jurisprudência é enfatizado que a pessoa vivendo com HIV/AIDS deve ser livre para escolher se deseja trabalhar ou não, uma vez que a doença provoca grandes danos psicológicos por ser incurável. Além disso, obrigar a pessoa vivendo com HIV/AIDS a trabalho significa um ato de violência irreparável e injustificável. Com vista a agregar força ao argumento e finalizar a sentença o juiz utiliza o texto do voto proferido na Medida Cautelar Originária nº. 200471950103224, do juiz federal, membro da Turma Recursal do Rio Grande do Sul, Roger Raupp Rios. Segundo Rios:

---

<sup>17</sup> O juiz erroneamente na sentença apresentou o artigo “Envelhecimento e Deficiência” sendo somente de autoria da antropóloga Debora Diniz.

[...] se a soropositividade é associada historicamente e socialmente as representações vinculadas a desvios de condutas sexuais e sociais, compreendem-se as raízes ideológicas que desafiam, na realidade jurídica, a efetividade de direitos de soropositivos. Num fenômeno similar àquele que ocorre com a homofobia, a soropositividade acaba se tornando fator de estigmatização, constituindo-se uma forma de desigualdade e discriminação, numa dinâmica alimentada por uma série de metáforas: é a AIDS como morte, como horror [...]. Tudo conduzindo a um amplo processo de exclusão social ou opressão. Diante destes fundamentos, conclui-se a incapacidade para o trabalho e vida independente, como prevista pela legislação de assistência social, e conceito a ser verificado em cada caso, não se prestando a definições pré-definidas. Com efeito, a deficiência, entendida como grave restrição à autonomia e independência pessoais, não é um a priori absoluto, aferível de acordo com a presença de tais ou quais indicadores biológicos ou individuais. A deficiência é uma condição que decorre do contexto social onde a pessoa está inserida (...), muito além de um mero determinismo biológico [...]<sup>18</sup>

O voto de Rios apresenta argumentos fundamentais para a concessão do BPC para as pessoas vivendo com HIV/AIDS, pois, como o modelo social da deficiência considera que a deficiência perpassa a ausência ou restrição de funcionalidade, esta denominada lesão pelo modelo social, e, determinismo biológico por Rios. Sendo a deficiência resultado de um contexto social pouco sensível a variedade corporal. Para tanto, Rios ao enfatizar que cada caso dever ser averiguado sem considerar definições pré-estabelecidas abre precedente para diferentes interpretações sobre quem é ou não elegível ao BPC e, como consequência violar o princípio da equidade que norteia o acesso ao benefício. Este risco é o mesmo ocasionado pelo desconhecimento das normas do benefício por parte dos médicos-peritos, responsáveis por emitir o parecer sobre a incapacidade ou não dos requerentes para o trabalho ou vida independente e das jurisprudências relacionadas a legislação que rege o BPC (Medeiros; Diniz; Squinca, 2006).

Destaca-se que juiz desde início da sentença assinalou favoravelmente a concessão do benefício ao requerente (antecipação de tutela), embora, o parecer médico solicitado pela Justiça Federal afirme que o requerente, vivendo com HIV/AIDS e portador da Hepatite C, não possui nenhuma incapacidade para o trabalho. Pode-se argumentar que a decisão do juiz possivelmente segue a tendência da Turma do TRF da 4ª Região, conhecidos por aplicar a “jurisprudência alternativa”, isto, uma reinterpretação da legislação de forma a garantir o que se considera justo, em termos de direitos (Índice Fundamental do Direito, 2007). Enfim, o INSS

---

<sup>18</sup> Em 2004, essa medida cautelar considerou às pessoas vivendo com HIV/AIDS como elegíveis ao BPC, pelo critério de deficiência (Rios, 2004).

foi condenado a pagar o valor correspondente a todos os benefícios retroativos com juros ao requerente, dentro de um prazo máximo de 20 dias. A sentença foi emitida 16 meses após ter sido impetrada na Justiça Federal, o que mostra a morosidade do sistema jurídico brasileiro.

## CAPÍTULO 5

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência social é um direito constitucional garantido a todas as pessoas que dela necessitar, sem a necessidade de contribuições prévias à previdência social. Todavia, a maioria dos programas da política de assistência social é seletiva, com intuito de atender as populações em situação de risco social, vulnerabilidade e de extrema miséria. No caso do Benefício de Prestação Continuada (BPC), benefício de assistência social previsto na Constituição Federal de 1988, o público-alvo são os idosos acima de 65 anos e deficientes incapazes para o trabalho e para a vida independente que não possuem condições para suprir as próprias necessidades básicas – alimentação, moradia, saúde, educação, lazer, entre outras - ou tê-las supridas por terceiros.

O desafio enfrentado pelo BPC gira em torno da elegibilidade da população deficiente, já que não existe um consenso sobre quem são os deficientes e quais deles são incapazes para o trabalho e para a vida independente. Por um lado, o modelo médico da deficiência imprime no indivíduo a responsabilidade da exclusão social gerada pela lesão – perda ou ausência de algum membro ou função. E, por outro lado, o modelo social da deficiência que desloca do indivíduo para o contexto social o fundamento da opressão a diversidade corporal. A premissa do modelo social da deficiência parte da diferença entre lesão e deficiência, sendo a primeira a ausência ou restrição de funcionalidade e a segunda o resultado da interação complexa entre a lesão e contexto social pouco sensível as variedades corporais (Diniz, 2007).

Outra diferença entre o modelo médico da deficiência e o modelo social da deficiência focaliza-se na doença e deficiência. O modelo médico da deficiência demarca a diferença entre doença e deficiência fenômeno que resultaria na exclusão dos portadores de diversas doenças, entre eles, portadores das doenças genéticas, crônicas e infecto-contagiosas (exemplo HIV/AIDS) das políticas sociais voltadas para a população deficiente, como o BPC. O modelo social da deficiência, por sua vez, não distingue doença e deficiência com intuito de garantir aos portadores de diferentes doenças, ou seja, os indivíduos que têm alguma diferença corporal o acesso as políticas sociais para a população deficiente. Pela lógica do modelo social da deficiência e por uma questão de justiça, pessoas vivendo com HIV/AIDS teriam o direito ao BPC pelo critério de deficiência.

Os dois casos analisados mostraram que o HIV/AIDS, quando associado às condições de miserabilidade, potencializa os fatores que incapacitam o indivíduo para o trabalho e para a

vida independente. Atento aos efeitos da interação entre o HIV/AIDS e as condições sociais, o juiz que analisou os dois casos, desde o início, foi favorável à concessão do BPC, assim como 82% dos médicos-peritos do INSS concederiam o benefício para as pessoas vivendo com HIV/AIDS em estágio avançado. Desses médicos-peritos, 42% apontaram que as condições sociais são *importante* ou *muito importante* para a concessão do BPC. Cabe lembrar que, o *survey* também mostrou que 98% dos médicos-peritos do INSS consideram as pessoas vivendo com HIV/AIDS em estágio inicial (assintomática), como não elegíveis ao BPC, o que pressupõe um tipo ideal de deficiência para a concessão do benefício.

A análise de conteúdo dos argumentos das duas ações ordinárias previdenciárias, com pedido de tutela antecipada contra o INSS mostrou que: 1. o conceito de deficiência utilizado pelo Judiciário para o deferimento do pedido de tutela antecipada aproxima-se da concepção de deficiência do modelo social, no qual a deficiência é considerada uma forma de exclusão social resultante de um contexto social pouco sensível à diversidade corporal; 2. os médicos-peritos têm ponderações diferentes do Judiciário sobre as restrições de funcionalidades que incapacitam para o trabalho e para a vida independente. Nesse sentido, a utilização da jurisprudência como instrumento jurídico amplia a extensão das concepções legais dos conceitos de deficiência, renda *per capita* familiar, incapacidade para o trabalho e para a vida independente; 3. o caráter paradigmático da AIDS desafia, para fins de justiça social, a fronteira entre doença e deficiência estabelecida pelo modelo médico da deficiência; 4. e, por fim, que os aspectos sociais são apontados como fatores fundamentais para a concepção do BPC para a pessoa vivendo com HIV/AIDS, pelo critério de deficiência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS PERITOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (ANMP). Disponível em: <<http://www.perito.med.br>>. Acesso em: 25 de maio. 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais no 1/92 a 40/2003 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão no 16/94.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº. 1.744, de 8 de dezembro, de 1995.** Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999.** Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 16.179, de 11 de novembro de 1974.** Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências

\_\_\_\_\_. **PL da Câmara no 1.312, de 2003.** Inclui § 9º ao art. 20 da Lei no 8.742, de 07 de dezembro de 1993, para permitir a concessão de renda mensal no valor de um salário mínimo ao responsável legal pelos cuidados diários com o portador de deficiência tetraplégico.

\_\_\_\_\_. **PL da Câmara n. 460 de 2003.** Altera a Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para estender ao portador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS o Benefício de Prestação Continuada

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 196/MS/CNS, de 10 de outubro de 1996.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

\_\_\_\_\_. **Resolução do INSS/DC nº 089, de 05 de abril de 2002.** Aprova a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa para fins de Benefícios Previdenciários em HIV/AIDS.

\_\_\_\_\_. **Critérios de definição de casos de Aids em adultos e crianças.**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **PN-DST/AIDS.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 02 de abril. 2007a.

\_\_\_\_\_. Coordenação Nacional de DST e Aids. **HIV nos Tribunais.** 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. INEP. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em: 18 de abril. 2007B.

BERMUDEZ, X. P. D.; SEFFNER, F. Liderança brasileira à luz da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids da UNGASS. São Paulo: **Revista de Saúde Pública.** v.40 (suplemento), abr 2006.

BIERNACKI, P. & WALDORF, D. \_\_\_\_\_ **Snowball sampling.** Sociological Methods and Research. 1981: 141-163.

BOSCHETTI, I. **Assistência Social no Brasil:** um Direito entre Originalidade e Conservadorismo. Brasília: GESST/SER/UnB 2001.

BUCHALLA, C. M. et al... Avaliação do uso da Classificação Internacional de Doenças para codificar a síndrome da imunodeficiência adquirida. São Paulo: **Revista de Saúde Pública.** v.30(05), 1996.

BUTLER, J. **Problemas de gênero:** feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARRARA, S.; MORAES, C. Um vírus só não faz doença. Rio de Janeiro: **Cadernos do Instituto de Medicina Social,** 1987.

CHAGAS, A.M. de R. **Avanços e Impedimentos para a Construção de uma Política Social para as Pessoas com Deficiência.** Dissertação de Mestrado 2006. 114 p. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

DINIZ, D. **O que é deficiência.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; SQUINCA, F; MEDEIROS, M;. Qual Deficiência? Perícia Médica e Assistência Social no Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública.** 2007. No prelo.

- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F.; Incapacidade não é deficiência. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2007b. No prelo.
- DINIZ, D.; SQUINCA, F.; MEDEIROS, M.; Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva In: COSTA, S; FONTES, M; SQUINCA, F. **Tópicos em Bioética**. Brasília: LetrasLivres, 2006, p. 82-94.
- Índice Fundamental do Direito (DJI). **Jurisprudência**. Disponível em: <[http://www.dji.com.br/dicionario/direito\\_alternativo.htm](http://www.dji.com.br/dicionario/direito_alternativo.htm)>. Acesso em: 10 de mar. 2007.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas**. São Paulo: Revista Brasileira de Epidemiologia. N 8(2). 2005: 187-193.
- FONSECA, M.G.P.; Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. v.19, n.5, sep./oct. 2003.
- FRANÇA-JUNIOR, I. et al... Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? São Paulo: **Revista de Saúde Pública**. v.40 (suplemento), abr 2006.
- FRY, P. et al... AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. vol.23, no.3, Mar. 2007
- GRANGEIRO, A. et al... UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**. v.40 (suplemento), abr 2006.
- GULHEM, D. **Escravas do Risco: Bioética, Mulheres e Aids** (Volnei Garrafa, orientador; Debora Diniz, co-orientadora). Tese de Doutorado, Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. 260 pp. Anexos.
- GUIMARÃES, C. D. **'Mais merece!': o estigma da infecção sexual pelo HIV/Aids em mulheres**. Florianópolis: *Revista Estudos Feministas*, v. 4, n. 2, 1996: 295-318.
- GUIMARÃES, G. **Deficiência e Envelhecimento: uma tentativa de aproximação Conceitual e política**. Monografia 2006. 58 p. (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília.
- IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 1 abril. 2007.
- IBGE. **Censo Demográfico 1991**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 1 abril. 2007.
- JASPER, L. M. C. **Anemia Falciforme: estratégias para a obtenção do Benefício da Prestação Continuada**. Monografia 2004. 60 p. (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília.

- KITTAY, E. **Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency**. Routledge, 1999.
- MEDEIROS, M; DINIZ, D.; SQUINCA, F. **Uma análise do Benefício de Prestação Continuada: Transferência de Renda para a População com Deficiência no Brasil**. Brasília, Texto de Discussão 1184, IPEA, 2006.
- MEDEIROS, M; DINIZ, D.; Envelhecimento e deficiência. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- NERI, M. et al... **Retratos da deficiência no Brasil (PPD)**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2003.
- OIT. **Repertório de Recomendações Práticas da OIT sobre HIV/Aids e o Mundo do Trabalho**. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Manual sobre HIV/Aids para os inspetores do trabalho**. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2006.
- OMS. **International classification of functioning, disability and health**. Geneva, World Health Organization, 2001.
- PEREIRA, P. **A assistência social na perspectiva dos direitos - crítica aos padrões no Brasil**. Thesaurus 1996.
- RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- RIOS, R. R. **Processo N. 200471950103224**. Turma Sucursal Judiciária do Rio Grande do Sul. Junho de 2004.
- \_\_\_\_\_. Respostas jurídicas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 27, p. 95-106, ago 2003.
- OLIVEIRA, R. M.R. de. Gênero, direitos humanos e impacto socioeconômico da Aids no Brasil. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**. v.40 (suplemento), abr 2006.
- SANDALA, M. L. A.; Marques, S. de A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, vol.22, nº.11, nov 2006.
- SANTOS, W. Deficiência no Plural: a perspectiva dos Juízes Federais. Brasília: **SerieAnis**, 2006.
- SILVA, C. L. C. da. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. Rio de Janeiro: **Cadernos de. Saúde Pública**, vol.14 (suplemento)2, 1998:129-139.
- SQUINCA, F. **O risco genético reprodutivo na perspectiva das cuidadoras de crianças e adolescentes com anemia falciforme**. Monografia 2005. 50 p. (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília.
- TRF/4ª. Disponível em: < <http://www.trf4.gov.br>>. Acesso em: 25 de abril. 2007.

VILLELA, W.; VELOSO, J.C. Participação da sociedade civil no seguimento das ações frente à Aids no Brasil. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**. v.40 (suplemento), abr 2006.

## ANEXOS

## Survey - Questionário aplicado aos médicos-peritos

Idade:  anos completos.

Sexo:  Masculino  Feminino

UF:

## 01. O(a) senhor(a) é:

- Médico (a) perito do quadro do INSS.
- Médico (a) perito credenciado.

## 02. Quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha como perito?:

- 00 a 04 anos.
- 05 a 09 anos.
- 10 a 14 anos.
- 15 anos ou mais.

## 03. Em média, ao longo deste ano, quantas perícias (cód. B 87 ou espécie 87) faz ao mês?

## 04. Marque a importância das características abaixo para que o BPC (código B 87 ou espécie 87) seja concedido?

## 04.1 O grau de incapacidade que anomalia, doença ou lesão causa a vida da pessoa.

- Muito Importante  Importante  Pouco Importante  Sem Importância

## 04.2 Manutenção e/ou dependência permanentes de cuidados de terceiros (família, médicos e outros profissionais de saúde, amigos ou instituições).

- Muito Importante  Importante  Pouco Importante  Sem Importância

## 04.3 Idade (no caso da pessoa que se declara como deficiente).

- Muito Importante  Importante  Pouco Importante  Sem Importância

## 04.4 Aspectos sociais: baixa instrução escolar da pessoa ou da família, situação de emprego e desemprego da pessoa ou da família ou do responsável pelos cuidados e pela manutenção.

- Muito Importante  Importante  Pouco Importante  Sem Importância

**04.5 BPC como única fonte de renda mensal da pessoa ou da família.**

Muito Importante  Importante  Pouco Importante  Sem Importância

---

**05. Avalie se as doenças abaixo são elegíveis ao BPC (código B 87 ou espécie 87):****05.1 Uma criança de 3 anos com o diagnóstico de Anemia Falciforme, com crises regulares de dor.**

Sim  Não

**05.2 Uma criança de 3 anos com o diagnóstico de anemia falciforme, que teve dois Acidentes Vascular Cerebral.**

Sim  Não

**05.3 Um adulto com o diagnóstico do vírus HIV/AIDS.**

Sim  Não

**05.4 Um adulto com o diagnóstico do vírus HIV/AIDS que está em estágio avançado.**

Sim  Não

**05.5 Um jovem de 16 anos diagnosticado com Insuficiência Renal Crônica.**

Sim  Não

**05.6 Uma pessoa de 25 anos, portador do diabetes, que acabou de ser diagnosticada com insuficiência renal crônica, cujo estágio já está avançado.**

Sim  Não

**05.7 Uma mulher de 47 anos, que trabalhava como diarista há 35 anos e que nunca contribuiu para o INSS, diagnosticada com Artrose e que apresenta crises regulares de dor.**

Sim  Não

**05.8 Uma mulher de 47 anos, que trabalhava como diarista há 35 anos e que nunca contribuiu para o INSS, diagnosticada com artrose e que apresenta quadro avançado de dores e atrofia muscular.**

Sim  Não

---

**06. Como o senhor avalia os instrumentos usados para concessão do BPC?**

Muito Eficiente (o instrumento tem 100% eficácia e eficiência no processo de avaliação da pessoa em relação à vida independente e para o trabalho).

Eficiente (o instrumento tem pelo menos 70% eficácia e eficiência no processo de avaliação da pessoa em relação à vida independente e para o trabalho).

Pouco Eficiente (o instrumento tem pelo menos 50% eficácia e eficiência no processo de avaliação da pessoa em relação à vida independente e para o trabalho).

Ineficiente (o instrumento não é eficaz e eficiente no processo de avaliação pessoa em relação à vida independente e para o trabalho).

---

Enviar Respostas