

FACULDADE DE DIREITO DE VITÓRIA
MESTRADO EM DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

LUANA PETRY VALENTIM

**A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ DA PESSOA
VIVENDO COM O VÍRUS HIV: PRESSUPOSTOS TÉORICOS
E PRAGMÁTICOS À LUZ DO PARADIGMA DO ESTADO
DEMOCRÁTICO DE DIREITO**

VITÓRIA

2015

LUANA PETRY VALENTIM

**A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ DA PESSOA
VIVENDO COM O VÍRUS HIV: UMA ANÁLISE DAS
DECISÕES DOS TRIBUNAIS REGIONAIS FEDERAIS À LUZ
DO PENSAMENTO DE ROBERT ALEXY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Direito.

Professora Orientadora: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer.

VITÓRIA

2015

LUANA PETRY VALENTIM

**A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ DA PESSOA
VIVENDO COM O VÍRUS HIV: UMA ANÁLISE DAS
DECISÕES DOS TRIBUNAIS REGIONAIS FEDERAIS À LUZ
DO PENSAMENTO DE ROBERT ALEXY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *StrictuSensu* em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Direito.

Professora Orientadora: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer.

Aprovada em xx de xx de 2015

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dra. Elda Coelho de Azevedo Bussinguer.

Faculdade de Direito de Vitória

Orientador

Prof. Dr.

Faculdade de Direito de Vitória

Prof. Dr.

Ao meu Deus, pela minha existência e suas oportunidades, aos meus pais, pela força e confiança que depositaram em mim, ao meu amor, pelo companheirismo, e a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela vida e por ter estado sempre ao meu lado em todos os fatos dela. Por ter me dado forças para a busca desse meu objetivo. Por ter me levantado quando eu imaginava não ser capaz.

Aos meus, pais, Gilmar e Lia, pelo apoio e paciência em todos os momentos desse mestrado. Por terem entendido minhas ausências e incentivado a continuar. E as mais sinceras desculpas pelos momentos em que o meu stress do dia-a-dia nos levou a discussões inúteis.

Ao meu noivo, Maycon, pelo seu companheirismo e por ter aceitado minhas ausências da melhor forma possível, principalmente nos finais de semana. Por toda a ajuda para que eu conquistasse esse sonho, mesmo que para isso nossos sonhos em comum tivessem que ser postergados.

À minha orientadora, pelas diretrizes e esclarecimentos que tornaram possível esse trabalho. Por ter acreditado em mim e me incentivado quando eu mesma duvida que podia. Pela paciência e também pelos conselhos que foram fundamentais ao meu crescimento acadêmico.

A todos aqueles que aceitaram participar da minha pesquisa. Os médicos que abriram mão de atender pessoas em seus consultórios para poderem espalhar seu conhecimento. As pessoas vivendo com HIV/AIDS que me procuraram e se colocaram a disposição para qualquer dificuldade que alcancei nesse trabalho. Queria poder citar nome por nome tamanha a minha gratidão, mas o sigilo que prometi não me permite.

Aos profissionais do Grupo “Pela Vida de Nitéroí”, que me receberam em sua sede, dispensando um tempo de seu dia para esclarecer meus questionamentos. Além disso, sempre responderam em tempo curto minhas perguntas enviadas por e-mail no decorrer deste trabalho.

À minha sócia Dra. Priscila Benincá pela compreensão durante os meus afastamentos e pelas palavras de incentivo.

À Faculdade de Direito de Vitória, de onde me orgulho de ter realizado o curso de Direito e agora o mestrado, pelo excelente ensino e acesso às informações necessárias para que pudesse realizar esta dissertação. Em especial ao grupo de pesquisa Biogepe, do qual faço parte e tenho o aprendizado diário.

À banca examinadora, que aceitou estar por algumas horas lendo e debatendo o presente trabalho a fim de aprimorá-lo.

Aos meus amigos “velhos”, que mesmo ausente continuam na torcida para meu crescimento profissional. Como também aos novos amigos, que encontrei na minha turma de mestrado, sempre me incentivando e ajudando.

Não posso deixar de agradecer em especial aqueles amigos que perderam um tempo de seu dia para ler o presente trabalho, me apresentando idéias para aprimorá-lo. Em especial aqueles que me ajudaram na minha tradução do resumo para o inglês, aprofundando meus conhecimentos neste idioma.

Por fim, agradeço também a toda minha família que, mesmo longe, sempre confiaram em meu sucesso. Peço desculpas às ausências nos encontros de família, mas aqui está a explicação para tanto.

“Agora não é o momento de pensar naquilo que você não tem. Pense antes no que pode fazer com aquilo que tem”

(Ernest Hemingway, O Velho e o Mar)

RESUMO

Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva que se inicia com a busca de analisar possíveis contradições/divergências entre decisões judiciais prolatadas pelos Tribunais Regionais Federais em casos envolvendo pretensões de aposentadoria das pessoas vivendo com HIV/AIDS, bem como dessas com a decisão da Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência que em sua tentativa de padronização constituiu-se fator determinante no redirecionamento decisório em ações dessa natureza. A hipótese inicial de que a unificação de jurisprudência possibilitaria o alcance de um maior grau de justiça e tratamento igualitário aos portadores do vírus, no sentido de unificar as decisões judiciais, não se confirmou. Os discursos constantes em: decisões judiciais incluídas na amostra, decisão do TNU, entrevistas realizadas com médicos infectologistas e pessoas vivendo com o vírus, foram submetidos à análise por meio da abordagem metodológica da análise de discurso tomando-se como referencial o pensamento de Robert Alexy. A análise deixou demonstrada que a Unificação de Jurisprudência é incompatível com o alcance de uma justiça justa e a garantia dos direitos fundamentais dos portadores do vírus HIV que pleiteiam aposentadoria por invalidez, já que a portabilidade do vírus, por si só, não impõe condição de invalidez. Com base na teoria alexyana decisões judiciais que envolvam colisão entre princípios relacionados a Direitos Fundamentais devem ser solucionadas à luz do caso concreto, o que não admite uniformização de jurisprudência. Esta constatação, possibilitada pela pesquisa exploratória realizada na fase inicial da investigação e nos primeiros encontros com os sujeitos de pesquisa, foi determinante na mudança do problema de investigação, que passa a pautar-se na busca dos pressupostos teóricos e pragmáticos orientadores das decisões judiciais. Concluiu-se pela necessidade de que se busque uniformização, não de jurisprudência, mas de pressupostos teóricos e pragmáticos que possam sustentar o processo decisório do poder judiciário à luz do paradigma do Estado Democrático de Direito. Nesse sentido, a pesquisa conclui com a apresentação de alguns pressupostos identificados nos discursos analisados e na base teórica adotada.

Palavras-chave: Pessoas vivendo com HIV/AIDS; Aposentadoria por Invalidez; Uniformização de pressupostos.

ABSTRACT

This is a qualitative and descriptive search, that begins with the purpose of analyze possible contradictions / divergences between judgments handed down by the Federal Regional Courts in cases involving retirement claims of people living with HIV / AIDS, and decisions of the *Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência - TNU* (Standardization National Panel of Jurisprudence) the attempt to standardize these cases became an important factor in changing decision during such legal proceedings of this nature. The initial hypothesis that the unification of jurisprudence would allow the achievement of a higher degree of justice and equal treatment for people with HIV, in order to unify judicial decisions, was not confirmed. The constant speeches in: judicial decisions in the sample, the TNU decisions, interviews with infectologists and people living with the virus, were submitted to analysis by methodological approach taking as a reference the thought of Robert Alexy. The analysis showed that the Unified Jurisprudence is incompatible with the scope of a fair justice and the guarantee of fundamental rights of people with HIV which claim disability retirement, since the portability of the virus by itself, does not enforce disability condition. Based on the theory of Alexy judgments involving clash of principles related to fundamental rights should be clarified considering the specific circumstances of an individual case, which does not allow standardization of case law. This observation, made possible through exploratory research conducted the initial phase of study and the first meetings with the research subjects, was instrumental in changing the investigation problem, and this becomes to be based on the search of theoretical and pragmatic assumptions that guide judgments. It was concluded that the need to seek standardization, not of jurisprudence, but of theoretical and pragmatic assumptions that can support the decision-making process of the judiciary in the face of the democratic rule of law paradigm. The research concludes with the presentation of some assumptions identified in the analyzed discourses and theoretical basis adopted.

Keywords: People living with HIV; Retirement; Standardization of assumptions.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;

CD4 - Grupamento de diferenciação 4;

CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil;

HIV – Human Immunodeficiency Virus;

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social;

TNU – Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência;

TRF – Tribunal Regional Federal.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 BREVE HISTÓRICO DA AIDS	18
2 APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	25
3 MARCOS METODOLÓGICOS	30
3.1 TIPOLOGIA	30
3.2 TÉCNICA DE PESQUISA.....	32
3.3 O MÉTODO DA ANÁLISE DE DISCURSO.....	33
3.4 CONSTITUIÇÃO DO <i>CORPUS</i>	34
3.5 AMOSTRA SELECIONADA.....	35
3.6 AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO.....	36
3.7 AS CATEGORIAS.....	38
3.8 O PROCESSO ASSOCIATIVO.....	40
4 CONFLITO JURISPRUDENCIAL ACERCA DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS	42
5 TEORIA DA PROPORCIONALIDADE DE ROBERT ALEXY	67
6 APLICAÇÃO DA TEORIA DA PROPORCIONALIDADE DE ROBERT ALEXY AO CASO PARA RESOLUÇÃO DA DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL EXISTENTE - DISCUSSÕES DAS CATEGORIAS ENCONTRADAS	78
6.1 DISCRIMINAÇÃO/PRECONCEITO X INCENTIVOS FISCAIS	78
6.2 QUALIDADE DE VIDA.....	93
6.3 NECESSIDADE DO MEDICAMENTO E EFEITOS COLATERAIS.....	98
6.4 CUSTO DO TRATAMENTO.....	106
6.5 O PSICOLÓGICO E A NECESSIDADE DE SIGILO DA DOENÇA.....	108
6.6 DIFICULDADES DO TRABALHADOR PORTADOR DO VÍRUS HIV/AIDS.....	114
6.7 PERÍCIA E REABILITAÇÃO DO INSS.....	119
6.8 A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ COMO CATEGORIA UNIFICADORA DAS CATEGORIAS ANTERIORES – UMA TENTATIVA DE UNIFORMIZAÇÃO DE CRITÉRIOS.....	125
6.8.1. Aposentadoria precoce como uma forma de minimizar o problema	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS	144

JURISPRUDÊNCIAS UTILIZADAS	152
ANEXO I - ENTREVISTA.....	158
ANEXO II - DIRETRIZES DE APOIO À DECISÃO MÉDICO-PERICIAL EM CLÍNICA MÉDICA – VOLUME III - PARTE II DO MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE.....	230

INTRODUÇÃO

A ideia de realizar uma investigação que estudasse a aposentadoria por invalidez de pessoas vivendo com o vírus do HIV surgiu de uma compreensão de que o pesquisador deve voltar-se para a tentativa de envolver-se cientificamente com problemas que são enfrentados no cotidiano da vida profissional. Essa opção fundamentava-se na ideia de que o conhecimento prévio do objeto de estudo poderia ajudar no sentido de haver um aprofundamento que desse maior consistência e facilitasse a caminhada investigativa rumo a solução do problema formulado.

A frustração decorrente de demandas judiciais impetradas pela pesquisadora nas quais não se obteve êxito em pleitos nos quais se buscava a aposentadoria por invalidez de alguns clientes portadores do vírus, enquanto em outras, com menor carga de necessidade, as demandas foram vitoriosas, foi fator determinante na opção pelo objeto de estudo.

Decisões judiciais, consideradas pela pesquisadora como contraditórias, nas quais pessoas portadoras do vírus, que ainda não haviam desenvolvido a doença com manifestação de sintomas foram aposentadas, contrapostas àquelas nas quais, apesar das condições de gravidade da sintomatologia e dos efeitos colaterais, já presentes, a concessão foi negada, causavam indignação e sentimento de injustiça perpetrada pelos magistrados.

Nesse sentido a pesquisa se direcionava, naquele momento, a busca de encontrar os fundamentos necessários a uma unificação de jurisprudência que pudesse sustentar a concessão de aposentadoria de forma a garantir que o Direito à aposentadoria por invalidez dos portadores do vírus HIV fosse concedido à todos, indistintamente, em razão apenas da portabilidade do vírus, tendo em vista a carga discriminatória e consequências físico-emocionais que a mesma implica.

A compreensão da existência de uma instabilidade jurídica em razão da divergência decisória e das consequências delas decorrentes, levou, em uma fase inicial e

exploratória da pesquisa, a um rastreamento de decisões que aparentavam ser contraditórias e, portanto, causadoras de injustiças.

Esse primeiro levantamento evidenciou a existência de dois tipos de decisões caracterizadora de tribunais com tendências diferenciadas. Um dos tribunais investigados tinha como “inclinação” decisória a defesa da aposentadoria por invalidez, exclusivamente com base no sentido literal da legislação, qual seja, a existência de uma incapacidade para o trabalho que deveria ser atestada pelo perito do INSS. Já no segundo tribunal investigado a tendência era claramente baseada na concessão da aposentadoria por invalidez tomando-se como base a incapacidade social, na qual eram efetuadas as análises de preconceito, discriminação e dificuldade de inserção da pessoa infectada no mercado de trabalho.

Contraopondo-se a essa divergência surge em 2012 a decisão da Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência que foi compreendida pelos magistrados e advogados militantes nessa área como tendo proposto uma unificação de jurisprudência, acarretando interpretações as mais diversas que provocaram um redirecionamento decisório.

Ao mesmo tempo em que essas aproximações fáticas eram feitas, e conhecendo-se o discurso expresso nas decisões judiciais e na decisão da turma de unificação – TNU, a pesquisa de campo foi acontecendo de forma a provocar ainda outros questionamentos e mudança de rumo na investigação.

Na busca por uma aproximação com os sujeitos que vivem com o vírus e os médicos infectologistas, a pesquisa lançou mão da análise de discurso como metodologia adequada a apreensão dos sentidos presentes nas falas daqueles que, de alguma forma, vivenciam o problema e o conhecem de forma mais íntima e real.

Foi então constituído um “corpus” discursivo do qual constaram os discursos dos sujeitos de pesquisa entrevistados, quais sejam, 03 médicos infectologistas e 08 pessoas vivendo com o HIV, sendo 07 do Espírito Santo e uma da cidade do Rio de Janeiro, bem como as decisões judiciais dos Tribunais Regionais Federais, conforme será detalhado mais adiante.

A escolha dos profissionais a serem entrevistados se deu em razão de serem conhecidos e referenciados por seus pares e profissionais da área como médicos de referência no tratamento da AIDS. A ideia inicial de entrevistar também médicos peritos do INSS não pôde ser concretizada em razão dos mesmos não aceitarem participar nessa condição.

A escolha das pessoas vivendo com AIDS se deu por indicação dos próprios profissionais. A opção desse tipo de escolha se deu devido a dificuldades inerentes a identificação dessas pessoas em razão do ocultamento em que vivem, relacionado ao processo discriminatório que sofrem. A indicação feita pelos médicos facilitou o encontro e a aceitação deles para participarem da pesquisa dando as entrevistas de que necessitávamos.

Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, aprovado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A garantia da privacidade das informações foi pactuada pela assinatura do TCLE. As entrevistas foram realizadas dentro dos critérios metodológicos inerentes a esse tipo de técnica de coleta de dados. Após a transcrição das entrevistas gravadas, os discursos foram submetidos a sucessivas leituras nas quais se buscou a identificação das **unidades de análise** que viriam a se organizar de forma a constituírem as **categorias analíticas**.

Imaginava-se, nesse primeiro momento, que as entrevistas com médicos e pessoas infectadas poderiam ajudar a consolidar um corpo de justificativas capazes de fundamentar o processo decisório dos peritos do INSS, bem como dos magistrados quando tivessem que decidir casos dessa natureza, buscando consolidar a ideia de unificação de jurisprudência, já iniciada pela decisão da Turma de Unificação.

Entretanto, a aproximação com o universo discursivo dos sujeitos de pesquisa apontou no sentido da inconsistência e inadequação de buscar-se uma unificação de jurisprudência. A complexidade e diversidade, inerentes a cada caso, inviabilizaria qualquer tentativa de unificação.

Além dos discursos fornecidos pelas entrevistas passaram a constituir o “corpus”, os discursos constantes nas decisões judiciais analisadas. Do universo discursivo também fizeram parte as decisões judiciais originadas dos Tribunais Regionais Federais. Em cada tribunal foram encontrados, em média, 40 decisões cuja leitura permitiu verificar o entendimento que prevalece em cada região. Tratando-se de pesquisa qualitativa, a preocupação com o número de decisões ou o esgotamento delas no levantamento, não constituiu critério metodológico. A opção pelo levantamento de decisões ter se dado nos Tribunais Regionais e não no primeiro grau, deveu-se a dois fatores: 1) os magistrados de primeiro grau costumam seguir os tribunais superiores; 2) facilidade de serem encontradas no site dos tribunais de cada região.

O processo de “escavação” teórico, no qual a teoria de base escolhida passou a ser estudada com maior grau de profundidade, buscando-se confrontá-la com o problema em tela, apontou no mesmo sentido. Ou seja, a impossibilidade de se alcançar justiça na unificação de jurisprudência.

Mudam-se assim os rumos da pesquisa, não pela negativa do caminho já trilhado, mas pela compreensão de que o problema deve ser enfrentado sobre outras bases. As descobertas feitas até então e as sínteses a que se chegou no desenvolvimento dos procedimentos metodológicos, caracterizados fundamentalmente pelo encontro com os sujeitos de pesquisa e com a teoria de base, foram a confirmação de que a negativa das hipóteses, que aqui aconteceu, implica, talvez, em desenvolvimento científico mais vigoroso do que sua própria confirmação.

Começa-se, então, uma segunda etapa da investigação na qual o questionamento passa a ser no sentido de buscar alternativas para o enfrentamento do problema na atual situação em que se encontra instalado, qual seja, o INSS, que, por muito tempo acolheu as pretensões de aposentadoria de pessoas portadoras do vírus de forma ágil e relativamente desburocratizada, passou a negar, não raras vezes, de forma sistemática, as solicitações de aposentadoria, acarretando um direcionamento desses pedidos para a via judicial. Transfere-se, assim, ao judiciário a responsabilidade de decidir algo que poderia ter sido solucionado na esfera administrativa, aumentando sua sobrecarga e ampliando a gravidade do fenômeno

da judicialização, no qual se encontram mergulhados os membros do poder judiciário, comprometendo a celeridade e a qualidade das decisões prolatadas.

Estas e outras conclusões, a que se chegou ao longo de trabalho, foram determinantes no sentido compreender que, apesar serem estas, por si sós, as grandes contribuições da pesquisa, quais sejam, a impossibilidade de se buscar uma unificação de jurisprudência que indique uma diretriz única decisória, o que contraria a tendência observada na análise das decisões, a investigação poderia ainda avançar no sentido de apresentar outras alternativas, já constantes no processo de sistematização e reflexão encetados e direcionadas ao alcance de um maior grau de justiça que considere o atual paradigma constitucional brasileiro, em sua compatibilidade com a teoria alexyana, adotada pelo STF como metodologia adequada para a solução de conflitos envolvendo Direitos Fundamentais e direcionadas ao ideário de aplicação das máximas da proporcionalidade, na qual o juiz decide aplicando-as ao caso concreto.

Vencidas as etapas iniciais da pesquisa exploratória e realizadas as análises dos discursos que nos permitiram concluir pela necessidade de que cada caso seja individualmente considerado, seja pelos peritos do INSS seja pelos magistrados, a pesquisa se direcionou no sentido de identificar/extrair/propor, a partir dos discursos e das análises que sobre eles foram realizadas, os pressupostos fáticos e teóricos a serem considerados pelo poder judiciário para o (in) deferimento das pretensões de aposentadoria das pessoas vivendo com HIV/AIDS à luz do Paradigma do Estado Democrático de Direito.

1 BREVE HISTÓRICO DA AIDS

Difícil se torna discutir uma doença sem, principalmente, entender os pontos principais da mesma. No imaginário social, o que se sabe é que a AIDS é uma doença incurável que se transmite pelo sangue e, principalmente por meio de relações sexuais. Talvez seja devido a esse conceito que, por muitos anos, o portador do vírus HIV era praticamente excluído da vida social. O medo de infecção gerava uma repulsa na sociedade, que impedia de se dar um aperto de mão naqueles que sabia contaminados.

Cientificamente, cabe mencionar que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS – é definida como “quadro associado a uma doença indicativa de defeito na imunidade mediada por células, ocorrendo em pessoa que não tenha outra causa para determinar a imunodeficiência, além da presença do HIV” (FARTHING, 1989, p. 12).

Os primeiros relatos dessa síndrome foram publicados em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados aos *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) vários casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (fungo cuja denominação recentemente foi alterada para *Pneumocystis jiroveci*) e de sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos previamente saudáveis (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 3).

Porém, segundo indicam dados epistemológicos, a doença surgiu na África há mais de 40 anos. Ocorre que apenas adquiriu notoriedade e preocupação quando apareceu seus primeiros casos em cinco homens homossexuais nos Estados Unidos. Por tal motivo, de início, foi atribuído como uma “peste gay”, fato que aumentou o preconceito em relação às pessoas portadoras do HIV e seus hábitos de vida (TRIDAPALLI, 2003, p. 26).

Estudos mais recentes identificaram um vírus em uma espécie de chimpanzé, qual seja, *Pan troglodytes*, que pode ter dado origem ao HIV. Os dados epistemológicos existentes acreditam que o vírus esteja presente nessa espécie de chimpanzé há

vários anos, sem provocar a doença, e pode ter sido transmitido ao ser humano durante o processo de preparo do animal para alimento, hábito comum em algumas regiões da África central, favorecendo o contato com o sangue (GAO, 1999, p. 436-441).

Dessa forma, percebe-se que não é uma doença antiga se levarmos em consideração os primeiros relatos dos Estados Unidos e os avanços que a medicina já obteve em seus estudos. Em 1983, já foi identificado o vírus da imunodeficiência humana (HIV), pertencente à subfamília lentivírus dos retrovírus humanos. Marcia Rachid e Mauro Schechter (2008, p.03) explicam:

O HIV é um vírus RNA que se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, que permite a transcrição do RNA viral em DNA, que pode, então, se integrar ao genoma da célula do hospedeiro, passando a ser chamado de provírus. O DNA viral é copiado em RNA mensageiro, que é transcrito em proteínas virais. Ocorre, então, a montagem do vírus e, posteriormente, a gemulação.

Drauzio Varela (2009, p. 14) explica em uma linguagem simplificada: “Por um capricho da natureza, o HIV se multiplica dentro de um tipo de glóbulo branco (célula do sangue) muito importante para organizar nossas defesas imunológicas: o linfócito CD4”. Em suas palavras (VARELA, 2009, p. 14):

Os linfócitos CD4 são os generais de nosso exército de defesa. Eles são responsáveis por reconhecer a natureza do germe invasor e recrutar todas as demais células do sistema imunológico para atacá-lo e destruí-lo. Quando os linfócitos CD4 não conseguem exercer suas funções, o exército se desorganiza e a resposta imunológica perde a eficácia. No caso de infecção por HIV, essa situação expõe o portador do vírus a doenças oportunistas.

Dessa forma, “a deficiência imunológica chega a um ponto que germes banais, com os quais convivíamos pacificamente, tornam-se capazes de invadir nosso organismo e provocar doenças gravíssimas” (VARELLA, 2009, p.14).

Definindo em linhas gerais (REIS JUNIOR, 2005, p. 05):

A AIDS decorre de uma infecção pelo vírus HIV que provoca lesões no sistema imunológico. Este sistema, debilitado, não pode proteger o organismo contra certas infecções oportunistas ou cânceres, alguns dos quais se tornam causa direta da morte do doente da AIDS.

No início, aquele que se contaminava com esse vírus também adquiria sua sentença letal. Ocorre que, com a introdução de potentes esquemas antirretrovirais e o emprego de profilaxias primárias para as infecções oportunistas, houve grande queda de mortalidade associada às infecções de HIV. Ademais, a partir de 1998, em muitos centros dos EUA, Brasil e Europa, as causas de óbito de indivíduos infectados pelo HIV passaram a ser as mesmas relatadas em indivíduos da mesma faixa etária, porém não infectados (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 3).

O HIV pode ser transmitido “durante as relações sexuais, por meio de inoculação de sangue e derivados, e da mãe infectada para o concepto”. Ademais, estudos mostram que a possibilidade de transmissão de homem para mulher e de mulher para homem são semelhantes. As transfusões de sangue já foram objeto de transmissão, mas, atualmente, com os exames prévios do sangue a ser doado, esse número se reduziu de forma significativa (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 4).

Embora tenha havido uma redução na incidência de novas infecções, o número de pessoas vivendo com o vírus da HIV ainda é grande, principalmente na África subsaariana – 60% dos infectados. Estima-se que, em 2003, havia 37,5 milhões de infectados no mundo, número que, em 2006, aumentou para 40 milhões (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 4).

No Brasil, nosso foco no estudo, no início dos anos 80, a epidemia atingiu, principalmente, homo/bissexuais masculinos, brancos, de classe média ou alta e moradores de grandes metrópoles. Com o tempo, todas as classes sociais, gêneros e idades foram atingidas. Por exemplo, em 2005, foram notificados 33.142 novos casos da AIDS, sendo 19.818 em homens e o restante em mulheres, sendo que a maior forma de transmissão foi por meio das relações sexuais (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 5).

Jane Leão (2000, p. 13) informa a importância de se estudar a AIDS:

No início da década de 80, a eclosão de uma nova doença – que, posteriormente, foi identificada como uma síndrome, conhecida mundialmente pela sigla em inglês AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) – foi responsável por mudanças significativas em outros campos que não somente o da saúde,

principalmente por combinar comportamento sexual e doença. A AIDS acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e, sobretudo, conferiu maior visibilidade a questões relacionadas à sexualidade. Agora, praticamente no início do século XXI, a AIDS ainda é um dos mais fortes exemplos de inter-relação dos campos acima mencionados. Igualmente importantes são os mecanismos locais, nacionais e globais de elaboração, apropriação e disseminação de conhecimento relacionado à AIDS, facilitados – principalmente, mas não só – pelas conquistas tecnológicas. Tais conquistas fazem parecer que na era da epidemia de HIV/AIDS tudo acontece de forma extremamente rápida e intensa.

Não há que se falar que a doença seja pacificamente aceita na sociedade brasileira. O medo da infecção ainda existe. Por isso, de “acordo com o Código de Ética Médica, o profissional deve guardar sigilo absoluto, só revelando o diagnóstico com a autorização do paciente, com exceção dos parceiros sexuais”, que devem ser informados caso o doente não o faça (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 5).

Assim, os efeitos da AIDS não estão adstritos ao corpo orgânico, mas também às relações sociais. A identificação histórica da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS – ao idioma português dotou-se de uma carga pejorativa, que levou à formação do preconceito (REIS JUNIOR, 2005, p. 5).

Para fins didáticos, divide-se a infecção pelo HIV em três fases: a fase aguda – ocorrida imediatamente após a infecção -, a fase assintomática e a fase sintomática. Caso não haja nenhuma intervenção médica, a progressão da fase aguda até a sintomática é de aproximadamente uma década (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 07).

Frisa-se que não necessariamente o indivíduo passará por todas as fases. Existem casos médicos em que o indivíduo assintomático passou a apresentar um quadro de AIDS plenamente desenvolvida, vindo a falecer (VALENTIM, 2003, p. 35). Assim, até mesmo o desenvolvimento da doença depende do organismo de cada infectado.

O período desde a infecção até o aparecimento dos primeiros sintomas varia de três a cinco meses. O quadro clínico varia desde “síndrome gripal até mononucleose-símile, com febre, astenia, faringite, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retroorbicular e linfadenopatia”. Neste ponto, é interessante ressaltar que os testes para detecção de

anticorpos anti-HIV podem ser negativos, tornando-se positivos semanas após o início dos sintomas (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 8-9).

Na fase assintomática, encontram-se os indivíduos infectados pelo HIV que nunca apresentaram manifestações clínicas associadas à infecção. Neste caso, o paciente pode descobrir ocasionalmente que é portador do vírus, e tal situação pode ser traumática na vida desta pessoa, por isso os profissionais da área da saúde indicam um suporte psicológico. Além disso, é importante realizar exames para avaliar o risco da evolução da doença (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 9-10).

Já a fase sintomática pode ser dividida em precoce e tardia (RACHID, 2008, p. 10). Os sintomas e o tratamento variam conforme o nível de infecção. A verdade é que a AIDS pode matar se não houver um acompanhamento médico, portanto a frase popular de que “AIDS não mata mais” é errônea, pois qualquer doença, sem tratamento, pode levar a óbito.

Percebe-se que a descoberta dos antirretrovirais, nome dado a medicação utilizada no tratamento da AIDS, constitui-se um importante avanço para as pessoas infectadas pelo vírus HIV. Foram altos os investimentos em pesquisas científicas relacionadas à busca do conhecimento e da cura da AIDS, o que nos parece ser devido ao poder de pressão do grupo contaminado, que inicialmente parecia concentra-se em classes econômicas e socialmente mais privilegiados. Neste sentido Marcia Rachid e Mauro Schechter (2008, p.102) afirmam que:

A terapia antirretroviral potente modificou profundamente a história natural da infecção pelo HIV, havendo marcada diminuição da morbidade e da mortalidade e melhoria da qualidade de vida. Por outro lado, há, também, exposição prolongada a medicamento, suas toxinas e efeitos colaterais.

Apesar dos avanços relativos à descoberta de novos antirretrovirais terem ampliado a expectativa de vida do portador do HIV, os problemas relacionados aos efeitos colaterais permaneceram. Esses efeitos foram fatores marcantes de reclamações entre as pessoas vivendo com HIV/AIDS entrevistadas neste trabalho – entrevistas em anexo.

A resposta do tratamento com antirretrovirais é semelhante em homens e mulheres. No entanto, algumas manifestações clínicas são específicas das mulheres, como “candidíase vaginal e doença inflamatória pélvica”, sendo que a presença deste último associa-se ao aumento do risco de desenvolvimento de câncer cervical. Herpes simplex genital e candidíase esofagiana também parecem ser mais comuns entre as mulheres (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 89).

Registra-se, ainda, que transtornos psiquiátricos são relativamente comuns durante o curso da infecção pelo HIV. “Indivíduos que apresentam transtornos mentais ou de comportamento ou que tenham personalidades dependentes e emocionalmente instáveis tendem a manter práticas de risco para exposição do HIV”. Ressalta-se que a “convivência com a doença crônica, os tratamentos e os exames são fatores estressantes que podem gerar sintomas psiquiátricos, particularmente em pacientes com maior dificuldade de lidar com problemas ou com frustrações” (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 102).

Esses transtornos psicológicos dos acometidos pela enfermidade são causados pelo fato de que o doente se depara com uma doença para a qual não há cura e de remota possibilidade de surgimento de tratamento; assim, as vítimas passam a não ter muito perspectiva para o futuro da vida, levando ao desestímulo de continuar a luta pela preservação da vida (TRIDAPALLI, 2003, p. 20)

Felizmente, estudos mostram que o tratamento desses transtornos psiquiátricos tem resultados da mesma forma que os obtidos por pessoas não infectadas pelo vírus HIV. Porém, esse tratamento deve ocorrer de forma séria e contínua por psiquiatras e psicoterapeutas. A depressão e a ansiedade são os principais fatores existentes dentre os portadores do vírus HIV, e o tratamento é importante porque esses quadros podem interferir diretamente na redução de adesão ao tratamento (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 102).

A pele é o órgão mais atingido no curso da infecção pelo HIV. Algumas alterações ocorrem ainda quando a doença está em seu caminho inicial e podem ser sinais que levam ao paciente a busca pelo diagnóstico da doença. Com o início do tratamento, a pele pode sofrer afecções em decorrência da recuperação do sistema imune e

podem persistir até ser estabelecido um novo estado de equilíbrio imunológico (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 117).

Quanto a anormalidades hematológicas associadas ao HIV, também não podemos escapar. Essas podem ser encontradas em qualquer fase da infecção. Anemia, linfopenia e neutropenia são mais frequentes e mais graves nos estágios mais avançados da infecção. Por fim, o comprometimento cardíaco é bastante frequente e, atualmente, as coronariopatias são causa de morbidade e mortalidade progressivamente mais comuns (RACHID & SCHECHTER, 2008, p. 122 e 126).

No caso brasileiro, no que diz respeito à epidemia de HIV/AIDS, o país desperta a atenção internacional e pode ser considerado como “caso exemplar” não somente pelo número oficialmente notificado como AIDS, mas também pela complexidade da epidemia, assim como pelos recursos provenientes do Banco Mundial e pela decisão do governo federal de garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais, na rede pública de saúde (GALVÃO, 2000, p. 21).

Dessa forma, mesmo a AIDS tendo chocado a sociedade mundial em face de suas peculiaridades e inusitadas características, aos poucos está se construindo uma alteração de consciência, no sentido de que a AIDS não é uma doença, mas, sim, uma deficiência imunológica. Portanto, o fato de conviver com uma pessoa portadora do vírus não oferece riscos iminentes de contaminação do mesmo (TRIDAPALLI, 2003, p. 20).

O vírus HIV ainda é estudado e imaginamos que muitas novidades sobre a doença ainda serão descobertas. Em entrevistas com médicos que realizam o tratamento dessas pessoas, além das pessoas que vivem com essa doença, descobrimos diversos pontos importantes de serem debatidos no presente trabalho, a fim de complementar a teoria aqui exposta. Portanto, alguns temas como efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais, qualidade de vida dos pacientes, dentre outros, foram debatidos novamente no decorrer desse trabalho, se utilizando de conhecimentos teóricos e práticos adquiridos na elaboração do presente trabalho.

2 APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Antes de adentrarmos ao tema, questionaremos se o Direito Previdenciário seria ou não um Direito Fundamental. Pensamos que não buscou outra descrição o legislador ao prever o Direito Previdenciário no artigo 6º da Carta Magna, ou seja, dentro do título II, intitulado: Dos Direitos e Garantias Fundamentais. Ademais, encontra-se em Declarações Universais como, por exemplo, a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948.

No conceito de Robert Alexy “os direitos fundamentais constituem a tentativa de positivizar os Direitos Humanos” (2014, p. XV). Assim, ao possuir o Direito previdenciário como um direito humano o legislador brasileiro o positivou na Constituição, sendo o mesmo considerado um direito fundamental. Assim, como qualquer outro direito fundamental, deve ser resguardado, pois, conforme Norberto Bobbio (1986, p. 63), não basta haver a previsão de direitos humanos, é necessário efetivá-los:

[...] uma coisa é falar dos direitos humanos, direitos sempre novos e cada vez mais extensos, e justificá-los com argumentos cada vez mais convincentes; outra coisa é garantir-lhes uma proteção efetiva, acrescentando à medida que as pretensões aumentam, a satisfação delas torna-se cada vez mais difícil.

Adiante, veremos que nossos tribunais superiores estão divergindo acerca de um direito fundamental, uma vez que existem decisões concedendo a aposentadoria por invalidez, mesmo para os pacientes assintomáticos portadores de HIV, enquanto existem decisões que não concedem o benefício.

Acrescentamos que, para justificar ambos os posicionamentos, os tribunais superiores estão utilizando diversos Direitos Fundamentais em colisão. Por exemplo, ao negar o benefício se utilizam do Direito ao Trabalho e ao conceder se utilizam da Dignidade da Pessoa Humana.

Assim, “não é suficiente que uma assembléia constituinte delibere sobre um catálogo de direitos fundamentais. Eles precisam ser interpretados e

fundamentados” (ALEXY, 2014. p 92) da mais harmoniosa e melhor possível, o que não vem ocorrendo.

Porém, antes de adentrarmos o tema da divergência, julgamos necessário entender os critérios para a concessão ou não da aposentadoria por invalidez e sua diferença para o auxílio doença. Nas palavras de Ivan Kertzman (2010, p. 374):

A aposentadoria por invalidez será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, sendo-lhe paga por enquanto permanecer nessas condições.

A concessão ou não da aposentadoria por invalidez dependerá da capacidade ou não para o trabalho. Tal diagnóstico é dado por meio de exame médico-pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado ser acompanhado por médico particular de sua confiança se desejar, porém, o que prevalece é o laudo do perito da previdência social (KERTZMAN, 2010, p. 374).

Cabe mencionar que doença anterior à filiação no Regime Geral de Previdência Social não confere ao segurado a aposentadoria por invalidez, “salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão” (KERTZMAN, 2010, p. 374).

A carência para essa forma de aposentadoria, ou seja, tempo mínimo de contribuição à previdência, é de 12 meses, “sendo essa dispensada em caso de acidentes de qualquer natureza ou causa, doença profissional ou do trabalho e de doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e Previdência” (KERTZMAN, 2010, p. 374) – está nesta última lista a AIDS, doença em estudo.

O interessante dessa forma de aposentadoria é que não incide o fator previdenciário, ou seja, a renda mensal será de 100% do salário de benefício. Sendo esse salário de benefício calculado mediante os 80% maiores salários de contribuição (KERTZMAN, 2010, p. 374).

Salienta-se que, caso o aposentado por invalidez necessite de assistência permanente de outra pessoa, será acrescido à aposentadoria o valor de 25%, ainda que ultrapasse o limite máximo de salário-de-contribuição (KERTZMAN, 2010, p. 376).

Além disso, caso readquirida a capacidade para o trabalho, pode o segurado perder o benefício. Quanto a isso (KERTZMAN, 2010, p. 377):

O segurado aposentado por invalidez está obrigado, a qualquer tempo, independente da idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da Previdência Social, a realizar-se bianualmente, a processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado e a tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos.

Neste sentido, destaca Sergio Pinto Martins (2009, p. 330) que “não há na lei previdenciária prazo de duração para a efetivação da aposentadoria por invalidez”. De modo geral, a aposentadoria por invalidez é provisória. “Ela só será definitiva quando o médico assim entender, pois o segurado não é mais suscetível de recuperação” (MARTINS, 2009, p.330).

Neste contexto, Fábio Zambitte Ibrahim (2009, p. 526) defende,

A princípio, é de se estranhar a previsão de recuperação (total ou parcial) de capacidade laborativa do aposentado por invalidez. Entretanto, como a medicina evoluiu a cada dia, com novos medicamentos e tratamentos mais eficazes, é possível que o segurado, hoje inválido, venha a recuperar alguma capacidade laborativa em futuro próximo. Daí a reversibilidade deste benefício, o que justifica a manutenção das perícias periódicas e tratamento obrigatório mesmo após a aposentação.

Podemos confirmar essa ideia com a doença aqui em estudo. Por algum tempo aquele que adquiria o vírus HIV conseguia facilmente sua aposentadoria por invalidez de forma definitiva, ou seja, sem a necessidade de exames periódicos realizados pelo Instituto da Previdência Social. Com o avanço da medicina e a descoberta de potentes antirretrovirais, essa aposentadoria se tornou cada vez mais difícil de ser alcançada, fato esse que levou a procura do judiciário pelos pacientes que desejam essa aposentadoria. Porém, o judiciário também tem divergido em relação a esse assunto, conforme verificaremos no próximo capítulo.

Vale mencionar que, o segurado que retornar voluntariamente ao trabalho terá sua aposentadoria cancelada automaticamente, a partir da data de retorno, e os valores recebidos, indevidamente, deverão ser devolvidos à Previdência Social (KERTZMAN, 2010, p. 377). Isso se deve ao fato de que o benefício é concedido para aquele que não tem condições de exercer atividade; caso exerça, não há que se falar em benefício.

No caso de uma incapacidade, mas não permanente, existe outro benefício devido pela previdência social, qual seja, auxílio-doença. Este é “devido ao segurado que ficar incapacitado para seu trabalho ou para a atividade habitual, por mais de quinze dias consecutivos” (KERTZMAN, 2010, p. 416).

Neste caso, também não é devido o auxílio em caso de segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social, já acometido de lesão ou doença invocada como causa para a concessão do benefício (KERTZMAN, 2010, p. 416).

A verificação da incapacidade também é realizada por meio de perícia médica a cargo do INSS. Ademais, a previdência social deve processar de ofício o auxílio-doença quando tiver ciência da incapacidade do segurado, mesmo que o trabalhador não tenha requerido (KERTZMAN, 2010, p. 416).

O segurado em gozo desse benefício também deve se submeter a exames médicos, sob pena de suspensão do benefício. E, caso a recuperação para sua atividade habitual seja impossível, deve passar por um processo de reabilitação profissional, para se aperfeiçoar em outra atividade (KERTZMAN, 2010, p. 416).

A renda mensal desse benefício é de 91% calculado a partir dos 80% maiores salários de contribuição, sem a utilização do fator previdenciário. O segurado deve contar, assim como na aposentadoria por invalidez, com pelo menos 12 contribuições mensais, sendo isso dispensado nos casos de acidente de qualquer natureza, doença profissional ou do trabalho e doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e Previdência Social (KERTZMAN, 2010, p. 417).

Em caso de mais de uma atividade exercida pelo segurado, só será devido o auxílio-doença pela atividade para a qual o segurado estiver incapacitado, considerando-se para efeito de carência somente as contribuições relativas a essa atividade. Neste caso, o valor do auxílio-doença pode ser inferior a um salário-mínimo (KERTZMAN, 2010, p. 424).

Por fim, o auxílio-doença cessa com a recuperação da capacidade para o trabalho ou com a transformação em aposentadoria por invalidez (KERTZMAN, 2010, p. 425).

3 PASSOS METODOLÓGICOS

O objetivo deste capítulo é situar o leitor dos passos metodológicos que realizamos para se chegar a uma conclusão. Sabemos que não é muito comum o mesmo na área do Direito, mas consideramos necessário.

3.1 TIPOLOGIA

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, que consiste em um campo de investigação na qual foi utilizada a técnica da análise de discurso. Norman K. Denzin e Yvonna S. Lincoln (2006, p. 17) explicam:

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo notas de campo, as entrevistas, as conversas as fotografias, as gravações e lembretes.

Neste sentido, realizamos 11 (quatorze) entrevistas, nas quais a observação de cada profissional foi importante. As entrevistas com os médicos, por exemplo, foram realizadas em seu local de trabalho, o que permitiu a observação de suas atividades e as características de seus pacientes.

Por outro lado, as pesquisas das pessoas vivendo com HIV/AIDS foram realizadas em diferentes locais, até mesmo no local de trabalho desta pesquisadora. Observou-se que aqueles que desejaram ir até um escritório de advocacia tinham a necessidade de retirar dúvidas jurídicas. Outros preferiram ser entrevistados ao ar livre; esses, geralmente eram pacientes que aceitaram a doença, tornaram a mesma pública e lutam para expandir a informação e diminuir o preconceito – esses nem mesmo desejavam o sigilo e apenas assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento após explicações acerca de sua obrigatoriedade e que ele não significava apenas o compromisso do sigilo, mas, sobretudo a garantia do pesquisador, de que a entrevista foi concedida de maneira livre e autônoma.

Por fim, alguns foram entrevistados no movimento jovem¹ estadual de pessoas vivendo com HIV/AIDS, onde existiam várias pessoas vivendo com HIV/AIDS. Nesse caso, mesmo com aqueles que não participaram das entrevistas foi possível observar o estilo de vida, suas tristezas, dificuldades, observando olhares e sinais negativos como resposta de que não desejavam participar de nenhuma entrevista, geralmente por medo de se expor, sendo que não eram convencidos do caráter sigiloso das mesmas.

Os critérios de seleção para entrevistas dentre as pessoas vivendo com HIV/AIDS, foram idade, profissão, e grau da doença, ou seja, procuramos pessoas das diversas idades, com diferentes profissões, até mesmo duas pessoas aposentadas. Além disso, buscamos pessoas que ainda não possuem sintomas, não se utilizando dos antirretrovirais até pessoas que quase morreram devido a doença. Quanto aos profissionais da área da saúde o critério de seleção foi a especialidade infectologista, que realizam tratamento com pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Assim, Godoy (1995, p. 62) enumera as características essenciais capazes de identificar uma pesquisa desse tipo, como o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; o caráter descritivo; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador; enfoque indutivo. Portanto, o pesquisador procura entender o fenômeno para aí mencionar sua compreensão sobre o mesmo.

No caso, a observação foi importante para entender o outro. Cada fala era conjunta com gestos, sinais, expressões de tristeza, desespero e alegria que dimensionam para o entrevistador as partes mais importantes do que ali era trazido, o que permitiu encontrar as unidades de significação que trataremos adiante.

¹ Movimento formado no Estado do Espírito Santo como uma forma de ajudar aos jovens infectados pelo vírus HIV. Possuem uma sede onde ajudam o jovem desde a descoberta da doença com palestras, mesas redondas, assistência psicológica e assistência jurídica.

3.2. TÉCNICA DE PESQUISA

Cabe mencionar que a técnica de pesquisa que foi adotada nas entrevistas é a técnica da bola de neve – *snowball*. Significa que continuamos as entrevistas até que foi alcançado o “ponto de saturação”. Tal ponto seria quando os entrevistados começam a repetir as respostas não havendo mais acréscimo de informações para a pesquisa. No caso isso aconteceu no 3º médico infectologista entrevistado e na 8ª pessoa vivendo com HIV entrevistada.

Segundo Elisabeth Maciel de Albuquerque (2009, p. 20), os primeiros participantes contatados na aplicação da pesquisa em técnica de bola de neve seriam as “sementes”, que precisam ter conhecimento da sua localidade, do fato que aconteceu ou das pessoas que vivem na comunidade. Isto porque esse indivíduo - a “semente” – indicará outras pessoas de seu conhecimento para que também participem. Continua a autora afirmando que “esse procedimento é repetido algumas vezes, até que o tamanho pré-definido da amostra seja alcançado ou até que a população fique saturada (ou seja, se esgotem os membros acessíveis da mesma)”.

Tal técnica, apesar de ainda ser pouco utilizada na área jurídica, é muito importante. Neste sentido, Biemacki (1981, p. 141-163) explica a importância da técnica, já que a mesma permite a definição de uma amostra através de referências feitas por pessoas que compartilham ou conhecem outras que possuem as características de interesse da pesquisa.

A técnica bola de neve é recomendada por Lincoln e Guba (apud. ALVES-MAZZOTTI, 1999, p. 163) nos casos em que não é possível obter muitas informações prévias sobre o contexto investigado. Dessa forma, entrevista-se uma pessoa que sugerirá a próxima até se alcançar o ponto de saturação já mencionado.

Como exemplo, pode-se mencionar dois entrevistados, psicólogos, que tiveram suas entrevistas desconsideradas, uma vez que não foi possível a gravação da mesma, porém esses foram importantíssimos no processo de indicação de pessoas vivendo com HIV/AIDS, uma vez que um deles apresentou uma pessoa pertencente ao

movimento jovem estadual de pessoas vivendo com HIV/AIDS e esta indicou várias outras pessoas, de diferentes características, para aprofundar essa pesquisa.

Conclui-se que, mesmo não sendo uma técnica simples, a técnica da bola de neve se mostrou como a melhor aplicável ao caso, uma vez que permite o acúmulo de informações e opiniões de vários envolvidos no sistema de cadeia.

3.3. O MÉTODO DA ANÁLISE DE DISCURSO

O método da análise de discurso trabalha com o sentido do texto. Muitos o utilizam, erroneamente, como sinônimo de análise de conteúdo, mas este trabalha com o conteúdo do texto. Assim, na análise de discurso é o intérprete buscando enxergar além do que está escrito no texto; em outras palavras, a análise de discurso preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso.

Orlandi (1999, p. 17) explica que o objeto da Análise do Discurso é o discurso em si, ou seja, esse método se interessa por estudar a “língua funcionando para a produção de sentidos”. Isto permite analisar as unidades além das frases, ou seja, o texto.

Nos ensinamentos de Foucault (1986, p. 70) o discurso ultrapassa a simples referência a coisas, pois o discurso existe para além da mera utilização de letras, palavras e frases, ou seja, não pode ser entendido como um fenômeno de mera expressão de algo. Em um momento de sua explicação, conclui que “o discurso não tem apenas um sentido ou uma verdade, mas uma história” (FOUCAULT, 1986, p. 146). Em suas palavras, demonstra o discurso como (FOUCAULT, 1986, p. 139)

[...] um bem finito, limitado, desejável, útil, que tem suas regras de aparecimento e também suas condições de apropriação e de utilização; um bem que coloca, por conseguinte, desde sua existência (e não simplesmente em suas aplicações práticas) a questão do poder; um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta, e de uma luta política.

Não se pode esquecer, ainda, que dentro dos discursos estudados existem diferentes histórias que justificam aquele discurso. Explica o autor (Foucault, 1992, p. 22):

[...] sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles se atam e de repente se exprimem, mas nele também eles se desatam, entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito.

Dessa forma, a partir dos ensinamentos de Foucault, consideramos a análise de discurso o método mais adequado para essa pesquisa, já que das palavras dos entrevistados vamos retirar outros significados, baseados em idade, classe média, momento em que vivem e crenças dos mesmos.

3.4. CONSTITUIÇÃO DO *CORPUS*

Após a definição dos objetivos do presente estudo, como a demonstração dos caminhos para se alcançar o que foi objetivado, passa-se a levantamento do material que viesse a construir o *corpus* do trabalho (BUSSINGUER, 1988, p. 66).

Em pesquisa nos tribunais regionais federais, percebemos que não são muitas as decisões sobre o tema na internet, porém trata-se de número considerável que possibilitou a leitura e a compreensão do posicionamento dos tribunais no Brasil.

Buscamos, também na literatura, textos sobre o assunto. Sobre a aposentadoria por invalidez e pessoas vivendo com HIV/AIDS não há muitos escritos, porém sobre outros assuntos, como, por exemplo, discriminação, preconceito a pessoas vivendo com HIV/AIDS na relação de trabalho, que pode nos auxiliar na presente pesquisa, foi possível encontrar em artigos, principalmente na área trabalhista.

Por fim, houve a realização de entrevistas com profissionais da saúde e pessoas vivendo com HIV/AIDS. As perguntas dirigidas aos profissionais da saúde buscaram identificar, com base em critérios científicos, se existe a incapacidade para o trabalho do portador do vírus HIV, requisito legal para a concessão do instituto da

aposentadoria por invalidez. Assim, aos mesmos foram questionados acerca das repercussões da doença na vida dos portadores do vírus e as restrições para uma vida profissional.

Quanto aos médicos, foram procurados, em hospitais e clínicas médicas a especialidade de infectologistas que entendessem sobre o tema. Aos psicólogos apenas foram questionados se possuem pacientes com o diagnóstico de HIV, o que não foi muito fácil de ser encontrado, apenas em centros de apoio aos portadores pertencentes ao próprio Estado, porém não nos foi utilizável, porque não permitiam a gravação das entrevistas.

Por outro lado, os portadores do vírus HIV informaram as razões pelas quais pleiteiam a aposentadoria por invalidez. Ademais, foi dirigido a esses questionamentos acerca das repercussões da doença em suas vidas sociais e profissionais. Para a pesquisa foram entrevistadas pessoas de variadas idades e que possuam diferenciados graus da doença.

A necessidade dessa grande quantidade de *corpus* foi devido ao problema do presente trabalho, qual seja, a análise será da Teoria da Proporcionalidade de Robert Alexy, com foco na colisão dos direitos fundamentais existentes no caso em estudo. Isto porque se busca responder a pergunta se essa teoria é instrumento hábil para resolução de colisão de Direitos Fundamentais.

Assim, por meio desse *corpus* buscamos a identificação dos princípios fundamentais em colisão.

3.5. AMOSTRA SELECIONADA

Ainda momento de pré-análise informa Bardin (1977, p.95),

É a fase da organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas, tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. [...]

trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível (quer dizer, que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise), deve, no entanto, ser preciso.

Neste sentido, a seleção da amostra para se alcançar uma análise que se considerou mais eficiente no caso concreto, se deu por quatro etapas:

- 1ª Levantamento de decisões judiciais sobre o tema – pesquisa realizada pela internet nos sites dos tribunais regionais federais do Brasil;
- 2ª Levantamento de temas específicos – artigos, trabalhos científicos. Foi realizada consulta em índices de periódicos em bibliotecas e por meio da internet;
- 3ª Levantamento de temas inespecíficos – para realizar o levantamento dos temas não específicos, considerou-se necessário recorrer à área trabalhista e a seus textos sobre o assunto, uma vez que aquele que busca a aposentadoria exerce uma profissão, assim, consideramos que essa área que poderia nos demonstrar as dificuldades de uma pessoa vivendo com HIV/AIDS no mercado de trabalho;
- 4ª Entrevistas:
 - três médicos infectologistas;
 - oito pessoas vivendo com HIV/AIDS;
 - as duas entrevistas realizadas com psicólogos que foram perdidas por impossibilidade de gravação.

3.6. AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

Após a seleção do corpus seguiremos os passos de Elda Coelho de Azevedo Bussinguer (1988, p. 68-69)

Após o levantamento e a seleção de material a ser utilizado o que veio a constituir o “corpus” do trabalho, passou-se a uma fase de decomposição desse “corpus” em unidades menores ou elementos constitutivos, também chamados de unidades de análise.

Essa decomposição do *corpus* pode ser realizada de diferentes formas, assim, optamos pelas unidades de significação, ou seja, separamos do *corpus* as unidades mais polêmicas e corriqueiras, para, posteriormente, separarmos por categorias. Bardin (apud BUSSINGUER, 1988, p. 69) entende que esse passo seria de “descobrir os ‘núcleos do sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Como exemplos de unidades de significações, seriam frases como essas extraídas dos *corpora* selecionados:

- 1) Qualidade de vida (normal, razoável, péssima);
- 2) Vida Normal ou suportável;
- 3) Medicamento é inevitável;
- 4) Efeitos Colaterais;
- 5) Capacidade para o trabalho;
- 6) Riscos no trabalho;
- 7) Trabalhos não aconselháveis;
- 8) Aposentadoria e Informalidade;
- 9) Reabilitação;
- 10) Custos Financeiros da AIDS;
- 11) Jovialização da AIDS;
- 12) Carga Viral Indetectável;
- 13) Doenças Oportunistas;
- 14) Estética;
- 15) Discriminação e preconceito;
- 16) Necessidade de Sigilo;
- 17) Expectativa de Vida;
- 18) Aumento de casos.

Frisa-se que essas unidades de significações foram utilizadas de diferentes formas, ou seja, em outras palavras, cabe ao pesquisador realizar o agrupamento daquelas que possuem o mesmo sentido e alcançar as unidades de significação como

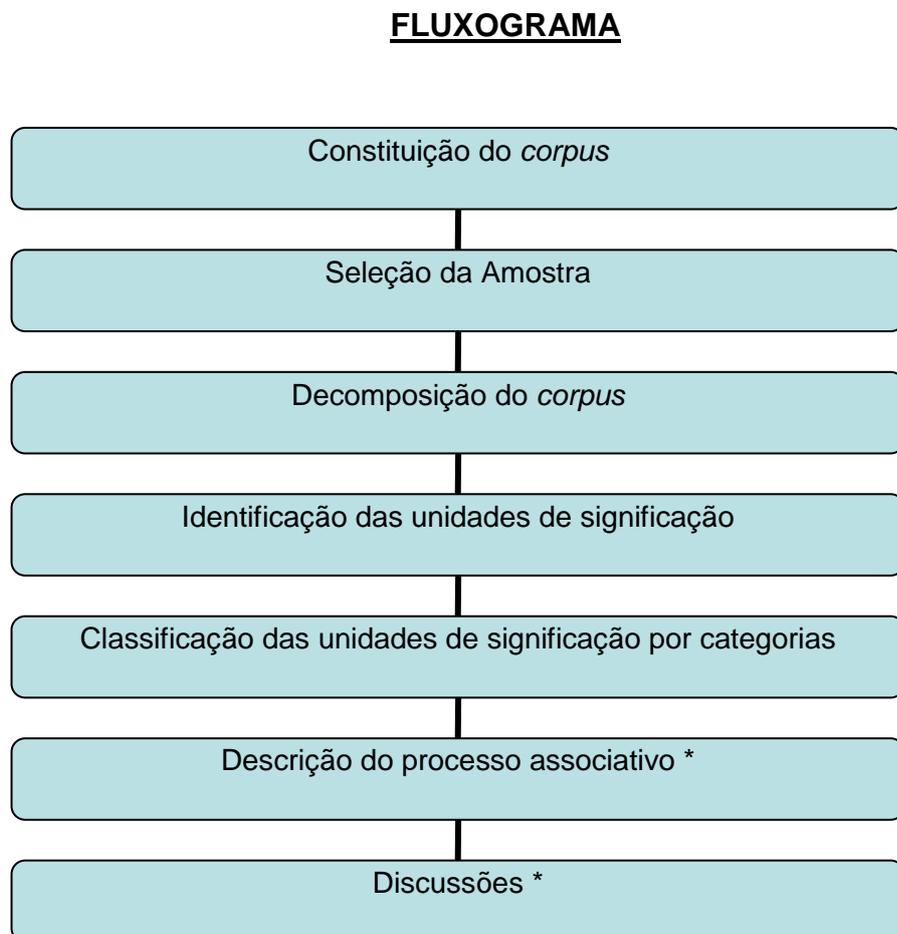
realizamos. O objetivo do trabalho não é tratar de cada unidade de significação, mas é necessário encontrá-las, para agrupá-las em categorias conforme descrito abaixo.

3.7. AS CATEGORIAS

A fase de agrupamento das unidades é um processo de análise que vai se dando no decorrer de diversas etapas e que culmina com a construção de um corpo de categorias adequado ao material utilizado (BUSSINGUER 1988, p. 70).

Portanto, segue fluxograma para melhor entendimento do que foi realizado até o momento e como se chegará aos resultados necessários para a pesquisa:

Gráfico – Fluxograma do processo de pesquisa



Adaptado de: BUSSINGUER, 1988.

*Esses assuntos serão tratados adiante.

A categorização “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero, com critérios previamente definidos”. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 1977, p. 117).

Dessa forma, após analisadas as unidades de significação, foi realizado o agrupamento das que se identificam, formando as seguintes categorias:

CATEGORIAS

1. Discriminação/Preconceito e Incentivos Fiscais:
 - 1.1. Falta de informação sobre a Doença;
 - 1.2. Autopreconceito.
2. Qualidade de Vida:
 - 2.1. Normal;
 - 2.2. Razoável;
 - 2.3. Não atrapalha no cotidiano;
 - 2.4. Vida Normal como de qualquer pessoa que possui uma doença crônica.
3. Necessidade do Medicamento e Efeitos Colaterais:
 - 3.1. Estética;
 - 3.2. Dificuldades de adaptação ao tratamento.
4. Custo do Tratamento:
 - 4.1. Necessidade de mais um Plano de Saúde;
 - 4.2. Custo dos medicamentos não Fornecidos pelo Estado;
 - 4.3. Doenças Oportunistas.
5. Psicológico e Necessidade de Sigilo:
 - 5.1. Falta de Apoio familiar;
 - 5.2. Autoaceitação da doença;
 - 5.3. Vida Afetiva prejudicada.

6. Dificuldades do trabalhador portador do vírus HIV/AIDS:
 - 6.1. Riscos;
 - 6.2. Trabalham em qualquer profissão.
7. Perícia e Reabilitação realizadas pelo INSS:
 - 7.1. Sistema de Perícias realizadas pelo INSS;
 - 7.2. Reabilitação.
8. A aposentadoria por invalidez.
 - 8.1. Envelhecimento Precoce;
 - 8.2. Cicatrizes no cérebro;
 - 8.3 Doenças oportunistas.
 - 8.4. Aposentadoria por invalidez como complemento de renda.

3.8. O PROCESSO ASSOCIATIVO

Primeiramente, para se extraírem as unidades de significação, foi necessária leitura de todas as decisões dos tribunais superiores federais existentes sobre o tema e entrevistas realizadas, separando assuntos mais corriqueiros, polêmicos e importantes.

Ato contínuo, essas unidades de significação foram analisadas, com reflexão, a fim constatarmos aquelas que poderiam ser inseridas em uma mesma categoria. Por exemplo, muitos entrevistados reclamaram da necessidade do sigilo, porém de formas diferentes: ora relatando sobre o preconceito, ora reclamando que esse fato atrapalha a luta contra o preconceito ou que essa falta de conversa sobre o vírus tem gerado o aumento de casos etc.

Dessa forma, após essa análise profunda, foram separadas oito categorias que serão debatidas no ultimo capítulo. Bardin (1977, p.101) explica que “se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas”.

Para melhor explicação das categorias ao citar a fala dos entrevistados, estes foram chamados de MÉDICO 01, 02 ou 03, para os médicos infectologistas, e ENTREVISTADO 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 ou 08, para as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Todos foram chamados no sexo masculino como forma de padronização. As frases dessas pessoas foram transcritas no capítulo posterior nas normas da ABNT como uma citação direta, porém em itálico, a fim de destacar as mesmas. Ademais, as entrevistas em completo podem ser encontradas em anexo a esse trabalho.

4 CONFLITO JURISPRUDENCIAL ACERCA DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ AO PORTADOR DA AIDS

Difícil para a jurisprudência acompanhar a evolução da medicina. Além disso, a interferência de outra área, no caso, o Direito, na solução de conflitos que não domina, pode ser desastrosa e injusta. Isto porque o não aprofundamento em um tema pode acarretar decisões em sentidos diversos e, conseqüentemente, interferir vidas de maneiras diferentes.

Conforme verificamos, o portador do vírus HIV, assim que a doença era descoberta, adquiria com a mesma sua sentença de morte, sendo que a sobrevivência dependia de cada organismo. Portanto, devido às péssimas condições de vida que possuía após a infecção, não era necessário ingressar no judiciário para se adquirir a aposentadoria, uma vez que essa era automaticamente concedida pelo instituto de previdência social da época.

Porém, com a alteração dessa situação, ou seja, após a descoberta dos medicamentos antirretrovirais e a informação da área médica de que o portador do vírus HIV pode levar uma “vida normal”, o atual INSS – Instituto Nacional da Previdência Social – passou a negar qualquer pedido de aposentadoria por invalidez nesses casos. Explica que o simples fato de ser portador do vírus HIV não gera o direito à aposentadoria por invalidez, mas, sim, deve ser diagnosticada a impossibilidade total e permanente para o trabalho.

Não satisfeitos, aqueles que possuíam a doença ingressavam no judiciário solicitando essa aposentadoria, mas sem a incapacidade para o trabalho comprovada. As alegações, na maior parte das vezes, são a incapacidade social, como preconceito e discriminação, gerando a dificuldade de inserção e manutenção no mercado de trabalho.

No cenário atual percebemos uma falta de padronização nos critérios para se decidir uma demanda desse gênero. Assim, alguns tribunais têm concedido a aposentadoria por invalidez, mesmo para pessoas assintomáticas, ou seja,

infectadas pelo vírus HIV, mas ainda não tendo desenvolvida a doença; e outras decisões, que consideram que apenas o fato da pessoa ser portadora do vírus HIV não gera a incapacidade para o trabalho, assim, não concedem aposentadoria.

Com a tentativa de por termo a essa contradição, a Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência – TNU – decidiu no ano de 2012:

PEDIDO DE UNIFORMIZAÇÃO DE INTERPRETAÇÃO DE LEI FEDERAL
 PROCESSO N°.: 0507106-82.2009.4.05.8400
 DIREITO PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-DOENÇA/APOSENTADORIA POR
 INVALIDEZ. (IN)CAPACIDADE PARA O TRABALHO. SEGURADO
 PORTADOR DE VÍRUS HIV (AIDS) ASSINTOMÁTICO. CONSIDERAÇÃO
 DE CONDIÇÕES SÓCIO-CULTURAIS ESTIGMATIZANTES.
 NECESSIDADE. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM A
 JURISPRUDÊNCIA ATUAL DESTE COLEGIADO. APLICAÇÃO DA
 QUESTÃO DE ORDEM N° 13, TNU. INCIDENTE NÃO CONHECIDO.
 ARTS. 7º VII, “A” E 15, §§ 1º E 3º, DA RESOLUÇÃO CJF N° 22 DE 4 DE
 SETEMBRO DE 2008 (RI/TNU) [...]

3 - A ausência de sintomas, por si só, não implica capacidade efetiva para o trabalho, se a doença se caracteriza por específico estigma social. Há que se aferir se as condições sociais a que submetido o segurado permitem o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência. (grifou-se)

(BRASIL. Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência. (IN)Capacidade para o trabalho. Segurado Portador de Vírus HIV (AIDS) assintomático, Considerações das condições socioculturais. PEDILEF nº 0510549-05.2008.4.05.8100. Relator: Juiz Federal Vladimir Santos Vitovsky. 8 jun 2012).

Percebe-se que o aspecto social foi requisito importante para a concessão da aposentadoria por invalidez, mesmo para os aidéticos assintomáticos. Ademais, a conclusão do estudo acerca da capacidade ou não para o trabalho, requisito legal para a concessão da aposentadoria por invalidez, também foi no considerado sentido social, conforme continua a decisão:

4 - Jurisprudência dominante desta Turma Nacional: [...] **3. A intolerância e o preconceito contra os portadores do HIV, que ainda persistem no seio da sociedade brasileira, impossibilitam sua inclusão no mercado de trabalho e, em consequência, a obtenção dos meios para a sua subsistência. 4. O princípio da dignidade humana é fundamento do Estado Democrático de Direito (art. 1º, III, CF).** 4.1. O Poder Judiciário tem coibido a discriminação contra o portador do HIV, nos casos concretos e específicos que lhe são submetidos. 4.1.1. Quando o preconceito se manifesta de forma difusa, velada, disfarçada, o Estado-Juiz deve intervir, reconhecendo as diferenças, sob pena de, na sua omissão, compactuar com a intolerância com os portadores dessas mesmas diferenças. **(grifou-se)** (PEDILEF N° 2007.83.00.50.5258-6, Relª. Juíza Federal Maria Divina Vitória, DJ 2.2.2009); **“Não há controvérsias que para a concessão de benefício de incapacidade para portador de HIV deve-se apurar a**

incapacidade social, a saber, o preconceito, a dificuldade de ingresso no mercado de trabalho e as condições pessoais do soropositivo”.
(BRASIL. Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência. (IN)Capacidade para o trabalho. Segurado Portador de Vírus HIV (AIDS) assintomático, Considerações das condições socioculturais. PEDILEF nº 0510549-05.2008.4.05.8100. Relator: Juiz Federal Vladimir Santos Vitovsky. 8 jun 2012).

A Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência dos Juizados Especiais Federais tem como competência o julgamento de incidentes de uniformização de interpretação de lei federal em questões de direito material fundado em divergência entre decisões de turmas recursais de diferentes regiões ou em face de decisão de uma turma recursal proferida em contrariedade à súmula ou jurisprudência dominante do Superior Tribunal de Justiça (STJ), conforme art. 14 da Lei 10.259/01, que dispõe sobre a instituição dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais no âmbito da Justiça Federal.

Em um primeiro momento nos pareceu que, o que buscou, no caso, a turma foi acabar com essa divergência e defender que todas as pessoas que possuem o vírus HIV sejam aposentadas, mesmo sem ter ocorrido, ainda, a evolução da doença, embasando-se em aspectos sociais do cotidiano desses doentes. Essa também foi a interpretação realizada por alguns dos nossos tribunais, conforme verificaremos adiante, uma vez que apenas citam essa decisão do TNU quando vão conceder a aposentadoria por invalidez mesmo para portadores assintomáticos.

Porém, em uma interpretação constitucional da decisão do TNU entendemos que o que buscou aquele tribunal foi à análise do caso concreto. Ou seja, a decisão busca a análise das condições sociais de cada pessoa que busca o judiciário, ou seja, sua profissão, idade, escolaridade, dentre outros. Já adiantamos que, se caso essa decisão fosse assim interpretada não haveria a necessidade dessa investigação, uma vez que é o entendimento que será aqui defendido. Sabemos que o preconceito que rodeia uma enfermeira que possui HIV é maior do que aquele que recorre sobre uma secretária, cuja atividade profissional não implica em risco direto para as pessoas com as quais se relaciona no trabalho. Mas, ainda que se considere as diferentes profissões como critérios relevantes à análise, não se pode simplesmente defender que todas as enfermeiras portadoras do vírus HIV sejam aposentadas,

porque deverá ser analisado suas atribuições, idade, possibilidade de reabilitação, dentre outros.

Outro ponto que merece análise são as pessoas que já nascem com o vírus e sofrem o preconceito em ingressar no mercado de trabalho, porque sua doença é pública. Percebemos, no decorrer do trabalho, diversos casos práticos que devem ser analisados no caso concreto, como menciona a TNU “Não há controvérsias que para a concessão de benefício de incapacidade para portador de HIV deve-se apurar a incapacidade social, a saber, o preconceito, a dificuldade de ingresso no mercado de trabalho e as condições pessoais do soropositivo”. (BRASIL. Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência. (IN)Capacidade para o trabalho. Segurado Portador de Vírus HIV (AIDS) assintomático, Considerações das condições socioculturais. PEDILEF nº 0510549-05.2008.4.05.8100. Relator: Juiz Federal Vladimir Santos Vitovsky. 8 jun 2012).

O que percebemos no caso em questão é uma colisão de Direitos Fundamentais que geram uma dúvida no judiciário, levando a uma instabilidade jurídica. Trouxemos duas interpretações possíveis da decisão da Turma Nacional, porque concordamos com Robert Alexy (2014, p.131) que no “âmbito de direitos humanos tudo é interpretação”, podendo até se falar em “uma batalha sobre a interpretação dos direitos humanos”.

Dessa forma, essa decisão foi criticada por várias pessoas quando realizamos as entrevistas – em anexo – no presente trabalho, porém, se a mesma houvesse sido interpretada à luz da constituição essas críticas não aconteceriam. O que percebemos é que ao ser publicada essa decisão houve o entendimento de que quem possuía o vírus HIV deveria ser aposentado, independente do grau da doença, o que levou a uma grande procura do judiciário.

Devido à grande crítica dessa decisão, decidimos pesquisar os tribunais superiores a fim de verificar seu entendimento sobre o assunto. Os critérios de pesquisa foram à busca em nos sites de tribunais superiores federais, ou seja, 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª Região. Quanto aos juizados especiais não são todos os sites que possuem pesquisas de jurisprudências das turmas recursais, assim, encontramos no Estado

de São Paulo que consideramos importante estudar – nos demais Estados a página se encontrava “EM CONSTRUÇÃO”, até a finalização do presente trabalho. Porém, como o objetivo era apenas provar e demonstrar a contradição existe entre os tribunais nas diversas regiões, a busca pelas decisões dentro de cada tribunal atinge esse objetivo.

Iniciaremos a amostra de decisões pelas Turmas Recursais de Estado de São Paulo. Julgamos necessário apresentar uma Turma Recursal, porque pensamos que, no mínimo, os juizados especiais deveriam se utilizar da decisão da Turma Nacional, pois a mesma foi criada para acabar com conflitos jurisprudenciais em juizados. Porém, não é isso que observamos, uma vez que essa turma recursal nem cita a decisão do TNU. Reparemos a decisão da 5ª Turma Recursal em São Paulo do dia 30 de novembro de 2012, ou seja, logo após a decisão do TNU:

Ementa

PREVIDENCIÁRIO. BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE. PROVA DA INCAPACIDADE. **PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL. LAUDO DESFAVORÁVEL. JULGAMENTO DE IMPROCEDÊNCIA.** RECURSO DA PARTE AUTORA IMPROVIDO. (grifou-se).
(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Benefício por incapacidade. Perícia Médica. Laudo desfavorável. Julgamento de Improcedência. Recurso da Parte Autora. Improvido. Processo 00146659120124036301 – procedimento do juizado especial cível. Gilvanildo Jose de Barros e INSS. Relatora: Kyu Soon. 14 dez 2012. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Neste caso, o colegiado assim fundamentou sua decisão, primeiro explicando os requisitos adotados para a concessão ou não da aposentadoria por invalidez e, conseqüentemente, explicou os pontos que deveria debater para chegar à conclusão da presente lide. Nas palavras da juíza relatora:

Não assiste razão à parte recorrente. A parte recorrente insurge-se contra o indeferimento do benefício pleiteado em 1ª instância. A respeito do auxílio-doença e aposentadoria por invalidez os artigos 42 e 59 da Lei 8.213/91 assim dispõem: Art. 42. A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição. Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos. **Assim, deve-se analisar o preenchimento dos requisitos necessários à fruição desses benefícios,**

que são: a) carência; b) manutenção da qualidade de segurado; c) invalidez total e temporária, suscetível de recuperação para a mesma ou para outra atividade, para auxílio doença e invalidez total e permanente, para aposentadoria por invalidez. (grifou-se)

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Benefício por incapacidade. Perícia Médica. Laudo desfavorável. Julgamento de Improcedência. Recurso da Parte Autora. Improvido. Processo 00146659120124036301 – procedimento do juizado especial cível. Gilvanildo Jose de Barros e INSS. Relatora: Kyu Soon. 14 dez 2012. Disponível em : < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>

Adianta-se que todas as decisões aqui discutidas analisam esses critérios para explicar a diferença entre auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, portanto, não citaremos adiante essa parte das próximas decisões.

Retornando a decisão em análise, observa-se que, após dispor quais serão os requisitos avaliados em decisão, a turma considerou necessária análise da incapacidade ou não para o trabalho, antes mesmo de qualquer outro julgamento. Tal fato demonstra como o requisito da incapacidade ou não para o trabalho é fundamental para essa turma, até mesmo por ser um requisito necessário previsto em lei, verifica-se:

Embora dispostos nessa ordem, é inegável que **o requisito da incapacidade para o trabalho deve ser analisado em primeiro plano e sua ausência prejudica o exame dos demais**, isto é, ausente a situação de incapacidade, não se examinam os requisitos da qualidade de segurado e carência do benefício. (grifou-se).

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Benefício por incapacidade. Perícia Médica. Laudo desfavorável. Julgamento de Improcedência. Recurso da Parte Autora. Improvido. Processo 00146659120124036301 – procedimento do juizado especial cível. Gilvanildo Jose de Barros e INSS. Relatora: Kyu Soon. 14 dez 2012. Disponível em : < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>).

Ato contínuo, para a investigação da presença de incapacidade para o trabalho ou não, a turma se orientou basicamente pelo laudo pericial já presente nos autos, não reconhecendo a contrariedade do mesmo e o considerando suficiente para formar seu livre convencimento motivado, explicou, assim, seu posicionamento:

No caso, o resultado descrito na sentença recorrida pautou-se justamente na inexistência da situação de incapacidade, valendo-se o magistrado da prova técnica (laudo pericial). Importante destacar que não se desconhece que o juiz detém ampla liberdade para apreciar a prova, não havendo vínculo absoluto com a prova técnica, nem com qualquer outro elemento probatório, uma vez que o artigo 131, do Código de Processo Civil, estabelece que o juiz apreciará livremente a prova, atendendo aos fatos e circunstâncias constantes dos autos, ainda que não alegados pelas partes. **Contudo, na situação em tela, não posso discordar das conclusões do**

perito, pois estão embasadas, de forma coerente e imparcial, em documentos médicos constantes nos autos, máxime exames objetivos, expressamente mencionados no laudo, bem como em exame clínico realizado. Também não verifico contradições entre as informações constantes do laudo aptas a ensejar dúvida em relação ao mesmo, o que afasta qualquer nulidade ou necessidade de realização de nova perícia/perícia complementar. Observo, ainda, que o nível de especialização apresentado pelo perito é suficiente para promover a análise do quadro clínico apresentado nos autos. **Urge salientar, ainda, que no próprio laudo não se nega a existência de enfermidade. O que nele se deixa claro é que inexistente incapacidade. O requisito que a lei impõe para a concessão do benefício é a incapacidade (permanente para a aposentadoria por invalidez e temporária para o auxílio-doença) e não meramente a enfermidade, a qual, por si só, desvinculada daquela, não engendra direito à percepção.** (grifou-se).

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Benefício por incapacidade. Perícia Médica. Laudo desfavorável. Julgamento de Improcedência. Recurso da Parte Autora. Improvido. Processo 00146659120124036301 – procedimento do juizado especial cível. Gilvanildo Jose de Barros e INSS. Relatora: Kyu Soon. 14 dez 2012. Disponível em : < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Oportuno e interessante acrescentar que a turma não se esquivou de discutir o caráter social da doença:

Como se observa nos laudos periciais a parte autora foi considerada capaz e com relação ao HIV, conforme escrito no laudo, o exame de carga viral apresentou-se indetectável não apresentando evidências clínicas ou laboratoriais de comprometimento orgânico em decorrência das doenças que impeçam de exercer as atividades laborais. **Importante ressaltar que os argumentos da dificuldade de reinserção no mercado de trabalho e da imprevisibilidade da manifestação de doenças oportunistas em virtude da baixa imunidade, se acolhidos, fariam concluir que todo e qualquer portador de HIV seria incapaz para o trabalho, independentemente de sua condição clínica no momento da realização do laudo pericial.** Com efeito, essas questões certamente não podem ser ignoradas, mas tampouco constituem uma presunção absoluta de que todo o portador do mencionado vírus é incapaz, mesmo que não apresente quaisquer doenças oportunistas. **Ademais, ainda que a questão do preconceito sofrido pelo portador de HIV seja praticamente notória, não dependendo, portanto, de prova, entendo que a segregação pura e simples do portador da moléstia, em todos os casos, alijando-o do mercado de trabalho, não contribui para a solução desse grave problema. Ao contrário, a segregação do portador da moléstia assintomático ou com leves seqüelas do meio social acabaria por agravar o preconceito, uma vez que estaria chancelando um estado de isolamento que em nada contribui, em primeira análise, para a diminuição desse preconceito.** (grifou-se)

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Benefício por incapacidade. Perícia Médica. Laudo desfavorável. Julgamento de Improcedência. Recurso da Parte Autora. Improvido. Processo 00146659120124036301 – procedimento do juizado especial cível. Gilvanildo Jose de Barros e INSS. Relatora: Kyu Soon. 14 dez 2012. Disponível em : < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Neste íterim, o que se verificou foi uma tentativa de afastar que todo e qualquer paciente portador do vírus HIV tivesse o direito à aposentadoria por invalidez. Isto porque, para essa turma, tratar esses pacientes como diferentes do restante da população seria uma forma de aumentar o preconceito e evitar a inserção dessas pessoas na sociedade. Porém, com essa decisão, ignorou a decisão do TNU, em ambos os sentidos possíveis, porque, não nos parece, que houve a análise pessoal da autora, como por exemplo, sua profissão.

Porém, no ano de 2013 o posicionamento dessa turma se alterou no sentido de uma verificação das condições pessoais do autor. Isto porque essa mesma turma passou a observar a profissão do autor para a concessão ou não da aposentadoria, o que nos parece uma decisão mais justa. E, dessa forma, já decidiu pela necessidade de reabilitação de uma enfermeira, pois o vírus HIV a incapacitava para sua atividade atual:

PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. AUXÍLIO-DOENÇA. LAUDO PERICIAL MÉDICO. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA.. ANÁLISE DAS CONDIÇÕES PESSOAIS DA SEGURADA, PRINCIPALMENTE LABOR DESEMPENHADO. 1. A concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez depende da comprovação da incapacidade laborativa, total e temporária para o primeiro e total, permanente e insuscetível de reabilitação para o segundo. 2. Inteligência dos artigos 25, I, 42, 59, todos da Lei n.º 8.213/1991. 3. A prova técnica produzida nos autos é determinante nas hipóteses em que a incapacidade somente pode ser aferida por intermédio de perícia médica, não tendo o julgador conhecimento técnico nem tampouco condições de formar sua convicção sem a participação de profissional habilitado. **4. Laudo pericial médico que atesta a presença da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV- AIDS) e que conclui pela ausência de incapacidade laborativa atual. 5. Necessidade de verificar a profissão exercida pela parte autora. 6. Parte que trabalha como auxiliar de enfermagem. 7. Benefício devido, até a reabilitação para função diversa.** 8. Recurso improvido. (grifou-se).

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. Auxílio-doença. Laudo Pericial Médico. Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Análise das Condições pessoais da segurada, principalmente labor desempenhado. Processo 00156666020074036310 – procedimento do juizado especial cível. Aurení Alves de Brito Fresca e INSS. Relator: Omar Chamon. 12 abr 2013. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Por outro lado, no mesmo dia, uma pessoa que exerce a profissão de ajudante geral não estaria incapacitada para suas atividades, uma vez que sua profissão não causava riscos para a mesma e para a população, observa-se pela mesma Turma:

PREVIDENCIÁRIO. CONCESSÃO DE AUXÍLIO-DOENÇA/APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA. LAUDO PERICIAL. ANÁLISE DE ASPECTOS MÉDICOS E SOCIAIS. AUSÊNCIA DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO. DESNECESSÁRIA REALIZAÇÃO DE NOVA PERÍCIA. RECURSO DA PARTE AUTORA A QUE SE NEGA PROVIMENTO. [...] 2. Realizada perícia médica judicial, constatou-se a inexistência de incapacidade laborativa. Na análise de benefício previdenciário decorrente da incapacidade para o exercício de atividade laborativa é mister a análise de aspectos médicos e sociais 3. **No caso que ora se cuida, verifico que a parte autora possui 35 anos e sua atividade habitual é de ajudante geral, cujos riscos de ferimentos são pequenos. Assim, conclui-se pela inexistência de incapacidade laboral, apresentando o autor um quadro de saúde estável, notadamente pela inexistência de doença oportunista.** 4. A incapacidade está relacionada com as limitações funcionais frente às habilidades exigidas para o desempenho da atividade que o indivíduo está qualificado. Toda vez que as limitações forem de gravidade tal a impedir o desempenho da função profissional, estará caracterizada a incapacidade. [...] 5. Recurso da parte autora a que se nega provimento (grifou-se).

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Concessão de Auxílio-doença/aposentadoria por invalidez. Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Laudo Pericial. Análise de Aspectos médicos e sociais. Ausência de incapacidade para o trabalho. Desnecessidade realização. Recurso da Parte Autora a que se nega provimento. Processo 00553767520114036301 – procedimento do juizado especial cível. Clebes Alves do Nascimento e INSS. Relatora: Luciana Ortiz Tavares Costa Zaroni. 12 abr 2013. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Para nós, foi uma evolução na 5ª Turma desse tribunal as decisões acima, com a análise do caso concreto. Porém, no mês seguinte a turma prolata a seguinte decisão, se baseando apenas no laudo do perito judicial:

PREVIDENCIÁRIO. RESTABELECIMENTO. BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE. LAUDO CONCLUSIVO QUANTO À INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL E PERMANENTE. PREEXISTÊNCIA. INOCORRÊNCIA. AUSÊNCIA DE ELEMENTOS APTOS A COMPROVAR A MÁ-FÉ POR OCASIÃO DA NOVA FILIAÇÃO AO RGPS. SENTENÇA REFORMADA. 1. A concessão de aposentadoria por invalidez depende da presença de incapacidade total, permanente e insuscetível de reabilitação para o exercício de qualquer atividade que garanta a subsistência do postulante, bem como a comprovação da qualidade de segurado e o cumprimento de carência. 2. Inteligência dos artigos 25, I e 42, da Lei n.º 8.213/1991. 3. **A prova técnica produzida nos autos é determinante nas hipóteses em que a incapacidade somente pode ser aferida por intermédio de perícia médica, não tendo o julgador conhecimento técnico nem tampouco condições de formar sua convicção sem a participação de profissional habilitado.** 4. **Laudo médico conclusivo quanto à existência de incapacidade laborativa total e permanente.** 5. Requisitos carência e qualidade de segurado preenchidos. 6. Recurso da parte autora a que se dá parcial provimento. 7. Negado provimento ao recurso da parte ré. (grifou-se)

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Restabelecimento. Benefício por Incapacidade. Laudo permanente conclusivo quanto à incapacidade laborativa total e permanente. Preexistência. Inocorrência. Ausência de elementos aptos a comprovar a má-fé por ocasião da nova filiação do RGPS. Sentença reformada. Processo 0006715-43.2008.4.03.6310 – procedimento do juizado especial cível. Relatora: Omar Chamon. 10 mai 2013. Disponível em: <<http://www.trf3.jus.br/NXT/Gateway.dll?f=templates&fn=default.htm&vid=trf3e:trf3ve>>)

Assim, percebe-se uma incoerência da turma em relação aos critérios de decisões. Porém, no momento, precisamos provar as divergências para, posteriormente criamos critérios para essas decisões.

Cabe mencionar que, a terceira turma recursal de São Paulo já reformou decisão de primeiro grau, concedendo a aposentadoria a portador de vírus HIV, contrariando laudo pericial que informava que não havia incapacidade para o trabalho, com o argumento da dificuldade da doença:

AÇÃO PROCESSADA SOB O RITO DOS JUIZADOS ESPECIAIS FEDERAIS. PEDIDO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RECURSO DE SENTENÇA DA PARTE AUTORA. HIV. ART. 436 DO CPC - LIVRE CONVENCIMENTO MOTIVADO. PROCEDÊNCIA. PROVIMENTO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. **1. Pedido de benefício por incapacidade. 2. Laudo pericial médico não atestou a incapacidade laborativa da parte autora.** 3. Sentença de improcedência proferida em ação processada sob o rito dos Juizados Especiais Federais. 4. Recurso de sentença interposto pela parte autora. 5. Preenchimento dos requisitos exigidos. [...] 7. **Quanto à incapacidade laborativa, considerando-se as condições que envolvem a doença da parte, não se podem olvidar as oscilações a ela inerentes, além da discriminação existente no mercado de trabalho referente ao portador de síndrome da imunodeficiência adquirida.** 8. Procedência do pedido com fundamento no art. 436, do Código de Processo Civil - livre convencimento motivado. 9. Provimento ao recurso de sentença. Reforma. (grifou-se).

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 3ª Turma. Previdenciário. Ação Processada sob o rito dos Juizados Especiais Federais. Pedido de Benefício por Incapacidade. Sentença de Improcedência. Recurso de Sentença da parte Autora HIV. Art. 436 do CPC – Livre Convencimento Motivado. Procedência. Provimento. Honorários Advocatícios. Processo 00025081720114036303 – procedimento do juizado especial cível. Maria de Fátima Rodrigues da Silva e INSS. Relatora: Vanessa Vieira de Mello. 07 de julho de 2011. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Porém, no mesmo ano da decisão anterior – 2011 – essa mesma Turma Recursal, ou seja, a terceira turma, decidiu de forma contrária, quer dizer, não reconhecendo a

capacidade, já que o laudo pericial constatou que não havia incapacidade para o trabalho:

PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. HIV. AUSÊNCIA DE INCAPACIDADE LABORATIVA ATESTADA PELO PERITO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. RECURSO DA PARTE AUTORA IMPROVIDO.

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 3ª Turma. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. HIV. Ausência de Incapacidade Laborativa Atestada pelo Perito. Improcedência do pedido. Recurso da Parte Autora. Improvido. Processo 00055756620064036302 – procedimento do juizado especial cível. Sebastião Luiz Filho e INSS. Relator: Otavio Henrique Martins Port. 01 de abril de 2011. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Cabe mencionar ainda que na presente decisão o recurso era no sentido de que ser considerado, ao apurar a incapacidade da apelante, todos os desconfortos experimentados pela parte autora por ser portador de tal doença; por exemplo: o preconceito sofrido no seu local de trabalho, as contraindicações da forte medicação, dentre outros requisitos que o impedem de exercer suas funções como uma pessoa sadia. Esses requisitos não foram analisados, se baseando a turma apenas no laudo pericial.

Nesta mesma decisão, cabe mencionar que não se esquivou esse juízo de responder de forma contrária ao primeiro acórdão apresentado dessa Turma:

Sobre tal aspecto, esclareço que nem sempre a existência de doença coincide com incapacidade. **Esta se encontra relacionada com as limitações funcionais no tocante às habilidades exigidas para o desempenho da atividade que o indivíduo está qualificado ou para qualquer outra atividade que lhe garanta a subsistência. Sempre que tais restrições impedirem o desempenho da atividade laborativa estará caracterizada a incapacidade.** No caso em apreço, não vislumbro motivos para discordar das conclusões do perito, pois este possui conhecimento técnico suficiente para elaborar parecer acerca do estado de saúde da parte autora. Suas conclusões foram fundadas, sem qualquer contradição, no(s) documento(s) médico(s) constante(s) nos autos e no(s) exame(s) clínico(s) realizado(s). Também não verifico contradições entre as informações constantes do laudo aptas a ensejar dúvida em relação ao mesmo, o que afasta qualquer nulidade. De forma bem fundamentada, coerente e imparcial, concluiu que a parte autora não está incapacitada para o exercício de sua(s) atividade(s) habitualmente exercida(s). [...] **(grifou-se)**.

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 3ª Turma. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. HIV. Ausência de Incapacidade Laborativa Atestada pelo Perito. Improcedência do pedido. Recurso da Parte Autora. Improvido. Processo 00055756620064036302 – procedimento do juizado especial cível. Sebastião Luiz Filho e INSS. Relator: Otavio Henrique Martins Port. 01 de abril de 2011. Disponível em: <

<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Tais contradições são preocupantes por gerarem uma instabilidade jurídica e descrédito na população. Defendemos isso porque duas pessoas que possuem o vírus HIV, tendo o perito judicial informado que a doença se encontra estável, tendo ambas a capacidade de trabalho, tiveram suas vidas decididas de maneira diversa, por uma mesma turma, no mesmo ano, sem uma fundamentação padrão, pois a segunda decisão não se preocupou com o aspecto social como a primeira.

Tais discrepâncias espantam, mas foram rotineiras em nossa pesquisa. Observemos mais decisões: a 1ª Turma Recursal de São Paulo afastou laudos particulares apresentados pela autora do processo, se embasando no laudo do perito do juízo. Assim explicou:

I - [...] Ressalta-se que exames e diagnósticos apresentados por médicos particulares, não obstante a importância, não podem fundamentar o decreto de procedência, já que o laudo pericial realizado neste Juizado é confeccionado por médico de confiança do Juiz, que prestou compromisso de bem desempenhar o mister, e pode formar o seu livre entendimento de acordo com o conjunto probatório, como a entrevista e o exame clínico realizados quando da perícia judicial [...] No caso em tela, não são observados sinais neurológicos que determinem seqüelas incapacitante da neurotoxoplasmose relacionada à AIDS, pois não há deficiência motora, sem comprometimento a funcionalidade dos membros. Também não há comprometimento cognitivo, mas há discreta disartria que compromete levemente a fala, principalmente quando fala rápido.O autor conta de forma lógica e organizada todos os fatos relacionados a sua doença, o que não é compatível com seqüela cognitiva. No exame atual não observo dano neurológico que o impeça de exercer a sua atividade habitual ou o trabalho em geral. O leve comprometimento da fala não é fator limitante para qualquer atividade laboral, mesmo de vendedor, pois é compreensível, não comprometendo a sua capacidade de se comunicar. **A infecção pelo HIV está controlada com medicações e também não é causa de incapacidade para o trabalho. (grifou-se)**

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 1ª Turma. Sem ementa. Processo 00603572120094036301 – procedimento do juizado especial cível. Paulo Fernandes Alves Silva e INSS. Relator: Marcio Ferro Catapani. 13 de julho de 2011. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Esse mesmo tribunal, por algumas vezes, manteve esse posicionamento, mas não se esquivou de fundamentar todos os argumentos levantados no recurso. Em processo posterior, manteve todo o entendimento transcrito acima, mas se preocupou em analisar as características pessoais do autor a fim de evitar injustiças, também chegando à conclusão de capacidade para o trabalho:

I - RELATÓRIO A parte autora pleiteia a concessão/restabelecimento do benefício por incapacidade, nos termos da Lei nº 8.213/91. O juízo a quo julgou improcedente o pedido da parte autora ante a inexistência da incapacitada para o trabalho. [...] É o relatório. II - VOTO [...] Relata o perito que a parte autora apresenta uma incapacidade parcial e permanente, em decorrência das patologias das quais padece: portador do vírus HIV. **Todavia, afirma a possibilidade de exercício de sua função habitual de fiscal de patrimônio, uma vez que sua doença está estabilizada. Considerando que a parte autora possui 42 anos de idade, e a sua atividade habitualmente desenvolvida é como fiscal de patrimônio, verifico que as restrições apontadas do laudo de fato não impedem seu reingresso no mercado de trabalho, seja em sua atividade habitual, ou mesmo em outras. Portanto, não há incapacidade total (quer temporária ou permanente), a ensejar a concessão dos benefícios de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez.** Assim, não tendo sido comprovada a existência de incapacidade laboral, nenhum reparo merece a sentença. [...] É o voto. (grifou-se).

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 1ª Turma. Sem ementa. Processo 00118708020104036302 – procedimento do juizado especial cível. Henry Mesquita e INSS. Relator: Leonardo Safi de Melo. 09 de janeiro de 2012. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Sigamos para a segunda turma recursal de São Paulo para a continuação da manutenção das divergências. Observa-se que essa Turma, por algumas vezes, utilizou-se de posicionamento do TNU como precedente, concedendo a aposentadoria por invalidez ao portador do vírus HIV. Tal decisão não se trata do pedido de uniformização de jurisprudência aqui narrado, mas de posicionamento anteriores do TNU que, informavam, mais diretamente, a necessidade de análise do caso concreto:

PREVIDENCIÁRIO. BENEFÍCIO ASSISTENCIAL. HIV. ANÁLISE DAS CONDIÇÕES PESSOAIS. PRECEDENTES. OMISSÃO DO JULGADO. 1. Ação de concessão de aposentadoria por invalidez em que o autor alega estar incapacitado por ser portador de síndrome da deficiência imunológica adquirida (AIDS); 2.A doença se constitui numa das moléstias que a legislação considera grave por causar estigma, deformação, mutilação e deficiência, dispensando do cumprimento de carência o segurado delas portador, nos termos do art. 26, II, c.c. art. 151 da Lei nº 8.213/91; 3.**Apesar do laudo pericial produzido em juízo considerar a parte autora capacitada para o trabalho em virtude da doença estar controlada, a sentença acolheu o pedido por considerar as condições pessoais, culturais e profissionais do segurado;** 4.Cabe ao magistrado, ao julgar pedidos dessa natureza, ponderar sobre a real possibilidade de reinserção no mercado de trabalho, a viabilidade da garantia da subsistência, considerando a doença que o segurado é acometido, idade, grau de instrução, época e local em que vive; 5.Nesse sentido se posiciona a TNU: PREVIDENCIÁRIO. BENEFÍCIO ASSISTENCIAL. HIV. ANÁLISE DAS CONDIÇÕES PESSOAIS. PRECEDENTES. OMISSÃO DO JULGADO. 1. Nos benefícios por incapacidade, especialmente naqueles em que a patologia seja decorrente do vírus HIV, para além do resultado da perícia médica, cabe ao magistrado analisar as condições pessoais do segurado (cultural, estigma, mercado de trabalho, etc.). Precedentes: PEDILEFs 200832007035293, 200932007033423, 200771950172806; **6. No caso dos**

autos, o autor exerce a função de pedreiro, relata episódios sucessivos de extremo cansaço (laudo pericial), demonstrando aspectos que o incapacitam para o trabalho; 7.Sentença de procedência que deve ser mantida nos termos do artigo 46 da Lei n. 9.099/95 (grifou-se).

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 2ª Turma. Previdenciário. Benefício Assistencial. HIV. Análise das Condições Pessoais. Precedentes. Omissão do Julgado. Processo 00034911920114036302 – procedimento do juizado especial cível. Valdecir Martins Monteiro e INSS. Relator: Uilton Rena Cecato. 12 de março de 2013. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

PREVIDENCIÁRIO. BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE. IMPROCEDENTE. RECURSO DO AUTOR. ANÁLISE DAS CONDIÇÕES PESSOAIS. PRESENTES OS REQUISITOS PARA A CONCESSÃO DO BENEFÍCIO. DADO PROVIMENTO AO RECURSO. [...] 5. **No caso dos autos, da análise das condições pessoais verifica-se que a autora conta com 40 anos, realizou atividade de merendeira (até 08/2012), já passou por diversas internações em razão da patologia, enfrenta ainda estigma social inerente à doença, demonstra-se, dessa forma aspectos que a incapacitam para o retorno ao trabalho.** 6. Assim, em análise aprofundada dos autos, encontram-se elementos suficientes para reformar a sentença recorrida, vez que foram atendidos os requisitos da incapacidade, da qualidade de segurado e da carência para a concessão do benefício de aposentadoria por invalidez. 7. Ante o exposto, DOU PROVIMENTO ao recurso interposto pela parte autora para condenar o INSS ao pagamento de aposentadoria por invalidez, desde a data da cessação indevida do benefício de auxílio doença em 19/11/2012, devendo ser descontados eventuais benefícios recebidos no período. [...] É o voto. **(grifou-se)**

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 2ª Turma. Previdenciário. Benefício por Incapacidade. Improcedente. Recurso do Autor. Análise das condições pessoais. Presentes os requisitos para a concessão do benefício. Dado provimento ao Recurso. Processo 00184072720124036301 – procedimento do juizado especial cível. Deise de Araujo Freitas e INSS. Relator: Uilton Rena Cecato. 16 de abril de 2013. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>).

Com esse entendimento, pensamos que essa Turma retira de sua obrigação conceder a aposentadoria para todo e qualquer portador do vírus HIV, uma vez que pelo mesmo fundamento pode decidir de duas formas diferentes, ou seja, analisando as características dos autores em cada caso, pode conceder ou não a aposentadoria por invalidez aos portadores do vírus HIV. Pensamos que pode ser um caminho para a padronização dos critérios das decisões.

Assim, foram encontradas 2.000 decisões nas Turmas Recursais do Estado de São Paulo, entre os anos de 2014 a 2006, no site desse tribunal, transcritas aqui apenas algumas para explanação. Foram analisada 20% dessas decisões do ano de 2010 a 2014 e do ano de 2006, uma vez que o objetivo era analisar as mudanças de

entendimento deste tribunal.

O que se observou, de maneira geral, é que desde o 2006 esta turma recursal não era favorável a aposentadoria apenas pela pessoa possuir, o vírus HIV, mas a incapacidade deveria ser comprovada por laudo de perito do juízo. Observemos as discrepâncias deste tribunal:

- 1ª Turma Recursal – 75% há a análise pessoal do autor, mesmo em caso de laudo médico desfavorável; 25% houve decisão apenas baseado no laudo médico do perito judicial.
- 2ª Turma Recursal – 100% aposentadoria com incapacidade comprovada e análise pessoal do autor, principalmente a profissão.
- 3ª Turma Recursal – 2% das decisões aposentaram pessoas capazes, apenas por possuir o vírus HIV; 98% das decisões são baseadas no laudo médico do perito judicial.
- 4ª Turma Recursal – 100% baseadas no laudo médico do perito judicial.
- 5ª Turma Recursal – 2% das decisões analisam as condições pessoais do autor; 98% das decisões são baseadas no laudo médico do perito judicial.

O que se percebeu uma tendência desse tribunal das análises pessoais do autor, o que nos parece interessante, mas ainda não prevalecente. Também não se verificou critérios fixos nessa análise pessoal, o que pode levar a injustiças.

Não se pode olvidar que essas ações previdenciárias não são apenas propostas em sede de juizado especial, porque, conforme o valor da causa, tais demandas também podem ser propostas na vara comum. Porém, tais varas não teriam ligação com a decisão do TNU, uma vez que a Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência foi criada para uniformizar jurisprudências de juizados especiais. Mas o que espantou foi que nas varas comuns encontramos muitas das decisões se utilizando da decisão do TNU no sentido de aposentadoria de qualquer pessoa que possua o vírus HIV.

Assim, o que observaremos adiante é que os tribunais superiores estão caminhando no sentido de aposentadoria de todas as pessoas que possuem o vírus HIV/AIDS.

Essas decisões que concedem essa aposentadoria se encontram, no nosso entendimento, em acordo com a Teoria Utilitarista, tanto criticada por John Rawls, porque tal teoria defende que o “ato ou procedimento moralmente correto é aquele que produz a maior felicidade para os membros da sociedade” (KYMLICKA, 2006, p. 11).

Por essa teoria, se a pessoa procura o judiciário, informando um problema que o comete, que o evita de alcançar a felicidade, conceder à ele a aposentadoria pode ser dar a essa pessoa sua felicidade e a possibilidade de cuidar de sua saúde debilitada. Da mesma forma, retirar a necessidade de uma empresa em precisar empregá-lo, assim, levando a uma felicidade geral entre a população, colocando sob responsabilidade do Estado às pessoas infectadas pelo HIV.

Os utilitaristas exigem que a “busca do bem-estar humano ou utilidade seja feita imparcialmente, por toda a sociedade”. Isto porque não importa quem ou de onde sejamos, ninguém nega que a felicidade é importante, já que é algo valorizado na vida de cada um (KYMLICKA, 2006, p. 12). Portanto, se uma pessoa recorre ao judiciário com a ideia de que a doença em questão a tem atrapalhado no mercado de trabalho, tais requisitos, por essa teoria, deveriam ser analisados, como também devem ser analisada a felicidade da sociedade em geral com a retirada dessas pessoas ao mercado de trabalho.

Explica Will Kymlicka (2008, p. 48) que “os utilitários pressupõem que toda fonte de felicidade ou todo tipo de preferência deve receber o mesmo peso se isso resulta em igual utilidade”.

Tal teoria, com informado, foi a mais criticada por John Rawls, que defendeu que as instituições básicas da sociedade devem ser justas, caso contrário, deverão ser reformadas ou abolidas. Roberto Gargarella (2008, p. 3-4) explica:

Rawls, como muitos liberais, defenderá uma concepção não-consequencialista (“deontológica”), isto é, uma concepção moral de um ato dependente das qualidades intrínsecas dessa ação – e não, como ocorre nas posturas “teleológicas”, de suas consequências, de sua capacidade para produzir certo estado de coisas previamente avaliado.

As críticas dessa teoria ao utilitarismo são diversas, em especial porque esta teoria, na hora de elaborar propostas, sugere considerar propostas de cada um dos afetados, independente do conteúdo específico de cada reivindicação. Dessa forma, poderiam considerar como iguais diferentes tendências. Assim, o utilitarismo vê a sociedade como um corpo, no qual é possível sacrificar uma pessoa em virtude do restante (GARGARELLA, 2008, p. 5-8).

A teoria contratualista de Rawls busca estabelecer princípios básicos de justiça aplicados à “estrutura básica da sociedade”. Assim:

O objeto primário da justiça é a estrutura básica da sociedade ou, mais exatamente, o modo como as instituições sociais mais importantes distribuem os direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão das vantagens provenientes da cooperação social. Por instituições mais importantes, entendo a constituição política e as principais disposições econômicas e sociais (GARGARELLA, 2008, p. 19).

Neste contexto, uma sociedade, para Rawls, em que predominam as circunstâncias da justiça é aquela onde não existe extrema escassez ou abundância de bens; em que as pessoas são mais ou menos iguais entre si e vulneráveis às agressões dos demais. Dessa forma, não existem critérios certos que nos dizem o que é justo fazer, mas existem procedimentos que podem nos ajudar a alcançar resultados equitativos (GARGARELLA, 2008, p. 20).

Para Rawls, a justiça, no caso estudado, só pode ser adquirida com a análise de cada caso, com as peculiaridades de cada um. Assim, em casos idênticos, devem ser utilizados entendimentos idênticos e, em casos antagônicos, deve ser aplicada a decisão mais justa para tanto, de forma fundamentada. Quando estamos em um contrato, temos que aceitar aquilo que pelo contrato foi imposto, logicamente, dentro dos limites da moralidade. Dessa forma, (KYMLICKA, 2006, p. 71):

É justo que os indivíduos tenham parcelas desiguais dos bens sociais se estas desigualdades forem ganhas e merecidas pelo indivíduo, isto é, se são o produto das ações e escolhas dos indivíduos. É injusto, porém, que os indivíduos sejam desfavorecidos e privilegiados por diferenças arbitrárias e imerecidas nas suas circunstâncias sociais.

Pois bem, as teorias da justiça nos acompanharão no decorrer desse trabalho, já que buscamos entender os critérios de justiça da jurisprudência brasileira no assunto aqui descrito. Um dos objetivos foi entender qual deveria ser a melhor solução adotada pelos tribunais a fim de finalizar com os conflitos das decisões judiciais que causam instabilidade e enfraquecem o poder judiciário.

Assim, quanto aos tribunais superiores interessante iniciar por decisão do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, que concedeu aposentadoria por invalidez a uma empregada doméstica portadora do vírus HIV, reformando sentença de piso que havia considerado a autora apta para o trabalho por não apresentar sintomas. Explicou o desembargador federal Rogério Favreto que “A jurisprudência deste tribunal caminha para a concessão do benefício em hipóteses de portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV), ainda que em período assintomático.” (REVISTA CONSULTOR JURÍDICO, 2013).

Essa não é uma decisão isolada desse tribunal, tendo continuidade de decisões nesse sentido, algumas até anteriores à decisão do TNU. Observa-se:

PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-DOENÇA. LAUDO PERICIAL. MARCO INICIAL. CONSECTÁRIOS. TUTELA ESPECÍFICA Nas ações em que se objetiva a **aposentadoria por invalidez** ou auxílio-doença o julgador firma seu convencimento, via de regra, com base na prova pericial. **Ainda que a perícia médica judicial tenha atestado a capacidade laborativa do segurado portador do vírus HIV, submetê-lo à permanência na atividade seria cometer, com ele, violência injustificável, ante à extrema dificuldade em virtude do preconceito sofrido.** Precedentes desta Corte. **(grifou-se)**

(BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Previdenciário. Auxílio-doença. Laudo Pericial. Marco Inicial. Consectários. Tutela específica. Processo 200972990027324. Relator: José Francisco Andreotti Spizzirri. 19 de fevereiro de 2010. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-DOENÇA. LAUDO PERICIAL. MARCO INICIAL. CONSECTÁRIOS. Nas ações em que se objetiva a aposentadoria por invalidez ou auxílio-doença o julgador firma seu convencimento, via de regra, com base na prova pericial. **Ainda que a perícia médica judicial tenha atestado a capacidade laborativa do segurado portador do vírus HIV, submetê-lo à permanência na atividade seria cometer, com ele, violência injustificável, ante à extrema dificuldade em virtude do preconceito sofrido.** Precedentes desta Corte. **(grifou-se)**

(BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Previdenciário. Auxílio-doença. Laudo Pericial. Marco Inicial. Consectários. Processo 200671000235060. Relator: José Francisco Andreotti Spizzirri. 19 de fevereiro de 2010. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ E AUXÍLIO DOENÇA. HIV. LAUDO PERICIAL. INCAPACIDADE LABORAL. QUALIDADE DE SEGURADO. 1. Nas ações objetivando benefício de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez o julgador firma seu convencimento, via de regra, com base na prova pericial, sem prejuízo que adote outros fatores e elementos para formar sua livre convicção, dada a liberdade de apreciação das provas. 2. **A infecção com vírus HIV traz consigo o estigma social, representado pela resistência de grande parte da sociedade em aceitar, com normalidade, o portador da doença.** 3. **Em respeito ao fundamento da República Federativa do Brasil, representado pela dignidade da pessoa humana (art. 1º, inc. III, CF), é gravame exacerbado exigir que portador do vírus HIV retorne ao trabalho, em face dos transtornos psicológicos trazidos pelo forte estigma social em relação à doença, aliado aos sintomas da doença circulatória que acomete o autor.** 4. Concluído pela incapacidade da parte autora, é de ser deferido o benefício de auxílio-doença, a contar da data do requerimento administrativo e, após, efetuar a sua conversão em aposentadoria por invalidez. 5. O autor mantinha a qualidade de segurado da Previdência Social por ocasião do requerimento administrativo. 6. Apelação e remessa oficial improvidas. **(grifou-se)**
 (BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Previdenciário. Aposentadoria Por invalidez e Auxílio-doença. HIV. Laudo Pericial. Incapacidade Laboral. Qualidade de Segurado. Processo 200271000411888. Relator: Luiz Antonio Bonat. 14 de maio de 2007. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Enfatiza-se, que recorrendo as 60 decisões encontradas neste tribunal datadas de 2014 a 2005, apenas encontramos 15% eram contrárias à aposentadoria do portador do vírus HIV com a comprovação da capacidade para o trabalho, sendo uma delas do de 2005 e outra de dezembro de 2014. São elas:

PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-DOENÇA. LAUDO PERICIAL. HIV. CAPACIDADE LABORAL. BENEFÍCIO INDEFERIDO. CONSECTÁRIOS LEGAIS. 1. Nas ações em que se objetiva o auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, o julgador firma seu convencimento, via de regra, com base na prova pericial. 2. Indefere-se o benefício de auxílio-doença quando o laudo pericial conclui que a segurada está acometida por Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, porém não apresenta, redução da capacidade laborativa para o seu ofício de agricultora. 3. Embora o teor do artigo 1º, I, "e", da Lei nº 7.670/88, que embasou a decisão a quo, para a concessão do benefício previdenciário de auxílio-doença deverá estar atendido o disposto no artigo 59 da Lei nº 8.213/91, no tocante à incapacidade para o seu trabalho de agricultora, o que não ficou demonstrado nos autos, apesar dos testemunhos colhidos em audiência, que não sobrepõe-se à prova técnica. 4. Revogada a tutela antecipada, por insubsistência do requisito da verossimilhança do direito. 5. A regra do § 2º do artigo 475 do Código de Processo Civil, acrescida pela Lei nº 10.352/01, em vigor desde 27-03-2002, não tem aplicação na espécie, porquanto nesta fase do processo não é possível determinar que o valor da controvérsia recursal seja inferior a sessenta salários mínimos. 6. Apelação e remessa oficial providas.
 (BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Previdenciário. Auxílio-doença. Laudo Pericial. HIV. Capacidade Laboral. Benefício. Indeferido. Processo 200504010183502. Relator: Décio José da Silva. 03 de agosto de 2005. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

PREQUESTIONAMENTO. RESTABELECIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA COMPROVADA. AIDS. POSSIBILIDADE DE REABILITAÇÃO. CORREÇÃO MONETÁRIA.

1. Comprovado que o segurado encontra-se temporariamente incapacitado para o labor, é devido o restabelecimento do benefício de auxílio-doença desde a data da cessação.

2. Ser portador de HIV não enseja automaticamente a concessão de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez, não sendo o estigma social ou a discriminação fatores autorizadores da concessão destes benefícios.

3. Não incide a Lei nº 11.960/2009 para correção monetária dos atrasados (correção equivalente à poupança) porque declarada inconstitucional (ADIs 4.357 e 4.425/STF), com efeitos erga omnes e ex tunc - e mesmo eventual modulação não atingirá processos de conhecimento, como é o caso presente. **(grifou-se)**

(BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Prequestionamento. Restabelecimento do auxílio-doença. Incapacidade Temporária. Comprovada. AIDS. Possibilidade de Reabilitação. Correção Monetária. Processo [0008232-37.2014.404.9999](http://www2.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta_processual_resultado_pesquisa&selForma=NU&txtValor=00082323720144049999&chkMostrarBaixados=S&selOrigem=TRF&hdnRefId=bd663c40f2823c295ac0b41e38867dc6&txtPalavraGerada=ffhe). Relator: Vânia Hack de Almeida. 05 dez 2014. Disponível em: <http://www2.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta_processual_resultado_pesquisa&selForma=NU&txtValor=00082323720144049999&chkMostrarBaixados=S&selOrigem=TRF&hdnRefId=bd663c40f2823c295ac0b41e38867dc6&txtPalavraGerada=ffhe>)

Essas decisões transcritas acima não podem identificar uma mudança de entendimento deste tribunal, pois em dezembro de 2014 a maior parte das decisões continuou seguindo a linha de que se deve aposentar mesmo na falta de sintomas apenas pela dificuldade daquele que possui a doença.

Neste sentido, ainda continuam nossos tribunais, no caso, o Tribunal Federal da 3ª Região, em decisão recentíssima:

Ementa

PROCESSUAL CIVIL – PREVIDENCIÁRIO – AGRAVO PREVISTO NO ART. 557, § 1º DO CPC – APOSENTADORIA POR **INVALIDEZ – INCAPACIDADE LABORAL TOTAL E PERMANENTE – CONFIGURAÇÃO**. I- **A incapacidade laboral do autor deve ser avaliada do ponto de vista médico e social, tendo em vista o estigma social que acompanha o portador do vírus HIV, dificultando sua reinserção no mercado de trabalho, demandando seu estado de saúde controle e cuidados especiais, bem como administração de medicação específica, justificando-se a concessão do benefício de aposentadoria por invalidez.** II- Agravo do réu, interposto nos termos do art. 557, § 1º do CPC, improvido. (grifou-se).

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. Processo Civil – Previdenciário - Agravo previsto no art. 557, §1º do CPC – Aposentadoria Por Invalidez - Incapacidade Laboral Total e Permanente - Configuração. Processo 00028192720104036114. Relatora: Giselle França. 13 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Neste tribunal foram encontradas 40 decisões sendo apenas 10% delas afastando o benefício em caso do perito considerar apto para o trabalho, decisões essas datadas de 2012 e 2011. Percebe-se:

PREVIDENCIÁRIO. AGRAVO LEGAL. RESTABELECIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA OU CONCESSÃO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. PEDIDO DE AUXÍLIO-DOENÇA PROCEDENTE. NÃO PREENCHIDOS OS REQUISITOS LEGAIS PARA A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. DECISÃO FUNDAMENTADA. I - Não procede a insurgência da parte agravante, porque não preenchidos os requisitos legais para a concessão de aposentadoria por invalidez. II - Trata-se de pedido de restabelecimento de auxílio-doença e conversão em **aposentadoria por invalidez**, a partir de 20/02/2007 [...] V - **Assevera o expert que o periciado "é portador de doença pelo HIV, resultando infecções múltiplas, com diminuição da imunidade e resistência aos medicamentos...". Informa que não há exame laboratorial identificando a hepatite.** VI - Afirma o jurisperito que a enfermidade é passível de tratamento, podendo ter recuperação para atividade laborativa. [...] VIII - **O autor não preencheu os requisitos para a concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, como requerido, pois não logrou comprovar a existência de incapacidade total e permanente para o exercício de qualquer atividade laborativa, nos termos do art. 42 da Lei nº. 8.213/91.** IX - O laudo pericial é claro ao descrever as patologias das quais o requerente é portador, concluindo pela incapacidade total e temporária para o labor. [...] XIII - Agravo improvido. **(grifou-se)**

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. Previdenciário. Agravo Legal. Restabelecimento de Auxílio-Doença ou Concessão de Aposentadoria por Invalidez. Pedido de Auxílio-doença procedente. Não preenchidos os requisitos Legais para a Aposentadoria Por Invalidez. Decisão Fundamentada. Processo 00082398520064036103. Relatora: Raquel Perrini. 20 de maio de 2013. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO. ARTIGO 557, § 1º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. **APOSENTADORIA POR INVALIDEZ OU AUXÍLIO-DOENÇA. INCAPACIDADE NÃO COMPROVADA.** [...] 1- **O laudo pericial (fls. 52/61) afirma que o autor é portador de HIV positivo, mas que, no momento, não lhe causa incapacidade laborativa, ainda que seja para uma eventual atividade rural (quesito 4 - fl. 54).** 2-**Cumprir destacar que, embora o laudo pericial não vincule o Juiz, forçoso reconhecer que, em matéria de benefício previdenciário por incapacidade, a prova pericial assume grande relevância na decisão. E, conforme já explicitado, o perito judicial foi categórico ao afirmar que a enfermidade do autor não o leva à incapacidade laborativa, requisito este essencial para a concessão dos benefícios pleiteados [...].(grifou-se)**

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. Processual Civil. Agravo. Artigo 557, § 1º do Código de Processo Civil. Aposentadoria Por Invalidez ou Auxílio-Doença. Incapacidade não comprovada. Processo 00387646020104039999. Relator: Helio Nogueira. 27 de junho de 2012. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

O que percebemos são decisões sem critérios. O autor fica na espera de uma resposta surpresa, o que não deveria ocorrer no judiciário.

Não podemos olvidar o Tribunal da Segunda Região, já que é neste que está inserido o estado do Espírito Santo, local onde será realizada a pesquisa de campo desse trabalho, explicado no capítulo anterior. Observamos nos julgados que, anteriormente, esse tribunal já aposentou indivíduos, mesmo assintomáticos, porém, atualmente, se buscam as características pessoais do agente:

APELAÇÃO CÍVEL – RESTABELECIMENTO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ – AUTORA PORTADORA DE VÍRUS HIV. 1 – De acordo com os laudos juntos aos autos, a Autora é portadora do vírus HIV, doença incluída na lei previdenciária no rol de doenças incapacitantes, suscetível de aposentadoria por invalidez ou auxílio-doença (art. 151, da Lei 8213/91) e, ainda que o portador dessa doença não tenha a sua capacidade laborativa debilitada, é de se verificar a idade avançada da impetrante (hoje com 60 anos de idade – fl.20 e, à época da suspensão do benefício – 49 anos) e outros sintomas advindos da própria doença como hipoacusia bilateral (diminuição do sentido da audição – fl. 50) e o fato de ser também a impetrante portadora de atividade delirante alucinatória, tendo o laudo de fl. 102 concluído que tais sintomas a impede de exercer qualquer atividade laborativa. 2 – Remessa necessária e apelação conhecidas e não providas. Sentença mantida. (grifou-se)

(BRASIL. Tribunal Regional da 2ª Região. Apelação Cível – Restabelecimento de Aposentadoria Por Invalidez. Autora Portadora HIV. Processo 200451015119250. Relatora: Maria Helena Cisne. 09 de junho de 2008. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

PREVIDENCIÁRIO – CONCESSÃO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ – PORTADOR DO VÍRUS HIV – ANULAÇÃO DA SENTENÇA PARA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA 1 – O portador do vírus do HIV possui no organismo o vírus, que pode permanecer por vários anos sem se manifestar. Nesse primeiro estágio, não haveria que se falar em incapacidade para o trabalho. O doente de AIDS seria aquele em que o vírus já se manifestou, dando início à doença, que, com o seu esperado agravamento, pode levar à incapacidade laborativa. 2- Sendo o Autor portador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), é imprescindível a realização de perícia médica com vistas a avaliar se houve efetiva manifestação da doença e daí concluir se ocorreu, ou não, a perda da capacidade laborativa do segurado. 3 – Remessa Necessária e Apelação a que se dá provimento para anular a sentença de primeiro grau e determinar a realização de perícia médica. (grifou-se)

(BRASIL. Tribunal Regional da 2ª Região. Previdenciário – Concessão de Aposentadoria – Portador do Vírus HIV – Anulação da Sentença para a Realização de Perícia Médica. Processo 200251015079096. Relatora: Marcia Helena Nunes. 29 de agosto de 2006. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

PROCESSUAL CIVIL. PREVIDENCIÁRIO. PORTADOR DO VIRUS HIV. AUXÍLIO-DOENÇA. CONVERSÃO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ.

INÍCIO DO BENEFÍCIO. 1- AIDS é patologia grave para a qual ainda não há cura clínica, incapacitando o indivíduo para qualquer atividade laboral. 2- Benefício previdenciário de auxílio-doença em manutenção desde abril de 1998. 3- “Concluído pela perícia judicial a incapacidade laborativa do autor/apelado, permanentemente, impõem-se a concessão de aposentadoria por invalidez.” (TRF 1ª Região – 1ª Turma; AC 95.01.12744-3/MG; Rel. Juiz LEITE SOARES; J. 26/08/97; DJ 29/09/97, pg 79369). 4- DIB fixada em março/98, vez que o conjunto probatório indicou o início de tratamento específico para AIDS nesta data. 5- Remessa necessária improvida. **(grifou-se)**
(BRASIL. Tribunal Regional da 2ª Região. Processo Civil. Previdenciário. Portador do Vírus HIV. Auxílio-doença. Conversão. Aposentadoria por Invalidez. Início do Benefício. Processo 200102010420836. Relator: Radênio Bonifacio Costa. 10 de maio de 2002. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Assim, quanto à segunda região podemos informar:

- 73% concederam a aposentadoria mesmo para portadores assintomáticos;
- 18% das decisões analisaram as condições pessoais do autor e não concederam a aposentadoria – entendimento este que prevaleceu no tribunal no ano de 2014.
- 9% das decisões concederam a aposentadoria baseada em laudos periciais que reconheceram as incapacidades dos autores.

Cabe ainda mencionar que o Tribunal Regional da 5ª Região é unânime da concessão da aposentadoria apenas com o diagnóstico do HIV, foram 14 decisões encontradas, datadas de 2014 a 2008:

PREVIDENCIÁRIO. CONCESSÃO APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. PORTADOR DA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS). ART. 151, LEI Nº 8.213/91. HONORÁRIOS E JUROS MORATÓRIOS. 1. Apelação civil e remessa oficial em face de sentença que, nos autos da ação ordinária, antecipou os efeitos da tutela e julgou procedente o pedido de aposentadoria por invalidez por ser o requerente portador da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). 2. O ponto nodal da presente demanda reside em se definir se o apelado faz jus ao benefício de aposentadoria por invalidez, mediante a comprovação de ser ele, ou não, portador de deficiência que, nos termos da legislação previdenciária, há de incapacitá-lo para a vida independente e para o trabalho. 3. Nos termos do artigo 42 da Lei nº 8.213/91, "a aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio doença, for considerado incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição". 4. O art. 151 da Lei nº 8.213/91 determina que independe de carência a concessão de aposentadoria por invalidez quando o requerente é portador de síndrome da deficiência imunológica adquirida-Aids. 5. Importa para a concessão do benefício de aposentadoria por invalidez a comprovação de incapacidade total para o exercício de atividade laborativa. Para tanto o apelante juntou à peça vestibular diversos documentos, dentre eles:

atestado médico, sorologia para HIV, laudos de exames de sangue, histórico de carga viral, declaração de internamento. 6. O laudo pericial dá conta que o apelado possui doença incurável, cujo tratamento provoca muitos efeitos adversos, como tontura, náusea, diarreia, efeitos esses que podem prejudicar a execução de determinados trabalhos. 7. Do conjunto documental entende-se que o apelado faz jus ao benefício de aposentadoria por invalidez, independente de carência, pois é sabido que a doença que o acomete ao passar do tempo vai minorando as condições físicas da pessoa portadora, trazendo a incapacidade definitiva e permanente, impossibilitando o exercício de qualquer atividade laborativa, quiçá o exercício de sua profissão que seja a de caminhoneiro. 8. Precedentes: (RESP 199900349067, EDSON VIDIGAL, STJ - QUINTA TURMA, 18/10/1999); (APELRE 200751018056664, Desembargador Federal ALUISIO GONCALVES DE CASTRO); (AC 200584000074755, Desembargador Federal Marcelo Navarro, TRF5 - Quarta Turma, 16/06/2008). 9. Antecipação de tutela mantida. Benefício de natureza alimentar, necessário à subsistência do apelado. 10. No que diz respeito aos juros de mora é devida a aplicação do art. 1º-F da Lei 9.494/97, com a modificação promovida pela Lei nº 11.960/2009, estabelecendo nova determinação no que tange à correção monetária e aos juros moratórios em condenações judiciais que envolvam a Fazenda Pública. 11. Na fixação dos honorários advocatícios, devem ser fixados no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, incidentes sobre as parcelas vencidas nos termos do art. 20, parágrafo 4º do CPC e da Súmula 111 do STJ. 12. Apelação improvida e Remessa necessária parcialmente provida apenas para, reformando a sentença a quo, determinar a aplicação do art. 1º-F da Lei 9.494/97, com a modificação promovida pela Lei nº 11.960/2009. (BRASIL. Tribunal Regional da 5ª Região. Previdenciário. Concessão Aposentadoria por Invalidez. Portador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Art. 151, Lei nº 8.213/91. Honorários e Juros Moratórios. Processo 00032785720104059999. Relator: Francisco Barros Dias. 27 de outubro de 2010. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>

PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. ART. 42 DA LEI 8.213/91. LAUDO PERICIAL DESFAVORÁVEL. PRINCÍPIO DO LIVRE CONVENCIMENTO RACIONAL DO MAGISTRADO. SUPPLICANTE PORTADOR DO HIV. AIDS ASSINTOMÁTICA. COMPROVAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SEGURADA DO INSS. PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS. CONCESSÃO DO BENEFÍCIO. APELAÇÃO IMPROVIDA. 1. O Art. 42 da Lei nº 8.213/91 encerra que "a aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não no gozo do auxílio-doença, for considerado incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição". 2. O laudo pericial, inobstante tenha confirmado que a Autora é portadora do HIV, estava em tratamento médico e não apresentava sintomas, concluindo que não havia incapacidade laborativa. 3. Por força do Princípio do Livre Convencimento Racional, o Magistrado não está adstrito a esta ou aquela prova carreada nos autos, devendo analisar todas as provas em conjunto para formular o seu entendimento. 4. A predisposição dos portadores do HIV às chamadas doenças oportunistas é um fator que coloca esses doentes num patamar distinto para efeitos de constatação da incapacidade laborativa. Um sujeito que corre riscos diários de adquirir uma eventual doença facilmente tratável pelos não-portadores do vírus e, por causa dela, ir ao óbito, não pode se submeter às regras corriqueiras que se prestam a comprovar a incapacidade laborativa daqueles que pleiteiam benefícios previdenciários. 5. A AIDS é uma doença cujos efeitos não se restringem à esfera física do doente. Na verdade, os efeitos psicológicos são bastante relevantes, porque a doença não tem cura, é transmissível e

fatal. Numa palavra, o portador do vírus, além de andar com ideias de morte na cabeça, naturalmente se isola do convívio social. 6. A Autora é segurada do Regime Geral de Previdência Social pelo tempo mínimo exigido pela Lei 8.231/91. Assim, comprovou ter adimplido todas as exigências necessárias à percepção do benefício da aposentadoria por invalidez. 7. Apelação improvida.

(BRASIL. Tribunal Regional da 5ª Região. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. Art. 42 da Lei 8.213/91. Laudo Pericial Desfavorável. Princípio do Livre Convencimento Racional do Magistrado. Suplicante Portador do HIV. AIDS assintomática. Comprovação da Condição de Segurado do INSS. Preenchimento dos Requisitos. Concessão do Benefício. Apelação Improvida. Processo 200584000074755. Relator: Marcelo Navarro. 16 de junho de 2008. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>)

Por fim, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região, que possui sede em Brasília, mas é composto pelo Norte do Brasil, junto com Minas Gerais e cidades centrais do país. Neste tribunal encontramos 22 decisões, divididas da seguinte forma:

- 46% delas foram julgadas procedentes, com a decretação da aposentadoria, porém os demandantes eram incapazes conforme laudos realizados por peritos judiciais;
- 37% delas foram julgadas procedentes, apenas pelo autor possuir o vírus HIV, mesmo comprovada a capacidade para o trabalho pelo perito judicial.
- 11% delas foram julgadas procedentes, tendo laudo considerando a capacidade do autor, mas verificando as condições pessoais do mesmo;
- 6% julgada improcedente se baseando unicamente no laudo pericial.

O que fazer nessa situação? Essa divergência não deveria existir nem mesmo de um estado para o outro, uma vez que já existe a injustiça; quem dirá no mesmo tribunal, que demonstra um maior despreparo ainda no judiciário para o julgamento dessas demandas.

Sabe-se que falta a sensibilidade do INSS ao realizar a perícia das pessoas vivendo com HIV/AIDS, de forma que analisasse as condições pessoais do autor, como idade, escolaridade e profissão e não apenas o grau em que possui a doença. Se assim fosse feito não se precisaria a judicialização dessas demandas. Mas como isso não está acontecendo o judiciário deve estar melhor preparado para tais julgamentos.

5 TEORIA DE ROBERT ALEXY

A Teoria da proporcionalidade de Robert Alexy é adotada por nossos tribunais superiores como metodologia para tomada de decisão em casos envolvendo direitos fundamentais. Como teoria da argumentação jurídica voltada para a análise do caso concreto, a teoria alexyana se mostra a mais adequada para a solução de controvérsias envolvendo decisões para concessão de aposentadoria por invalidez para portadores de vírus do HIV. Nesse sentido, o arcabouço teórico metodológico da teoria passa a ser apresentado a partir desse momento com vistas a fundamentação pretendida.

O escritor alemão Robert Alexy formou-se em Direito e Filosofia. A obra desse autor, até o momento é vasta e elaborada por um período de 35 anos (TRIVISONNO, 2014, p.08). Na leitura de suas obras é possível perceber a paixão desse autor pela filosofia, em especial a filosofia do direito, e o quão importante o mesmo a considera para uma discussão do Direito. Em uma entrevista já comentou: “A globalização torna a necessidade da filosofia do direito ainda mais clara do que ela já é em si mesma” (Alexy, 2014, p. 344).

Alexandre Travessoni Gomes Trivisonno (2014, p.08) resume o que ele chama de três “pilares” do sistema de Alexy,

Essa análise ainda elementar sugere portanto que a teoria de Alexy é composta por três “elementos fundamentais”: o discurso jurídico (abordado na *Teoria da Argumentação Jurídica*), a estrutura dos direitos fundamentais, ou seja, a distinção entre regras e princípios e a ponderação (abordadas na *Teoria dos Direitos Fundamentais*), e o conceito de direito (abordado em *Conceito e Validade do Direito*).

No presente estudo vamos nos utilizar de apenas uma das teorias criadas por esse autor, qual seja, a Teoria dos Direitos Fundamentais. Com esta Robert Alexy ganhou o conhecimento de forma mundial, sendo, por alguns, aplaudido e, por outros, criticado. Ocorre que mesmo aqueles que criticam em algum momento precisaram recorrer a sua obra para entender a tamanha importância que a mesma alcançou.

Porém, se deve informar que a teoria da proporcionalidade desse autor está

totalmente ligada com sua teoria da argumentação. Acreditamos que a argumentação seja muito importante quando tratamos de colisão entre princípios.

Robert Alexy buscou a criação de uma teoria dos direitos fundamentais diferente e sempre deixou claro que estaria buscando uma teoria que se adaptasse ao Estado Alemão, porém esta hoje já é aplicada em diversos países, inclusive no Brasil. Ademais, informa que sua teoria é jurídica dogmática, envolvendo três dimensões, quais sejam, analítica, empírica e normativa (ALEXY, 2008, p. 33).

A dimensão analítica visa à análise dos conceitos juntamente com a estrutura de todo o sistema. Em outras palavras, diz respeito à dissecção sistemático-conceitual do direito vigente. O espectro de tal dimensão estende-se desde a análise de conceitos elementares – como do conceito de norma, de direito subjetivo, de liberdade e de igualdade – passando por construções jurídicas – relação entre o suporte fático dos direitos fundamentais e suas restrições e pelo efeito perante terceiros –, até o exame da estrutura do sistema jurídico – por exemplo, da assim chamada irradiação dos direitos fundamentais – e da fundamentação no âmbito dos direitos fundamentais – por exemplo, do sopesamento (ALEXY, 2008, p. 33-36).

Já a empírica busca a análise do direito positivo, mas conjuntamente com o jurisprudencial, ou seja, prima pela efetividade como validade do direito. Esta pode ser entendida a partir de dois pontos de vista: primeiro, em relação à cognição do direito positivo válido e, segundo, em relação à aplicação de premissas empíricas na argumentação jurídica. Porém, em sua teoria, apenas a primeira interessa; neste sentido, a dimensão empírica não se esgota com a descrição do direito nas leis, pois também inclui jurisprudência e, além disso, também a efetividade do direito é objetivo da dimensão empírica, ao menos na medida em que tal efetividade for condição para a validade do direito, legislado ou jurisprudencial (ALEXY, 2008, p. 33-36).

E a normativa avança para o resultado da razão prática, assim, qual será a decisão correta em um caso concreto. Desse modo, a normativa avança para além do simples estabelecimento daquilo que, na dimensão empírica, pode ser elevado a condição de direito positivo válido, e diz respeito à elucidação e à crítica da práxis

jurídica, sobretudo da práxis jurisprudencial. A questão central, nessa dimensão, é, a partir do direito positivo válido, determinar qual a decisão correta em um caso concreto. A dogmática jurídica busca dar essas respostas de forma racionalmente fundamentada (ALEXY, 2008, p. 33-36).

Assim, explica o autor que sua teoria “tem como objetivo uma teoria integradora, a qual engloba, de forma mais ampla possível, os enunciados gerais, verdadeiros ou corretos, passíveis de serem formulados no âmbito das três dimensões e os combine de forma otimizada” (ALEXY, 2008, p. 39).

O que buscou o autor foi uma teoria ideal dos direitos fundamentais, porque entende que toda a teoria dos direitos fundamentais consegue apenas a aproximação desse ideal. Para tanto, Robert Alexy entende que toda teoria de Direito Fundamental tem o seu valor se contribuir com esse ideal. Percebe-se que (ALEXY, 2008, p. 39-40):

Para realizar de forma mais ampla possível a teoria dos direitos fundamentais (no sentido de uma teoria ideal), é necessário reunir várias teorias verdadeiras ou corretas sobre direitos fundamentais. Mas é claro que essas teorias devem ser avaliadas na medida de sua contribuição à teoria ideal.

Após essa breve introdução, é necessário se adentrar nos direitos fundamentais, tema deste trabalho. Robert Alexy (2008, p. 50-51) defende que, sempre que alguém tem um direito fundamental, há uma norma que garante esse direito, mas a recíproca não é verdadeira. Assim, norma seria um conceito mais amplo do que direito fundamental.

Neste mesmo sentido, Humberto Ávila (2013, p. 33) explica que “normas não são textos nem conjunto deles, mas os sentidos construídos a partir da interpretação sistemática de textos normativos”. Portanto, possuímos normas “sem dispositivos específicos que lhes deem suporte físico”, da mesma forma, “há dispositivos a partir dos quais não é construído norma alguma”.

Além disso, normas de direito fundamental, para Robert Alexy (2008, p. 65), têm a forma abstrata – quando se indaga por meio de quais critérios uma norma, independente de pertencer a um determinado ordenamento jurídico ou a uma

constituição, pode ser identificada como norma de direito fundamental – ou forma concreta – quando se questiona que normas em um determinado ordenamento jurídico ou uma constituição são normas de direitos fundamentais, e quais são (sendo que esta última é a utilizada na Constituição Alemã).

Assim continua esse autor a explicar o que seriam as normas de direitos fundamentais. Ainda informa que “a distinção entre regras e princípios é uma das colunas-mestras do edifício da teoria dos direitos fundamentais” (ALEXY, 2008, p. 85).

Para Alexy, tanto regras quanto princípios são espécies de normas, porque ambos dizem o que deve ser. “Ambos podem ser formulados por meio das expressões deônticas básicas do dever, da permissão e da proibição.” (ALEXY, 2008, p. 87).

Os direitos fundamentais podem ter caráter principiológico ou de regras. Principiológico quando se trata de valores, objetivos, fórmulas abreviadas; e regras quando se afirma que a constituição deve ser levada a sério como lei, ou quando se aponta para a possibilidade de fundamentação dedutiva também no âmbito dos direitos fundamentais (ALEXY, 2008, p. 86).

Neste sentido, Robert Alexy (2008, p. 90), em defesa do caráter principiológico dos direitos fundamentais adentra mais ao tema defendendo os princípios como mandamentos de otimização. Vejamos:

Princípios são, por conseguinte, mandamentos de otimização, que são caracterizados por poderem ser satisfeitos em graus variados e pelo fato de que a medida devida de sua satisfação não depende somente das possibilidades fáticas, mas também das possibilidades jurídicas.

Esses mandamentos de otimização são comandos definitivos, como orientam Sieckmann e Aarnio “na medida em que eles exigem definitivamente a otimização e não uma medida ótima de otimização a ser determinada através das circunstâncias (apud ALEXY, 2014, p.200). Isso significa, portanto, que esses comandos exigem que algo seja realizado na máxima medida possível, em diferentes graus “e que a medida exigida de seu cumprimento depende não só das possibilidades fáticas, mas

também das jurídicas” (ALEXY, 2014, p.261).

Vale mencionar que, em livro anterior – O conceito e a validade do Direito – Alexy (ALEXY, 1997, p. 162) já afirmava que “o ponto decisivo para a distinção entre regras e princípios é que os princípios são *mandados de otimização* enquanto que as regras têm o caráter de *mandados definitivos*.”

Portanto, esse foi considerado um grande avanço no conceito de princípios, uma vez que o autor considerou que esses são “normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes” (ALEXY, 2008, p. 90).

Por outro lado, as regras são normas que “são sempre ou satisfeitas ou não satisfeitas”. Portanto, se uma regra é válida, deve ser feito exatamente aquilo que ela prevê, ou seja, nem mais, nem menos (ALEXY, 2008, p. 91-92). Assim, quando regras indicam resultados diferentes, só existem dois caminhos para resolver a questão: pelo menos uma das regras é declarada inválida ou é introduzida uma cláusula de exceção em uma delas. Esta última situação afasta a necessidade de invalidação de uma regra, permitindo que excepcionalmente ela deixe de ser aplicada (ALEXY, 2003, p.88).

Cabe mencionar aqui que não significa que as normas de direitos fundamentais tenham caráter duplo, quer dizer, ou elas são regras ou são princípios. Porém, podem adquirir um caráter duplo “se forem construídas de forma a que ambos os níveis sejam nela reunidos” (ALEXY, 2008, p. 141).

Quanto a isso explica Humberto Ávila (2013, p. 41):

A distinção entre princípios e regras – segundo Alexy – não pode ser baseada no modo tudo ou nada de aplicação proposta por Dworkin, mas deve resumir-se, sobretudo, a dois fatores: diferença quanto à colisão, na medida em que os princípios colidentes apenas têm sua realização normativa limitada reciprocamente, ao contrário das regras, cuja colisão é solucionada com a declaração de invalidade de uma delas ou com a abertura de uma exceção que exclua a antinomia; diferença quanto à obrigação que instituem, já que as regras instituem obrigações absolutas, não superadas por normas contrapostas, enquanto os princípios instituem obrigações *prima facie*, na medida em que podem ser superadas ou derogadas em função de outros princípios colidentes.

Diante de um estudo aprofundado entre a diferença de regras e princípios, esse autor chega à conclusão de que regras “são normas imediatamente descritivas”, para cuja aplicação “se exige a avaliação de correspondência, sempre centrada na finalidade que lhes dá suporte ou nos princípios que lhes são axiologicamente subjacentes, entre a construção conceitual da descrição normativa e a construção conceitual de fatos”. Por outro lado, princípios são “normas imediatamente finalísticas”, para cuja “aplicação se demanda uma avaliação de correlação entre estado de coisas a ser promovido e os efeitos decorrente da conduta havida como necessária à sua promoção” (ÁVILA, 2013, p.85).

Importante destacar tudo o que foi dito até o momento para entendermos que, para o autor, apenas as regras são consideradas conflitantes; ou seja, na aplicação de uma, a outra deve ser considerada inválida. Em suas palavras: “Um conflito entre regras somente pode ser solucionado se se introduz, em uma das regras, uma cláusula de exceção que elimine o conflito, ou se pelo menos uma das regras for considerada inválida” (ALEXY, 2008, p. 92).

Por outro lado, entre princípios não há conflito, mas sim colisão. Assim dois princípios podem ser aplicáveis em um caso, mas se deve analisar o caso concreto para a aplicação do princípio que alcance a solução mais correta. Na explicação de Robert Alexy (2008, p. 93-94), “conflito entre regras ocorrem na dimensão da validade, enquanto as colisões entre princípios – visto que só princípios válidos podem colidir – ocorrem para além dessa dimensão, na dimensão do peso”.

Portanto, a diferença quanto ao “modo de solução de antinomias” seria no sentido de que conflito entre regras ocorre no plano abstrato, “é necessário e implica declaração de invalidade de uma delas caso não seja aberta uma exceção”. Por outro lado, o conflito entre princípios ocorre “apenas no plano concreto, é contingente e não implica declaração de invalidade de um deles, mas apenas o estabelecimento de uma regra de prevalência diante de determinadas circunstâncias verificáveis somente no plano de eficácia das normas” (ÁVILA, 2013, p. 94).

Após todo o exposto, adentra-se à teoria dos princípios e a máxima proporcionalidade de Robert Alexy. O autor esclarece que (2008, p. 117):

Essa conexão não poderia ser mais estreita: a natureza dos princípios implica a máxima da proporcionalidade, e essa implica naquela. Afirmar que a natureza dos princípios implica a máxima proporcionalidade, com suas três máximas parciais da adequação, da necessidade (mandamento do meio menos gravoso) e da proporcionalidade em sentido estrito (mandamento de sopesamento propriamente dito), decorre logicamente da natureza dos princípios, ou seja, que a proporcionalidade é deduzível dessa natureza.

Neste ínterim, a adequação do meio utilizado para o fim desejado desenvolvido por Robert Alexy significa utilizar-se do meio mais adequado; adequado no sentido de que seria o meio para se conseguir o fim almejado, sem prejudicar tanto outro princípio ou outros meios. Explica o autor (ALEXY, 2008, p. 120):

Se M1 não é adequado para o fomento ou a realização do objeto Z – que ou é requerido por P1 ou é idêntico a ele –, então M1 não é exigida por P1. Para P1 é, portanto, indiferente se se adota a medida M1, ou não. Se, sob essas condições, M1 afeta negativamente a realização de P2, então, a adoção de M1 é vedada por P2 sob o aspecto da otimização em relação às possibilidades fáticas.

Portanto, em caso de colisão entre dois princípios cabe ao aplicador da teoria se perguntar: qual o princípio mais adequado ao caso em questão? Após responder a essa pergunta analisando se com aquele meio será possível atingir o objetivo proposto, podemos caminhar para as demais premissas da teoria.

Em segundo lugar, tem-se a máxima da necessidade que significa que não há outro meio cabível com custo menor. Alexandre Coura (2009, p. 134) informa que:

Em relação ao cumprimento da exigência de “necessidade” ou “exigibilidade”, requer-se que, havendo dois meios de promover o mesmo princípio, a escolha recaia sobre o menos gravoso, ou seja, aquele que interfira o menos intensamente possível nos demais princípios em concorrência. Assim, a “necessidade” tem como pressuposto a exigência de que qualquer medida tomada não possa ser substituída por outra igualmente eficaz e menos onerosa.

Em outras palavras, podemos argumentar: esse meio utilizado é mesmo necessário? Não existiria outro meio mais eficaz para se chegar ao objetivo proposto?

Por fim, a máxima da proporcionalidade em sentido estrito é, de acordo com Daniel Sarmiento (2003, p. 89):

O subprincípio da proporcionalidade em sentido estrito – que Robert Alexy denomina também como mandado de operação –, envolve, por seu turno, uma análise da relação custo-benefício da norma avaliada. Ou seja, o ônus imposto pela norma deve ser inferior ao benefício por ela engendrado, sob pena de inconstitucionalidade. [...] Em um lado da balança devem ser postos os interesses protegidos com a medida, e, no outro, os bens jurídicos serão restringidos ou sacrificados por ela. Se a balança pender para o lado dos interesses tutelados, a norma será válida, mas, se ocorrer o contrário, patente será a sua inconstitucionalidade.

Assim, o meio utilizado deve ser proporcional ao objetivo alcançado. Não se pode o meio gerar mais ônus do que bônus. Nessa máxima, é importante mencionar o posicionamento de Bonavides (2008, p. 256):

Em nosso ordenamento constitucional não deve a proporcionalidade permanecer encoberta. Em se tratando de princípio vivo, elástico, prestante, protege ele o cidadão contra os excessos do Estado e serve de escudo à defesa dos direitos e liberdades constitucionais. De tal sorte que urge, quanto antes, extrai-lo da doutrina, da reflexão, dos próprios fundamentos da constituição, em ordem de introduzi-lo, com todo o vigor, no uso jurisprudencial.

Assim, no caso o interprete deve questionar: é proporcional a aplicação de um princípio em detrimento do outro? Seria atribuir peso a um princípio em detrimento de outro, mas não verificar qual deles é maior, pois Robert Alexy sempre exaltou a importância dos princípios ao considerá-los “mandamentos de otimização”

Com palavras de Robert Alexy (2008, p. 118):

A máxima da proporcionalidade em sentido estrito decorre do fato de princípios serem mandamentos de otimização em face das possibilidades jurídicas. Já as máximas da necessidade e da adequação decorrem da natureza dos princípios como mandamentos de otimização em face das possibilidades fáticas.

Assim, a capacidade de ponderação implica, pois, a capacidade de restrição e de afastamento de um princípio em razão do outro (ÁVILA, 2013, p. 131).

Neste ponto, verificamos a importância do julgador para o ordenamento jurídico, ou seja, o papel deste não é descrever meramente “o significado previamente existente dos dispositivos”. Mas, sim, construir significados. O Direito é argumentação e, conforme Robert Alexy (2014, p.15), “argumentar significa ponderar”. Portanto, não se pode aceitar a ideia de que “a aplicação do Direito envolve uma atividade de

subsunção entre conceitos prontos antes mesmo do processo de aplicação” (GRAU, 2005, p. 26, 60, 78, 80 e 82).

Assim, talvez as mudanças de paradigma também sejam precursores para uma aplicação de uma teoria como a aqui defendida. Essa preocupação com a aplicação do Direito, concedendo maior importância ao poder judiciário, é fator do Estado Democrático de Direito. Na visão de Kuhn, paradigmas são "realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência" (KUNH, 2001, p.13).

No primeiro paradigma – Estado Liberal de Direito –, o que prevalecia era um maior afastamento entre Estado e o privado. Portanto, o que se observava era uma mínima intervenção do Estado nas relações privadas. O objetivo era "garantir a certeza nas relações sociais, através da compatibilização dos interesses privados de cada um com o interesse de todos, mas deixar a felicidade ou a busca da felicidade nas mãos de cada indivíduo" (CATTONI, 2002, p. 55). Tal paradigma foi marcado pela descoberta dos direitos de primeira geração, que são aqueles ligados à liberdade.

Ato contínuo, houve o início do Estado de Direito e a ordem liberal foi colocada em xeque. Neste momento, surgem os direitos de segunda geração – direitos sociais e coletivos. Portanto, nesse paradigma, se “pressupõe precisamente toda uma plêiade de leis sociais e coletivas que possibilitem, no mínimo, o reconhecimento das diferenças materiais e o tratamento privilegiado do lado social ou economicamente mais fraco da relação" (CARVALHO NETTO, 1999, p. 480).

Tem-se o Estado Democrático do Direito como terceiro paradigma instituidor dos direitos de terceira geração – direitos ou interesses difusos. Nessa perspectiva, Menelick de Carvalho Netto (1999, p. 481) explica:

[...] direitos da 3ª geração, os chamados interesses ou direitos difusos, que compreendem os direitos ambientais, do consumidor e da criança, dentre outros. São direitos cujos titulares, na hipótese de dano, não podem ser clara e nitidamente determinados. O Estado, quando não diretamente responsável pelo dano verificado foi, no mínimo, negligente no seu dever de fiscalização ou de atuação criando uma situação difusa de risco para a sociedade. A relação entre o público e o privado é novamente colocada em xeque.

Associações da sociedade civil passam a representar o interesse público contra o Estado privatizado e omissivo. Os direitos de 1ª e 2ª geração ganham novo significado. Os de 1ª são retomados como direitos (agora revestidos de uma conotação sobretudo processual) de participação no debate público que informa e conforma a soberania democrática de um novo paradigma, o paradigma constitucional do Estado Democrático de Direito e seu Direito participativo, pluralista e aberto.

Neste ponto, exige-se uma maior participação do poder judiciário, com a alteração da postura do juiz diante do texto normativo, bem como do caso concreto e "dos elementos fáticos que são igualmente interpretados e que, na realidade, integram necessariamente o processo de densificação normativa ou de aplicação do direito", como resultado da aplicação das doutrinas de Konrad Hesse, Robert Alexy e Friedrich Müller, dentre outros. (CARVALHO NETO, 1999, p. 481).

Humberto Ávila (2013, p. 36) orienta que o processo de interpretação seria um processo de "construir a partir de algo, por isso significa reconstruir". Assim, seria a função do intérprete reconstruir o sentido da norma e, para tanto, entende Robert Alexy que, com a aplicação de sua teoria é possível a solução de vários conflitos cotidianos. Pontua-se que, no sentido de aplicação da tese aqui estudada, o Supremo Tribunal Federal do Brasil tem sido favorável, o que demonstra que a mesma também pode ser aplicada em nosso país.

Frisa-se que muito ainda deve ser debatido em nosso país acerca da presente teoria, porém já decidiu o Supremo Tribunal Federal que "não cabe a ele efetuar nova ponderação quando a Constituição já fez uma ponderação anterior por meio do estabelecimento de uma regra", no caso de decidir sobre conflito entre garantias constitucionais de proteção contra prova ilícita e o interesse público repressivo, considerando aquele sobreposto a esse pela Constituição Federal de 1988 (ÁVILA, 2013, p. 115).

Cabe mencionar ainda que a maioria dos doutrinadores e das jurisprudências é pacífica quanto à existência do princípio da razoabilidade no ordenamento jurídico brasileiro, fato esse que também deixa a teoria de Robert Alexy em evidência. Concernente a isso, ensina Luiz Roberto Barroso (2010, p. 8):

[...] abrem-se duas linhas de construção constitucional, uma e outra conducentes ao mesmo resultado: o princípio da razoabilidade integra o

direito constitucional brasileiro, devendo o teste de razoabilidade ser aplicado pelo intérprete da Constituição em qualquer caso submetido ao seu conhecimento. A primeira linha, mais inspirada na doutrina alemã, vislumbrará o princípio da razoabilidade como inerente ao Estado de direito, integrando de modo implícito o sistema, como princípio constitucional não-escrito. De outra parte, os que optarem pela influência norte-americana pretenderão extraí-lo da cláusula do devido processo legal, sustentando que a razoabilidade das leis se torna exigível por força do caráter substantivo que se deve dar à cláusula.

Não são todos os doutrinadores que visam à diferença entre a razoabilidade e a proporcionalidade. Humberto Ávila (2013, p. 181) entende que a razoabilidade não faz “referência a uma relação de causalidade entre um meio e um fim, tal como faz o postulado da proporcionalidade”. Percebemos nas palavras do autor:

A razoabilidade como dever de harmonização do Direito com suas condições externas (dever de congruência) exige a relação das normas com suas condições externas de aplicação, quer demandando um suporte empírico existente para a adoção de uma medida, quer exigindo uma relação congruente entre o critério de diferenciação escolhido e a medida adotada (2013,p.181).

O Supremo Tribunal federal, por exemplo, tem aceito a tese de que a “inconstitucionalidade só pode ser declarada quando a norma é evidentemente incapaz de atingir a sua finalidade”, o que nos leva a crer que as decisões devem ser razoáveis, sem prejudicar terceiros ou modificar drasticamente uma situação jurídica. Humberto Ávila (2013, p. 193) diz que, com isso, o Tribunal parece inclinar-se por um controle moderado de proporcionalidade.

Lembremos que a ponderação aqui proposta não há que ser entendida como um modelo de decisão, mas como um modelo de fundamentação. Além disso, tal teoria não “formula uma pauta com a qual possam ser decididos definitivamente todos os casos” (SANTOS, 2010, p. 59).

Pois bem, qualquer decisão do poder judiciário deve ser razoável e proporcional, a fim de se encontrar a verdadeira justiça. Assim, a Teoria de Robert Alexy visa à resolução de conflitos de regras e colisões entre princípios, visando a melhores soluções jurídicas, com um judiciário mais ativista e participativo, preocupado com as influências de suas decisões em uma sociedade.

6 DA CONVENIÊNCIA DA APLICAÇÃO DA TEORIA DE ROBERT ALEXY: ANÁLISE A PARTIR DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS IDENTIFICADAS.

6.1 OS INCENTIVOS FISCAIS COMO UMA ALTERNATIVA À DISCRIMINAÇÃO E O PRECONCEITO SOFRIDO PELAS PESSOAS VIVENDO COM HIV.

As unidades de significação representativas das categorias discriminação e preconceito foram as que apareceram com maior frequência, tanto nas entrevistas, quanto na decisões jurídicas acerca do tema. Não há como se falar em pessoa vivendo com AIDS sem que se considere a possibilidade de aparecimento de manifestações de discriminação e preconceito. Necessário destacar que estas expressões são utilizadas com frequência como expressões sinônimas. Essa condição nos levou a incluí-las dentro de uma mesma categoria.

Maurício Godinho Delgado (2010, p. 108) orienta que

Discriminação é a conduta pela qual se nega à pessoa tratamento compatível com o padrão jurídico assentado para a situação concreta por ela vivenciada. A causa da discriminação reside, muitas vezes, no cru preconceito, isto é, um juízo sedimentado desqualificador de uma pessoa em virtude de uma característica, determinada externamente, e identificadora de um grupo ao segmento mais amplo do indivíduo.

Portanto, conforme explicitado por Delgado, o preconceito pode gerar a discriminação. O preconceito é subjetivo e intrínseco ao indivíduo, como se pode constatar no discurso de um dos entrevistados, quando afirma que não é contra o preconceito,

porque o preconceito é você ser contra aquilo que você não conhece, a partir do momento que eu te dou condições de conhecer, aí sim, aí eu vou poder te cobrar que a coisa não é tão feia como se pensa (ENTREVISTADO 05).

Assim, um dos grandes problemas sofridos pelo portador do vírus HIV é a discriminação, que, nas palavras de Maurício Godinho Delgado, é algo preocupante

nas relações de trabalho. O autor ainda explica que “é a conduta pela qual se nega à pessoa tratamento compatível com o padrão jurídico assentado para a situação concreta por ela vivenciada”. Geralmente ocorre pelo cru preconceito, mas também pode ocorrer por outros fatores (DELGADO, 2010, p. 108).

Ademais, conforme comenta Firmino Alves Lima (2006, p. 135), a discriminação ocorre nas relações de trabalho, quando um ato ou um comportamento do empregador implica a distinção, a exclusão, a restrição ou a preferência baseadas em uma característica pessoal ou social, sem motivo justificável, que tenha por resultado o fim do igual tratamento e a destruição, o comprometimento, o impedimento, o reconhecimento ou o usufruto de direitos e de vantagens trabalhistas asseguradas, bem como de direitos fundamentais de qualquer natureza, ainda que não vinculados ou integrantes da relação de trabalho.

Nas pessoas vivendo com HIV, é possível encontrar o preconceito, não apenas nas relações de trabalho, mas também, como fator de limitações ao ingresso no emprego. Nas entrevistas se verificaram diversas histórias de preconceito e de discriminação, principalmente no ambiente de trabalho, sendo que uma das entrevistadas (ENTREVISTADO 03) foi demitida de um dos seus empregos assim que a identificaram como portadora do vírus HIV. Por isso, Luiz Otávio Linhares Renault (2010, p. 119) responde que “Ninguém desconhece que o portador do vírus HIV e o aids, em geral, sofrem discriminação pelo indivíduo, pelo grupo, pela sociedade e pela empresa. Pensar o contrário é ignorar a sociedade”. Explica um dos entrevistados,

Uma vez que falei que possuía o vírus as pessoas abriram uma roda para ficar longe de mim. É mais fácil desintegrar um átomo do que o preconceito (ENTREVISTADO 08).

Foi essa a realidade relatada pelos entrevistados que vivem com o vírus HIV/AIDS. Constatamos que essa condição não foi esquecida pelos tribunais na discussão acerca da possibilidade de aposentadoria por invalidez ou não da pessoa vivendo com HIV/AIDS. Em outras palavras, tanto para se conceder, como para negar o benefício, nossos tribunais foram obrigados a considerar a questão do preconceito e da discriminação. Observa-se:

A infecção com vírus HIV traz consigo o estigma social, representado pela resistência de grande parte da sociedade em aceitar, com normalidade, o portador da doença (BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Previdenciário. Aposentadoria Por invalidez e Auxílio-doença. HIV. Laudo Pericial. Incapacidade Laboral. Qualidade de Segurado. Processo 200271000411888. Relator: Luiz Antonio Bonat. 14 mai 2007. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>).

Este é apenas um dos argumentos utilizados por nossos tribunais ao conceder a aposentadoria tendo como fundamento argumentativo o preconceito/discriminação, dentre outros:

Ainda que a perícia médica judicial tenha atestado a capacidade laborativa, [...] submetê-lo à permanência na atividade seria cometer, com ele, violência injustificável, ante à extrema dificuldade em virtude do **preconceito** sofrido (BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Previdenciário. Auxílio-doença. Laudo Pericial. Marco Inicial. Consectários. Processo 200671000235060. Relator: José Francisco Andreotti Spizzirri. 19 fev 2010. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>). (grifou-se).

Quanto à incapacidade laborativa, considerando-se as condições que envolvem a doença da parte, não se podem olvidar as oscilações a ela inerentes, além da **discriminação** existente no mercado de trabalho referente ao portador de síndrome da imunodeficiência adquirida. (BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. Previdenciário. Ação Processada sob o rito dos Juizados Especiais Federais. Pedido de Benefício por Incapacidade. Sentença de Improcedência. Recurso de Sentença da parte Autora HIV. Art. 436 do CPC – Livre Convencimento Motivado. Procedência. Provimento. Honorários Advocatícios. Processo 00025081720114036303 – procedimento do juizado especial cível. Maria de Fátima Rodrigues da Silva e INSS. Relatora: Vanessa Vieira de Mello. 07 jul 2011. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>). (grifou-se).

Em suma, entre os demais argumentos, não existiu outro mais pertinente para os tribunais concederem a aposentadoria por invalidez em caso de capacidade para o trabalho, a não ser a discriminação e o preconceito, porém, esse tema também não deixou de ser debatido no caso de indeferimento do pedido de aposentadoria. Observamos:

Ademais, ainda que a questão do **preconceito** sofrido pelo portador de HIV seja praticamente notória, não dependendo, portanto, de prova, entendo que a segregação pura e simples do portador da moléstia, em todos os casos, alijando-o do mercado de trabalho, não contribui para a solução desse grave problema. **Ao contrário, a segregação do portador da moléstia assintomático ou com leves sequelas do meio social acabaria por agravar o preconceito, uma vez que estaria chancelando um estado de isolamento que em nada contribui, em primeira análise, para a diminuição desse preconceito** (BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. Previdenciário. Benefício por incapacidade. Perícia Médica. Laudo desfavorável. Julgamento de Improcedência. Recurso da Parte Autora.

Improvido. Processo 00146659120124036301 – procedimento do juizado especial cível. Gilvanildo Jose de Barros e INSS. Relatora: Kyu Soon. 14 dez 2012. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>> (grifou-se).

As decisões acima são um exemplo forte do conflito de decisões que existe pelo Brasil. Nestas também podemos perceber a colisão de princípios quando não foi realizada a ponderação aqui proposta, gerando uma instabilidade jurídica no sistema. Já adiantamos que não consideramos o motivo preconceito, se utilizado de forma isolada, como um motivo para a concessão da aposentadoria por invalidez.

A questão do preconceito e discriminação já é debatida em diferentes temas atuais. Nobert Elias (2000, p. 20), em importante estudo sobre o tema, já verifica a existência da exclusão em vários momentos:

O grupo estabelecido atribuía a seus membros características humanas superiores; excluía todos os membros do outro grupo do contato social não profissional com seus próprios membros; e o tabu em torno desses contatos era mantido através de meios de controle social como a fofoca elogiosa [*praise gossip*] no caso dos que observavam, e a ameaça de fofocas depreciativas [*blame gossip*].

Em outras palavras, “a exclusão e estigmatização dos *outsiders* pelo grupo estabelecido eram armas poderosas para que este último preservasse sua identidade e afirmasse sua superioridade, mantendo os outros firmemente em seu lugar” (ELIAS, 2000, p. 21-22).

Os pensamentos de Nobert Elias (2000, p. 26) se encaixam em nossos estudos, ao afirmar que a “evitação de qualquer contato social mais estreito com os membros do grupo *outsider* tem todas as características emocionais que, num outro contexto, aprendeu-se a chamar de “medo da poluição””.

Assim, o preconceito parte da população em geral, porque aquele que está sofrendo o preconceito também aceita a inferioridade que a sociedade lhe impõe. Sabe-se que não deve ser fácil sofrer a discriminação no dia a dia e dentro do seu local de trabalho, onde se passa a maior parte do tempo. Um dos entrevistados narrou a frase de um colega seu, de trabalho, que o abordou em determinado dia, expondo na prática o “medo da poluição” explicado pelo sociólogo acima:

Sabe por que eu não gosto de você? Eu não vou aceitar você! Você é soropositivo e pode contaminar todo mundo! E aí como eu vou fazer? Com meus funcionários tudo contaminados? (ENTREVISTADO 03)

O que se surpreende é que a pessoa que teria mencionado isso ao entrevistado é da área da saúde, pessoas que, teoricamente, detém mais informação acerca do tema. Dessa forma, se o preconceito é encontrado nessas áreas, é notório que pode estar ainda mais presente em outras áreas. Muitos dos entrevistados eram ou conheciam amigos que foram dispensados de seus trabalhos, assim que informaram serem portadores de vírus HIV/AIDS.

Discute Norbert Elias (2000, p. 38):

O problema é saber como e por que os indivíduos percebem uns aos outros como pertencentes a um mesmo grupo e se incluem mutuamente dentro das fronteiras grupais que estabelecem ao dizer “nós”, enquanto, ao mesmo tempo, excluem outros seres humanos a quem percebem como pertencentes a outro grupo e a quem se referem coletivamente como “eles”.

Em seu estudo, o autor se declara surpreso com a exclusão que observou naquela pequena comunidade e, adiante, defende a fofoca como um dos percussores do problema:

No próprio interior da “aldeia”, as fofocas de modo algum tinham apenas a função de apoiar as pessoas aprovadas pela opinião dominante e consolidar as relações entre moradores. Tinham também a função de excluir pessoas e cortar relações. Podiam funcionar como um instrumento de rejeição de extrema eficácia (ELIAS, 2000, p. 125).

Essa “fofoca” pode ser um dos fatores que contribuem para esse preconceito. Um dos entrevistados relata, assustado, um caso de um comentário de um enfermeiro amigo, ao encontrar um indivíduo na rua:

cuidado com aquele ali, porque aquele ali faz tratamento onde eu trabalho (ENTREVISTADO 06).

A declaração, expressa pelo entrevistado 06, evidencia as dificuldades de se enfrentar o problema, tendo em vista originar-se de um profissional de saúde, conhecedor dos enfrentamentos que se impõe aos portadores do vírus e da necessidade de que se busque mecanismos para sua superação do preconceito.

Sergio Buarque de Holanda (1995, p. 95), no clássico *Raízes do Brasil*, já demonstra que a dominação e a exclusão de uma classe ocorreu desde os primórdios do descobrimento do Brasil. Isto porque os portugueses chegaram ao país e buscaram a dominação dos índios e faziam com que os mesmos aceitassem essa inferioridade, por exemplo, com a construção das cidades, importante fator de dominação.

A verdade é que a dominação, o preconceito, na maioria das vezes, leva à discriminação que, conseqüentemente, gera a exclusão. O problema se torna maior quando se observa que essa exclusão é aceita pelo grupo excluído e discriminado, que se convence da sua inferioridade ou “diferença”. Esta aceitação, pela necessidade de sigilo, conforme observamos no decorrer das entrevistas, gera o enfraquecimento da luta pelo fim desse preconceito e da discriminação, explica um entrevistado.

Porque o maior problema é que eu acho que não há problema, se a gente não gritar nunca vamos conseguir nossos direitos (ENTREVISTADO 03).

As pessoas acometidas pela doença têm medo de lutar para o fim do preconceito. Isto porque com a luta, sua doença se tornaria pública e sua vida mais difícil. Porém, essa falta de luta gera um ciclo inacabável de discriminação, uma vez que o grupo de contaminados aceita esta condição de inferioridade imposta e não mostra aos demais a realidade: a contaminação é apenas pelo sangue e não no aperto de mão e a pessoa com HIV pode trabalhar da mesma forma que as demais.

Sergio Buarque de Holanda ainda critica que se a classe dominante eleva sua vida ela não busca mudanças, mas busca hábitos dos antigos grupos dominantes (HOLANDA, 1995, p. 112). Neste ponto, o que percebemos é que as pessoas apenas passam a buscar o entendimento sobre a doença quando são acometidas ou algum familiar, ou seja, dificilmente se busca lutar para acabar com a discriminação se não existe um motivo pessoal para isso.

José Murilo de Carvalho (2001, p. 83), realizou um estudo histórico no Brasil a fim de buscar explicações sobre o motivo de essa população atrasada levar à exclusão de um determinado grupo. Concluiu, assim, que o problema existe desde os primórdios,

ou seja, a colonização portuguesa atrasou a cidadania no país, o que o autor chamou de cidadania em negativo. Talvez essa falta de identidade, que por um tempo acompanhou o povo brasileiro, possa se refletir nas discriminações que ocorrem atualmente, confirmadas pelas entrevistas realizadas.

Tratar de discriminação é difícil sem se falar de Florestan Fernandes (1978, p. 20). Este teve o foco de seu estudo na discriminação racial, porém pode nos ajudar em nossa pesquisa, orientando:

[...] a sociedade brasileira largou o negro ao seu próprio destino, deitando sobre seus ombros a responsabilidade de reeducar-se e de transformar-se para corresponder aos novos padrões e ideais de homem, criados pelo advento do trabalho livre, do regime republicano e capitalista.

Neste sentido, mencionam alguns entrevistados o motivo do preconceito,

Trata-se de pessoa suja, que contamina o ambiente (ENTREVISTADO 06).

O problema da discriminação está na ideia de que o homem com AIDS é viado e a mulher uma vagabunda (ENTREVISTADO 08).

Assim, no caso em questão, o preconceito é acentuado, principalmente quando se trata de mulher “infectada”, uma vez que se trata de mulher “vagabunda”. Imagina-se que existam muitas mulheres casadas pelo Brasil com o vírus HIV e que ainda não descobriram, pois foram infectadas por seus maridos que “escapam” e se contaminam. Neste ínterim, sofrem duplamente: pela doença e pela traição. Como caso concreto um entrevistado (ENTREVISTADA 03) adquiriu a doença de seu noivo e, apenas descobriu, quando quase veio a falecer.

Reforçando esse posicionamento explica Maria Arminda Arruda (1996, p.199):

[...] apesar da tendência à assimilação, o prestígio e o poder permanecem enleados aos princípios sociais dominantes herdados do passado e encarcerados pela ordem branca. A lentidão e descontinuidade do ritmo da integração apontam para os dilemas de uma história que não rompe as cadeias do passado. No âmbito da sociedade de classes, apesar do nuançamento da relação entre negro e condição social ínfima, os egressos da escravidão não se constituíram em ameaça às posições do branco e sequer entraram no universo das percepções deste [...]. Na impossibilidade de constituir-se, efetivamente, em sujeito da sua trajetória social, o negro vivencia uma realidade do preconceito contraditória, que pode ser tanto neutralizada, quanto acirrada, em função da tradição cultural da sociedade.

Não apenas as pessoas de outras raças ou com deficiências, mas a pessoa vivendo com HIV apenas conseguirá viver sem a discriminação caso ocorra uma mudança cultural na sociedade brasileira. Foram relatados diversos casos de preconceito, até mesmo na esfera familiar, por exemplo, entrevistados que não têm coragem de informar à família, por medo da não aceitação (*ENTREVISTADO 06 / ENTREVISTADO 07*). E, sobre aqueles que sofreram esse preconceito dentro de casa, destaca-se:

meu pai teve uma resistência, hoje não, mas no início tinha, até de trocar a roupa de cama, se eu sentasse na cama tinha que trocar a roupa de cama (ENTREVISTADO 05).

Interessante, a consciência dos entrevistados no sentido de resguardar o outro.

Mas também que nem tudo é preconceito, pode ser uma autodefesa de terceiro também, por exemplo, uma pessoa que não possui o vírus não querer transar com a que possui, tem gente que acha que isso é preconceito, eu não acho isso. (ENTREVISTADO 08)

O principal motivo de ainda haver discriminação, segundo os entrevistados, é a falta de informação,

O pessoal parece que não tão atualizado, não tão ligados a essas situações (ENTREVISTADO 02).

Concordamos com esse entendimento. Ainda há um desconhecimento por parte das pessoas acerca da doença em análise. Nas palavras de Luiz Otávio Linhares Renault (2010, p. 122),

O preconceito em torno da Aids, na maioria das vezes assentado na falta de informações médicas seguras sobre a doença, leva a discriminação ao mais alto grau de intolerância individual e coletiva, conduzindo o afetado a uma situação de desprezo, desrespeito e desespero incompatível com o direito à vida, conforme previsto no art. 5º, incisos LXI, da Constituição da República.

Diante dessas considerações é que buscamos soluções por meio da análise dos discursos dos entrevistados. Os parâmetros de análise foram a observação e os discursos referentes, principalmente em relação ao mercado de trabalho. As entrevistas foram padronizadas e quando se perguntava sobre a facilidade de se conseguir emprego:

Nenhuma empresa te quer, se você falar que é soropositivo, que quer tentar, nenhuma empresa te quer (ENTREVISTADO 02).

Neste ponto conseguimos entender que a AIDS não é apenas uma enfermidade tratada com medicamento. E que a fala de que o governo concede o medicamento de forma eficiente pode ser verdadeira, mas é ineficiente. Choca o testemunho de que,

O governo hoje entende que é dar remédio para todo mundo e só isso basta (ENTREVISTADO 05).

Esse mesmo entrevistado relatou o seu gosto para o trabalho, mas a dificuldade de inserção devido à ignorância das empresas sobre o tema:

A pessoa vivendo com AIDS não consegue mais emprego (ENTREVISTADO 08).

Portanto, algo deve ser realizado pelo Estado, além do fornecimento do medicamento, a fim de alterar a situação aqui narrada. Relata Luiz Otávio Linhares Renault (2000, p. 128):

De todas as discriminações, talvez as de maior grau de dificuldade de superação sejam as que, como a AIDS, acarretam a perda do emprego: sem emprego, não há salário; sem salário, não há como enfrentar-se com dignidade a doença terminal. E o círculo vicioso não para aí. Na crise atual, obter novo emprego é tarefa praticamente impossível para quem é portador do vírus da AIDS ou aidético.

Neste ponto, coloca-se em aplicação a Teoria de Robert Alexy, no sentido de descobrir se a aposentadoria das pessoas vivendo com HIV é medida proporcional para se combater o preconceito e a discriminação sofrida por essas pessoas? Isto porque essas pessoas que não conseguem emprego passaram a recorrer ao judiciário a fim de conseguir sua aposentaria, com o argumento de uma incapacidade social, ou seja, um preconceito que as afasta do mercado de trabalho.

Desta forma, no caso concreto das pessoas vivemos com HIV/AIDS, percebemos que se trata da colisão de princípios, quais sejam, Direito à Aposentadoria com base na Dignidade da Pessoa Humana *versus* Direito ao Trabalho. Pode-se pensar que estamos analisando um caso abstrato, mas não, o que propusemos neste caso é

análise de pessoas com HIV, que entram com o pedido de aposentadoria na justiça com a alegação de preconceito/discriminação.

No entendimento de Robert Alexy (2014, p. 05),

[...] princípios, considerados separadamente, sempre compreendem comandos *prima facie*. A determinação do grau apropriado de cumprimento de um princípio relativamente às exigências de outros princípios é feita através da ponderação. Assim, a ponderação é a forma específica de aplicação dos princípios.

Para se aplicar a teoria da proporcionalidade, opera-se a aplicação de três máximas parciais: a máxima parcial da adequação, a máxima parcial da necessidade e a máxima parcial da proporcionalidade em sentido estrito (ALEXY, 2014, p. 6).

De acordo com Humberto Ávila (2013, p.187), para se discutir a máxima da adequação “o meio deve levar à realização do fim”. Ou seja, aposentar uma pessoa vivendo com HIV/AIDS leva ao término da discriminação e preconceito sofrido por essas pessoas?

Se a resposta englobar apenas o mercado de trabalho, poderia ser positiva, uma vez que não mais integrando este mercado, não há que se falar em discriminação, principalmente na dificuldade de inserção. Porém, em linhas gerais, o preconceito seria apenas agravado, pois seria a reforçar o imaginário social de que essas pessoas são um “risco para a sociedade” e precisam ser tratadas de forma diferente.

Quanto à máxima da necessidade, questionamos: tal medida é necessária? Neste sentido, pode-se pensar em política pública para diminuir essa discriminação. Frisa-se que é a falta de informação que gera essa discriminação; muitos empregadores não querem aceitar profissionais com problemas de saúde, com mais possibilidade de afastamento para tratamento. Vivemos em um mundo capitalista, em que os empregadores visam ao lucro.

Nos depoimentos dos infectologistas foi unânime a informação de que o empregador não precisa abrir seu diagnóstico ao seu empregador, ou possível empregador, em caso de concorrência a uma vaga de emprego. Porém, preferimos nem discutir tal assunto porque sabemos a facilidade de realizar o exame de HIV de forma sigilosa,

nos possíveis candidatos a vaga de emprego. Além disso, nos preocupamos com os jovens que já nasceram com a doença, sendo seu diagnóstico público e notório.

Assim, no momento que existem pessoas que não conseguem emprego devido à discriminação, deve o Estado se responsabilizar pelo problema. No caso, a sobreposição do direito à aposentadoria pode deixar de ser necessária se houver o incremento de campanhas de informação para a população, a fim de buscar a diminuição do preconceito, principalmente perante as empresas, igualando a oportunidade de trabalho de uma pessoa sem HIV com aquela que vive com o vírus.

Neste item, precisaremos analisar o caso concreto desse pleiteante, ou seja, a discriminação sofrida pelo mesmo é motivo para sua aposentadoria? Não há outro caminho a se seguir? Pode ser necessário, por exemplo, no caso de um profissional da área da saúde, de idade avançada, que teve seu diagnóstico divulgado e não consegue mais emprego, devido ao preconceito existente.

Por fim, observa-se que a máxima da proporcionalidade em sentido estrito; ou seja, é proporcional essa interferência nesse direito fundamental? Ou seja, afastar o Direito ao Trabalho em prol do direito à aposentadoria de uma pessoa, baseada no preconceito/discriminação é a melhor solução? Cremos que não. Não existe outro meio de se resolver o problema? Acreditamos que sim.

Essas perguntas servem como referência para a análise da proporcionalidade em sentido estrito que verifica “a comparação entre a importância da realização do fim e a intensidade da restrição dos direitos fundamentais” (ÁVILA, 2013, p. 195). Nas palavras de um entrevistado:

Só que as empresas precisam entender isso, que nós podemos produzir, que nós somos, que tem pessoas com potencial para contribuir com qualquer empresa (ENTREVISTADO 05).

Aqui buscamos defender a tese levantada por alguns ativistas, ou seja, além de combater a discriminação nas relações de trabalho, por que não incentivar a contratação de portadores do vírus HIV nas empresas? Assim, o Estado pode apresentar incentivos fiscais para as empresas que aceitem esses trabalhadores e,

então, em pouco tempo, poderá ficar comprovado que a eficiência de um trabalhador vivendo com HIV/AIDS, não difere da dos demais trabalhadores. Estes incentivos poderiam ser temporários, um instrumento contra o preconceito e a discriminação. O último entrevistado informou que participa de uma frente defendendo a valorização da mão de obra de pessoas vivendo com AIDS:

Luto para que essa mão-de-obra se torne atraente, com a criação de incentivos para a contratação dessas pessoas, por exemplo, diminuição de encargos trabalhistas (ENTREVISTADO 08).

Neste sentido, consideramos a categoria de incentivos fiscais como uma forma de diminuir a discriminação da pessoa vivendo com AIDS no mercado de trabalho. Os incentivos fiscais seriam utilizados por um período que possibilitasse ao mercado perceber a real capacidade laboral da pessoa vivendo com AIDS, e permitir a normal inserção e aceitação neste mercado.

Frisa-se que esta alternativa pode ajudar na expansão da informação sobre a AIDS e as realidades pertinentes, porque, como mencionam vários entrevistados, por exemplo,

O preconceito existe por falta de informação! (ENTREVISTADO 08).

Acreditamos serem oportunas não contínuas, uma vez que foi unânime o discurso destas pessoas de que não querem ser tratadas como “coitadinhos”, mas precisam de uma ajuda imediata para reverter a atual situação.

A questão é que aqueles, que conseguem o emprego, mostram que são capazes, então a dificuldade é conseguir um cargo no mercado de trabalho. Observa-se:

Mas se você perguntar para minha chefe hoje quem é o melhor funcionário dela, ela vai te falar sou eu, porque eu quero fazer a diferença! (ENTREVISTADO 05).

Assim, observou-se que a maior barreira para o aproveitamento desta mão de obra é a dificuldade para o ingresso no mercado de trabalho. Embora os médicos infectologistas sejam unânimes no sentido de que o profissional não precise se expor, pois não é permitida a realização do exame de sangue para admissão,

segundo as pessoas vivendo com HIV, esse exame é realizado de forma sigilosa. Como não temos como comprovar este fato, decidimos não analisar por não termos conhecimento de ocorrências confirmadas. Porém, questiona-se novamente: e aquela pessoa que nasceu com o vírus, sendo público e notório, para a sociedade, sua condição de portadora do vírus? Ficariam eles, nesse sentido, em razão da dificuldade de manutenção do sigilo, excluídas do mercado de trabalho?

A verdade é que as diferenças devem ser respeitadas e analisadas no caso concreto. Nesse contexto, Santos (2003, p. 56) averba que:

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades

Necessário ressaltar que não estamos defendendo o tratamento de forma diferenciada da pessoa vivendo com HIV/AIDS, mas não podemos ignorar a realidade discriminatória comprovada em um estudo que se baseou tanto em provas documentais e decisões de tribunais, quanto em pesquisas de campo. O que se busca é aplicação de medidas afirmativas para se tentar um equilíbrio, uma vez que ficou constatada a dificuldade de inserção no mercado de trabalho devido à discriminação existente. Informa Daniel Sarmiento (2010, p. 154),

Políticas de ações afirmativas são medidas públicas ou privadas, de caráter coercitivo ou não, que visam a promover a igualdade substancial, através da discriminação positiva de pessoas integrantes de grupos que estejam em situação desfavorável, e que sejam vítimas de discriminação e estigma social.

A igualdade, neste caso, não existe, conforme comprovado por decisões judiciais e entrevistas, porém, políticas públicas devem ocorrer como ações afirmativas para se alcançar essa igualdade. Seria uma forma de buscar o fim da discriminação e o fim das demandas judiciais para a aposentadoria.

No mesmo sentido, Joaquim Barbosa (2001, p.37):

Como um conjunto de políticas públicas e privadas de caráter compulsório, facultativo ou voluntário, concebidas com vistas ao combate à discriminação racial, de gênero e de origem nacional, bem como para corrigir os efeitos

presentes da discriminação praticada no passado, tendo por objetivo a concretização do acesso de bens a bens fundamentais como a educação e o emprego

O que se verifica no caso é a busca pelo direito fundamental da igualdade material, ou seja, que os considerados desiguais sejam tratados de forma igual, sempre respeitando sua desigualdade. Sobre a igualdade material:

Como se vê, em lugar da concepção “estática” da igualdade extraída das revoluções francesa e americana, cuida-se nos dias atuais de se consolidar a noção de igualdade material ou substancial, que, longe de se apegar ao formalismo e à abstração da concepção igualitária do pensamento liberal oitocentista, recomenda, inversamente, uma noção “dinâmica”, “militante” de igualdade, na qual, necessariamente, são devidamente pesadas e avaliadas as desigualdades concretas existentes na sociedade de sorte que as situações desiguais sejam tratadas de maneira dessemelhante, evitando-se assim o aprofundamento e a perpetuação de desigualdades engendradas pela própria sociedade (SILVA, 2003, p.19).

Neste sentido foi publicada a Lei 12.984/2014, que prevê como crime a discriminação dos portadores do vírus HIV/AIDS. Portanto, é tão notória a existência dessa discriminação, que até mesmo nossos legisladores votaram a favor da criminalização dessa prática.

Portanto, não seria proporcional afastar a pessoa vivendo com a HIV/AIDS do mercado de trabalho apenas com o argumento do preconceito e discriminação, como podemos encontrar em várias decisões jurisprudenciais em nosso país. Isto porque existem outras medidas que podem buscar um fim similar, sem restringir o cumprimento de outro.

Nas palavras de Robert Alexy (2002, p. 102): “Quanto maior o grau de não cumprimento ou de restrição de um princípio, maior deve ser a importância do cumprimento do outro”. Como uma dessas medidas, aqui propomos o incentivo à contratação dessas pessoas, seja com a diminuição de tributos ou outras alternativas de incentivo.

Também não estamos aqui defendendo que seja improcedente os tribunais analisarem a concessão ou não de aposentadoria para estas pessoas, até porque os incentivos fiscais previstos aqui são suposições. O que defendemos é a análise do

caso concreto conforme previsto por Robert Alexy, como mencionam nossos tribunais:

O reconhecimento automático da incapacidade para o trabalho pela simples presença do vírus HIV, não preserva a saúde da pessoa portadora desta enfermidade, mas antes a prejudica, contribuindo ainda mais para estigmatizá-la, isolando-a do convívio social (BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. Auxílio-doença. Laudo Pericial Médico. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Não comprovação da Incapacidade Laborativa Atual. Vinculação do Juiz (Arts. 131 e 436 CPC). Reconhecimento Automático da Incapacidade pela simples presença do vírus HIV. Estigma Social. Impossibilidade. Pedido Improcedente. Processo 0027342-32.2007.4.03.6301 – procedimento do juizado especial cível. Relatora: OMAR CHAMON. 10 mai 2013. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>).

Portanto, algo deve ser feito pelo Estado para incentivar a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho. Mas na situação vigente, nossos tribunais devem ser sensíveis a causa, analisando o caso concreto, como fez no dia 12 de abril de 2013, ao ser favorável a reabilitação de uma enfermeira, com o argumento de que, para ela, seria difícil trabalhar em sua profissão devido ao preconceito e, de outra forma, ser contra a aposentaria de uma auxiliar de serviços gerais, repete-se:

[...] 4. Laudo pericial médico que atesta a presença da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV- AIDS) e que conclui pela ausência de incapacidade laborativa atual. 5. Necessidade de verificar a profissão exercida pela parte autora. 6. Parte que trabalha como auxiliar de enfermagem. 7. Benefício devido, até a reabilitação para função diversa. (BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. Auxílio-doença. Laudo Pericial Médico. Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Análise das Condições pessoais da segurada, principalmente labor desempenhado. Processo 00156666020074036310 – procedimento do juizado especial cível. Aurení Alves de Brito Fresca e INSS. Relator: Omar Chamon. 12 abr 2013. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>

[...] 3. No caso que ora se cuida, verifico que a parte autora possui 35 anos e sua atividade habitual é de ajudante geral, cujos riscos de ferimentos são pequenos. Assim, conclui-se pela inexistência de incapacidade laboral, apresentando o autor um quadro de saúde estável, notadamente pela inexistência de doença oportunista. (BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Concessão de Auxílio-doença/aposentadoria por invalidez. Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Laudo Pericial. Análise de Aspectos médicos e sociais. Ausência de incapacidade para o trabalho. Desnecessidade realização. Recurso da Parte Autora a que se nega provimento. Processo 00553767520114036301 – procedimento do juizado especial cível. Clebes Alves do Nascimento e INSS. Relatora: Luciana Ortiz Tavares Costa Zanoni. 12 abr 2013. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>

Neste contexto, a análise do caso concreto não pode ser esquecida. O judiciário deve observar profissão, idade, escolaridade, dentre muitas outras condições particulares de cada pessoa que pleiteia à aposentadoria. Deve considerar ser notório que a discriminação em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS existe, portanto, enquanto políticas públicas não forem realizadas para disseminar a informação, algumas profissões dificultarão a inserção da pessoa vivendo com HIV/AIDS no mercado de trabalho.

6.2 QUALIDADE DE VIDA

Na análise de discurso dos entrevistados, se o objetivo fosse à análise de frequência de aparição de uma frase no texto, a palavra “qualidade de vida” provavelmente ganharia o topo da lista. Esta apareceu no discurso de todos os profissionais da área da saúde, como na maioria das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

No discurso médico, a qualidade de vida normal prevaleceu, baseada na utilização da terapia e na comparação com o início da descoberta da epidemia. Observa-se:

Tenho paciente desde 1997 em acompanhamento e esses pacientes estão clinicamente muito bem, tá? Eles trabalham, eles estudam, paciente que fez faculdade, paciente que aprendeu a tocar instrumento, aprendeu a dirigir, a terapia proporcionou ao paciente uma qualidade de vida normal (MÉDICO 01).

Despertou curiosidade a necessidade desse médico entrevistado em afirmar que seus pacientes aprenderam a realizar atividades banais do dia a dia, tais como, “paciente que aprendeu a dirigir”, a fim de confirmar a qualidade de vida. Ocorre que, no decorrer da entrevista, esse mesmo médico altera a expressão de “qualidade de vida normal” para “qualidade de vida razoável” quando o assunto são os efeitos colaterais provocados pelos antirretrovirais. Vê-se:

Tem, alguns tem e você pode trocar, mas na maioria das vezes tem paciente que tem 20 anos tomando o medicamento com uma qualidade de vida razoável, não atrapalha nada o cotidiano (MÉDICO 01).

O segundo infectologista entrevistado se mostrou mais receoso em apresentar respostas longas, sendo muito objetivo, mostrando-se até mesmo incomodado quando era instigado a respostas mais longas. Pensa-se que por ser informado que se tratava de trabalho acadêmico acerca da aposentaria por invalidez de pessoas vivendo com HIV/AIDS se sentiu receoso em influenciar a mentalidade desta pesquisadora. Assim evitou se manifestar acerca da qualidade de vida, apenas mencionou:

[...] a maior parte das pessoas tem uma vida normal (MÉDICO 02).

Porém não soube, ou não desejou responder, quem seriam as pessoas que não teriam uma vida normal, mas, entendemos que esses seriam pequenos casos como aqueles que desenvolveram doenças oportunistas graves.

O último infectologista entrevistado informou, ao ser questionado sobre a vida “normal” das pessoas vivendo com HIV/AIDS:

Depende do que se entende como “normal”. O portador do vírus HIV leva uma vida normal como qualquer pessoa com uma doença crônica, que carece de monitoramento e tratamento contínuo (MÉDICO 03).

O que se percebeu nesses discursos é a tentativa de se retirar o rótulo de “coitadinho” das pessoas vivendo com HIV, afirmando que eles podem se superar a fim de alcançar uma vida normal. Realmente, encontramos vários casos de superação no movimento jovem² estadual de pessoas vivendo com HIV/AIDS, pessoas que trabalham, estudam e buscam seu crescimento de vida, mas qualidade de vida normal acreditamos ser difícil atingir. Nas palavras de um entrevistado:

Não é uma vida normal possuir HIV (ENTREVISTADO 06).

Nas entrevistas com pessoas vivendo com HIV/AIDS, colhemos informações de pessoas com diferentes idades, tempo de contaminação e condição social.

² Movimento formado no Estado do Espírito Santo como uma forma de ajudar aos jovens infectados pelo vírus HIV. Possuem uma sede onde ajudam o jovem desde a descoberta da doença com palestras, mesas redondas, assistência psicológica e assistência jurídica.

Percebemos dois distintos momentos em que o vírus atrapalha significativamente a vida: na descoberta e no início do tratamento com antirretrovirais.

A descoberta é o momento de aceitação, de combater o autopreconceito. Em razão disso, também abriremos um tópico específico para tratar desse problema. É no início do tratamento que se tem o período de adaptação aos efeitos colaterais. Assim, percebe-se que, nesses períodos, a qualidade de vida tem uma queda significativa, que deve ser levada em consideração, para fins de afastamento temporário do trabalho.

Quanto à aceitação, percebemos ser mais fácil para aquelas pessoas com melhor estrutura familiar. Neste entrevistado, realmente percebemos uma qualidade de vida equilibrada:

acho que no meu caso é mais fácil a aceitação porque possuo estrutura familiar (ENTREVISTADO 01).

Porém esse entrevistado ainda não enfrentou o segundo problema, já que ainda não faz o uso de medicamentos, portanto, realmente parece manter uma vida normal. Trata-se de pessoa ativa, empenhada e ativista no movimento jovem de pessoas vivendo com HIV/AIDS, mas este afirma que seu parceiro, que já faz o uso da medicação, possui queixas diárias e precisou reduzir a carga de trabalho (ENTREVISTADO 01).

Porém, entre aqueles que descobriram a doença tardiamente, percebemos vários exemplos de qualidade de vida precária, por possuírem sequelas similares ao AVC - Acidente Vascular Cerebral. Algumas se superaram de forma que hoje, ao serem indagados sobre o que o vírus atrapalha em sua vida, dizem:

só atrapalha nas questões de relacionamento. Eu não tenho coragem de me relacionar com alguém, isso é normal. Vivo normal, sou extremamente ativa. (ENTREVISTADO 03).

Essa entrevistada descobriu a doença tardiamente, ficando dois anos de licença, sendo que, nesse tempo, noventa dias internado e impossibilitado de andar por aproximadamente um ano. Hoje é objeto de estudo pela área da medicina, uma vez

que não se entende como se encontra sem sequelas, já que a neurotoxoplasmose que adquiriu em decorrência da AIDS atingiu uma parte de seu cerebelo.

O segundo problema seria ao se iniciar o tratamento do medicamento, já que todos os entrevistados que se encontram em fase de medicalização reclamaram dos efeitos colaterais:

Desde 2001 utilizo o medicamento e o mesmo possui muito efeitos colaterais. Muito, muito, muito mesmo, a minha fase de adaptação não foi fácil. Diarreia, vômito, mal estar (ENTREVISTADO 02).

Também é possível analisar uma resposta ao se questionar sobre a qualidade de vida normal a uma entrevistada, que informou que hoje apenas uma coisa a prejudica:

Ah, o preconceito. O preconceito é fulminante (ENTREVISTADO 04).

Nas decisões analisadas, percebemos que a qualidade de vida foi observada pelos tribunais que concedem a aposentadoria por invalidez, mesmo para aqueles que ainda não desenvolveram a doença, pois deve ser analisada segundo a Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência “a incapacidade social, a saber, o preconceito, a dificuldade de ingresso no mercado de trabalho e as condições sociais do soropositivo” (BRASIL. Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência. (IN)Capacidade para o trabalho. Segurado Portador de Vírus HIV (AIDS) assintomático, Considerações das condições socioculturais. PEDILEF nº 0510549-05.2008.4.05.8100. Relator: Juiz Federal Vladimir Santos Vitovsky. 8 jun 2012).

Neste ponto, a teoria de Robert Alexy deve ser utilizada no sentido de que cada caso é um caso, ou seja, não há que se falar em qualidade de vida boa, média ou ruim de modo geral, mas pessoas que possuem qualidade de vida diferente dependendo do grau em que se descobre a doença e da fase em que se encontra – por exemplo, no início da medicação ou descoberta da doença.

Por isso, concordamos com o pensamento de Alexy (1991, p. 413-414) de que, no discurso ideal, é questionável a possibilidade de uma única solução para todo e

qualquer caso, portanto a ideia de única resposta é uma ideia regulatória, ou seja, algo que deve ser perseguido, mas não pode, em muitos casos, ser alcançado.

Alexy (2014, p. VX) deixa claro que a teoria do discurso é um elemento necessário de seu sistema e constitui a base da teoria dos direitos humanos e fundamentais. Dessa forma, se busca afastar a generalização de que a pessoa que vive com HIV/AIDS vive da melhor forma possível ou que todas possuem uma péssima qualidade de vida. Defende-se que cada caso deve ser analisado separadamente para se alcançar a Justiça.

Da mesma forma, busca-se afastar, conforme defende Joaquim Herrera Flores, da visão tradicional de que “os direitos, então, não seriam nada mais que uma plataforma para se obter mais direitos”. Isto porque, segundo esse autor, é necessário o afastamento dessa teoria tradicional em que se começa e termina falando em direitos. Em suas palavras: “Os direitos humanos, mais que direitos ‘propriamente ditos’, são processos; ou seja, o resultado sempre das lutas que os seres humanos colocam em prática para ter acesso aos bens necessários para a vida”. (FLORES, 2009, p. 32-34)

“Admitir que o direito cria direito é cair na falácia do positivismo mais retrogrado que não sai do próprio círculo vicioso” (FLORES, 2009, p. 34-35). Por tal motivo, esse autor não começa pelos direitos, mas pelos “bens” exigíveis para se viver em dignidade; são alguns: expressão, convicção religiosa, educação, moradia, trabalho, cidadania etc. Assim, os direitos virão após as lutas pelo acesso a esses bens. Nas palavras de Herrera Flores (2009, p. 34-35):

Assim, quando falamos de direitos humanos, falamos de dinâmicas sociais que tendem a construir condições materiais e imateriais necessárias para conseguir determinados objetivos genéricos que estão fora do direito [...]. quer dizer, ao lutar por ter acesso aos bens, os atores e atrizes sociais se comprometem com os direitos humanos, colocam em funcionamento práticas sociais dirigidas a nos dotar, todas e todos, de meios e instrumentos – políticos, sociais, econômicos, culturais ou jurídicos – que nos possibilitem construir as condições materiais e imateriais necessárias para poder viver.

Portanto, busca-se o fim de embasamento de decisões sem um estudo mais profundo, em que apenas há a utilização de direitos e mais direitos. Sabe-se que um

mesmo direito pode ser utilizado para argumentar duas posições distintas e, assim, se adentra sempre na teoria de Robert Alexy, buscando o bem juridicamente protegido por aquele direito em si e, dessa forma, esperam-se decisões mais justas com a análise profunda do Direito Fundamental e, conseqüentemente, sua correta aplicação.

Como exemplo, temos a defesa de que, em alguns casos, o Direito à saúde deve prevalecer sobre o Direito Fundamental ao Trabalho em determinados momentos, como quando o paciente inicia o tratamento, até que se adapte com a medicação, uma vez que essa adaptação é temerosa para algumas pessoas. Assim, “quanto mais pesada for a interferência em um direito fundamental, maior deve ser a certeza das premissas que a justificam” (ALEXY, 2002, p. 418). Dessa forma, com o poder da argumentação, discursos sem embasamento teórico podem se desligar do mundo jurídico para dar lugar a decisões fundamentadas e baseadas no caso concreto.

6.3 NECESSIDADE DO MEDICAMENTO E EFEITOS COLATERAIS

Conforme se depreende das entrevistas o paciente assim que descobre ser portador do vírus HIV/AIDS é encaminhado a um médico infectologista, que passa a acompanhar a queda das taxas deste paciente, até o momento em que é obrigado a introduzir a medicação no mesmo, observa-se:

A gente sabe que todo paciente em determinado momento vai começar a terapia antirretroviral (MÉDICO 01).

Com essa frase proferida por um infectologista já é possível compreender o ciclo do HIV. Conforme explicado pelos infectologistas, ao ser descoberta a contaminação, verifica-se o CD4³, células importantes para a defesa do organismo do paciente. O

³ Para contaminar uma pessoa, o vírus da Aids (HIV) precisa entrar em sua corrente sangüínea. No sangue, ele busca principalmente os linfócitos T-CD4, que são células muito importantes para defender nosso organismo das doenças. Utilizando uma enzima chamada transcriptase reversa, o HIV entra nas células CD4 e se multiplica com uma velocidade imensa. Poderíamos dizer que o CD4 deixa, então, de ser uma célula de defesa para ser uma fábrica de vírus HIV. Milhares de novos vírus saem de um CD4 já infectado utilizando outra enzima, a protease, e partem em busca de novas células CD4. Ao mesmo tempo em que o ataque às células CD4 e a multiplicação intensa do vírus

normal é acima de 600; se é verificada a queda para 500, inicia-se o tratamento com o medicamento (MÉDICO 01).

Essa queda não é rápida, ela vai ocorrendo gradativamente, existem pessoas com 20 anos, o importante é elas serem acompanhadas (MÉDICO 01).

Assim, em algum momento a pessoa que possui o vírus precisará iniciar os tratamentos com antirretrovirais. Essa fase inicial do tratamento concentra a maior parte das queixas relatadas pelos portadores entrevistados.

De início, ao serem questionados sobre os efeitos colaterais, os infectologistas assim se manifestam:

Tem, alguns tem e você pode trocar, mas na maioria das vezes tem paciente que tem 20 anos tomando o medicamento com uma qualidade de vida razoável, não atrapalha nada o cotidiano (MÉDICO 01).

Tem, mas são toleráveis (MÉDICO 02).

Há diversos efeitos colaterais das medicações. Alguns podem ser desenvolvidos logo no início da terapia (como reações alérgicas ou de hipersensibilidade) e outras podem se desenvolver cronicamente (MÉDICO 03).

A grande maioria dos efeitos colaterais é contornável, seja com o uso continuado da substância, seja com a associação a outros medicamentos. Quando o efeito colateral é grave ou limitante da qualidade de vida, pode

HIV estão acontecendo, bilhões de outras células CD4, que ainda não foram atacadas, estão se multiplicando em nossa corrente sanguínea também. Durante os primeiros anos, após a contaminação pelo HIV, a destruição causada pelo vírus não é suficiente para fazer com que o sistema imunológico da pessoa soropositiva perca a função. Para que a defesa do organismo fique seriamente comprometida é preciso que muitas células de CD4 sejam destruídas e isso leva alguns anos. Se o sistema imunológico perde sua capacidade de defender o organismo de doenças, é necessário começar o tratamento anti-HIV. Nesse caso, os medicamentos anti-retrovirais são os grandes aliados. Eles atuam defendendo as células CD4 do ataque do vírus da Aids, impedindo-o de se reproduzir. Quando a quantidade de CD4 no sangue está em torno de 200 células por mililitro de sangue (a contagem normal é em torno de 1.000 CD4 por mililitro de sangue), os médicos consideram que o sistema imunológico está bastante enfraquecido. Pessoas com CD4 abaixo de 200 correm o sério risco de sofrerem doenças oportunistas. Com a ajuda dos anti-retrovirais, a quantidade de HIV no sangue (carga viral) vai diminuindo e pode se tornar indetectável. Desse modo, as células de CD4 podem continuar se multiplicando livremente e assim o sistema imunológico fica fortalecido e volta a ser eficaz contra as doenças. Se o nível de CD4 estiver muito abaixo de 200 ou se a pessoa estiver com doenças oportunistas, a agressão ao sistema imunológico foi muito grande. Nesse caso, ele pode demorar mais tempo para se recuperar, mas mesmo assim há grande chance de recuperação. (Cd4. O que é? In: **Vivendo com HIV**. Disponível em: < <https://vivendocomhiv.wordpress.com/> >. Acesso em: 24 jan 2015).

ser necessária a troca por outro medicamento ao qual o paciente se adapte (MÉDICO 03).

Apenas um dos infectologistas confirmou ser bem extensa a lista de efeitos colaterais existentes com o medicamento:

Como exemplos de efeitos colaterais (poucos exemplos aqui mencionados, pois são extensas as listas dos mesmos) têm-se: as alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreias); a toxicidade hepática; as alterações de cunho neuro-psiquiátrico do efavirenz (que tendem a cessar após um mês de uso da droga); as alterações metabólicas de glicose e lipídeos provocadas pelos inibidores de protease, o que pode desencadear doenças cardiovasculares; as alterações de distribuição da gordura corporal (que podem levar a modificações estéticas nos indivíduos como a lipoatrofia e a lipodistrofia); as alterações renais e ósseas que podem ser ocasionadas pelo tenofovir e a toxicidade mitocondrial dos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos. No entanto, reitero, esses exemplos são apenas uma pequena demonstração. Há inúmeros outros aqui não mencionados (MÉDICO 03).

Neste ponto, sentimos a necessidade de conversar com quem possui o vírus para questionar se esses diversos efeitos colaterais existentes realmente são toleráveis. Pelas respostas verificamos que as pessoas que possuem o vírus HIV, mas ainda não necessitam da medicação, temem o dia de começar a utilizá-lo:

Eu não estou preparado psicologicamente para começar a tomar o medicamento (ENTREVISTADO 07).

Mas agradeço muito por ainda não tomar a medicação, porque sei que a mesma possui muitos efeitos colaterais. Sei porque meu parceiro toma o medicamento e reclama muito de náuseas, cansaço, colapso de memória. E, devido a esses efeitos colaterais, meu parceiro precisou sair de um emprego, porque não estava sendo possível para ele trabalhar o dia inteiro como contador, por isso, atualmente trabalha meio período (ENTREVISTADO 01).

E aqueles que já tomam o medicamento relataram minuciosamente suas dificuldades do dia a dia:

Desde 2001 utilizo o medicamento e o mesmo possui muitos efeitos colaterais. Muito, muito, muito mesmo, a minha faixa de adaptação não foi fácil. Diarreia, vômito, mal estar (ENTREVISTADO 02).

Muito. Logo no começo eu comecei a tomar o Kaletra, o Kaletra eu passava muito mal, eu sentia muito enjoo, dor de cabeça, diarreia, diarreia, diarreia, aí meu médico trocou em três meses (ENTREVISTADO 03).

Tem. Nossa tem um tal de Estocrim – é o que fica em um vidrinho na geladeira – que eu tomei uma época, que assim eu briguei com todo mundo

da minha família. Você fica louca, alucinada. E os efeitos colaterais mais enjoadinhos são a Lipodistrofia, que acelera o envelhecimento precoce, né? Para mulher é fundamental, né? Assim, tem colegas que eu, por exemplo, eu não consigo ficar muito tempo sentada, porque a gente não tem mais músculos sabe? Então isso é muito chato mesmo (ENTREVISTADO 04).

Sim, tem vários efeitos. Na verdade nós chamamos de efeitos adversos. São vários efeitos. Por exemplo, a Lipodistrofia, que deforma o corpo de certa forma. Tem lipoatrofia e lipodistrofia. Tem também a questão da alteração das gorduras e açúcar no sangue, algumas pessoas vivendo, com o passar do tempo adquirem diabetes, outras têm elevação dos níveis de colesterol. Tem também outras questões como: eu tenho baixo nível de vitamina D no sangue, então eu faço suplementação com vitamina D, para que eu não tenha desgaste. Porque muitas pessoas, elas têm desgaste nas articulações, aí ficam com deficiências por não tratarem. Eu como sou uma pessoa atenta e esclarecida busco sempre me tratar, já participei de encontros de efeitos adversos onde se trata da questão da demência, né? Porque o próprio vírus, independente da medicação, ele já tem um efeito degenerativo no organismo, então ele traz o envelhecimento precoce, a questão da demência é que a medicação acelera (ENTREVISTADO 05).

Demais. Aqui pressão alta, colesterol, triglicerídeos, tem tudo. Estou com um problema de uma dor de cabeça medonha, hoje mesmo eu estou com dor de cabeça, repara o meu rosto como é que tá assim inchado e essa dor de cabeça não tem uma causa específica, eu acabei de fazer uma tomografia computadorizada ali, mas a médica falou que isso daí é normal (ENTREVISTADO 06).

Este último entrevistado citado tem passado por um período difícil e anota todos os efeitos que vem sentindo. Relatou:

- Dificuldade de se concentrar nas coisas;
- Esquecimento [...];
- Isolamento [...];
- Dificuldade de socialização [...];
- Carência excessiva;
- Negatividade;
- Melancolia;
- Excesso de irritação;
- Sem paciência em casa e com alunos [...];
- Dificuldade de dormir à noite [...];
- Sono diurno fora do normal [...];
- Sensação de desespero, pânico, ansiedade [...];
- Taxas alteradas [...];
- Alteração de peso, no caso emagrecimento [...];
- Oscilação da pressão arterial [...];
- Dor de cabeça [...];
- Enjoos esporádicos;
- Diarreia sem explicação [...];
- E outra coisa que tá me acontecendo que eu não sei explicar Suor excessivo nas axilas, mesmo após o banho, mesmo sentindo frio (ENTREVISTADO 06).

Porém, ainda observamos que os efeitos variam conforme a pessoa, alguns relatam de amigos que nada sentem. O importante é prestar atenção em cada paciente, pois, em caso de muitos efeitos colaterais, os medicamentos devem ser alterados:

Ah, a medicação detonava minha cabeça. Ficava muito louco! Parecia que tinha usado crack. Mas, no meu caso, a segunda combinação já deu certo. É direito do paciente tentar nova combinação caso uma gere muitos efeitos colaterais. Mas varia de organismo para organismo, o efavirenz – um dos antirretrovirais existentes – causa elucidação em algumas pessoas, mas em outras nada (ENTREVISTADO 08).

É direito do paciente a alteração da medicação, caso não se adapte aos efeitos colaterais provocados pelos mesmos. Muitos relatam de combinações posteriores que deram certo:

Hoje graças a Deus isso melhorou, os efeitos colaterais hoje em mim graças a Deus consegui achar uma combinação do coquetel que menos me ataca, não que eu não tenha mais episódios de diarreia, mas é menos agressivo. Foi também a evolução que teve desse coquetel (ENTREVISTADO 02).

Aí ele trocou e hoje eu não sinto nada, nada, nada, só senti que eu engordei demais, engordei 7 Kg. Então a segunda combinação deu certo (ENTREVISTADO 03).

Para rebater o entendimento de muitos infectologistas que tratam a AIDS como “normal”, um entrevistado explica:

Por que lutar pelo bem estar das pessoas vivendo com AIDS? Só sabe o que é AIDS quem tem! O próprio infectologista Dr. Alexandre⁴ conta que o remédio mata (ENTREVISTADO 08).

O infectologista narrado por esse entrevistado é hoje um dos mais importantes na ajuda das pessoas vivendo com AIDS junto à Previdência Social. Em palestra deste infectologista (2014), que podem ser encontradas na internet no endereço <http://www.renatodamatta.com/blog>, este informa que o vírus em si já mata, e o remédio, apesar de retardar essa morte, não impede a mesma.

Portanto, a existência de efeitos colaterais é pacífica na sociedade médica e no dia a dia dos pacientes. Por isso, aqui defendemos uma maior atenção do Instituto

⁴ O nome do profissional citado nesta entrevista foi mantido porque há um vídeo de uma palestra do mesmo, onde este narra a informação dada pelo entrevistado, e este vídeo pode ser encontrado na internet, conforme descrito em parágrafo abaixo desta citação. Portanto, não verificamos a necessidade do sigilo.

Nacional de Previdência Social no momento de início do tratamento. A saúde é Direito Fundamental previsto constitucionalmente e, com esse argumento, pode ser necessário o afastamento dessas pessoas até que se adaptem ao tratamento.

Necessário destacar que, conforme Deisy Ventura (2013, p.28) “os direitos fundamentais não são atos de fé”, mas sim “processos transformadores dinâmicos, sempre inacabados”. Ou seja, os direitos fundamentais estão sempre em transformação e deve o Direito tentar acompanhar, no caso, que o Direito fundamental de uma vida digna de uma pessoa com HIV mudou significativamente de sua descoberta até seus dias atuais.

No início da doença a aposentadoria era a melhor opção para que a pessoa pudesse cuidar de sua vida. Atualmente, pensamos, que um auxílio-doença, no momento de início do tratamento até a sua adaptação garantiria essa vida digna. Frisa-se que cada paciente deve ser analisado com suas dificuldades e desafios para a garantia de uma vida digna.

Alexandre Travessoni explica que, em Alexy (2014, p. 63), “a argumentação jurídica e a teoria dos princípios, e com ela a ideia de ponderação, constituem instrumentos que diminuem consideravelmente tanto a discricionariedade legislativa quanto a discricionariedade judicial”. No caso, de início do tratamento seria um lógico conflito entre o Direito à Saúde e o Direito ao Trabalho.

Se utilizando da Teoria de Robert Alexy verifica-se que cada caso é um, devendo-se aplicar a ponderação considerando o momento em que a pessoa se encontra, seus sintomas e circunstâncias psicossociais. Exemplificando, o paciente, no início do tratamento com antirretrovirais pode precisar se ausentar de seu local de trabalho a fim de cuidar de sua saúde, até que consiga se adaptar com a nova medicação. Existem aqueles que reagem bem a medicação desde o primeiro momento. Essa sensibilidade que precisa existir o nos profissionais que atendem no Instituto Nacional de Seguridade Social, ao se decidir acerca da vida de uma pessoa.

Por exemplo, o entrevistado 06 deve conseguir um auxílio-doença para que se trate e descubra a melhor combinação para o tratamento de sua saúde. Da forma em que o mesmo se encontra pode haver agravamento de seu estado de saúde, já que demonstrou um estresse intenso e uma tristeza pela vida.

Por outro lado, os entrevistados 01 e 07, que ainda não se utilizam da medicação não possuem o Direito a nenhuma forma de afastamento, podendo considerá-los aptos para o trabalho, apenas precisando de um acompanhamento como qualquer outra pessoa que possui uma doença crônica. Cabe mencionar, que, neste caso, também foi analisada a idade e a profissão desses entrevistados, que são três jovens professores.

Ainda esperamos que com as Novas Diretrizes para HIV do INSS essas análises do caso concreto já sejam realizadas pelo próprio Instituto, a partir das diretrizes (RESOLUÇÃO 416/2014, 2014, p. 35):

QUADRO - AUXÍLIO-DOENÇA

Situação	Considerações	Conclusão
Infecção retroviral aguda <u>assintomática</u>	Não requer afastamento.	Ausência de Incapacidade Conclusão = T1
Indivíduo <u>Assintomático</u> , em uso de TARV ⁵	A necessidade ou não de afastamento está na dependência do grau de exigências físicas e psíquicas para a atividade exercida. Em geral não requer afastamento. Se necessária adaptação à TARV, poderá ser afastado por curto prazo (30 a 60 dias).	Ausência de Incapacidade Conclusão = T1 ou Data da Cessação do Benefício – DCB Conclusão = T2

⁵ Tratamento com Antirretroviral.

<p>Indivíduo <u>Assintomático</u>, com LT-CD4+ < 200⁶ células/mm³</p> <p>(já em uso de TARV)</p>	<p>Recomenda-se afastamento temporário, por 90 dias, na dependência da atividade exercida, até a melhora imunológica pela instituição da TARV (contagem de LT-CD4+ ultrapassar, no mínimo, o limite de 200 células/mm³)^(*).</p> <p>Este prazo poderá ser estendido se a atividade laboral envolver risco biológico ou se não houver resposta imunológica no período.</p> <p>^(*) O tempo de recuperação imunológica é variável e individualizado.</p>	<p>Data da Cessação do Benefício – DCB</p> <p>Conclusão = T2</p>
<p>Indivíduo com <u>incapacidade temporária</u> em decorrência da síndrome, comorbidade(s), sequelas, efeitos adversos medicamentosos e/ou fatores pessoais ou barreiras psicossociais graves.</p>	<p>Afastamento por 90 dias, na dependência da resposta às intervenções, com data de cessação do benefício – DCB no limite definido.</p> <p>O prazo inicial de afastamento poderá ser superior ao estabelecido acima ou posteriormente ser estendido, conforme a gravidade e intensidade da situação incapacitante.</p>	<p>Data da Cessação do Benefício – DCB</p> <p>Conclusão = T2</p>
<p>Indivíduo com <u>incapacidade temporária, porém prolongada</u>, em decorrência da síndrome, comorbidade(s), sequelas, efeitos adversos medicamentosos e/ou fatores pessoais ou barreiras psicossociais graves, com possibilidade futura de retorno à mesma atividade ou à atividade diversa.</p>	<p>Afastamento por 2 (dois) anos, sujeito � homologa�o superior e reavalia�o no limite, para conclusão do caso (cessação do benefício, reabilita�o profissional ou aposentadoria por invalidez), na dependência de sua evolução no período.</p>	<p>Revisão em 2 (dois) anos</p> <p>Conclusão = R2</p>

Fonte: Lei n  8.213, de 24 de julho de 1991ⁱ, Decreto n  3.048, de 6 de maio de 1999ⁱⁱ, Instru o Normativa PRES/INSS n 45, de 6 de agosto de 2010ⁱⁱ e respectivas atualiza es.

Ainda não pudemos verificar o uso das novas diretrizes na prática, mas foi um grande avanço para combater os problemas aqui expostos. Ademais, se o INSS começar a analisar o caso concreto poderá se verificar um menor número de demandas no judiciário.

Percebe-se que a análise do caso concreto deve ser feita de forma cautelosa, pois vários critérios devem ser analisados. Até o momento já podemos indicar: idade,

⁶ Análise das taxas realizadas no paciente para verificar o avanço da doença em seu organismo.

profissão, escolaridade, grau em que se encontra a doença, influências da doença na pessoa, dentre muitos outros.

6.4 CUSTO DO TRATAMENTO

Precisamos refletir acerca do entendimento implantado pelas mídias sociais de que o Brasil possui um eficiente tratamento contra o vírus HIV. Realmente os remédios antirretrovirais são fornecidos de maneira ampla e gratuita pelo Estado. Consequência disso foi que o número de óbitos decorrente da AIDS diminuiu, porém as doenças oportunistas ainda continuam matando de forma acelerada.

Como verificamos, uma pessoa que possui o vírus da AIDS, com realização dos tratamentos antirretrovirais, apresentam outros problemas, como hipertensão, colesterol alto, dentre outros cujos tratamentos não são fornecidos pelo Estado, por isso o entrevistado explica:

ou seja, para você fazer um tratamento com qualidade, com qualidade de vida com HIV você tem que ter dinheiro, porque se você não tiver dinheiro você vai sofrer todas as mazelas que essa medicação venenosa pode trazer. O SUS oferece medicação antiretrovirais, o restante não, por exemplo, remédio de triglicédeos que eu tomo não (ENTREVISTADO 05).

Um dos entrevistados nos mostrou em sua mochila a quantidade de remédios que ingeria diariamente, cerca de sete diferentes tipos de medicamentos para controlar os efeitos colaterais provocados pelos remédios específicos:

Olha só a quantidade de remédio, isso aqui porque ainda tem dois que estão em embalagem secreta, que são os específicos, esses são colesterol alto, etc., gasto um horror de medicamento por mês. Tem um aqui que é terrivelmente caro, para 30 dias 120 reais (ENTREVISTADO 06).

Outro problema é a aceitação em um plano de saúde com a existência de uma doença pré-existente como a HIV/AIDS. Assim,

Hoje eu pago dois planos de saúde, porque quando eu comecei eu tinha o XXXXX⁷, mas vários médicos descredenciaram. Aí hoje eu fiz outro que fica de retaguarda, porque não posso usá-lo para o HIV, porque não pode falar para o plano que eu tenho essa doença pré-existente e eu não ia poder fazer. Então eu terei que pagar os dois. Assim, eu gasto coisa de 500 reais por mês com plano de saúde, fora a medicação, eu estou ficando doido (ENTREVISTADO 06).

Eu tinha na época três planos de saúde para você ter uma ideia, eu tinha o XXXX, YYYY, e eu tinha um outro lá no Rio de Janeiro, uma tal de ZZZZ, que também cobria HIV. Então tudo que é economia, joia minha foram para o HIV, né? (ENTREVISTADO 04)

Em razão disso, buscamos defender o aumento do número de remédios fornecidos pelo Estado para as pessoas vivendo com HIV. É impossível uma pessoa possuir uma qualidade de vida não possuindo dinheiro para a compra de remédios causadores dos efeitos adversos.

Ressalta Deisy Ventura (2013, p.27):

*Em meio a esta revolução, sublinhe-se que, a partir da Segunda Guerra Mundial, “consolidou-se não apenas o direito à vida, mas um direito diferente, mais importante e mais complexo, que é o direito à saúde”. Trata-se de um *direito-carrefour*, porque compreende a proteção da saúde física e mental dos indivíduos, mas também a defesa dos direitos da pessoa. Assim, a saúde é um direito humano indispensável ao exercício de muitos outros direitos humanos, que qualifica o direito à vida, elevando-o a direito à *vida digna*.*

Em outras palavras, sem a saúde, não é possível se possuir uma vida Digna, por isso a importância deste Direito Fundamental. Para Robert Alexy (2014, p. 110) o Direito à vida opõe-se “a todos que podem ser destinatários de deveres, ou seja, a todos os seres humanos, mas também todos os estados e organizações”.

Assim, diante da comprovada necessidade de ampliação do rol de medicamentos, para as pessoas com HIV, a fim de garantir o Direito à vida, ou, como qualificação desse Direito, uma Vida Digna, deve o Estado aumentar as políticas públicas para as pessoas vivendo com HIV, reduzindo, assim, vários dos problemas aqui discutidos. Se o Estado fornecesse amplo acesso aos medicamentos necessários pelo pessoa que vive com HIV a mesma não precisaria sacrificar sua saúde, trabalhando em vários empregos, sem conseguir, para ser possível a compra de toda a medicação necessária.

⁷ Retiramos os nomes para evitar qualquer propaganda específica dos planos de saúde citados pelos entrevistados.

Conclui-se que o Estado precisa entender que políticas públicas para tratamento de uma pessoa com HIV não pode se limitar ao fornecimento do medicamento antirretroviral, mas também ao fornecimento de outros medicamentos para combater os efeitos colaterais daquele. Não é objetivo do Estado, a manutenção da vida do cidadão brasileiro, mas de uma vida digna.

6.5 O PSICOLÓGICO E A NECESSIDADE DE SIGILO DA DOENÇA

O psicológico do paciente é importante para uma melhor adesão ao tratamento. É possível constatar que as pessoas mais alegres, com menos efeitos colaterais, eram as que haviam aceitado sua condição atual e passaram a lutar contra a doença e serem mais fortes do que ela. Percebeu-se que, para tanto, é necessário um tratamento psicológico eficiente.

A doença abala a gente emocionalmente (ENTREVISTADO 07).

Cabe mencionar que o psicológico pode acarretar até mesmo doenças oportunistas, o que justifica a importância de a pessoa se aceitar e entender as suas restrições, mas continuar sua vida. Conta um entrevistado que quase morreu devido ao aparecimento de uma doença oportunista:

A síndrome que tive, ela é relacionada a alguma reação viral ou uma depressão muito forte, que acho que esse foi mais o meu caso, porque foi o primeiro ano que eu descobri, meu pai não aceitava muito bem, parecia que o mundo estava desabando. É o processo que toda pessoa vivendo com HIV passa pelo mesmo processo, de conhecimento. Esse processo de conhecer, de se aceitar, de pensar assim: “Eu me aceito, se alguém não me aceitar ele não é digno da minha amizade, dane-se!”. Você entendeu? Nesse processo que eu adoeci dessa síndrome que ela é autoimune, não aparece. (ENTREVISTADO 04)

De início, a aceitação da família é muito importante para o psicológico do paciente, pois estar com uma doença incurável e não ter o apoio das pessoas mais próximas, dificulta a luta pela vida. Percebe-se:

sorte que eu tenho uma família que me aceitou, a minha família é maravilhosa, ele me aceitou, minha mãe me aceitou muito bem, acho que isso é importante, a família estar ajudando, mas enfim (ENTREVISTADO 03).

Os que possuem o vírus há mais tempo contam que anteriormente as dificuldades eram maiores, o que dificultava até mesmo a autoaceitação da doença. Explica um dos entrevistados que é aposentado:

Psicológico. Isso é muito importante, eu falo de coração para você, o que eu tenho na minha vida é Deus, porque se não fosse Deus eu falo com você: não é fácil. Ainda mais na minha época que era mais difícil, o Cazuza tinha morrido, aquela galera toda tava morrendo, então falar em AIDS para você era fatal. Se eles descobrissem que eu tivesse AIDS ou alguém que eu tivesse tido relação soubesse que eu tinha AIDS, nossa pelo amor de Deus, tanto que todos meus amigos se afastaram de mim. Se afastaram porque naquela época eu estava com AIDS, se andassem comigo essas pessoas também estariam com AIDS. Entendeu? É tenso! Todos afastaram por medo de serem rejeitados também. (ENTREVISTADO 02).

Porém, percebemos que esse problema de discriminação ainda é atual, o que influencia muito no psicológico do paciente. Até mesmo os pacientes que já possuem a doença a mais tempo, sofrem a cada momento que passam por um cena discriminatória:

Com a discriminação eu tive crise de depressão, eu fiquei muito chateada, eu me perguntava por que uma pessoa faz isso. Só queria entender o porquê! Em questão ao trabalho sabe? (ENTREVISTADO 03).

As dificuldades são várias encontradas pela pessoa que possui o vírus. Mas uma se destaca das demais de forma significativa, qual seja, o medo de encarar o mercado de trabalho. Isso nos remete ao reconhecimento de inferioridade já estudado anteriormente:

como encarar o mercado de trabalho? Você sabe, é tenso! (ENTREVISTADO 02).

Neste contexto, o tratamento psicológico deve ser o primeiro a ser realizado ao se descobrir a existência do vírus, porque o paciente precisa se aceitar. O Direito à saúde implica, nesse caso, necessariamente, no acesso a acompanhamento psicológico especializado.

No grupo de autoajuda eu sempre falo que eles só serão felizes no momento em que se autoaceitarem, se não se aceitarem, não serão felizes, tem que quebrar o preconceito contra vocês mesmos, porque a gente tem um preconceito contra nós mesmos, tem essas coisas, enquanto nós ficarmos quietinhas no casulo, não vai conseguir viver mais, você vai ficar 24h pensando em AIDS. Eu não vivo mais pensando em AIDS, só lembro mesmo quando eu tenho que tomar remédio, como um hipertenso, um diabético, como qualquer outro (ENTREVISTADO 03).

Sem o investimento no tratamento psicológico, é difícil que a pessoa vivendo com HIV/AIDS seja um profissional equilibrado, já que impossível separar a vida pessoal da vida profissional. Em outras palavras, essas pessoas precisam, primeiramente se convencer de que são capazes de encarar o mercado de trabalho, para, posteriormente, convencer a terceiros. Nas palavras de uma entrevistada,

Eu acho que a questão psicológica atrapalha muito. As pessoas ficam ali guardadinhas, com medo, muito medo, medo de entrar com o mercado de trabalho. Pior que o INSS faz pericia com clínicos gerais, nem mesmo com infectologistas, eu peguei o nome de todos que fizeram minhas pericias e fui atrás descobrir e todos eram clínicos gerais (ENTREVISTADO 03)

Eu concordo em voltar a trabalhar, porque o trabalho ajuda. Acho que cabeça ociosa dentro de casa pensa bobeira, é inimigo do corpo. Mas eu acho que deve estar analisando quem a gente vai colocar para o mercado de trabalho, entendeu? Não é sair jogando todo mundo, uma pessoa que tem problema psicológico. Eu fui exceção porque eu consegui resolver esse problema, jogar fora os remédios depressivos, porque na área de saúde você está lidando com vidas, como colocar no mercado uma pessoa com problemas psicológicos? (ENTREVISTADO 03)

Esta entrevistada explica que foi muito bem tratado pela equipe do local onde trabalha quando voltou ao ofício, porém teme, porque sabe que a discriminação existe e seus colegas podem não ter a mesma sorte:

Aí eu fui bem tratada, mas, se a pessoa é mal tratada, ser totalmente discriminada, ser isolada, imagina como ela iria encarar, eu não ia aguentar trabalhar. Aí o INSS me joga para lá, não pode, o INSS deve estar analisando sim essa parte psicológica, é o que é mais importante (ENTREVISTADO 03).

Uma defesa importante é a análise também da situação psicológica do paciente pelo Instituto Nacional de Seguridade Social ao conceder ou não a aposentadoria por invalidez. Isto porque existem pessoas que não se aceitam e adquirem uma depressão fortíssima. Essas pessoas não podem ser “jogadas” no mercado de

trabalho como está sendo feito. Assim, o INSS deve verificar a necessidade de uma pessoa depressiva se manter, ainda que temporariamente afastada do trabalho para se tratar, uma vez que essa pessoa não apenas gera risco para ela, mas, para a população em geral, ao estar no mercado de trabalho com problemas psicológicos.

Assim, explica um dos entrevistados como deveria ser o funcionamento do Instituto Nacional de Seguridade Social:

Uma equipe multidisciplinar que atenda os serviços trabalhando nessa questão da autoestima dessas pessoas vivendo, para além da questão da medicação, porque AIDS não é só remédio, tem questão social, psicológica, assistência social precisa estar envolvida, a saúde precisa estar envolvida, psicologia mais do que nunca (ENTREVISTADO 04) (grifou-se).

Portanto, o Estado deve investir em acompanhamento psicológico dessas pessoas, para ajudar no próprio tratamento e evitar que o preconceito se instale e consolide nelas mesmas. Registra-se que não há como falar que se trata de uma doença como outra qualquer, uma vez que acarreta restrições e reflexos na saúde como um todo.

Além disso, o INSS, assim como o judiciário deve analisar doenças psicológicas antes de considerar uma pessoa apta ou não para o trabalho. No sentido de que, pode-se conceder um auxílio-doença em caso de incapacidade psicológica temporária, para que a pessoa se trate e volte ao mercado de trabalho. Ou uma aposentadoria por invalidez no caso do problema psicológico ser diagnosticado como permanente.

Outro ponto a ser considerado é que a questão psicológica, na qual nem o paciente se aceita, acarreta a necessidade do sigilo. Esse sigilo foi narrado como mérito para os profissionais médicos, porém, em relação às pessoas vivendo com HIV, foi narrado como preocupação, por dificultar a luta contra o preconceito. Porém, com argumento dos médicos, no sentido de que não há necessidade do paciente informar no trabalho o seu diagnóstico, se confirma a existência da discriminação, pois os médicos informam que é a orientação dos mesmos é para que a pessoa vivendo com HIV não sofra discriminação.

Os pacientes não falam no trabalho que têm, por medo de se discriminado. Para marcar consulta é difícil porque os pacientes não querem ficar saindo na hora do trabalho. Pouquíssimas as pessoas que contam no trabalho (MÉDICO 01).

A discriminação ainda existe, mas você não tem que abrir, ninguém é obrigado a abrir, nem fazer teste para trabalhar, o teste é proibido para exame pré-admissional. Então, a doença da pessoa ela vai falar para quem ela achar que deve. O trabalho não é o lugar em que a pessoa é obrigada a quebrar o sigilo (MÉDICO 02).

É assim que as pessoas vivendo com HIV/AIDS fazem, ou seja, se calam, o que é criticado pelos ativistas do movimento, porque é impossível lutar pelo fim da discriminação se não se pode mostrar a verdade:

O problema que a gente hoje não consegue levantar o movimento porque nem todo mundo pode se expor. (ENTREVISTADO 02).

É muita gente querendo fazer, é muita discriminação e todo mundo fica quieto. Assim, porque tem medo realmente de colocar a boca no trombone, de gritar, espernear, eu falo assim que enquanto a gente ficar quieto a gente vai sofrer isso. Porque o maior problema é que eu acho que não há problema, se a gente não gritar, nunca vamos conseguir nossos direitos (ENTREVISTADO 03).

Menciona-se que a necessidade de sigilo faz com que a doença em análise seja cada vez menos estudada pela população, gerando uma ignorância por parte dela e, conseqüentemente, dificultando a luta contra o preconceito, conforme já narrado.

De acordo com Alba Zaluar (1994, p. 123) os “pobres” se protegem. Talvez isso seja uma das características faltantes entre os portadores do vírus HIV/AIDS, ou seja, no sentido de que juntos há força, mas individualmente a luta pelo preconceito e discriminação se torna mais difícil.

Maria da Glória Gohn (2010, p. 11) vê uma evolução ao tratar da sociedade brasileira ao afirmar:

A sociedade fragmentada e polimorfa que se configurou a partir dos anos de 1990, o modelo associativo que está se consolidando ao longo dos anos 2000, caracteriza-se pela tendência dos grupos e movimentos sociais organizados de se articularem em redes e criarem fóruns a partir dessas redes.

Defende a autora que seriam dessas articulações que surgem as redes sociais e temáticas organizadas segundo gênero, raça, etc. (GOHN, 2010, p. 12). O que se espera não é apenas estudar a necessidade de sigilo, mas conflitá-la com a dificuldade de luta. Com o sigilo, é difícil que esse grupo se junte para lutar contra o preconceito.

Sabendo disso, deve o Estado intensificar as campanhas contra a discriminação para evitar o medo que as pessoas vivendo com HIV enfrentam diante da possibilidade de terem seu diagnóstico publicizado. Já que o grupo não pode se expor, alguém deve defender seus direitos, pois os direitos devem ser resguardados pelo Estado.

No caso precisamos alcançar um fim, qual seja, o fim do preconceito e do auto-preconceito, de forma, que assim, poderia se diminuir os problemas psicológicos que rodeiam as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Robert Alexy (2014, 98) em sua recente obra, nos ensina que a “precedência do bom sobre o conveniente resulta do fato de que até mesmo o mais alto grau de conveniência de um meio em relação a um fim não significa nada se o fim não tem valor nenhum”.

Portanto, no caso, o fim resulta, novamente, na qualidade de vida dessas pessoas vivendo com HIV. No caso, aqui, também, não se verifica a necessidade de aposentadoria das pessoas vivendo com HIV em caso de problemas psicológicos, salvo se incuráveis – mais uma vez deve existir a análise do caso concreto. Um auxílio-doença, juntamente com o oferecimento de um tratamento psicológico eficiente pode ser a alternativa mais razoável e justa. Tudo isso juntamente com maiores campanhas a fim de afastar o preconceito não só da população, mas também da própria pessoa vivendo com HIV/AIDS.

Sabe-se que viver com uma doença degenerativa incurável não é fácil, porém, deve o Estado, acompanhar a evolução da medicina e buscar oferecer políticas públicas compatíveis com o alcance de uma vida digna, garantindo que direitos sejam preservados.

6.6 DIFICULDADES DO TRABALHADOR PORTADOR DO VÍRUS HIV/AIDS

Doenças degenerativas levam a necessidade de tratamento e grande acompanhamento, o que pode levar a um afastamento de alguns dias do trabalho para consultas e cuidados pessoais, porém, motivos como esses, se a doença estiver controlada, não nos parece condição necessária a concessão da aposentadoria de uma pessoa, devido a importância de um trabalho.

Nas lições de Hannah Arendt (2012, p. 8):

O trabalho é a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, cujos crescimento espontâneo, metabolismo e resultante declínio estão ligados às necessidades vitais produzidas e fornecidas ao processo vital pelo trabalho. A condição humana do trabalho é a própria vida.

Defende, essa autora, o trabalho, como sendo inerente à própria existência do indivíduo (ARENDR, 2012, p. 8). Foi nesse sentido que se posicionaram os infectologistas entrevistados. Assim, observamos a existência de pessoas vivendo com AIDS a favor da aposentadoria, enquanto outras de mostram contrárias, apesar de todas, sem exceção, demonstrarem sua preocupação com a discriminação e a dificuldade de uma pessoa vivendo com AIDS ingressar no mercado de trabalho.

Na literatura, por muito tempo, se defendeu que algumas profissões seriam incompatíveis com a pessoa vivendo com HIV/AIDS. Nas palavras de Renault (2010, p.121): “É obvio que algumas atividades poderiam ser preservadas, não como áreas proibidas e intocáveis, porém sujeitas a um maior cuidado médico-científico, no momento de qualquer contratação”.

Nos dias atuais, a AIDS passou a ser tratada como uma doença que não gera dificuldade de trabalho. Nos discursos dos profissionais da área de saúde, não verificamos qualquer indicativo de incompatibilidade do trabalhador com vírus HIV/AIDS com qualquer profissão. Além disso, disseminou-se no imaginário social a defesa de que viver com HIV é algo muito normal, o que também se mostra como um equívoco causador de malefícios reconhecidos pelos portadores do vírus. Por isso um dos entrevistados ativistas se mostra indignado:

A minha maior dificuldade foi que o Ministério da Saúde, juntamente com muitos ativistas, sempre tentaram provar ao mundo que viver com AIDS era a 8ª maravilha do mundo, assim as pessoas acham que viver com AIDS é tranquilo. Tive que desmentir isso! O vírus em si já mata, antecipando o envelhecimento (ENTREVISTADO 08).

Neste ponto, em que nos encontrávamos preocupados em responder ao questionamento se existe alguma atividade incompatível para a pessoa vivendo com HIV, perguntamos aos infectologistas entrevistados, que afirmaram não haver incompatibilidade em abstrato. Porém, no próprio discurso de um dos infectologistas, encontram-se algumas discrepâncias interessantes de serem discutidas. Explica um infectologista entrevistado:

Todas as profissões são compatíveis com o portador do vírus HIV. Quem trabalha na área saúde que tem HIV, Hepatite B, essas coisas deve evitar manipular instrumentos cortantes, mas não quer dizer que ele não possa trabalhar atendendo clinicamente. Pode ser adaptado a uma função compatível que não ofereça risco aos outros (MÉDICO 02).

Este infectologista foi o mesmo que, quando tratamos do sigilo, falou que não havia necessidade para o trabalhador revelar seu diagnóstico no trabalho, uma vez que sabe que a discriminação existe. Assim, como esse mesmo entrevistado defende uma alocação mais segura à pessoa vivendo com HIV? Essa alocação apenas seria possível se o trabalhador contasse ao seu empregado o diagnóstico que o acomete. Contradições como a observada no discurso dos profissionais médicos são demonstrativas das dúvidas e falta de compreensão presente nos profissionais envolvidos.

Neste ponto, em artigo escrito sobre o tema, analisamos “O direito fundamental à intimidade do trabalhador portador do vírus HIV e o direito de seu empregador ao conhecimento das doenças de seus subordinados”; ou seja, se no caso do profissional da saúde poderia o empregador saber de sua doença com a possibilidade de realocar essas pessoas em locais de trabalho que não trouxessem prejuízo, percebe-se (BUSSINGUER & VALENTIM, 2013, p. 8):

No conflito entre o direito à intimidade do empregado e direito à informação do empregador é justo o posicionamento atual do ordenamento jurídico brasileiro, por meio do qual prevalece a intimidade do empregado, uma vez que não é necessário que o Estado interfira, concedendo o Direito ao

empregador a essa informação, já que restou comprovado que o Brasil ainda é um país preconceituoso e a doença em análise não é de fácil transmissão, não gerando risco às demais pessoas que trabalham com a pessoa infectada.

Neste caso também nos utilizamos da teoria do filósofo aqui em estudo, sendo a primeira pergunta: garantir o Direito à informação do empregador, derrubando o direito à intimidade do empregado, é o meio adequado para se resguardar a dignidade da pessoa humana de terceiro? Porém, esse meio é necessário? Chegamos à seguinte resposta (BUSSINGUER & VALENTIM, 2013, p. 8):

Notório que a resposta seria positiva. Fazer com que o empregador saiba, na área da saúde, se o seu empregado é soropositivo, seria um meio adequado de se evitar prejuízo de terceiros, uma vez que os cuidados seriam redobrados para garantir a não contaminação do paciente. Ademais, esse profissional poderia ser utilizado em áreas que gerem menos risco para ele e para o paciente.

Ocorre que a dignidade desse paciente poderia ser afastada em prol de uma coletividade? Neste ponto, adentra-se a discussão da necessidade, assim, questiona-se: tal medida é necessária? Não há outro meio restrito com custo menor ao invés de expor essa intimidade do portador do vírus HIV? Neste sentido, pode-se pensar em tantas formas de prevenção que atualmente existe em uma equipe médica, a ponto que o contato com o sangue do paciente é mínima. Frisa-se que os procedimentos de segurança devem ser utilizados tanto para proteger o paciente quanto para proteger o médico/enfermeiro.

Portanto, o que se buscou analisar foi a colisão de princípios. Estes, segundo Barroso (2014, p. 87), se estiverem em colisão, um tem que ceder, mas isso não significa, todavia, que um seja inválido. No caso de alocação dos soropositivos em caso de trabalharem na área da saúde, consideramos que apesar de adequado, não seria nem necessário nem proporcional, porque o cuidado deve ser como se todos possuísem uma doença transmissível pelo sangue.

Quando os médicos foram questionados acerca da possibilidade de trabalho em qualquer profissão das pessoas vivendo com HIV/AIDS o que se observou foi um desvio sobre esse tema, no sentido da dificuldade de ainda hoje se comprovar seguramente que a pessoa vivendo com HIV/AIDS pode trabalhar em qualquer profissão. Observa-se:

Na questão do trabalho não há nenhum risco. O risco que tem assim, que a gente coloca, discute, é muito variável, não tem assim um consenso na literatura é em relação ao profissional de saúde. Exemplo, um dentista que tem HIV, como ele vai fazer? Um cirurgião que ele tenha HIV? Os dados

são muitos, ainda contraditórios para você dizer faça ou não faça. Essa discussão vamos dizer que está na parte cinza, alguns recomendam que não devem fazer grandes procedimentos, porque corre risco dele passar, tem que ter toda precaução, isso é uma coisa debatida. E aquele profissional de saúde que trabalha em uma UPA, em uma área de pronto socorro, que faz contato com todo mundo, o que a gente recomenda é que se possa deslocar, não é que não possa trabalhar, mas vai fazer um outro trabalho, em outra área que não seja aquela área de risco para ele, ele está se expondo. Então hoje o debate que existe entre o trabalho e o HIV é o profissional de saúde nesses dois aspectos: ele gerar risco ou ele por em risco para o paciente (MÉDICO 01) (sublinhou-se).

Portanto, dois dos infectologistas defenderam a alocação desses pacientes em local seguro em seu trabalho, porém também defenderam a necessidade de sigilo desses profissionais perante o trabalho. Assim, repete-se: essa alocação segura se torna difícil com esse sigilo.

Porém, um dos infectologistas concedeu a explicação mais segura sobre o tema:

O portador de HIV pode exercer todas as profissões, desde que esteja sendo tratado adequadamente e tome as precauções necessárias como qualquer outro indivíduo (MÉDICO 03).

Esse ponto é o defendido por nós, o cuidado com uma pessoa no trabalho deve ser no sentido de que todas possuem o vírus HIV. Defender uma alocação especial apenas seria possível se o preconceito não existisse e a interferência no Direito à intimidade de um paciente não o levasse a um prejuízo maior.

Continuou o infectologista:

Seria prudente, porém não impeditivo, o portador de HIV evitar contato contínuo e frequente com agentes infecciosos, como o caso de contato contínuo com portadores de tuberculose. No entanto, o uso de máscaras adequadas e outros equipamentos de proteção individual os protegem assim como protegem indivíduos não-portadores do HIV, minimizando os riscos (MÉDICO 03).

Portanto, principalmente na área da saúde, que foi a área que gerou as discussões acerca da necessidade de alocação do paciente, pensa-se que o empregador deve buscar meios de proteger o trabalhador da mesma forma que se o mesmo não fosse uma pessoa vivendo com AIDS, a fim de resguardar a possibilidade de sigilo desse paciente. Em outro momento, já nos posicionamos quanto a isso (BUSSINGUER & VALENTIM, 2013, p. 9):

Neste sentido, continua-se defendendo a tese anterior, já que há uma forma de resguardar tanto o direito ao trabalho do empregado como o direito à saúde de um paciente atendido por um soropositivo, não há motivo para afastar um direito fundamental como o da intimidade. Frisa-se que essa revelação, por muitas vezes, pode encerrar qualquer possibilidade profissional do empregado, portanto, não é razoável o afastamento desse direito individual à intimidade.

O que defendemos nesse artigo foi a ponderação de dois princípios no caso concreto de um empregado soropositivo na área da saúde. Consideramos oportuno porque a “determinação da medida comandada de cumprimento de um princípio em relação às exigências de um princípio oposto é a ponderação. Por essa razão a ponderação é a forma de aplicação específica do princípio (Robert Alexy, 2014, p. 146), como defendemos até então.

Na perspectiva das pessoas vivendo com HIV/AIDS, mostra-se a defesa pela possibilidade do trabalho, a importância do mesmo para o tratamento. Mas esses demonstram as dificuldades reais que já discutimos em itens acima, como os efeitos colaterais que geram a necessidade de apresentação de atestado médico, psicológico, falta de apoio do Estado, dentre outros.

Alba Zaluar (1994, p. 87), em trabalho no qual relata a vivência de um bairro pobre deixa claro que a palavra “trabalhador” é um termo de orgulho na comunidade pobre. Porém, tal análise pode ser estudada para conferir se não é também orgulho na classe média, onde por vários momentos escuta-se a afirmativa de que “fulano é um menino trabalhador”. Dessa forma, as dificuldades e o conhecimento da pessoa vivendo com HIV/AIDS como “coitadinho” tem afastado esse *status* perante aqueles que informam serem portadores do vírus HIV.

Reforça-se, mais uma vez a análise do caso concreto. Portanto, ainda defendemos a análise do caso concreto. Por exemplo, um enfermeira, que não consegue mais emprego em sua profissão porque todos já sabem de sua doença merece o apoio do Estado, da mesma forma de que uma pessoa que nasceu com vírus e não consegue ingressar no mercado de trabalho por ser público e notório seu estado de saúde.

O que se defende é que, na falta dessas políticas públicas o judiciário deve ser sensível a cada causa, objetivando dar respostas justas para as pessoas que recorrem ao mesmo.

6.7 PERÍCIA E REABILITAÇÃO REALIZADAS PELO INSS

Ao se dialogar acerca das doenças oportunistas existentes que podem gerar a aposentadoria do paciente, é inevitável se mencionar o atrasado método de perícia e, conseqüentemente, reabilitação hoje utilizado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social.

A análise para a concessão ou não de afastamento pelos INSS é, como já mencionado, a taxa de CD4 da pessoa infectada pelo HIV, porém não se observa que, se houvesse a análise do caso concreto, como defendemos até então, até mesmo poderia ser evitada a judicialização do caso. Neste ponto, Alexy busca a superação do positivismo jurídico, mas sem superar sua racionalidade. Neste sentido, nem sempre a carga viral será decisiva para entender se aquele que pleiteia possui o Direito de se afastar ou não pelo instituto Nacional de Previdência Social, como veremos adiante.

O afastamento do positivismo para Robert Alexy (2014, p.241) é no sentido de que: “Minha tese afirma que existe uma conexão necessária entre direito e moral, em relação à qual o positivismo jurídico falha enquanto a teoria abrangente”. Para ele “a presença de princípios no sistema jurídico leva a uma conexão necessária entre o direito e uma moral qualquer” (2014, p. 265).

Como informado exhaustivamente, a AIDS não é apenas carga viral, possui outros fatores como doenças oportunistas, discriminação e psicológico do segurado. Por isso, temos que afastar a idéia positivista, que ainda rodeia o INSS, de que a análise deve ser realizada apenas sob a carga viral. Percebe-se a preocupação da entrevistada:

Eu não queria voltar, estava com muita resistência em voltar a trabalhar por causa disso. De vez em quando alguém fala umas gracinhas comigo, mas eu consigo relevar. Teve já um momento que uma pessoa falou: “Eu não vou me deitar com ela porque eu ou me contaminar”. Teve gente que quando eu entrava no refeitório saiu. Então, eu estava muito frágil, hoje eu sou bem forte para isso (ENTREVISTADO 03).

Porém, essa mesma entrevistada relata como foi bom voltar ao trabalho, mas ainda demonstrando preocupação aos seus colegas:

E foi muito bom eu ter voltado a trabalhar, mas eu fico pensando nos colegas que eles não são fortes para voltar ao mercado de trabalho, eles não tem força para isso, isso vai machucá-los (ENTREVISTADO 03).

E aí a previdência social joga esse povo tudo na rua, como eles vão sobreviver, entendeu? Isso é a minha preocupação. Como eles tão agindo. Parece que eles tão com o desaposentar, não sei se é esse o nome mesmo, porque agora é uma doença crônica, né? Que eles tão falando, então, como vai jogar essa pessoa no mercado? (ENTREVISTADO 03).

Eu, assim, tenho uma preocupação muito grande com meus colegas, porque eles foram jogados para o mercado de trabalho, estão trabalhando, tem dias que dá, tem dias que não dá. Eu mesma tem dias que realmente eu não estou aguentando, estou cansada, então como eu tenho uma equipe muito boa, quando eu estou cansada eles me deixam quietinha. É do vírus isso, essa instabilidade de humor, essas dores na perna. Eu já consigo lidar muito bem, mas e quem não consegue e tem que trabalhar o dia inteiro porque realmente tem que sustentar sua família? (ENTREVISTADO 03).

Um problema que acomete a pessoa vivendo com HIV é o psicológico, que deveria ser levado em conta pelo INSS.

Acho que deveria o juiz estar decidindo isso e não os médicos, porque os médicos eles não querem nem saber. Eu fui negada quatro vezes, foi aonde eu disse que não queria mais. Eu tinha dois anos de INSS e fui negada quatro vezes. Eu fiz tratamento psiquiátrico, eu tomava vários remédios antidepressivos e dava muito sono, como que eu ia para um hospital, administrar medicamento, cuidar de um paciente se eu não estava bem emocionalmente? Aí eu fiz um recurso e o recurso foi negado” (ENTREVISTADO 03).

Essa entrevistada, após conseguir superar seus problemas psicológicos, sozinha, sem a ajuda do Estado, tenta repassar sua experiência no movimento, porque não são todas as pessoas que possuem o vírus que têm dinheiro para pagar um tratamento psicológico. Nota-se:

No grupo de autoajuda eu sempre falo que eles só serão felizes no momento em que se autoaceitarem, se não se aceitarem não serão felizes,

tem que quebrar o preconceito contra vocês mesmos, porque a gente tem um preconceito contra nós mesmos, tem essas coisas, enquanto nós ficarmos quietinhas no casulo, não vai conseguir viver mais, você vai ficar 24h pensando em AIDS. Eu não vivo mais pensando em AIDS, só lembro mesmo quando eu tenho que tomar remédio, como um hipertenso, um diabético, como qualquer outro (ENTREVISTADO 03).

Outro problema sério são as pessoas que possuem sequelas, pois o INSS não analisa, conforme já mencionamos, classe social, idade, escolaridade dessa pessoa, concedendo minimamente a aposentadoria:

[...] nós queremos simplesmente estar trabalhando, mas o INSS também deveria entender e ter sensibilidade que tem pessoas que tem sequelas, que não andam, e estão jogadas no mercado e estão tudo trabalhando, vão viver como? Como vão ter uma boa qualidade de vida? Não vão ter! entendeu? (ENTREVISTADO 03).

Diante desses questionamentos, vivenciados no movimento estadual jovem de pessoas vivendo com HIV, o entrevistado 08, ativista que atua perante o INSS, relata ter conseguido uma grande evolução:

Com isso, conseguimos uma grande evolução, porque foi aceita uma mudança nas diretrizes de perícias médicas – em anexo a esse trabalho. Portanto, o próprio INSS reconheceu que a forma de realização das perícias devem ser alteradas, não é apenas o CD4 que deve ser analisado como era anteriormente. O que quero dizer é que o perito deve analisar as taxas sim, mas também a profissão, a evolução da doença, a idade, etc. (ENTREVISTADO 08).

Dentre as mudanças mais significativas das diretrizes de perícias médicas em HIV – em anexo a esse trabalho - e AIDS estão (SOUZA, 2014):

- O reconhecimento do caráter da AIDS como doença crônica *degenerativa* e não mais como doença crônica *controlável*;
- Não haverá mais a análise pericial utilizando os marcadores *TCD4* e *carga viral* como parâmetro isolado, mas deverão ser analisadas informações complementares dentro do conjunto de dados clínicos do periciado, além de outros fatores pessoais e psicossociais, em função da atividade exercida;
- Houve um reconhecimento de ocorrências de estigma e discriminação nas relações de trabalho;

- Trouxe a importância da observação da existência de transtornos da função mental e outros ainda sutis, no processo de avaliação da incapacidade laborativa, e da possibilidade para reabilitação profissional, analisando o contexto de cada indivíduo.

Assim, os avanços, na teoria, foram grandes neste ano para alcançar o que já objetivava esse trabalho, desde a sua origem. Mas relata um dos entrevistados que o problema continua:

Porém a luta continua, estou em várias frentes de luta. Uma necessidade, após a alteração das diretrizes, será a capacitação dos peritos. O Doutor Alexandre se comprometeu em capacitar os peritos em São Paulo e eu no Rio de Janeiro, porque os peritos precisam entender o que é a AIDS e as consequências de se viver com essa doença (ENTREVISTADO 08).

Outra luta é a capacitação dos peritos judiciais. Um grande problema é que esses peritos são maus pagos, portanto, não há comprometimento. Como um sujeito que recebe 150 reais para realizar uma perícia pode ser sério? Por isso eles ainda se baseiam muito apenas no CD4 e carga viral, induzindo o juiz ao erro (ENTREVISTADO 08).

Portanto, as perícias médicas atualmente realizadas pelo INSS não condizem com a realidade, uma vez que é analisada apenas a carga viral do paciente, não sendo estudado cada caso concreto, por exemplo, a profissão, a idade, o psicológico, dentre outros aspectos daquele que recorre ao instituto de previdência social.

O que acontece muitas vezes é que a pessoa tem o diagnóstico e fez uma doença oportunista, aí então essa pessoa pode ter sequelas. O campo que deixa mais sequelas são as infecções, as alterações no campo neurológico, então doenças neurológicas. Aí eu acho que, se tem uma seqüela, é importante, por exemplo, a pessoa fica de um lado paralisado, dificuldade de se movimentar, risco de convulsão. Dependendo da seqüela ela perde a capacidade de trabalho, entendeu? (MÉDICO 01).

Existem alguns casos incapacitantes, se a pessoa tem uma infecção oportunista grave, se a pessoa tem uma infecção entendeu? Por exemplo, tem uma infecção oportunista que é a toxoplasmose cerebral, se a pessoa tem a toxoplasmose cerebral com seqüela, a seqüela de uma toxoplasmose cerebral é igual a de um derrame, aí essa pessoa não tem condição para o trabalho (MÉDICO 02).

Outro grande problema é a necessidade de reabilitação do INSS sem a análise do caso concreto. Imagine uma pessoa que possuiu uma doença oportunista, mas poderia ser readaptada em outra profissão, vejamos o exemplo,

[...] que eu vejo lá é um paciente que é motorista de ônibus. Ele teve uma neurotoxoplasmose, complicação neurológica, tem risco de ter convulsão, então esse paciente está muito bem, está lúcido, orientado, se ele chegar aqui você não vai dizer que ele tem AIDS, entendeu? Mas, ele está naquela fase que a gente chama de encostado né? Então vai lá, todo mês a gente dá um laudo, todo mês não, acho que de tempo em tempo você dá um laudo, mas não está aposentado ainda. Mas eu fico preocupado com esse paciente porque ele tem cicatrizes no cérebro e a profissão dele é motorista de ônibus e se ele faz uma convulsão dirigindo um ônibus? Vai provocar um acidente grave. [...] Eu acho que esse paciente tem que ser aposentado; aposentar tem toda uma questão de custo, mas pelo menos ele deve ser direcionado para uma outra atividade. Ele tem capacidade laborativa, está lúcido, orientado, tem movimento, tem capacidade de trabalho, mas acho que não no trabalho que ele realiza, ser motorista de um coletivo (MÉDICO 01).

O infectologista em questão demonstrou sua preocupação com o motorista de ônibus continuar exercendo a sua profissão e opinou pela sua reabilitação em outra. O processo de reabilitação é importante para que não seja decretado que uma pessoa é inválida, sendo que ela ainda possui capacidade laborativa para função diferente da que exerce. Esse processo, portanto, como já se comprovou, deve ser dotado de outros pressupostos fáticos: idade, classe social, escolaridade daquele que será reabilitado.

O que se defende é que a possibilidade de uma pessoa nova se readaptar a um novo tipo de trabalho é muito mais fácil do que uma pessoa com maior idade. Imaginemos uma faxineira que exerce essa profissão há 40 anos, contando com 55 anos ao adquirir uma doença incapacitante para sua profissão. Pensa-se que, caso essa faxineira fosse mais nova, poderia ser reabilitada para porteira, por exemplo, porém hoje o que se verifica no INSS é a tentativa de se reabilitar qualquer pessoa. Visto isso, questiona-se: para uma pessoa que já conta com 55 anos, de baixa escolaridade, que não sabe exercer outra profissão, salvo a de ser faxineira, é proporcional sua reabilitação em outra profissão?

O que se verifica no Instituto de aposentadoria é a busca pelo menor número de concessão de aposentadorias, não sendo analisadas as condições pessoais daquele que busca o benefício. Isso tem aumentado significativamente o número de ações judiciais na busca por essa aposentadoria. Neste ponto, aplica-se a crítica de Cattoni

(2004, p.67,68), no sentido de que “um direito não pode ser compreendido como um bem, mas algo que é devido e não como algo que seja meramente atrativo”.

Ocorre que a aplicação da Teoria de Robert Alexy, garante a análise do caso concreto. Em outras palavras, para cada pessoa vivendo com AIDS individualmente, poderíamos nos utilizar da Teoria para a conclusão mais correta. Por exemplo, como responder o caso de um motorista de ônibus – fato narrado por um dos entrevistados (MÉDICO 01) – imaginemos que o mesmo já conte com 55 anos de idade e tem alto risco de convulsão, em razão da doença oportunista que o acometeu?

Como de costume, imaginemos que o Instituto Nacional de Seguridade Social houvesse decidido que o mesmo poderia ser reabilitado para outra profissão. Assim, questiona-se: com a idade avançada desse cidadão que trabalhou anos na mesma profissão, não sabendo realizar outra atividade, tendo interrompida sua profissão por circunstâncias alheias a sua vontade e, além disso, com o baixo grau de instrução que não o permitiriam se readaptar para uma profissão com salário similar a de um motorista de ônibus, nesse caso, será que é proporcional a decisão tomada pelo INSS e defendida pelo profissional da área da saúde? Estamos certos de que essa resposta é negativa.

Diferente poderia ser se esse mesmo motorista possuísse uma idade de 30 anos. Percebe-se que apesar dos princípios em colisão serem os mesmos eles podem ser ponderados de diferentes formas conforme o caso concreto. Orienta Alexandre Coura (2009, p.114),

Tal perspectiva afirma que os princípios, diferentemente das regras, podem ser realizados em diferentes graus ou intensidades, pois sua aplicação limite do possível. Em outras palavras, princípios são “mandamentos de otimização”, cuja medida de realização dependerá das possibilidades fáticas e jurídicas constatadas no momento de julgar.

Percebe-se quando Robert Alexy (2014, p.312) trata da correção de segunda ordem que, para ele se refere as dimensões real e ideal, ou seja, essa correção se conecta com à justiça e a segurança jurídica:

A correção de segunda ordem é uma questão de ponderação. Isso evidencia que a ponderação desempenha um papel não só na criação e na aplicação do direito, ou seja, na prática jurídica, mas também na própria base do direito. Ela é uma parte da natureza do direito.

Dessa forma, defendemos que a análise do caso concreto deve começar pelo INSS, com uma fundamentação mais ampla do posicionamento daquele órgão analisando cada característica pessoal do agente, bem como suas circunstâncias. Com isso, ocorreria uma diminuição da judicialização das demandas e, conseqüentemente, um maior alcance da justiça.

6.8 A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ COMO CATEGORIA UNIFICADORA DAS CATEGORIAS ANTERIORES – UMA TENTATIVA DE UNIFORMIZAÇÃO DE CRITÉRIOS.

As categorias analíticas que emergiram dos discursos dos sujeitos entrevistados e as análises procedidas nos levam ao entendimento de como seria nosso posicionamento no caso proposto por esse trabalho. Um trabalho que, no qual, de início, buscava-se, apenas, o estudo da possibilidade ou não de aposentadoria por invalidez de uma pessoa por possuir o vírus HIV, caminhou no sentido de identificação de critérios unificadores e balizadores para a tomada de decisão com vistas à concessão de aposentadoria por invalidez.

O que se percebeu ao analisar as decisões de nossos tribunais é que não há consenso acerca da aposentadoria ou não das pessoas vivendo com HIV, mas nos tribunais superiores prevalece à possibilidade de aposentadoria mesmo nos casos de pessoas com o vírus HIV assintomáticos, ou seja, que ainda não desenvolveram a doença.

A partir das análises efetuadas e do conhecimento acumulado no desenvolvimento do trabalho considera-se inadequado tal posicionamento, constituindo-se o mesmo uma forma de segregação. Conforme Renault (2010, p.118) “a partir do momento em que, por outra razão, as doenças não podem mais ser consolidadas, escondem-

se os doentes. Afinal, a segregação é mais fácil e, na maioria das vezes incomoda menos...”

Assim, retirar essas pessoas do mercado de trabalho unicamente por possuir uma doença contagiosa incurável é uma violação não só a nossa Constituição, como também aos direitos do cidadão pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em especial nos artigos 7º e 23º. Esse posicionamento é reforçado pelos entrevistados, que afirmam querer trabalhar, apesar de, determinadas situações o vírus HIV não permitir. Percebe-se:

Eu entendo que quando o INSS possivelmente abre essa possibilidade eles também fecham a oportunidade também para um portador entrar no trabalho também, você entendeu? Então assim, minha única preocupação com isso daí é nesse ponto. (ENTREVISTADO 07)

Concordamos que o trabalho dignifica o homem. João Hilário Valentim (2003, p.100) defende que a pessoa “estar trabalhando, sentir-se integrada, respeitada e produtiva contribui em muito para a manutenção da auto-estima da pessoa, auxiliando no tratamento e, por conseguinte, na preservação do estado de saúde”.

Portanto, retirar a pessoa do trabalho não é a melhor opção e até mesmo seria concordar que esta pessoa é inútil para o mercado de trabalho, o que não nos parece ser correto. Percebemos que o trabalho pode até mesmo postergar o avanço da doença, evitando que a pessoa se preocupe apenas com sua doença. O tipo de vida do paciente é fundamental em seu tratamento. Manter-se ativo e integrado à dinâmica social constitui-se fator de elevação de auto-estima e melhoria da condição de saúde.

Para uma melhor compreensão de nossos tribunais sobre o assunto, retiramos das decisões encontradas palavras-chave utilizadas para concessão ou negativa de aposentadoria. Observa-se que aquelas que concedem se preocupam muito mais com a fundamentação da decisão por ser um assunto polêmico, senão vejamos:

Palavras-chave utilizadas nas decisões acerca da aposentadoria

ARGUMENTOS PARA CONCESSÃO PELOS TRIBUNAIS	ARGUMENTOS PARA NÃO CONCESSÃO PELOS TRIBUNAIS
<ul style="list-style-type: none"> - Estigma Social; - Condições Sociais/ Incapacidade Social; - Preconceito; - Intolerância; - Impossibilidade da inclusão no mercado de trabalho; - Subsistência; - Dignidade Humana; - Discriminação; - Oscilações da Doença; - Transtornos Psicológicos; - Patologia grave sem cura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para o Trabalho; - Aumento do preconceito; - Isolamento do HIV; - Condições Sociais da pessoa; - Possibilidade de tratamento da doença.

Registre-se que essas palavras – unidades de significação – emergem também dos discursos dos entrevistados assim como dos textos doutrinários. O que se percebeu com a repetição das palavras nas decisões foi uma tentativa de uniformização de decisões, o que não é o correto quando estamos tratando de uma doença que pode se desenvolver de diferentes formas no organismo do portador.

Mas essas palavras são importantes para delas retirarmos os critérios que podem ser utilizados pelos tribunais ao analisar uma causa dessa espécie. Para tanto, consideramos que a teoria de Robert Alexy é importante para essa uniformização de critérios. Conforme Alexandre Courea (2009, p.109), a perspectiva teórica do autor alemão aqui estudado tem contribuído “no processo de aprendizagem e formação profissional na área jurídica, repercutindo, inclusive, na prática decisória dos juízes e tribunais brasileiros” e defendemos que pode contribuir ainda mais.

A freqüência de utilização das expressões “intolerância” e “impossibilidade da inclusão no mercado de trabalho” foram indicativos de sua importância tendo, então, sido incluídas no protocolo das entrevistas. Os médicos ao serem questionados

acerca do assunto relataram o aumento do trabalho informal no Brasil. Porque eles sabem que alguns de seus pacientes aposentados por invalidez se utilizam dessa aposentadoria apenas como um complemento de renda e continuam exercendo outra atividade laborativa.

Mas tem muitos que estão aposentados e que estão na informalidade, eles falam isso naturalmente, hoje mesmo falou, olha parei de trabalhar, porque se me pegarem trabalhando e eu aposentado por invalidez vai dar prejuízo para mim (MÉDICO 01).

Esse não seria o correto, uma vez que, quando tratamos de aposentadoria por invalidez, verificamos que um dos requisitos é a incapacidade para o trabalho. Portanto, essa incapacidade deve ser para qualquer atividade laboral, não podendo o aposentado voltar a exercer qualquer profissão, sob pena de cassação do seu benefício.

Em defesa às pessoas vivendo com HIV/AIDS, o entrevistado 02 declara:

Vou ser bem sincero para você eu já tentei, porque as vezes a necessidade é tanta que eu tentei trabalhar na informalidade e não consegui. Nenhuma empresa te quer, se você falar que é soropositivo, que você quer tentar, nenhuma empresa te quer! (ENTREVISTADO 02).

Esse entrevistado é aposentado por invalidez, mas queria retornar ao trabalho para melhorar sua qualidade de vida. Reclama que hoje ninguém vive com um salário mínimo. Porém, ao buscar emprego não o consegue, porque toda a cidade em que vive já sabe de seu problema, e não o querem em sua empresa.

Renault (2010, p.120), confirma que “com o emprego em crise, obter novo posto de trabalho formal é tarefa praticamente impossível para quem é portador do vírus AIDS ou aidético.”

Por outro lado, em visitas ao movimento jovem estadual de pessoas vivendo com HIV/AIDS, alguns nos informaram que possuem a capacidade para o trabalho, porém não há um trabalho habitual, mas sim esporádico e não há trabalhador que aceitaria essa situação. Assim, muitos realizam “bicos” e não consideram estar trabalhando na informalidade. Além disso, há pessoas que não conseguem possuir o trabalho habitual, porque a doença já os debilitou muito.

Percebemos que cada pessoa possui uma dificuldade, particular, de que deve ser analisada pelo Estado juiz. Os argumentos estão corretos, repete-se, o que está errado é a tentativa de generalização de uma decisão onde esta envolvida uma doença que atinge cada organismo de forma diferente.

Neste contexto percebemos que deve o INSS e o juiz analisar o estigma social da doença que gera uma incapacidade social que, juntamente com o preconceito e intolerância geram uma impossibilidade de inclusão no mercado de trabalho. Sem trabalho não é possível a garantia de uma Vida Digna. Mas esses requisitos devem ser analisados no caso concreto, essa incapacidade social não é para todos da mesma forma, pode o tribunal analisar o grau da doença, as oscilações da mesma na pessoa para se verificar se há, ou não, uma incapacidade social. Outro ponto que deve ser analisado é a profissão da pessoa e sua idade.

Fatalmente uma pessoa que trabalha na área da saúde e adquire o vírus, pode sofrer uma incapacidade social maior do que pessoas que trabalham em outras áreas, uma vez que essas podem possuir o contato com o sangue, levando a uma discriminação deste profissional. Mas também não é todo e qualquer profissional da área da saúde que sofre essa incapacidade, por exemplo, um médico que faz atendimento clínico pode não ter nenhuma incapacidade social.

Outras expressões identificadas nas decisões como unidades de análise para conceder a aposentadoria foram àquelas referentes à condição da AIDS como patologia grave sem cura, doença que apresenta oscilações e transtornos psicológicos. Concordamos com esses argumentos, porém, aposentar todas as pessoas com esse fundamento é aumentar ainda mais o preconceito e trazer aos mesmos o estigma social de inválidos. Em momentos de oscilação da doença o Estado deve estar presente no sentido de conceder aos pacientes um auxílio-doença para seu tratamento. Da mesma forma os transtornos psicológicos devem ser analisados em sua condição de temporalidade. Se os mesmos são temporários ou permanentes, apenas se aposentando em caso de problemas psicológicos permanentes.

Da mesma forma a escolaridade é critério analítico necessário, ou seja, pode o poder judiciário verificar uma incapacidade social para determinada profissão, mas não para todos e, dessa forma, encaminhar uma pessoa para se reabilitar em outra profissão. Porém, neste caso, também devem ser analisada as condições pessoais do demandante, ou seja, não adianta se encaminhar para a reabilitação uma pessoa com idade avançada, de baixa escolaridade, que sempre trabalhou em uma profissão, não sabendo realizar qualquer outra. Reitera-se que tudo depende do caso concreto e da sensibilidade do magistrado a isso.

Também não se pode concordar e aceitar como justas decisões que apenas acompanham os laudos médicos e, em caso de capacidade para o trabalho jogam a pessoa ao mercado de trabalho, sem possuir condições para tanto. Existem pessoas que possuem a capacidade para o trabalho, mas por possuírem a doença desde que nasceram seu corpo já se encontra debilitado e dificulta um trabalho habitual, por exemplo, e, essa pessoa pode ser um caso de aposentadoria por invalidez.

Corroboram essas considerações as Novas Diretrizes do INSS para perícias em pessoas com HIV, aprovadas no decurso de execução da presente investigação (RESOLUÇÃO 416/2014, p.36):

QUADRO - APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Situação	Considerações	Conclusão
Indivíduo com <u>incapacidade definitiva para todas as atividades</u> , em decorrência da síndrome, comorbidade(s), sequelas, efeitos adversos medicamentosos e/ou fatores pessoais ou barreiras psicossociais graves, considerado <u>insuscetível de reabilitação profissional</u> para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência.	Aposentadoria por invalidez, sujeita à homologação superior e, conforme previsão legal, à revisão em 2 anos.	Limite indefinido Conclusão = LI

Fonte: Lei nº 8.213, de 1991ⁱ, Decreto nº 3.048, de 1999ⁱⁱ, Instrução Normativa PRES/INSS nº 45, de 2010ⁱⁱⁱ e respectivas atualizações.

Nesta tabela, percebemos a preocupação além do que a incapacidade física para o trabalho, como: fatores pessoais ou barreiras psicossociais graves (RESOLUÇÃO 416/2014, p.36).

O que buscou a comissão organizadora dessa resolução foi estabelecer regras para resolver a questão, mas nas palavras de ALEXY (2014, p. 74): “O fato de as regras jurídicas poderem assegurar a possibilidade de conduzirem discursos certamente não significa que elas não sejam acessíveis a uma justificação discursiva nem carentes de tal justificação”. Ou seja, independente de qualquer critério adotado pelo legislador pode existir necessidade da fundamentação.

Depois de todas as categorias estudadas neste último capítulo, juntamente com as entrevistas, decisões e as normas de diretrizes do INSS, é possível indicar alguns pressupostos pragmáticos a serem observados pelo INSS e poder judiciário para o (in) deferimento das pretensões de aposentadoria das pessoas vivendo com HIV, quais sejam:

- 1) Idade do autor;
- 2) Escolaridade;
- 3) Nível econômico e cultural;
- 4) Profissão;
- 5) Grau da doença;
- 6) Capacidade para o trabalho;
- 7) Dificuldade de inclusão no mercado de trabalho em sua área;
- 8) Estigma social da doença no caso concreto;
- 9) Possibilidade de tratamento da doença.

Oportuno verificar que no caso concreto verificaremos a colisão de alguns princípios de Direitos Fundamentais, por isso optamos pela utilização da teoria de Robert Alexy como pressuposto teórico para resolver o problema do caso concreto, como exemplo, temos uma vitória da Dra. Patricia Diez Rios, advogada e coordenadora do Dpto Jurídico do Grupo “Pela Vidda Niterói”, pessoa com quem também conversamos para a elaboração desse trabalho. No caso em questão, tratava-se de pessoa com o vírus HIV assintomático, porém que estava na miséria porque não conseguia emprego devido sua doença, percebe-se a decisão do juiz de primeiro grau:

9º JUIZADO ESPECIAL FEDERAL DO RIO DE JANEIRO PROCESSO Nº 0016930-51.2012.4.02.5151 (2012.51.51.016930-2) AUTOR: E DE O RÉU: INSS-INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL JUIZ FEDERAL: Dr. EDUARDO ANDRE BRANDÃO DE BRITO [...] Trata-se de ação proposta por E DE O, em face do INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, segundo o rito da Lei 10.259/2001, objetivando, em síntese, a concessão do benefício de auxílio-doença, com posterior conversão em aposentadoria por invalidez. Requer, ainda, a gratuidade de justiça. No mérito, a procedência em parte se impõe. [...] O primeiro requisito a ser analisado é a detenção da qualidade de segurado do autor, nos termos do art. 15 da Lei 8.213/91. O autor teve concedido pelo INSS o benefício previdenciário auxílio-doença com início em 29/06/2011 e término em 23/01/2012, conforme demonstra o INFBEN acostado a fl.73. [...] Por meio do laudo pericial emitido as fls.48/51, foi constatado pelo perito que o autor é portador assintomático do vírus HIV (CID: Z21) e de hipertrigliceridemia (CID: E78. 1), todavia as patologias encontram-se estabilizadas. Afirma, ainda, o expert, que o autor encontra-se apto a realizar suas atividades habituais sem restrições. **Não obstante as conclusões periciais entendo que no caso de HIV assintomático, a prova pericial deve informar, sempre que possível, a presença, ou não, de sinais exteriores da doença, que é uma situação fática que pode demonstrar a impossibilidade de reinserção no mercado de trabalho e, portanto, uma incapacidade social, podendo dar ensejo à concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez.** Vale dizer que nos casos em que a parte autora é portadora do vírus HIV, há de ser considerado também o caráter multidimensional na avaliação da incapacidade para o trabalho, devendo nortear essa aferição não somente a análise do ponto de vista clínico, mas também os aspectos sociais, ambientais e pessoais. **Forçoso é concluir que uma pessoa portadora do vírus HIV é atualmente desempregada, encontra profundas restrições de procura no mercado de trabalho competitivo, podendo vir a se encontrar em total desamparo, colocada em uma situação de miserabilidade, o que vai de encontro ao princípio da dignidade da pessoa humana, com sede na Constituição da República.** Entendo, ainda, que a condenação do INSS a implantar benefício de auxílio-doença e promover a reabilitação do portador da doença ora analisada poderia resultar na mesma situação já mencionada. Por exemplo, se uma pessoa portadora do vírus HIV, que já houvesse trabalhado como auxiliar de serviços gerais, passasse a perceber auxílio-doença e fosse reabilitada para a função de porteiro. O problema seria o mesmo. **Uma pessoa com baixo nível de escolaridade, portadora do vírus HIV e desempregada. A dificuldade de se reinserir no mercado de trabalho permaneceria igualmente difícil, principalmente considerando que a pessoa apresentasse sinais exteriores da doença e efeitos colaterais decorrentes dos medicamentos ministrados nesses casos. Por essa razão, tenho que o mais indicado nesses casos é a concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, diante da imensa dificuldade sofrida pelos portadores do vírus HIV para se inserir no mercado de trabalho [...].** (grifou-se)

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 2ª Região. Sem ementa. Processo 0016930-51.2012.4.02.5151 do 9º Juizado Especial Federal. E De O e INSS. Relator: Eduardo Andre Brandão de Brito Fernandes. 04 out 2012. Disponível em: <<http://www.renatodamatta.com/1/post/2012/10/jurisprudncia-auxlio-doena-baseada-no-entendimentotnu.html>>. Acesso em: 22 out 2014.

Trata-se de penosa tarefa realizada pelo magistrado. No caso acima o Direito a uma vida Digna prevaleceu no sentido de aposentadoria da pessoa, de baixo nível de escolaridade que não conseguia emprego devido a doença que possui. No caso,

considerou o juiz proporcional a procedência da aposentadoria por invalidez desse autor com a análise do caso concreto. O autor se encontrava na miséria, não conseguindo mais emprego e, sendo difícil sua reabilitação devido ao baixo grau de escolaridade. Nestes casos, deve o Estado amparar essa pessoa que sempre contribuiu para o INSS, não conseguindo mais contribuir por não conseguir emprego.

Decisão essa que poderia ser diferente no caso de uma pessoa, mesmo com baixa escolaridade, mas com idade pequena, momento em que poderia ser mais proporcional a sua reabilitação em outra profissão. Diferente ainda a situação de pessoa com a mesma idade da autora, mas com alta escolaridade, possível, talvez, de se reabilitar em outra profissão. Nestes casos, não seriam decisões conflitantes, pois os critérios analisados seriam os mesmos, porém, em cada caso concreto.

Continuando a explicação do entendimento aqui defendido no caso concreto, pode-se constatar ser a profissão critério analítico indispensável de ser analisado por aquele que decide:

PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. AUXÍLIO-DOENÇA. LAUDO PERICIAL MÉDICO. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA. ANÁLISE DAS CONDIÇÕES PESSOAIS DA SEGURADA, PRINCIPALMENTE LABOR DESEMPENHADO. 1. A concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez depende da comprovação da incapacidade laborativa, total e temporária para o primeiro e total, permanente e insuscetível de reabilitação para o segundo. 2. Inteligência dos artigos 25, I, 42, 59, todos da Lei n.º 8.213/1991. 3. A prova técnica produzida nos autos é determinante nas hipóteses em que a incapacidade somente pode ser aferida por intermédio de perícia médica, não tendo o julgador conhecimento técnico nem tampouco condições de formar sua convicção sem a participação de profissional habilitado. **4. Laudo pericial médico que atesta a presença da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV- AIDS) e que conclui pela ausência de incapacidade laborativa atual. 5. Necessidade de verificar a profissão exercida pela parte autora. 6. Parte que trabalha como auxiliar de enfermagem. 7. Benefício devido, até a reabilitação para função diversa.** 8. Recurso improvido. (grifou-se).

(BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. Auxílio-doença. Laudo Pericial Médico. Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Análise das Condições pessoais da segurada, principalmente labor desempenhado. Processo 00156666020074036310 – procedimento do juizado especial cível. Aurení Alves de Brito Fresca e INSS. Relator: Omar Chamon. 12 abr 2013. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>

No caso acima se decidiu pela reabilitação de uma enfermeira. Porém, em caso de autor com idade avançada, que sempre trabalhou na mesma atividade, não sabendo realizar outra, poderia ser o caso de uma aposentadoria por invalidez. O que defendemos é que com a uniformização de critérios dificilmente duas pessoas com a mesma idade, profissão, mesmo grau da doença receberam decisões diferentes e, se assim for, será devido às especificidades de cada caso. O procedimento argumentativo torna-se aqui indispensável.

Com a adoção dos critérios de uniformização haverá uma facilitação da análise do caso concreto. Com possível redução da judicialização.

Este caminho se inicia desde os médicos infectologistas, pois esses devem conceder laudos atestando a incapacidade para o trabalho apenas quando essa existir e fundamentando tal incapacidade. Sem laudos privados informando uma incapacidade inexistente mais difícil o ingresso no judiciário.

A idéia inicial e motivadora da presente investigação que se dirigia no sentido de concessão de aposentadoria por invalidez para todos os portadores do vírus HIV, foi desconstruída na medida em que o aprofundamento teórico e a aproximação com os sujeitos de pesquisa deixaram demonstrada a inconsistência da busca por uma unificação de jurisprudência em abstrato. Porém, talvez seja o motivo que a teoria de Robert Alexy aqui se encaixa, nas palavras de Alexandre Travessoni Gomes Trivisonno (2014, p.29) “a teoria de Robert Alexy possibilita, em alguns casos, uma única resposta, mas em outros não”. Para esse autor no plano da jurisdição a questão é mais complexa: “se por um lado, o poder do juiz sempre será menor que o do legislativo”, pelo simples fato de o juiz estar vinculado ao material autoritário produzido pelo legislativo. Por outro lado, “quando subsistem, na jurisdição, casos de indeterminação, não se pode recorrer ao princípio da democracia”. Portanto, está correto Alexy em não adotar uma tese de que sempre exista uma única resposta, “pois não seria coerente pregá-la sem oferecer um procedimento minimamente objetivo para obtê-la” (TRIVISONNO, 2014, p 29 e 30).

Sabe-se que o avanço da medicina fará com que essa discussão no futuro possa não existir, mas no atual momento deve-se buscar o maior grau de objetividade

possível, apesar do que, como mesmo informa Alexy, essa não é uma tarefa fácil. Porém, o que se busca é a sensibilidade do judiciário em cada causa no momento de julgamento a fim de se chegar a justiça justa.

Conclui-se que não nos pareceu proporcional a aplicação de uma aposentadoria por invalidez para todas as pessoas que possuem HIV/AIDS, mas, sim, a análise do caso concreto à luz da Teoria da Proporcionalidade de Robert Alexy, com a devida verificação das categorias aqui descritas para a concessão ao não da mesma. Isto com o trabalho conjunto do Estado com ações afirmativas para se diminuir o desejo acerca da aposentadoria no meio dessas pessoas, tornando a mão-de-obra aqui analisada mais atrativa e possibilitando uma vida digna aos mesmos.

6.8.1. Aposentadoria precoce como uma forma de minimizar o problema.

No discurso dos profissionais da área da saúde e das pessoas vivendo com HIV percebemos uma dimensão de efeitos colaterais, porém, um dos efeitos nos chamou a atenção, qual seja, o envelhecimento precoce. No discurso dos profissionais da área da saúde, a narrativa acerca do tema pairava sobre um fator estético. Percebe-se:

São os efeitos colaterais dos medicamentos. Altera muito a parte da gordura, da distribuição da gordura no corpo, aí tem uma questão estética envolvida (MÉDICO 01).

Em seus discursos as pessoas que vivem com o vírus, afirmam que o problema apresenta-se para além do fator estético:

Alguns dos problemas relatados é a maior chance de ter um enfarto. Meninas novas na menopausa – 26 anos – ou homens também novos impotentes. Isso acontece com as pessoas que já nasceram com o vírus: Imagina esse vírus no organismo por 26 anos? (ENTREVISTADO 08).

E os efeitos colaterais mais enjoadinhos são a Lipodistrofia, que acelera o envelhecimento precoce né? Para mulher é fundamental né? Assim, tem colegas que eu, por exemplo, eu não consigo ficar muito tempo sentada, porque a gente não tem mais músculos sabe? Então isso é muito chato mesmo (ENTREVISTADO 04).

Em vídeo no site do Renato da Matta, pessoa vivendo com AIDS e um dos maiores lutadores para direitos previdenciários junto ao Ministério da Previdência em Brasília, o Dr. Alexandre Naime Barbosa (2014), que é Infectologista e Especialista em Pesquisa Clínica da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), concede uma palestra sobre o tema, em que defende que a ideia hoje de que o problema do HIV está resolvido não pode prosperar. Segundo esse infectologista, especialista em AIDS, o tratamento atualmente garante uma longa vida, mas envelhece mais cedo. Segundo esse infectologista o problema começa, principalmente, na quarta década de vida com HIV, onde aparecem diversos problemas, tais como insuficiência renal, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer etc., e também informa que, com vinte anos com a doença, já existem os problemas como fraturas ósseas, devido ao envelhecimento precoce.

Ademais, as novas diretrizes para HIV publicadas no corrente ano pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – em anexo a este trabalho – reconhece esse envelhecimento precoce causado pela doença em estudo (RESOLUÇÃO 416/2014, p. 19), o que fortalece ainda mais o argumento.

Neste sentido, finaliza-se o presente trabalho com esse tópico, a fim de defender, juntamente com um dos ativistas, a aposentadoria precoce das pessoas que possuem o vírus HIV; ou seja, elas possuem a capacidade para o trabalho, porém não pelo período de uma pessoa sem o vírus. Informa um entrevistado:

Além disso, luto com uma frente parlamentar no Congresso Nacional para a modificação da legislação previdenciária. A ideia é embasada no comprovado envelhecimento precoce que existe para as pessoas vivendo com AIDS, esse envelhecimento é de 10 a 15 anos, por isso luto para que o tempo de contribuição necessário para a aposentadoria seja reduzido da seguinte forma: 25 anos de contribuição para homens e 20 para as mulheres (ENTREVISTADO 08).

Aposentadoria precoce para esses indivíduos justifica-se cientificamente pelo processo de envelhecimento antecipado temporalmente. Críticas a essa aposentadoria não devem prosperar. Condição análoga já se encontra legislada na garantia desse direito às pessoas com deficiência. Nas palavras de Wagner Gusmão (2005, p. 56):

A natureza fez os seres humanos iguais, igualdade esta que não resiste ao desenvolvimento da vida em sociedade. Há diferenças físicas e sociais algumas das quais importam na concessão de dificuldades vivenciadas por uns que não as são por outros. Daí porque se justifica o tratamento de iguais de modo igual e de desiguais de modo desigual, respeitadas as peculiaridades das desigualdades, pois fazê-lo de modo inverso equivaleria a cometer a mais execrável das instituições.

É adequada a regra diferenciada para fins previdenciários para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Da mesma forma, também se julga necessária, uma vez que o envelhecimento precoce é comprovado e, depois de quinze anos com o vírus no organismo, a qualidade de vida se torna comprometida. Por fim, é proporcional tal regra a fim de alcançar a dignidade das pessoas vivendo com HIV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme já explicitado ao longo do trabalho, a proposta inicial de investigação teve como ponto de partida a vivência prática da pesquisadora na militância advocatícia. Em busca de consolidar sua base argumentativa para a defesa de uma compreensão inicial de que toda pessoa que vive com o vírus HIV tenha direito à aposentadoria, em razão da discriminação presente no imaginário social, que parecia indicar elementos fortes no sentido de inviabilidade profissional, a pesquisadora encaminhou a investigação no sentido de encontrar fundamentação que permitisse demonstrar que as contradições/divergências decisórias encontradas nos pleitos de aposentadoria de pessoas vivendo com HIV/AIDS eram injustas, alimentando uma desigualdade iníqua. Essa posição inicial se sustentava na percepção de que a decisão da Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência se constituía em um divisor de águas no sentido de padronização da jurisprudência na busca de fugir das contradições/divergências que até então existiam.

A hipótese inicial do trabalho se encaminhava, assim, no sentido de que a unificação de jurisprudência possibilitaria o alcance de um maior grau de justiça e tratamento igualitário aos portadores do vírus.

O encontro com os sujeitos de pesquisa, tanto os profissionais médicos, quanto os portadores do vírus, permitiu a descoberta de outras convicções, dúvidas e questionamentos que colocaram por terra a ideia inicial de busca de fundamentação para a unificação de decisões judiciais.

Nas unidades de significação, identificadas nos discursos, bem como nas categorias analíticas construídas no decorrer do processo associativo entre as unidades de sentido foi possível perceber a impossibilidade de unificação considerando-se a diversidade do universo estudado a partir do microcosmos que existe em cada sujeito com o qual houve o encontro para realização da pesquisa.

O aprofundamento na base teórica, escolhida inicialmente por constituir-se a teoria orientadora do Supremo Tribunal Federal para a tomada de decisões em casos

envolvendo Direitos Fundamentais, verificou-se ainda mais a percepção originada do encontro com os sujeitos de pesquisa.

Esse processo reflexivo, analítico e sistemático, acontecido no desenvolvimento do trabalho, condicionou a necessidade não apenas de um redirecionamento da investigação mas de um demonstrativo de que as sínteses efetuadas eram, em si mesmas, a grande contribuição da pesquisa.

Surge, assim, uma nova proposição que foi ainda mais clarificada no momento da qualificação, qual seja, de que o trabalho poderia contribuir ainda mais com a indicação dos elementos fáticos, já presentes nas categorias analíticas construídas a partir das unidades de significação identificadas no discurso dos sujeitos de pesquisa, bem como nas decisões judiciais analisadas e na decisão da Turma Nacional de Uniformização de jurisprudência.

Essa breve síntese do caminho percorrido permite perceber as contribuições que uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória, descritiva na qual o pesquisador se encontra com os sujeitos de pesquisa e confronta seus discursos com os fundamentos teóricos e o arcabouço normativo relacionado, pode trazer ao universo jurídico.

A análise de discurso, como alternativa metodológica para a compreensão do problema permitiu que algumas questões pudessem ser apresentadas à guisa de conclusão com vistas a contribuir na tomada de decisões relativas à concessão ou não concessão de aposentadoria por invalidez ao portador do vírus HIV.

A análise deixou demonstrada que a Unificação de Jurisprudência é incompatível com o alcance da justiça e a garantia dos direitos fundamentais dos portadores do vírus HIV que pleiteiam aposentadoria por invalidez, já que a portabilidade do vírus, por si só, não impõe condição de invalidez. Portanto, a partir de então se buscou afastar a decisão proferida pela Turma Nacional de Uniformização ou conceder a ela uma interpretação à luz da constituição.

O que se observou na pesquisa das decisões em tribunais regionais federais foi a utilização da decisão da Turma Nacional de Uniformização como justificativa para a aposentadoria daqueles que possuíam o vírus HIV. Desta forma, com essa interpretação não nos pareceu que essa decisão unificadora seja a forma de resolver o problema. Percebemos que existem pessoas que possuem o vírus por anos sem que o mesmo se desenvolva, nem precisando fazer o uso dos antirretrovirais. Neste caso, não seria justo a aposentadoria dessa pessoa que ainda pode produzir muito para a sociedade.

Portanto, com base na teoria de Robert Alexy, decisões judiciais que envolvam colisão entre princípios relacionados a Direitos Fundamentais devem ser solucionadas à luz do caso concreto, o que não admite uniformização de jurisprudência. Esta constatação, como já dissemos, possibilitada pela pesquisa exploratória realizada na fase inicial da investigação e nos primeiros encontros com os sujeitos de pesquisa, foi determinante na mudança do problema de investigação.

As entrevistas com as pessoas vivendo com HIV nos permitiram conhecer informações antes desconhecidas ou pouco divulgadas pela mídia e pelos profissionais da área da saúde. Descobrir que a AIDS não é apenas tratada com o medicamento antirretroviral, mas necessita de diversos outros medicamentos para combater os efeitos colaterais dessa doença; descobrir os inúmeros efeitos colaterais que existem em especial o envelhecimento precoce, dentre outros itens, foi importante para o aprendizado e finalização desse trabalho.

Portanto, após a análise sistemática do discurso dos sujeitos entrevistados, bem como das unidades de significação e das categorias encontradas, o trabalho foi redirecionado para a busca dos pressupostos teóricos e pragmáticos orientadores das decisões judiciais sobre o assunto, o que se levou a concluir pela necessidade de que se busque uniformização, não de jurisprudência, mas de pressupostos teóricos e pragmáticos que possam sustentar o processo decisório do poder judiciário à luz do paradigma do Estado Democrático de Direito.

A partir desse entendimento conclui-se que o juiz, na busca da justiça deve ser sensível as especificações inerente a cada caso concreto, aplicando, em sua metodologia decisória, a teoria dos princípios conforme proposta por Robert Alexy, buscando compatibilizar as normas e as condições fáticas presentes em cada caso que lhe é submetido.

O processo de análise do material originado do “corpus” com suas unidades de significação identificadas e corpo de categorias analíticas que delas emergiram permitiu apresentar uma proposta de pressupostos pragmáticos que poderão ser apropriados tanto pelos magistrados quanto pelos profissionais médicos do Instituto Nacional de Seguridade Social em suas tomadas de decisão para concessão ou não concessão de aposentadoria por invalidez do portador do vírus HIV.

Desta relação inicial de pressupostos, tratada no capítulo anterior, que poderá ser ainda ampliada a partir de novos estudos ou a partir da própria percepção dos magistrados, deve constar, necessariamente, elementos tais como: idade do pleiteante, escolaridade, nível econômico e cultural, profissão, grau da doença, capacidade para o trabalho, dificuldade de inclusão no mercado de trabalho em sua área, Estigma social da doença no caso concreto e possibilidade de tratamento da doença.

Foi possível perceber a necessidade de uma mudança de postura no sentido de que o juiz deve ser sensível a cada um dos requisitos indicados para se chegar a uma resposta justa. Neste ponto a argumentação desse juízo será fundamental, porque, conforme defendido pela nossa base teórica “a argumentação são pressupostos de liberdade e igualdade” (ALEXY, 2014, p. XIII). Assim, as pessoas vivendo com HIV discursarão sobre suas dificuldades e os motivos pelos quais a aposentadoria lhes é essencial.

A partir da análise desses argumentos pessoais apresentados por aquele que pleiteia à aposentadoria, o juiz poderá decidir aplicando os pressupostos fáticos identificados, confrontando-os com os pressupostos teóricos/metodológicos da teoria alexyana, tendo como pano de fundo o arcabouço normativo vigente.

Espera-se que o Instituto Nacional de Seguridade Social também possa adotar esses pressupostos a fim de conceder decisões mais justas e fundamentadas, e, conseqüentemente, diminuindo a demanda no judiciário. Apesar das alterações propostas pela Resolução 416/2014 terem potencial para provocar mudanças positivas no que respeita à concessão de aposentadoria pelos peritos do INSS, tal condição ainda não se efetivou.

Da mesma forma, com a adoção dos critérios práticos indicados na presente pesquisa os advogados poderão realizar uma análise anterior a propositura da ação, para apenas ingressarem com ações de pessoas que necessariamente se enquadrem nos critérios indicativos inicialmente elencados ou em outros que lhes pareça, relevantes.

Neste sentido, chegamos à conclusão de que é necessária a unificação de pressupostos para análise do caso concreto, a fim de gerar uma padronização na análise, mas nunca uma unificação de jurisprudência. Ademais, observamos que, apesar dos nossos tribunais se utilizarem da Teoria de Robert Alexy, têm, muitas vezes, utilizado a análise do caso em abstrato e não em concreto como lhe é exigido.

As contradições presentes no discurso de médicos e pessoas vivendo com HIV, relativas ao direito à aposentadoria, parece indicar a incipiência do debate e dos esclarecimentos necessários à uma compreensão mais clara do objeto em estudo.

O Direito à informação relativa aos problemas que enfrentam ou irão enfrentar, na convivência com o vírus, deve ser objeto de políticas públicas, dirigidas a toda pessoa que se descobre infectada.

A formação médica deve contemplar a preparação adequada para a compreensão dos aspectos envolvidos em uma tomada de decisões relativas à concessão desse benefício, com vistas a considerar, não apenas os critérios biológicos, mas sobretudo à percepção do homem como um ser em sua integralidade bio-psíquico-socio-espiritual.

Das categorias encontradas e analisadas foram propostas alternativas possíveis de interferir na redução de problemas das pessoas vivendo com HIV. A fim de diminuir a discriminação no mercado de trabalho, propomos incentivos fiscais temporários às empresas que contratarem pessoas com HIV. Com isso, as empresas perceberão que as pessoas que vivem com HIV podem ser tão produtivas como qualquer outra.

A percepção da necessidade de implementação de políticas públicas envolvendo pessoas vivendo com HIV foi além do tema da discriminação. A garantia do Direito à saúde implica obrigatoriamente no fornecimento dos medicamentos indispensáveis ao tratamento. Neste sentido se deve buscar uma maior assistência a essas pessoas com a ampliação na distribuição de medicamentos, principalmente, remédios que minimizem os efeitos colaterais provocados pelo atirretroviral. Outra proposta foi a prestação de tratamento psicológico eficiente direcionado à busca de aceitação e enfrentamento do autopreconceito e transtornos psicológicos diversos.

A pesquisa se encaminhou no sentido indicativo da necessidade de implementação de políticas afirmativas diferenciadas, como a criação de uma aposentadoria especial para essas pessoas, uma vez que é comprovado o envelhecimento precoce e a queda da qualidade de vida depois de muito tempo de convivência com o vírus no organismo.

As reflexões encetadas permitiram evidenciar a fragilidade do processo educacional que continua a ser desenvolvido, tanto nos cursos de ensino jurídico, quanto de ensino médicos. A centralidade nas questões de natureza dogmática, tanto jurídica quanto médica, encaminha os primeiros para a lei e os segundos para os aspectos biológicos, na busca de sustentação para suas decisões.

Uma nova perspectiva no ensino jurídico de base principiológica pautada no ainda novo paradigma constitucional, poderão tornar menos sofridos e penosos os caminhos a serem percorridos pelas pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS em sua busca de garantia de Direitos e de uma justiça justa.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado.

ALEXY, Robert. **Teoria Discursiva do Direito.** Trad de Alexandre Travassoni Gomes Trivisonno (org). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

_____. **A Theory of constitutional rights.** Julian Rivers (trad). Oxford: Oxford University Press, 2002.

_____. **El concepto y la validez del derecho.** 2. ed. Barcelona: Gedisa, 1997.

_____. Princípios Formais. In: TRIVISONNO, Alexandre Travassoni; SALIBA, Aziz Tuffi; LOPES, Mônica Sette (Orgs). **Princípios Formais e outros aspectos da Teoria Discursiva do Direito.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 03-36.

_____. **Theorie der Juristischen Argumentation: die theorie des rationalen diskurses als theorie der juristischen begründung.** Frankfurt-am-Main, 1991.

_____. **Teoria dos Direitos Fundamentais.** 5. ed. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.

_____. **Tres Escritos Sobre los Derechos Fundamentales y la Teoría de los Principios.** Bogotá: Universidad Externado de Colômbia, 2003.

ALVES-MAZZOTTI, Alda; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ARENT, Hannah. **A condição humana**. 11. ed. Tradução de Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARRUDA, Maria Arminda do N. Dilemas do Brasil Moderno: a questão racial na obra de Florestan Fernandes. In: MAIO, Marcos C.; SANTOS, Ricardo V. (Orgs.). **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996. p. 43-58.

ÁVILA, Humberto. **Teoria dos Princípios: da definição à aplicação dos princípios jurídicos**. 14. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

BADIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977.

BARBOSA, Alexandre Naime. **Efeitos Adversos HIV**. 2014. Disponível em: <<http://www.renatodamatta.com/videoteca.html>>. Acesso em: 20 ago 2014.

BARROSO, Luiz Roberto. **Os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade**. 2013 Disponível em: <<http://www.acta-diurna.com.br/biblioteca/doutrina/d19990628007.htm>>. Acesso em 20 nov 2013.

_____. Grandes Transformações do Direito Contemporâneo. In: TRIVISONNO, Alexandre Travassoni; SALIBA, Aziz Tuffi; LOPES, Mônica Sette (Orgs). **Princípios Formais e outros aspectos da Teoria Discursiva do Direito**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 69-99.

BIERNACKI, Patrick; WALDFORD, Dan. **Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling**. New York: Sociol Methods Research, 1981.

BOBBIO, Norberto. **Era dos direitos**. São Paulo: Paz Terra e Política, 1986.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito constitucional**. 22. Ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 12.987** de 02 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes

de aids. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 - Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25.7.1991. (Republicada em 11.4.1996 e 14.8.1998).

BRASIL. Resolução nº 416/PRES/INSS, DE 4 DE JUNHO DE 2014. Aprova Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica –Volume III – Parte II do Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2014/08/rs416PRESINSS.pdf>>. Acesso em: 04 ago de 2014.

BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. **A ideologia no Discurso dos Enfermeiros Brasileiros** – Análise de Conteúdo. 1988, 145p. **Tese** (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2001.

CARVALHO NETTO, Menelick de. Requisitos paradigmáticos da interpretação jurídica sob o paradigma do Estado democrático de direito. **Revista de Direito Comparado**, Belo Horizonte, n. 3, maio, 1999.

CATTONI, Marcelo. **Direito constitucional**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2002.

_____. **Jurisdição e Hermenêutica Constitucional**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2004.

Cd4. O que é? In: **Vivendo com HIV**. Disponível em: <<https://vivendocomhiv.wordpress.com/>>. Acesso em: 24 jan 2015.

COURA, Alexandre. **Hermenêutica Jurídica e Jurisdição (IN) Constitucional**: para uma análise crítica da “Jurisprudência de Valores” à luz da Teoria Discursiva de Habermas.

DELGADO, Mauricio Godinho. Proteção Contra Discriminação na Relação de Emprego. In: RENAULT, Luiz Otávio Linhares; VIANA, Márcio Túlio; CANTELLI, Paula Oliveira (Coord.). **Discriminação**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2010. p. 108 -117.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. **O Planejamento da pesquisa qualitativa**: teoria e abordagens. 2. ed. Trad Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ELIAS, Nobert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os Outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma comunidade pequena. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

FARTHING, Charles F.; BROWN, Simon E.; STAUGHTON, Richard C.D. **Atlas colorido de AIDS e da doença de HIV**. 2. ed. Trad de Marisa Russo et al. ____: Artes Médicas, 1989.

FERNANDES, F. A Integração do Negro na Sociedade de Classes. vol. 1 e 2. São Paulo: Ática, 1978.

FLORES, Joaquin Herrera. **A (re)invenção dos Direitos Humanos**. Trad. Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

FOUCAULT, Michael. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**: A agenda de construção de uma epidemia. São Paulo: Editora 34, 2000.

GAO F., BALLEES E., ROBERTSON DL., CHEN Y., RODENBURG Cm., MICHAEL Sf., CUMMINGS Lb., ARTHUR Lo, PEETERS M, SHAW Pm., HAHN Bh. Origin of HIV-1 in the chimpanzee Pan troglodytes. **Nature**, v. 397, 1999. p. 436-441.

GARGARELLA, Roberto. **As Teorias da justiça depois de Rawls**: um breve manual de filosofia política. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GRAU, Eros Roberto. **Ensaio e Discurso sobre a Interpretação/Aplicação do Direito**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

GODOY, Arilda S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, mar./abr., 1995a, p. 57-63.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. Petrópolis: Vozes, 2010.

GOMES, Joaquim Barbosa. **Ação Afirmativa & Princípio Constitucional da Igualdade**. Rio de Janeiro e São Paulo: 2001.

HOLANDA, Sergio Buarque. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Impetus, 2009.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo: Atlas, 2009.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

LIMA, Firmino Alves. **Mecanismos antidiscriminatórios nas relações de trabalho**. São Paulo: LTr, 2006.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. São Paulo: Pontes, 1999.

RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/AIDS**. 9. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

RENAULT, Luiz Otávio Linhares. Esperando o legisla (Deus) – por que o portador do vírus HIV e aidético necessitam de proteção trabalhista especial. In: RENAULT, Luiz Otávio Linhares; VIANA, Márcio Tulio; CANTELLI, Paula Oliveira. **Discriminação**. São Paulo: LTr, 2010. p. 118 – 134.

RENAULT, Luiz Otávio Linhares. Proteção ao portador do vírus HIV e ao aidético: enfoque trabalhista a um projeto de lei. In: RENAULT, Luiz Otávio Linhares; VIANA, Márcio Tulio. **Discriminação**. São Paulo: LTr, 2000. p. 127 – 138.

REIS JUNIOR, Wagner Gusmão. **Garantia de Emprego ao portador do vírus HIV**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Reconhecer para libertar**: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, Fernando Ferreira dos. **Direitos Fundamentais e Democracia**: O Debate Habermas – Alexy. Curitiba: Juruá, 2010.

SARMENTO, Daniel. **A ponderação de interesses na Constituição Federal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

SARMENTO, Daniel. **Livres e iguais**: Estudos de Direito Constitucional. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SILVA, Fernanda Duarte Lopes Lucas da. **Princípio constitucional da igualdade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

SOUZA, Alexandre Gonçalves de. Soropositivos comemoram mudanças nas Diretrizes de Perícias Médicas do INSS. 06 de ago de 2014. Disponível em: < <http://prazeralexandre.blogspot.com.br/2014/06/soropositivos-comemoram-mudancas-nas.html> >. Acesso em 22 de out de 2014.

TRIDAPALLI, Elidia. **AIDS e seus impactos nas relações de Trabalho**: uma discussão doutrinária e jurisprudencial. Florianópolis: OAB/SC, 2003.

TRIVISONNO, Alexandre Travessoni Gomes. O Problema do Conhecimento Prático na Teoria. In: TRIVISONNO, Alexandre Travassoni; SALIBA, Aziz Tuffi; LOPES, Mônica Sette (Orgs). **Princípios Formais e outros aspectos da Teoria Discursiva do Direito**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 37-68.

_____. Estudo Introdutório: A Teoria Discursiva do direito de Alexy e as duas questões fundamentais da filosofia do direito. In: ALEXY, Robert. **Teoria Discursiva do Direito**. Alexandre Travessoni Gomes Trivisonno (org e trad). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 01-34

VALENTIM, João Hilário. **AIDS e relações de trabalho**. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

VALENTIM, Luana Petry; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. O direito fundamental á intimidade do trabalhador portador do vírus HIV e o direito de seu empregador ao conhecimento das doenças de seus subordinados. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**, enero 2014. Disponível em: <http://caribeña.eumed.net/trabalhador-portador-hiv/>. Acesso em: 22 out 2014.

VARELLA, Drauzio; JARDIM, Carlos. **Guia prático de saúde e bem-estar**. São Paulo: Gold, 2009.

VENTURA, Deisy. **Direito e Saúde Global**: o caso da pandemia de gripe H1N1. São Paulo: Outras Expressões; Dobra editorial, 2013.

KERTZMAN, Ivan. **Curso Prático de Direito Previdenciário**. 5. ed. Salvador: Juspodivm, 2010.

KYMLICKA, Will. **Filosofia política contemporânea**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

ZALUAR, Alba. **A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza**. 2. ed. São Paulo: brasiliense, 1994.

BRASIL. Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência. (IN)Capacidade para o trabalho. Segurado Portador de Vírus HIV (AIDS) assintomático, Considerações das condições socioculturais. PEDILEF nº 0510549-05.2008.4.05.8100. Relator: Juiz Federal Vladimir Santos Vitovsky. 8 jun 2012. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 2ª Região. Apelação Cível – Restabelecimento de Aposentadoria Por Invalidez. Autora Portadora HIV. Processo 200451015119250. Relatora: Maria Helena Cisne. 09 jun 2008. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 2ª Região. Previdenciário – Concessão de Aposentadoria – Portador do Vírus HIV – Anulação da Sentença para a Realização de Perícia Médica. Processo 200251015079096. Relatora: Marcia Helena Nunes. 29 ago 2006. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 2ª Região. Processo Civil. Previdenciário. Portador do Vírus HIV. Auxílio-doença. Conversão. Aposentadoria por Invalidez. Início do Benefício. Processo 200102010420836. Relator: Radênio Bonifacio Costa. 10 mai 2002. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 2ª Região. Sem ementa. Processo 0016930-51.2012.4.02.5151 do 9º Juizado Especial Federal. E De O e INSS. Relator: Eduardo Andre Brandão de Brito Fernandes. 04 out 2012. Disponível em: <<http://www.renatodamatta.com/1/post/2012/10/jurisprudncia-auxlio-doena-baseada-no-entendimentotnu.html>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. Previdenciário. Agravo Legal. Restabelecimento de Auxílio-Doença ou Concessão de Aposentadoria por Invalidez. Pedido de Auxílio-doença procedente. Não preenchidos os requisitos Legais para a Aposentadoria Por Invalidez. Decisão Fundamentada. Processo 00082398520064036103. Relatora: Raquel Perrini. 20 mai 2013. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. Processual Civil. Agravo. Artigo 557, § 1º do Código de Processo Civil. Aposentadoria Por Invalidez ou Auxílio-Doença. Incapacidade não comprovada. Processo 00387646020104039999. Relator: Helio Nogueira. 27 junh 2012. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. Processo Civil – Previdenciário - Agravo previsto no art. 557, §1º do CPC – Aposentadoria Por Invalidez -Incapacidade Laboral Total e Permanente - Configuração. Processo 00028192720104036114. Relatora: Giselle França. 13 nov 2013. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 1ª Turma. Sem ementa. Processo 00118708020104036302 – procedimento do juizado especial cível. Henry Mesquita e INSS. Relator: Leonardo Safi de Melo. 09 jan 2012. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 1ª Turma. Sem ementa. Processo 00603572120094036301 – procedimento do juizado especial cível. Paulo Fernandes Alves Silva e INSS. Relator: Marcio Ferro Catapani. 13 jul 2011. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 2ª Turma. Previdenciário. Benefício Assistencial. HIV. Análise das Condições Pessoais. Precedentes. Omissão do Julgado. Processo 00034911920114036302 – procedimento do juizado especial cível. Valdecir Martins Monteiro e INSS. Relator: Uilton Rena Cecato. 12 mar 2013. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 2ª Turma. Previdenciário. Benefício por Incapacidade. Improcedente. Recurso do Autor. Análise das condições pessoais. Presentes os requisitos para a concessão do benefício. Dado provimento ao Recurso. Processo 00184072720124036301 – procedimento do juizado especial

cível. Deise de Araujo Freitas e INSS. Relator: Uilton Rena Cecato. 16 abr 2013. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 3ª Turma. Previdenciário. Ação Processada sob o rito dos Juizados Especiais Federais. Pedido de Benefício por Incapacidade. Sentença de Improcedência. Recurso de Sentença da parte Autora HIV. Art. 436 do CPC – Livre Convencimento Motivado. Procedência. Provimento. Honorários Advocatícios. Processo 00025081720114036303 – procedimento do juizado especial cível. Maria de Fátima Rodrigues da Silva e INSS. Relatora: Vanessa Vieira de Mello. 07 jul 2011. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 3ª Turma. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. HIV. Ausência de Incapacidade Laborativa Atestada pelo Perito. Improcedência do pedido. Recurso da Parte Autora. Improvido. Processo 00055756620064036302 – procedimento do juizado especial cível. Sebastião Luiz Filho e INSS. Relator: Otavio Henrique Martins Port. 01 abr 2011. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. Auxílio-doença. Laudo Pericial Médico. Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Análise das Condições pessoais da segurada, principalmente labor desempenhado. Processo 00156666020074036310 – procedimento do juizado especial cível. Aurení Alves de Brito Fresca e INSS. Relator: Omar Chamon. 12 abr 2013. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. Auxílio-doença. Laudo Pericial Médico. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Não comprovação da Incapacidade Laborativa Atual. Vinculação do Juiz (Arts. 131 e 436 CPC). Reconhecimento Automático da Incapacidade pela simples presença do vírus HIV. Estigma Social. Impossibilidade. Pedido Improcedente. Processo 0027342-32.2007.4.03.6301 – procedimento do juizado especial cível. Relatora: OMAR CHAMON. 10 mai 2013. Disponível em: < <http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Benefício por incapacidade. Perícia Médica. Laudo desfavorável. Julgamento de Improcedência. Recurso da Parte Autora. Improvido. Processo 00146659120124036301 – procedimento do juizado especial cível. Gilvanildo Jose de Barros e INSS. Relatora: Kyu Soon. 14 dez 2012. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Concessão de Auxílio-doença/aposentadoria por invalidez. Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Laudo Pericial. Análise de Aspectos médicos e sociais. Ausência de incapacidade para o trabalho. Desnecessidade realização. Recurso da Parte Autora a que se nega provimento. Processo 00553767520114036301 – procedimento do juizado especial cível. Clebes Alves do Nascimento e INSS. Relatora: Luciana Ortiz Tavares Costa Zanoni. 12 abr 2013. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 3ª Região. 5ª Turma. Previdenciário. Restabelecimento. Benefício por Incapacidade. Laudo permanente conclusivo quanto à incapacidade laborativa total e permanente. Preexistência. Inocorrência. Ausência de elementos aptos a comprovar a má-fé por ocasião da nova filiação do RGPS. Sentença reformada. Processo 0006715-43.2008.4.03.6310 – procedimento do juizado especial cível. Relatora: Omar Chamon. 10 maio 2013. Disponível em: <<http://www.trf3.jus.br/NXT/Gateway.dll?f=templates&fn=default.htm&vid=trf3e:trf3ve>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Prequestionamento. Restabelecimento do auxílio-doença. Incapacidade Temporária. Comprovada. AIDS. Possibilidade de Reabilitação. Correção Monetária. Processo 0008232-37.2014.404.9999. Relator: Vânia Hack de Almeida. 05 dez 2014. Disponível em: <http://www2.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta_processual_resultado_pesquisa&selForma=NU&txtValor=00082323720144049999&chkMostrarBaixados=S&selOrigem=TRF&hdnRefId=bd663c40f2823c295ac0b41e38867dc6&txtPalavraGerada=ffhe>. Acesso em: 21 jan 2015.

BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Previdenciário. Aposentadoria Por invalidez e Auxílio-doença. HIV. Laudo Pericial. Incapacidade Laboral. Qualidade de Segurado. Processo 200271000411888. Relator: Luiz Antonio Bonat. 14 maio 2007. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Previdenciário. Auxílio-doença. Laudo Pericial. HIV. Capacidade Laboral. Benefício. Indeferido. Processo 200504010183502. Relator: Décio José da Silva. 03 de agosto de 2005. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 de out de 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Previdenciário. Auxílio-doença. Laudo Pericial. Marco Inicial. Consectários. Processo 200671000235060. Relator: José Francisco Andreotti Spizzirri. 19 fev 2010. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 4ª Região. Previdenciário. Auxílio-doença. Laudo Pericial. Marco Inicial. Consectários. Tutela específica. Processo 200972990027324. Relator: José Francisco Andreotti Spizzirri. 19 fev 2010. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 5ª Região. Previdenciário. Aposentadoria por Invalidez. Art. 42 da Lei 8.213/91. Laudo Pericial Desfavorável. Princípio do Livre Convencimento Racional do Magistrado. Suplicante Portador do HIV. AIDS assintomática. Comprovação da Condição de Segurado do INSS. Preenchimento dos Requisitos. Concessão do Benefício. Apelação Improvida. Processo 200584000074755. Relator: Marcelo Navarro. 16 jun 2008. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Tribunal Regional da 5ª Região. Previdenciário. Concessão Aposentadoria por Invalidez. Portador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Art. 151, Lei nº 8.213/91. Honorários e Juros Moratórios. Processo 00032785720104059999. Relator: Francisco Barros Dias. 27 out 2010. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em: 22 out 2014.

TRF-4 dá aposentadoria à portador de vírus HIV sem sintomas. **Revista Consultor Jurídico**, 18 de abril de 2013. Disponível em: < <http://www.conjur.com.br/2013-abr-18/portador-hiv-aposentar-invalidadez-mesmo-sintomas> >. Acesso em: 01 abril 2014.

ANEXO I - ENTREVISTAS

ENTREVISTAS

Profissionais da área da saúde

Preferimos iniciar os estudos com os profissionais da área de saúde. Isto porque tais questionamentos também nos ajudariam no trabalho em geral, uma vez que esses profissionais, principalmente infectologistas, puderam dar explicações da doença em estudo, área que não é de conhecimento do Direito.

1º Entrevistado (MÉDICO 01):

O primeiro entrevistado foi um(a) infectologista que trabalha em hospital ligado a área em estudo, ou seja, atende unicamente pacientes portadores do vírus e auxilia no tratamento de cada um. As perguntas realizadas aos pacientes da área de saúde foram padrões, e de forma mais aberta possível a fim de garantir um maior aproveitamento do conhecimento do entrevistado. Verifica-se:

Pergunta: Explique sobre a AIDS?

Em 1986, início da epidemia, quando era diagnosticado o vírus HIV a pessoa já se estava doente, já estava em um estágio final da doença, tendo uma sobrevida de, no máximo, 03 anos, com uma qualidade de vida péssima. Há diferença entre a pessoa a pessoa que apenas possui o vírus, não estando ainda doente e a pessoa com AIDS, sendo apenas a que possui a AIDS doente.

Em 1996 esse cenário se alterou completamente com a descoberta do famoso “coquetel”, uma terapia altamente potente, na verdade é uma associação de antirretrovirais. Tenho paciente desde 1997 em acompanhamento e esses pacientes estão clinicamente muito bem, ta? Eles trabalham, eles estudam, pacientes que fez faculdade, paciente que aprendeu a tocar instrumento, aprendeu a dirigir, a terapia proporcionou ao paciente uma qualidade de vida normal. Tem mulheres engravidando, tendo filhos, se elas são indetectáveis, a terapia mudou drasticamente a história de AIDS.

Imagina para um paciente que recebe o diagnóstico, ainda estando o estágio em soropositivo, não desenvolveu a doença, não desenvolveu nenhum sintoma, tem a imunidade que a gente olha nos exames e vê que é boa, a gente vai acompanhando, determinado momento, seja pela história natural da doença essa imunidade vai caindo. A gente sabe que todo o paciente em determinado momento vai começar a terapia antirretroviral, a gente não espera eles adoecerem, a gente vai acompanhando, pelo nível do exame de sangue, chega em um determinado momento você então introduz os remédios, para não deixar chegar no estágio de sintomas. Hoje a estratégia de tratamento é esse!

O marcador usado é o linfócito CD4. Quando começa a ter sintomas é menor de 200, o normal é acima de 600, acima de 1000 mais ou menos, se ele baixa para 500, mesmo que a pessoa não esteja sentindo nada já é indicativo para começar a tomar o remédio. A gente senta, conversa, explica e prescreve aí ele começa a tomar o medicamento a partir daí. Essa queda não é rápida, ela vai ocorrendo gradativamente, às vezes demora anos, existem pessoas com 20 anos, o importante é elas serem acompanhadas.

Pergunta: Esse medicamento tem algum efeito colateral?

Tem, alguns tem e você pode trocar, mas na maioria das vezes tem paciente que tem 20 anos tomando o medicamento com uma qualidade de vida razoável, não atrapalha nada no cotidiano.

Pergunta: A AIDS tem diferentes níveis ou depende de paciente para paciente?

Diferente níveis, depende do comprometimento do sistema imunológico. E é assim, quando a pessoa começa a tomar algumas pessoas recuperam a imunidade outras não. Quanto mais debilitado o sistema imunológico, mais difícil recuperar o sistema imunológico. Você consegue até suprimir o vírus, esse antirretroviral só age no vírus, bloqueia o vírus. 3000 unidades do vírus a gente vai para 50 e torna indetectável, é o alvo, tem que ficar com a carga viral indetectável. Quando você consegue isso o próprio sistema imunológico vai se recuperando.

Pergunta: O que o(a) Sr. (a) acha sobre a incapacidade para o trabalho?

Pois é. O que acontece muitas vezes é que a pessoa tem o diagnóstico e fez uma doença oportunística, aí então essa pessoa pode ter seqüelas. O campo que deixa mais seqüelas são as infecções, as alterações no campo neurológico, então doenças neurológicas. Aí eu acho que, se tem uma seqüela é importante, por exemplo, a pessoa fica de um lado paralisado, dificuldade de se movimentar, risco de convulsão. Dependendo da seqüela ela perde a capacidade de trabalho, entendeu?

Em outro caso, por exemplo, que eu vejo lá é um paciente que é motorista de ônibus. Ele teve uma neurotoxoplasmose, complicação neurológica, tem risco de ter convulsão, então esse paciente está muito bem, está lúcido, orientado, se ele chegar aqui você não vai dizer que ele tem AIDS, entendeu? Mas, ele está naquela fase que a gente chama de encostado né? Então vai lá, todo mês a gente dá um laudo, todo mês não, acho que de tempo em tempo você dá um laudo, mas não está aposentado ainda. Mas eu fico preocupado com esse paciente porque ele tem cicatrizes no cérebro e a profissão dele é motorista de ônibus e se ele faz uma convulsão dirigindo um ônibus? Vai provocar um acidente grave. Então, são esses desdobramentos que a gente tem que ver. Eu acho que esse paciente tem que ser aposentado; aposentar tem toda uma questão de custo, mas pelo menos ele deve ser direcionado para uma outra atividade. Ele tem capacidade laborativa, está lúcido, orientado, tem movimento, tem capacidade de trabalho, mas acho que não no trabalho que ele realiza, ser motorista de um coletivo.

O que a gente vê no ambulatório muito hoje são pessoas que em determinado momento, logo no início as pessoas se aposentavam com mais facilidade. Hoje a gente percebe que eles não conseguem com muita facilidade. Mas tem muitos que estão aposentados e que estão na informalidade, eles falam isso naturalmente, hoje mesmo falou, olha parei de trabalhar, porque se me pegarem trabalhando e eu aposentado por invalidez vai dar prejuízo para mim.

Pergunta: É verdade que a AIDS não mata mais, como escutamos?

Isso é um grande perigo, no aspecto que as pessoas acabaram relaxando na questão da AIDS, na prevenção, no cuidado, exatamente por conta disso. E hoje a gente vê é que os casos subiram de novo exatamente na geração mais nova, por conta disso, dessa fala né: A AIDS não mata, o que mata é a gripe. Hoje se tem mais casos. Mas eles são bem orientados, possuem todos os cuidados, por exemplo, às vezes nem gripa, tomam vacina todo o ano e possuem todas as orientações.

O que aumenta no risco, quais as complicações hoje relacionadas ao paciente HIV? Eles tem enfartado mais, aumento de colesterol, triglicerídeos. Isso pode ser controlado com dieta, atividade física, com controle cardiológico rigoroso. Eles fazem ponte de safena, eles fazem intervenções cardiológicas com mais frequência. A gente tem percebido na mulher mais osteoporose, então, tudo isso são coisas que vão sendo contornadas né? Tudo isto está relacionada com o próprio tratamento, embora o tratamento não deixe que a qualidade de vida, que a vida se torne insuportável, mas ela leva ao aumento de colesterol, de triglicerídios, da glicose né? Alguns remédios podem te dar alteração renal. São os efeitos colaterais dos medicamentos. Altera muito a parte da gordura, da distribuição da gordura no corpo, aí tem uma questão estética envolvida.

Pergunta: Quanto a decisão do TNU – que já havia sido enviada ao entrevistado(a) anteriormente - o que o(a) Sr.(a) verifica?

A própria decisão acaba discriminando. O que eu vejo muitas vezes é que eles querem a aposentadoria como complemento de renda. Então eles têm aquela aposentadoria e tem as suas atividades normais.

O que ocorre no Brasil, a vantagem do Brasil em relação aos demais países é que o Brasil disponibilizou logo no início, foi o primeiro país a disponibilizar os antivirais gratuitamente e universalmente. Ele criou, na época que o Serra era ministro da saúde ele criou um grupo de médicos, que definiram padrão de tratamento e esse

padrão é para todo mundo, para o Brasil todo e o governo garantiu isso. Então o mesmo medicamento que surgiu lá nos EUA o paciente daqui tomou também. Poucos países tiveram isso. Isso foi provado que houve ganho, além de ganho social houve ganho econômico, os pacientes internaram menos, morreram menos, tiveram recuperada sua capacidade de trabalho. Então teve muitos aspectos positivos nisso aí. O fato é que eles recuperam a atividade de trabalho, a agente tem muitos pacientes que trabalham.

Pergunta: Como é o risco de contaminação hoje no mercado de trabalho?

Na questão do trabalho não há nenhum risco. O risco que tem assim, que a gente coloca, discute, é muito variável, não tem assim um consenso na literatura é em relação ao profissional de saúde. Exemplo, um dentista que tem HIV, como ele vai fazer? Um cirurgião que ele tenha HIV? Os dados são muitos, ainda contraditórios para você dizer faça ou não faça. Essa discussão vamos dizer que está na parte cinza, alguns recomendam que não devem fazer grandes procedimentos, porque corre risco dele passar, tem que ter toda precaução, isso é uma coisa debatida. E aquele profissional de saúde que trabalha em uma UPA, em uma área de pronto socorro, que faz contato com todo mundo, o que a gente recomenda é que se possa deslocar, não é que não possa trabalhar, mas vai fazer um outro trabalho, em outra área que não seja aquela área de risco para ele, ele está se expondo. Então hoje o debate que existe entre o trabalho e o HIV é o profissional de saúde nesses dois aspectos: ele gera risco ou ele por em risco para o paciente.

Ter HIV é mais um fator de risco. Se uma pessoa que trabalha que fuma, tem diabetes, é hipertenso, ele também tem um risco muito maior, para ter um AVC, para ter um infarto. A proposta é você trabalhar esses fatores de risco, é um diabético manter a glicemia controlada, um cara que está acima do peso precisa emagrecer, controlar a pressão. Então, se ele consegue controlar esses fatores de risco diminui a chance dele enfartar. Se a pessoa já tem um fator genético. Você consegue controlar os fatores de risco.

O que eu penso muito é isso. Tem pessoas que possuem seqüelas de algum tempo que ficou, então essa pessoa não tem condição para trabalhar, pessoas com um lado do corpo paralisado, esse moço que te falei que é motorista de ônibus. Então tem muita gente que por algum motivo tiveram uma seqüela que acabou limitando. As pessoas poderiam ser treinadas em outra profissão, poderiam ser direcionadas, essas coisa que vale a pena o debate.

Mas perguntar se há ou não a preconceito há! Há um preconceito muito grande. Os pacientes não falam no trabalho que tem, por medo de se discriminado. Para marcar consulta é difícil porque os pacientes não querem ficar saindo na hora do trabalho. Pouquíssimas as pessoas que contam no trabalho.

2º Entrevistado (MÉDICO 02):

Trata-se de Infectologista renomado na área, um dos que começou no Estado com o tratamento do vírus.

Pergunta: O que se alterou desde a descoberta da AIDS? A AIDS mata?

O que mudou é que a doença antes não tinha tratamento. No início da epidemia na década de 80 não tinha tratamento, todo mundo que tinha o diagnóstico a sentença era a de morte. As pessoas viviam poucos anos. No início da epidemia não existia tratamento e os pacientes tinham uma expectativa de vida de no máximo, por 05 anos. Agora, com os antirretrovirais potentes a expectativa está bem próxima da população sem HIV.

Pergunta: Os medicamentos possuem em 100% dos casos?

Tem vários medicamentos, tem muitos medicamentos, então se tem resistência a um a gente tem outros, tem que substituir.

Pergunta: Tem muitos efeitos colaterais?

Tem, mas são toleráveis.

Pergunta: Eles têm uma vida normal?

Sim, maior parte das pessoas tem uma vida normal.

Pergunta: O que o(a) Sr.(a) acha sobre a incapacidade para o trabalho?

Existem alguns casos incapacitantes, se a pessoa tem uma infecção oportunista grave, se a pessoa tem uma infecção entendeu? Por exemplo, tem uma infecção oportunista que é a toxoplasmose cerebral, se a pessoa tem a toxoplasmose cerebral com seqüela, a seqüela de uma toxoplasmose cerebral é igual a de um derrame, aí essa pessoa não tem condição para o trabalho.

Uma outra doença oportunista pode dar o que a gente chama de corionilite, pode dar uma lesão ocular também, e comprometer uma visão, então também compromete.

Essas doenças oportunistas ocorrem devido a baixa de resistência ocasionada pela AIDS. Então até pode acontecer, mas as pessoas que hoje descobrem e começam a se tratar precocemente, as doenças oportunistas nem chegam a acontecer. Doença oportunista é coisa de quem descobre tardiamente o problema. As doenças oportunistas hoje ocorrem daquele que descobre a doença tardiamente, quando já começa a aparecer os sintomas. Porque antes nem sintomas tem e nem precisa ter, se tomar a medicação corretamente.

Pergunta: Alguma profissão é incompatível com a pessoa vivendo com HIV/AIDS?

Todas as profissões são compatíveis com o portador do vírus HIV. Quem trabalha na área saúde que tem HIV, Hepatite B, essas coisas deve evitar manipular instrumentos cortantes, mas não quer dizer que ele não possa trabalhar atendendo clinicamente. Pode ser adaptado a uma função compatível que não ofereça risco aos outros.

Pergunta: O(A) Sr.(a) é a favor ou contra essa decisão do TNU?

Acho desnecessário. Decisão atrasada, porque não está enxergando que hoje as pessoas vivem entendeu? Eu te falei que tenho paciente médicos HIV, que tem vida normal, de dentistas, de procuradores, de bancários, de tudo.

A discriminação ainda existe, mas você não tem que abrir, ninguém é obrigado a abrir, nem fazer teste para trabalhar, o teste é proibido para exame pré-admissional. Então, a doença da pessoa ela vai falar para quem ela achar que deve. O trabalho não é o lugar em que a pessoa é obrigada a quebrar o sigilo.

Hoje cada vez menos as pessoas querem deixar de trabalhar, eles querem trabalhar e querem manter a privacidade do diagnóstico, elas querem mesmo isso aí. Eu já te falei uma das coisas que as pessoas querem mesmo é receber o FGTS, isso muita gente quer, porque sabem que podem receber só por ter HIV, o que eu acho também que é uma legislação atrasada, entendeu? É uma discriminação a favor, porque o FGTS de todo mundo fica presa e ela se aproveita disso para tirar, mas não significa que a pessoa, o que se entende é que a pessoa terá pouco tempo de vida, então vamos tirar para usar logo, se é isso que gerou a legislação, mas também não é mais verdade, entendeu? O HIV às vezes nem é uma doença você é portador e está se tratando, esse portador também tem direito ao saque do FGTS. Só acho que para sacar o FGTS o paciente abre a vida e isso não é interessante.

3º Entrevistado (MÉDICO 03):

Finalizando as entrevistas com infectologistas, uma vez que as respostas começaram a se repetir o terceiro entrevistado explicou que detalhadamente o vírus da AIDS, portanto, cremos que é importante aqui transcrever.

Pergunta: O que se alterou desde a descoberta da AIDS? A AIDS mata?

A AIDS é uma doença mortal. Não deixou de sê-lo, pois ainda não existe cura para a mesma. Salvo alguns raros casos em que se conseguiu cura comprovada, a AIDS é uma doença que não tem cura mas, sim, controle. Há alguns casos de pacientes (como os “long term non-progressors”) que, apesar de contraírem o HIV, não progridem para a doença francamente manifesta, mas se reduzem a uma minoria dos indivíduos infectados.

Tudo se alterou desde sua descoberta. Nos primórdios não havia tratamento, não havia sequer uma noção do que era a história natural da doença. Sabia-se que era uma doença que afetava gravemente a imunidade daqueles infectados pelo vírus HIV, sujeitando-os à infecção por patógenos e desenvolvimento de cânceres que habitualmente não são encontrados nos indivíduos imunocompetentes. Basicamente limitava-se ao diagnóstico e observar evolução e tratar tão somente das doenças oportunistas que tinham tratamento.

Poucas doenças, se é que tem alguma que se equipare à AIDS neste sentido, conseguiram uma evolução tão rápida e variada no que diz respeito a diagnóstico, monitoramento, tratamento e acompanhamento.

Na questão do tratamento, para se ter uma idéia, em 1987 estava disponível tão somente o AZT (zidovudina) como tratamento. Em 1996 houve uma grande evolução no tratamento com a introdução dos primeiros inibidores de protease (drogas que deram início ao famoso “coquetel”, academicamente chamado de HAART – traduzido do inglês como “terapia antirretroviral altamente eficaz”) com grande controle da replicação do vírus e diminuição acentuada da mortalidade da doença devido à restauração da imunidade. No entanto, tais medicamentos são dotados de grande número de efeitos colaterais. O que motivou ainda mais e mais pesquisas.

Hoje são diversas classes de antirretrovirais: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos/nucleotídeos, inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos, inibidores da protease, inibidores de fusão, inibidores da integrase e, dentro destas classes, há drogas de diferentes gerações. Cada qual com seus efeitos benéficos e colaterais. Mas, uma coisa é certa, essas drogas representaram uma modificação radical no tratamento da AIDS que se tornou uma doença crônica, com significativa melhora na qualidade de vida e na sobrevivência dos pacientes.

Paralelo ao desenvolvimento de terapias antirretrovirais, houve uma grande evolução nos métodos laboratoriais e de imagem para diagnóstico e monitoramento da infecção pelo HIV propriamente dita e das doenças oportunistas e cânceres cujos surgimentos ela facilita.

Pergunta: Os medicamentos utilizados dão resultado em 100% dos casos?

Não se pode falar que dão resultados em 100% dos casos, pois há inúmeros fatores relacionados a terapia antirretroviral. É crucial que o paciente infectado entenda com clareza que sua doença tem caráter crônico, é incurável e que o sucesso da terapia antirretroviral depende, sobretudo, da adesão do paciente. Em termos mais simples, não pode haver falhas na tomada dos medicamentos. O fato de o paciente tomar o medicamento corretamente talvez seja o fator mais importante para o sucesso da terapia, pois assim se mantém o vírus em taxas baixíssimas de replicação que não ocasiona doença nem favorece o desenvolvimento de resistência aos medicamentos.

Há também o problema da resistência viral aos medicamentos atualmente disponíveis. A resistência pode ser primária, quando o paciente adquire no momento da infecção uma cepa de vírus resistente a um determinado tipo de medicamento ou pode ser secundária, quando o indivíduo não tinha cepas resistentes e passa a

desenvolvê-los (na grande maioria das vezes se dá por falhas na adesão ao tratamento).

Outros fatores que influenciam o desfecho favorável ou desfavorável da terapia antirretroviral são inerentes a fatores genéticos, nutricionais, etc

Pergunta: Há algum efeito colateral a medicação utilizada?

Há diversos efeitos colaterais das medicações. Alguns podem ser desenvolvidos logo no início da terapia (como reações alérgicas ou de hipersensibilidade) e outras podem se desenvolver cronicamente.

A grande maioria dos efeitos colaterais é contornável, seja com o uso continuado da substância, seja com a associação a outros medicamentos. Quando o efeito colateral é grave ou limitante da qualidade de vida, pode ser necessária a troca por outro medicamento ao qual o paciente se adapte.

Como exemplos de efeitos colaterais (poucos exemplos aqui mencionados, pois são extensas as listas dos mesmos) tem-se: as alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarréias); a toxicidade hepática; as alterações de cunho neuro-psiquiátrico do efavirenz (que tendem a cessar após 1 mês de uso da droga); as alterações metabólicas de glicose e lipídeos provocadas pelos inibidores de protease, o que pode desencadear doenças cardio-vasculares; as alterações de distribuição da gordura corporal (que podem levar a modificações estéticas nos indivíduos como a lipoatrofia e a lipodistrofia); as alterações renais e ósseas que podem ser ocasionadas pelo tenofovir e a toxicidade mitocondrial dos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos. No entanto, reitero, esses exemplos são apenas uma pequena demonstração. Há inúmeros outros aqui não mencionados.

Pergunta: É possível falar que um portador de vírus HIV leva uma vida normal? Caso contrário, quais as alterações de um portador para uma pessoa que não possui o vírus HIV?

Depende do que se entende como “normal”. O portador do vírus HIV leva uma vida normal como qualquer pessoa com uma doença crônica, que carece de monitoramento e tratamento contínuo. O portador de HIV é uma pessoa que pode realizar todas as atividades de uma pessoa que não tem o vírus, como atividades sociais, vida profissional, vida íntima, etc.

Obviamente, que devem ser resguardadas as orientações quanto às formas de transmissão e aquisição do vírus e orientações também quanto a fatores externos da vida social que podem influenciar tanto indivíduos normais como os portadores de HIV como, por exemplo, o caso da ingestão alcoólica abusiva ou uso de drogas ilícitas que nos indivíduos HIV (além dos malefícios que tem semelhantes para os que não tem o HIV) somam-se os riscos de não se tomar os medicamentos adequadamente e de se submeter a práticas sexuais inseguras, com todas as suas conseqüências deletérias.

Outras questões devem ser abordadas individualmente, como por exemplo, planejamento familiar, relações intrafamiliares dentre outras.

Pergunta: A AIDS pode levar a incapacidade para o trabalho?

Sim. A AIDS pode incapacitar para o trabalho, principalmente naqueles indivíduos com doença oportunista ativa ou com seqüelas (dependendo das seqüelas) das mesmas. No entanto, o indivíduo portador de HIV, em tratamento adequado, raramente está incapacitado para o trabalho, visto ter doença controlada e assintomática na grande maioria dos casos.

Pergunta: Seria incompatível o portador do vírus HIV com alguma profissão? Por exemplo, profissionais de saúde?

Não. O portador de HIV pode exercer todas as profissões, desde que esteja sendo tratado adequadamente e tome as precauções necessárias como qualquer outro indivíduo.

Seria prudente, porém não impeditivo, o portador de HIV evitar contato contínuo e freqüente com agentes infecciosos, como o caso de contato contínuo com portadores de tuberculose. No entanto, o uso de máscaras adequadas e outros equipamentos de proteção individual os protegem assim como protegem indivíduos não-portadores do HIV, minimizando os riscos.

Há diversos profissionais de saúde que são portadores do HIV e exercem a profissão sem qualquer problema ou impedimento.

Pergunta: Qual a sua opinião em relação a concessão de aposentadoria do portador do vírus HIV?

Se a pergunta se refere a aposentar o paciente portador de HIV tão somente por ser portador de HIV sou frontalmente contra. O indivíduo deve ser avaliado no todo. Quanto à capacidade laborativa para sua profissão habitual. O indivíduo portador de HIV que usa medicamentos adequadamente e tem doença controlada raramente tem algo que o incapacita.

Se se encontra com alguma doença oportunista que carece de tratamento e impede de exercer sua profissão, deve ser afastado pelo período de tempo para recuperação e posteriormente retornar ao trabalho.

Caso haja alguma seqüela, esta deve ser avaliada quanto a impedir ou não o exercício de sua profissão. Caso impeditiva, deve ser avaliado quanto a chance de reinserção no mercado de trabalho em profissão diversa.

O trabalho para o indivíduo portador de HIV é tão ou mais importante que no indivíduo sem HIV, para que o mesmo se sinta como indivíduo normal que é, somente portador de uma doença crônica, para a qual terá que fazer tratamento e monitoramento periódicos. O trabalho é fundamental para a inserção social do portador de uma doença que, infelizmente, ainda é estigmatizante.

Pessoas vivendo com HIV/AIDS:

1º Entrevistado (ENTREVISTADO 01):

O primeiro foi indicado por ambos os psicólogos entrevistados, que seria um Representante Regional do Sudeste da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens vivendo com HIV/AIDS – RNAJVHA -. Possui 27 anos e descobriu a existência do vírus HIV há 07 anos, sua profissão é assistente social.

Pergunta: Quando descobriu a doença?

Faz 07 anos, acho que no meu caso foi mais fácil a aceitação porque possuo estrutura familiar. Realizei o exame porque meu ex-namorado morreu da doença e, assim descobri que havia adquirido. Porém, não faço ainda o uso do medicamento, pois minha imunidade se encontra satisfatória até hoje e espera não fazer tão cedo. Trabalho muito e normalmente, além de dar aula e ainda ser ativista no movimento Regional do Sudeste da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens vivendo com HIV/AIDS – RNAJVHA.

Mas agradeço muito por ainda não tomar a medicação porque sei que a mesma possui muitos efeitos colaterais. Sei porque meu parceiro toma o medicamento e reclama muito de náuseas, cansaço, colapso de memória. E, devido a esses efeitos colaterais meu parceiro precisou sair de um emprego, porque não estava sendo possível para ele trabalhar o dia inteiro como contador, por isso, atualmente trabalha meio período.

(O parceiro desse entrevistado se ofereceu a nos conceder a entrevista para explicar as dificuldades que enfrentou no trabalho após começar a usar a medicação, porém adoeceu no dia marcado e até o fechamento desse trabalho ainda não havia melhorado).

Retornando a entrevista, continuou o entrevistado: Todos reclamam dos efeitos colaterais da medicação, sendo raríssimas as exceções. São raríssimas mesmo as pessoas que não acontecem nada quando tomam a medicação.

No novo protocolo assim que se descobre o HIV deve se iniciar a medicação, com isso eu deveria começar a tomar, mas vou tentar postergar o máximo que eu puder isso com meu médico, porque não quero começar a tomar, sei que não é fácil.

Pergunta: E a discriminação, existe?

Nunca sofri discriminação, mas muitos amigos já relataram. Como saber se é discriminado se não o aceitarem em um trabalho? A empresa alega que o candidato não condiz com o perfil da empresa, não há como saber a verdade. Mas que existe a discriminação eu sei que existe. Eu preferi me abrir, mas não são todos que conseguem.

Pergunta: Sua opinião sobre a aposentadoria por invalidez da pessoa vivendo com HIV?

Dentro do movimento, sou do movimento de luta contra AIDS, e dentro do movimento se discute muito isso, o aposentar ou não aposentar, porque existem

casos e casos, eu vivo com HIV, não uso medicação, tenho carga viral indetectável, CD4 alto, meu CD4 é até mais alto do que de uma pessoa não vive com HIV.

Então eu estou ótimo para trabalhar, eu acordo 6h da manhã, vou fazer minhas atividades, arrumo casa, vou trabalhar a tarde, dou aula a noite e volto para casa tranquilamente, mas existem pessoa que não estão, estão inabilitadas para trabalhar, não tem um coordenação motora legal para trabalhar, jovens também, ou o CD4 está muito baixo, estão debilitados, não tem condição para trabalhar, e a justiça não entende dessa forma.

Seria má-fé eu pedir a aposentadoria, porque estou apto para o trabalho. Mas o juiz precisa ter sensibilidade e uma equipe multidisciplinar para decidir, formada com peritos, infectologistas, psicólogos e enfermeiros para decidir cada caso com uma maior sensibilidade.

Por exemplo, existem pessoas que não se adequam ao tratamento e que estão sempre encostadas. Isso é terrível para uma empresa! Por isso que, para ele, deve ser analisado caso a caso.

No movimento Jovem 90% quer trabalhar e estudar. Ter uma vida normal! Não querem aposentar! Diferente de quem descobre a doença mais tarde.

2º Entrevistado (ENETREVISTADO 02):

O segundo entrevistado foi um voluntário no movimento social dos que lutam com HIV além de voluntário no hospital das clínicas. Este foi indicado pelo primeiro entrevistado para participar da pesquisa uma vez que é aposentado, 44 anos, técnico em laboratório.

Pergunta: Foi fácil aposentar?

Descobri a doença em 1997, época em que a descoberta gerava a imediata aposentadoria. Em 2004 me aposentei. Para mim foi fácil de aposentar, na realidade eu nem sabia que eu tinha sido aposentado, que eu ia aposentar, porque eu escondi

o HIV durante uma época, em 2001 eu comecei a tratar. Ai depois, aí a empresa que é o Estado, eu trabalho em hospital, eu fui e me apresentei para a empresa, falei o que estava acontecendo comigo, porque tanto atestado, porque eu tava faltando, porque ai eu comecei a ficar meio perdido, meio mal, aí ela foi e entendeu direitinho, ela me mudou de setor, ela me explicou o seguinte: Como vou deixar você na coleta, na urgência se você tem HIV positivo, como você vai furar o paciente sendo HIV positivo? Naquela época a discriminação era fatal!

Quando o diagnostico era dado, então era cachão e vela preta, você tinha um diagnostico que se todo mundo ficava sabendo era tenso! Sou técnico em laboratório e trabalhava em dois empregos, hoje sou aposentado.

A empresa na época entendeu que se eu continuasse trabalhando de ponta como eu fazia, como técnico lá recolhendo sangue no CTI e na emergência eu estaria me expondo muito. Tanto que eu me contaminando com outras infecções, como outra pessoa ficar com problema de saber que eu sou HIV positivo e estar furando ela.

Pergunta: Efeitos colaterais dos medicamentos?

Desde 2001 utilizo o medicamento e o mesmo possui muitos efeitos colaterais. Muito, muito, muito mesmo, a minha faixa de adaptação não foi fácil. Diarréia, vômito, mal estar.

No começo, como na época a quantidade de remédio era muito grande, então quer dizer, eu tomando o remédio, eu não conseguia me alimentar eu comecei a ficar psicologicamente um pouco abatido, comecei a ter vários episódios de diarréia então aquilo me trazia transtorno até para trabalhar.

Hoje, graças a Deus isso melhorou, os efeitos colaterais hoje em mim graças a Deus consegui achar uma combinação do coquetel que menos me ataca, não que eu não tenha mais episódios de diarréia, mas é menos agressivo. Foi também a evolução que teve desse coquetel.

Pergunta: Hoje o senhor estaria apto para trabalhar?

Com certeza. Apenas não voltei porque não consegui passar em nenhum concurso até hoje, porque para mim voltar hoje para a área privada é muito complicado, porque se você passa mal, porque assim, tem dia que você está mal, tem dia que você está bem, tem meses que não parece que você tem nada, mas tem épocas que o remédio ataca, os sintomas vem, fica complicado para você viver dando atestado.

Nunca fui chamado pelo o INSS para realizar uma reavaliação, graças a Deus. É complicado voltar ao trabalho né? Porque o Estado, município não vão querer que eu volte, não vão querer voltar com o contrato. É complicado porque estou a muito tempo fora do mercado de trabalho.

Pergunta: E a discriminação?

Existe, existe. Com certeza! Não há sombra de dúvida. Principalmente na área da saúde. Já passei por vários episódios, principalmente no trabalho quando me alteraram de setor para que não contaminasse os pacientes. Questionaram como eu cuidaria de um setor sendo soropositivo, houve o medo de contaminar. Mas ela foi super tranqüila comigo, ela disse que não é por ela, mas pelos pacientes que estariam sendo tratados.

Isso que me mata, principalmente na área da saúde, o pessoal parece que não tão atualizado, não tão ligado a essas situações. Porque tipo assim, quando você fala que é soropositivo eles se montam com luvas e se deixar colocam até capote!

Lá mesmo no hospital a gente sofre. Realizo trabalho voluntário no hospital das clinicas, lá o pessoal não colhe o sangue da galera, por medo, de se furar, aí tem que ter um coletor específico para colher, é tenso! Fico horrorizado com a falta de informação.

Pergunta: Sua opinião sobre a aposentadoria e as pessoas vivendo com o vírus?

Não sei nem mesmo como eu te responderia se eu vejo. Hoje me sinto tranqüilo e não tranqüilo ao mesmo tempo. Queria melhorar meu salário, minha qualidade de vida, eu queria um monte de coisa ao mesmo tempo, mas ao mesmo tempo também tenho aquela insegurança, porque voltar ao mercado de trabalho é difícil! Queria muito, principalmente na minha área, que é uma coisa que eu sei, que eu defendo, que eu gosto, que é técnico em laboratório e não vou poder exercer mais porque quando o laboratório descobrir que eu sou HIV positivo vem aquela questão tem dos reagentes, tem certas situações realizadas aqui podem trazer problema para mim e trazer transtorno para a empresa, entendeu? Apesar de que isso não existe, só depende da pessoa. Ao mesmo tempo que é bom as vezes é ruim, por exemplo no meu caso se me aposentassem com um salário mínimo o que eu faria hoje da minha vida com um salário mínimo? Nada. Então graças a Deus na época da prefeitura eu tinha um salário um pouco melhor, um pouco maior, então o que eu vivo eu vivo em cima disso, eu aproveito, eu luto no movimento social pelas pessoas que vivem com HIV, mas o que eu acho legal ao mesmo tempo eu acho ruim, não sei te explicar, não sei te dizer o que eu penso.

No meu caso a muito tempo atrás eu me acomodei, veio aquela pressão psicológica, parei de estudar, minha cabeça voltou somente para mim, eu me isolei, e aquelas coisas todas e hoje que minhas forças estão sendo renovadas, aí eu me sinto impotente com a idade chegando para chegar e brigar no mercado por uma qualidade de vida melhor. Não é que eu estou impedido, não é o fim do mundo para mim, mas ao mesmo tempo, como encarar um mercado de trabalho? Você sabe, é tenso!

No hospital que eu trabalho como voluntário a menina que colhe sangue lá ela morre de medo. Falo com ela: Cara, pelo amor de Deus, você sabe que a ignorância sua é demais né? O vírus hoje HIV para se contaminar com material perfuro cortante é tão mínimo e o vírus é tão ignorante que com segundos hoje ele morre. Então para você ser contaminada poh é brincadeira, acho eu o medo que você transmite é muito mais contaminador do que o próprio vírus em você, porque é tenso, é nítido!

Pergunta: Psicológico?

Psicológico. Isso é muito importante, eu falo de coração para você, o que eu tenho na minha vida é Deus, porque se não fosse Deus eu falo com você: não é fácil. Ainda mais na minha época que era mais difícil, o Cazuza tinha morrido, aquela galera toda tinha morrendo, então falar em AIDS para você era fatal. Se eles descobrissem que eu tivesse AIDS ou alguém que eu tivesse tido relação soubesse que eu tinha AIDS, nossa pelo amor de Deus, tanto que todos meus amigos se afastaram de mim. Se afastaram porque naquela época eu estava com AIDS se andassem comigo essas pessoas também estaria com AIDS. Entendeu? É tenso! Todos afastaram por medo de serem rejeitados também.

O problema que a gente hoje não consegue levantar o movimento porque nem todo mundo pode se expor. Eu por exemplo, tenho esse pouco dinheiro que eu tenho, mas tenho esse pouco, tem gente que não tem nenhum. E hoje você sabe que o mercado de trabalho é tenso. Vou falar uma coisa para você tem alguns que querem, são manhãs, pessoas que querem se aproveitar, são oportunistas, não querem ganhar a vida de uma forma legal. Mas tem pessoas ali honestas, que querem ganhar a vida, que querem ter espaço, quer trabalhar, não importa se por um salário mínimo, por 800,00 reais, elas só querem trabalhar, mas aí tem aquela questão se aparecem no movimento dando as caras, aí essa rejeição pode acontecer. Qual a preocupação do patrão? Atestado médico, principalmente em empresa particular, atestado médico para eles é fatal.

Tem alguns pacientes, que depende do paciente que ele está bem, mas tem pacientes que a manutenção é diária e às vezes as complicações. Vai depender do psicológico também, porque se o psicológico dele está bem ele vai depender para muita coisa.

A questão da aposentadoria o que eu te falei fica difícil te falar, porque se eu falar que é ruim em algum momento eu vou estar mentindo para você, mas na hora que eu penso na minha vida pessoal eu estou totalmente atado porque eu não posso trabalhar, eu não posso ter outro serviço, porque se eu tiver outro serviço eu vou perder a aposentadoria com certeza, porque eu seria inválido. Hoje eu não estou mais inválido, eu não me sinto mais inválido, mas na época eu me sentia, por isso

eu comecei a ser voluntário no hospital desde que eu melhorei minha cabeça, desde que eu acostumei com as reações químicas dos remédios.

Tem pessoa trabalhando na informalidade, mas isso não é só no HIV, tem muitas pessoas que querem se aproveitar, mas eu não queria me aproveitar, eu queria ter minha vida tranqüila, ter meu dinheiro, mas você não consegue, ainda mais eu que abri a boca para o pessoal de Vitória que eu sou HIV positivo na época então para mim hoje não dá. Eu sofro as conseqüências de ter aberto minha boca em Vitória, não sou mais aceito no mercado, para todo mundo eu sou o soropositivo. As pessoas sabem, porque mesmo que eu queira eu não vou conseguir.

Vou ser bem sincero para você eu já tentei, porque às vezes a necessidade é tanta que eu tentei trabalhar na informalidade e não consegui. Nenhuma empresa te quer, se você falar que é soropositivo, que você quer tentar, nenhuma empresa te quer!

Por incrível que pareça, eu fico até meio preocupado com isso, esse dias uma amiga minha que tem um restaurante me falou para ir dar uma força para ela porque eu estava em casa e ela não queria contratar ninguém porque seria por dois ou três meses. Menina, você acredita por incrível que pareça que eu não consegui ficar lá? Eu comecei a ficar, mal, ficar ruim, não sei cara, não sei, aí meu psicológico ficou até ruim, pensei: cara, estou em casa estou a toa não sinto nada, começo a trabalhar eu sinto isso. Meu psicológico começou a atuar de uma forma incrível, comecei a ter diarréia, não conseguia sair de casa pegar ônibus, porque essas diarréias minhas também são um pouco psicológico, traumas, de tipo de você nunca ter passado pela situação de estar na rua e ter aquela situação, porque é uma coisa que você não segura, não é possível chegar em casa, não dá! Fiquei em casa três meses trancafiado sem sair de tanta diarréia eu tive, se eu fosse em algum lugar que eu soubesse que não tinha banheiro nem de casa eu saia. Cheguei até pensar em comprar fralda geriátrica para mim, mas isso mais psicologicamente eu morreria. Mas eu hoje, graças a Deus eu estou super bem, se eu te falar que eu to morrendo estou mentindo.

Faz um ano isso do restaurante, aí avisei para minha amiga que não assumiria compromisso com ela, porque sei que ela é chata para essas coisas e eu não

poderia assumir esse compromisso, não quis nem ariscar, preferi não assumir, pedi para ir embora. Era uma grande amiga minha que me pediu para ficar no caixa, fazer coisas simples, trabalhos que qualquer um pode fazer, não consegui!

Depois fiquei uma época indo para lá de manhã porque era bom até para minha cabeça. Ver gente, lá todo mundo me conhece, porque é perto de onde eu trabalhava. Trabalhei muitos anos na SEMUS, todo mundo me conhece. Cada semana estava em um posto, rodei todos os postos de Vitória, na coleta de sangue, era Bombril! Mas eu gosto de fazer o que eu gosto! Hoje eu estou só no movimento e não ganho nada. Lá não me consome muito porque a gente tem reunião uma vez por mês, diariamente a gente fica vigiando o centro de referência, as clínicas, sou voluntário há 11 anos, às vezes até colho sangue lá, como são pessoas soropositivos, então não tem problema nenhum.

O que acontece é o que falei com você é o psicológico, muitas pessoa quando descobrem o HIV positivo se sentem impotentes, acham que o mundo acabou, o chão caiu. São duas coisas diferentes: quando você recebe o diagnóstico e quando o médico fala que a partir de hoje você deve começar a tomar o medicamento, que aí você vai começar a ficar dependente daquele remédio, aí o seu organismo vai começar a receber aquela medicação, aí tem paciente que parece que esta tomando água, mas tem paciente que é tenso a medicação, por isso que a morte hoje está constante, pacientes que não tem tratamento adequadamente, tem muita morte e a gente não sabe e também eles abafam porque o ministério quer priorizar que ta aí, o coquetel está aí, ta tudo bem, nem propagando mais falando em HIV você pode ver que não tem.

Agora que o índice de casos de HIV vai lá em cima. Porque agora todas as pessoas que receberem os diagnósticos serão notificadas, antes as pessoas só eram notificadas quando se começavam a tomar o medicamento.

Hoje é difícil se colocar na cabeça do paciente, porque antes os médicos falavam vamos retardar o tratamento com a medicação porque a medicação é muito agressiva, não vai ser bom para você e hoje eles vem com um argumento contrário

que eles tinham no começo, aí como você vai trabalhar isso na cabeça do paciente? É complicado para uma pessoa que está a muito tempo sem tomar o medicamento, com uma imunidade boa – citou o exemplo do primeiro entrevistado – hoje ele vai ter que tomar o medicamento, porque todos devem tomar, como prega isso na cabeça do paciente? Hoje tem até termo de adesão se o paciente não aceitar tomar ele tem que assinar você acredita? Está na portaria do ministério. Assim, o médico se resguarda porque se acontece algo ele avisou, então o paciente hoje está ferrado.

Mas eu falo com todos meus amigos que estão nessa situação: gente começa a tomar a medicação agora que vocês estão com o organismo bom, porque quando eu comecei a tomar foi difícil, mais complicado, porque aí você tem que tratar, seu psicológico, a oportunista e ainda tem que conviver com os dramas do remédio, que são os efeitos colaterais, que é muito ruim. Eu, por exemplo, estou na quarta combinação, já pulei três combinações, se não der é complicado, porque o vírus já se tornou resistente em três combinações minhas, não posso brincar se vou tomar ou não vou tomar, porque eu vou me perder porque o médico não vai ter combinação para fazer, aí o vírus se torna resistente, aí que muitos pacientes chegam com as complicações e as seqüelas, e aí vem as doenças como a neurotoxo, que é a pior, porque deixa seqüela.

3º Entrevistado (ENTREVISTADO 03):

Uma das entrevistadas emblemáticas desse trabalho, uma vez que essa sofreu a discriminação no trabalho, sendo seu caso encaminhado ao judiciário. Pertence a CAC – Casa de Apoio -, prestando ajuda e realizando seu tratamento neste lugar. Tem 32 anos e trabalha como enfermeira. Segue na íntegra:

Fico feliz em saber que alguém aqui no Estado se preocupou em estudar esse tema. No CAC – Casa de Apoio – hoje tem assessoria jurídica, mas é só orientação. A advogada de lá é muito boa, se esforça, mas ela não sabe muita coisa, eu levo mais coisas para ela do que ela trás. Então, ela orienta a pessoa e encaminha para a Defensoria Pública, pronto, é só isso que eles fazem, e começou ano passado e,

assim, a demanda é muito grande. É muita gente querendo fazer, é muita discriminação e todo mundo fica quieto. Assim, porque tem medo realmente de colocar a boca no trombone, de gritar, espernear, eu falo assim que enquanto a gente ficar quieto a gente vai sofrer isso. Porque o maior problema é que eu acho que não há problema, se a gente não gritar nunca vamos conseguir nossos direitos. Aí o que acontece, lá a gente tem esse serviço que começou na Casa de Apoio, começou a assessoria e agora renovou o contrato e eu achava muito interessante depois você está em contato com ela, porque você vai passar muita experiência para ela, porque ela é uma pessoa maravilhosa e muito esforçada.

E foi ela que me indicou esse advogado, só que acho que o advogado que pega uma causa com um portador do vírus tem que ser sensível a causa e ele é bem estilo trabalhista mesmo, é aquilo que está na lei e acabou. Mas acho que tem que ter uma coisa a mais que é a sensibilidade, a pessoa fica frágil quando ela é discriminada. Eu fiquei muito chateada.

Pergunta: O que aconteceu que gerou esse processo?

Foi assim. Eu até outubro do ano passado estava pela previdência social. Eu descobri a doença em 2011, eu sentia muita dor de cabeça e achava que estava vivendo um momento de stress porque trabalhava em dois empregos, no Estado e no Hospital Meridional, porque eu sou enfermeira. Aí o que aconteceu, eu peguei eu achava que eu tava trabalhando demais, muita dor de cabeça, muita dor de cabeça, até que o desmaiei. Quando eu desmaiei, eu desmaiei no local certo, na hora certa, no momento certo, na UTI onde eu trabalho. Aí fui entubada né? Fiquei no aparelho, essas coisas, e fizeram uma ressonância e deu neurotoxoplasmose. Neurotoxoplasmose já é uma consequência do vírus HIV. Quando aconteceu isso onde eu trabalho todo mundo descobriu. Quanto a todo mundo saber eu não tenho problema com isso.

Mas aí enfim. No dia 08 de janeiro deste ano eu ia voltar, na verdade eu iria voltar em dezembro, mas eu fui ao Meridional e decidi assim tirar as férias vencidas e voltar início de janeiro. Além disso, pedi dispensa do Estado, porque eu não tinha

mais estrutura para voltar a trabalhar no Estado, então eu comecei a entregar meu currículo em outro lugar, porque eu não posso trabalhar em um só lugar porque eu não sobrevivo, aí eu decidi que iria colocar em outro lugar onde eu poderia ter uma flexibilidade melhor de emprego. Coloquei nessa empresa CENTRADE, que é de Home care. Home care não sei se você sabe que tem o paciente que fica em casa essas coisas. Aí eu ia trabalhar de 13h as 17h, era bem melhor do que trabalhar a noite, foi por isso que eu já almejei esse emprego. Falei Legal! Fui, coloquei meu currículo, passei pelo processo seletivo, tudo direitinho, coloquei meu currículo pela internet, aí passei em uma prova, depois teve a entrevista e dentre 15 pessoas fui selecionada. Eu realmente não avisei que era soropositivo, não entrei na questão né? Não precisa de você falar.

Ai tá, a empresa pegou, não pediu exame, não pediu nada. Também do HIV não pode pedir, mas não pediram nem exame admissional, nem passei por médico do trabalho, essas coisas, nada. Aí fui comecei a trabalhar no dia 08 de janeiro. Ela disse: Paula, você vai começar a trabalhar, vai ficar dois dias para pegar a rotina, depois você vai trabalhar normal. Então tudo bem, fiz, fui no dia 08 para pegar rotina, acompanhar a minha rota, que era a rota pediátrica, que eu trabalho com pediatria. Fiz tudo direitinho, aí no dia 10 também fiz a rota, que eu já era funcionário.

Aí dia 11 eu fui, que era uma segunda-feira. Na segunda-feira eu fui na empresa. Aí ela falou – a enfermeira que era minha coordenadora: “Nossa todo mundo gostou muito de você, que bom! A gente gostou muito de você, que você é bem tranqüila, enfim. Só que a gente está com um pequeno detalhe, tem como você aumentar um pouquinho a sua escala de vez em quando? Porque a gente está sem enfermeiro pediátrico.” Eu falei: “Sim, sem problemas”. Ela falou: “Sábado e domingo você tem alguma disponibilidade?”. Eu falei: “Tenho”. Aí tá, quando eu saí ela falou então passa no RH e deixa seus documentos que amanhã você está de plantão que é todos os dias de 13h as 16h. Eu falei tudo bem, até aí eles não tinham falado ainda nem os documentos que era. Aí eu levei o que eu imaginava, que era, carteira de trabalho, identidade, minha filha tem 16 anos então eu sei que não vai ter plano de saúde, essas coisa. Enfim, eu levei o que eu achava que era cabível. Aí antes deu

sair eu dei de cara com uma pessoa que eu conhecia, Fred, ela trabalha comigo lá no Meridional, e ele é o gerente de enfermagem na CETRADE, tem o coordenador e acima o gerente que responde por todo o setor de enfermagem lá. Ele me viu e falou: “Ei Paula”. Eu: “Ei Fred”, fui abracei e eu treinei ele lá no Meridional quando ele entrou. Ele entrou no meu plantão no Meridional e minha chefe pediu para eu treinar ele, porque ele não tinha experiência eu fiz sem problemas. Quando eu cheguei ele: “Ei Paula, que bom que você está aqui, e o que você está fazendo perdida aqui?”. Eu: “Estou fazendo a rota pediátrica”. Ele: “você que vai ser a enfermeira da rota pediátrica?” Eu falei: “É!”. Aí ele: “Tá bom!”. Aí eu fui bebi água e eu vi que ele se transformou né?. Entrei no RH, entreguei os documentos e solicitei um comprovante de que eu estava deixando minha carteira de trabalho lá, elas falaram que não precisava, mas eu falei: “Não, mas eu preciso ter um comprovante de um documento meu”, ela disse não, e eu: “mas eu quero um documento sim!”. Ai ela pegou e fez um documento comprovando os documentos que eu estava entregando. Ainda brinquei assim: Preciso de um comprovante de que estou deixando aqui minha carteira de trabalho, meu comprovante de residência, vai que vocês somem! Ainda brinquei assim! Vai que vocês somem com minha carteira de trabalho e aí? Como que eu vou provar que você sumiu ou não. Aí ela falou: “Você acha que a gente vai sumir com sua carteira de trabalho?” Eu falei: “Não sei, tudo se pode acontecer”. Aí ela me deu o documento, ela foi me deu o check list e eu pedi para ela assinar, levei esse check list comigo. Aí ela falou que precisava que eu abrisse minha conta, porque eu só tenho conta no Banco do Brasil e no Santander e lá é Bradesco. Aí para abrir a conta, eles me entregaram um documento que contava eu como funcionaria a partir do dia 08 de janeiro de 2014, esse documento está nos autos também. Aí esse também já é um comprovante, tem o carimbo lá da empresa, tem tudo direitinho, aí eu fui embora.

Aí sai, quando eu sai, encontrei o Fred que falou: “Tchau Paula, quando você começa mesmo?” Eu: “não, eu já comecei”. Aí ele só passou a mão na cabeça, acho que ele imaginou, “Caramba, como que eu vou fazer para essa menina sair daqui? Porque eu não quero essa menina aqui! Essa menina é um problema para a empresa”.

Aí quando eu peguei e fui embora, isso na segunda-feira, e estava uma colega comigo no carro, ela viu eu entregando todos os documentos, essa menina também é testemunha no processo. Ela também é soropositivo, ela também está com um problema que foi discriminada no trabalho, ela foi mandada embora da empresa porque descobriram que ela era soropositivo e ela me falou: “eu tenho vergonha de falar!” Eu falei com ela: “Gente, mas você não pode ter vergonha não, porque não é pecado!” Mas ela ainda está pensando, não sabe como vai fazer, tem provas, tem tudo, mas também ela está em fase de adaptação, é assim, ela está no início, então até você se aceitar é complicado, ainda mais para entrar com um processo de discriminação.

Pois bem. Quando eu sai e fui embora eu deixei essa minha colega lá no hospital porque ela estava passando mal. Aí chega na terça-feira eles me ligam, 12h, eu ia começar a trabalhar as 13h e falam: “Oh, a partir de hoje você não precisa vim!”, por telefone e continuaram: “Você vai ficar de stand buy”. Eu perguntei o porque e ela disse: “Não você vai ficar em stand buy e a rota foi modificada, mas você pode ficar tranqüila, você vai receber normalmente, seus documentos estão aqui e você vai receber normalmente”. Na hora eu nem me toquei que minha carteira de trabalho estava lá, eu fiquei tão assim, pensando “será que está acontecendo isso comigo” que você não acredita né? Fiquei pensando, “não eu não acredito”. Até que minha mãe me perguntou: “Paula, alguém que te conhece lá do Meridional te viu lá?” Eu falei: “Mãe, eu encontrei essa pessoa”. Minha mãe: “essa pessoa não quer que você trabalhe lá! Você pode ter algum problema, você pode passar mal de novo!”. Eu falei: “Não, não é possível!”. Aí, enfim, foi passando e no dia 28 de janeiro me ligaram. No dia 15 assim eu comecei a desconfiar que ninguém me ligava, aí eu liguei para lá, porque achei que havia uma coisa realmente errada, repetiram: “Não, pode ficar tranqüila, seu salário dia 05 você vai receber”. Ainda pensei, nossa que emprego bom né? Fico em casa e ainda recebo, porque eu não arrumo uns 05 desses? Quero um emprego desses, você ficar em casa e ainda recebendo? (risos). Aí fiquei e no dia 28 de janeiro eles me ligaram e falaram: “Paula, você não precisa vim mais, estamos desligando você”, novamente por telefone. Eu: “sim, ninguém vai conversar comigo? Se eu errei, se eu fiz alguma coisa, se eu briguei? Se eu discuti, se eu tratei alguém mal, ninguém vai conversar comigo?” Ai a pessoa: “Não, não

precisa nem você vim aqui mais!”. Aí eu falei: “e os meus documentos? Eu não tenho nada para receber?” Ela: “Não, você não tem nada o que receber! Você não trabalhou!”. Aí eu: “ah? Eu não tenho nada que receber, eu estava a disposição de vocês!”. Ela: “Não, não precisa vim aqui não!”. Foi aí que liguei para a Cris, advogada na CAC e ela falou para eu não ir lá sozinha, para levar alguém, mandou eu ir lá porque alguém devia me falar alguma coisa, mas mandou que eu levasse alguém.

Aí cheguei lá, parecia cena de comédia. As pessoas estavam com tanto medo de eu entrar. Também se um enfermeiro tem medo, fala que pode contaminar pelo contato, imagina as meninas do RH que tem menos estrutura? Aí entrei me identifiquei, fui com uma amiga minha que também é testemunha no processo. Assim que entrei no RH a menina falou: “Não precisa nem de você entrar, pelo amor de Deus!”. Falei: “Como assim não precisa nem eu entrar?”. Ela continuou: “Não precisa nem você entrar porque você não tem nada o que fazer aqui!”. Aí eu entrei com minha amiga, que também é portadora do vírus e nos gravamos tudo.

Quando eu entrei eu falei que queria conversar com a Melina, que foi a enfermeira que me entrevistou, quero conversar com ela. Mas me informaram que ela não queria conversar nada comigo, eu insisti: “Gente, eu estou querendo descobrir porque eu estou sendo demitida?”. Aí minha colega gravando eu repeti: “Eu preciso saber porque eu estou sendo demitida, porque como profissional eu tenho que crescer e amadurecer. E outra coisa, eu quero minha carteira de trabalho”. Ela: “Não, você não deixou sua carteira de trabalho aqui! Só está sua cópias aqui!”. Ela só estava com minhas cópias, me entregou e queria que eu fosse embora e afirmada que eu não havia deixado a carteira de trabalho. Aí eu peguei e, na inocência, mostrei o meu check list, quase ela toma da minha mão, e pediu para eu devolver, eu falei que só devolveria com a entrega da minha carteira de trabalho. Ainda falou que eu tinha que devolver porque o documento era dela, já que ela que tinha assinado. E ela que é a preposta da empresa e é a voz dela na gravação, o juiz aceitou a gravação na última audiência.

O juiz não me ouviu em nenhum momento, na última audiência eu peguei a falei que tinha essa gravação. Eles alegaram que eu estava encostada pelo INSS e tirei

segunda via de carteira, eles alegaram isso. Eles alegaram que foi um ato de má-fé que eu fiz para que sumisse minha carteira, ele colocou isso. O meu advogado realmente não falou nada. Eu que falei com ele, o juiz não quis me ouvir, mas eu falei o Sr. vai me ouvir, porque eu tenho direito de falar sim, aí ele viu que eu estava sasaricando já com ele, porque ele não me ouvia, ele só ouvia o outro lado. E continuei falando que eu tenho o Direito de falar, porque eu sou a requerente, eu que quero brigar, eles só estão aqui, porque eu estou cansada de me calar, cansada deles discriminando essas pessoas que somos nós. Ainda falei para tomarem cuidado que eu havia acabado de contaminar todo mundo ali dentro. Olha aqui, eu falei, mesmo que eu tirasse outra carteira vocês tinham que dar conta, o documento é meu, eu posso tirar 10 carteiras, o documento é meu, vocês tem que dar conta. Foi aí que eu mostrei o CD e falei que está aqui provando que depois eu conversei com a menina e ela afirmou que o Frederico que me mandou embora porque ele não aceita que eu sou soropositivo, tem tudo dito na gravação. Falei com o juiz que tinha isso, estava tudo gravado, se cabia ele aceitar ou não seria da consciência dele, mas a próxima audiência que a gente vai ter pode ter certeza até Deus vai estar aqui dentro eu falei com ele! Ele falou “Calma, a Sra. está nervosa!”. Eu falei “Eu não estou nervosa não, só estou lutando pelos meus direitos, imagina se fosse um parente seu que fosse discriminado? Porque nos somos discriminados e enquanto a gente não colocar a boca no povo, não aceitar isso, não abaixar a cabeça, a gente não vai conseguir o nosso espaço”, ainda continuei falando que qualquer um ali podia ser contaminado como eu fui, porque eu confiei no ser humano. Aí sai falando, falando, e ele mandava eu calar a boca e eu não aceitava.

Ele chamou as testemunhas, mas não escutou, vai ouvir agora na próxima audiência de terça-feira. Aí estiquei a mão para ele com o CD e falei que cabia a consciência dele aceitar a gravação ou não. E ele aceitou. Aí na gravação da para ver que sou eu, mostra eu, na verdade é um vídeo, da para ver que sou eu, mas não mostra a menina não. Mas mostra a voz da menina, só se ela negar até o fim que era ela. Mas a minha colega que vai testemunhar também escutou do Fred no Meridional que ele jamais daria um emprego a um portador do vírus HIV.

Ainda consegui o comprovante de que eu estava liberada do INSS desde outubro e também entreguei.

Depois um dia nos estávamos de plantão nos dois juntos, eu e o Fred, e ele me chamou e falou: “Sabe por que eu não gosto de você? Eu não vou aceitar você! Você é soropositivo e pode contaminar todo mundo! E aí como eu vou fazer? Com meus funcionários tudo contaminados?”. Aí eu falei: “Se você acha que eu vou contaminar todo mundo então cuidado que eu acabo de te contaminar!” e continuei trabalhando. No Meridional todo mundo sabe, ninguém me trata mal, pelo contrário me vigiam, “Paula tá na hora do seu remédio!”.

Pergunta: Hoje você está bem?

Muito bem, tranquilo. Hoje não é mais coquetel, são dois comprimidos que eu tomo, agora lançaram o três em um, quem começar a tomar o medicamento vai tomar apenas um comprimido. Hoje eu tomo esses dois comprimidos e tenho uma vida totalmente normal, preciso fazer atividade física, porque eu andei engordando, mas também andei comendo muito. Meus exames estão tudo não detectável, CD4 carga viral. Agora quem acaba de descobrir já começa a tomar a medicação justamente para não baixar a imunidade.

O meu quando eu descobri o CD4 estava em 15, estava muito baixo, hoje está em 984. Eu descobri eu já estava na fase bem aguda mesmo. Porque é diferente a AIDS e o HIV. Quem tem o HIV apenas a pessoa tem o vírus, mas não desenvolveu nenhuma doença, eu desenvolvi uma doença que foi a neurotoxoplasmose. Os sintomas da neurotoxoplasmose é a dor de cabeça e eu tinha muita febre, mas não era uma febre que eu colocava o termômetro e aparecia eu sentia muito, muito frio, só que como eu trabalhava em um setor muito gelado eu achava que era do setor, porque onde eu trabalho tem que ficar com uma temperatura abaixo e 10 graus, então achava que era normal.

Com a discriminação eu tive crise de depressão, eu fiquei muito chateada, eu me perguntava porque uma pessoa faz isso. Só queria entender o porquê! Em questão ao trabalho sabe?

Quem me passou eu sei que foi o meu noivo, eu fui noiva há 05 anos foi ele que me passou. Hoje ele é falecido, mas não morreu por causa do vírus, morreu por causa de um acidente de moto. Eu falei assim, gente eu só tive duas pessoas, meu ex marido e esse meu noivo que eu fiz tudo, fiquei com ele 05 anos, eu tenho certeza que eu não pulei cerca, então veio dele. Aí eu fui atrás da mãe dele, porque você tem a necessidade de saber de quem você pegou, e ela confirmou que ele era portador do vírus, mas não quis me contar. Como você faz para matar uma pessoa que já está morta? Eu quis dar na cara, poh, porque ele não me contou? Se ele me contasse eu estaria tranqüila.

Eu acredito que ele não iria me contar pelo fato da minha reação. Tenho certeza que esse era o medo dele. Mas era melhor ter me contado para eu me tratar, não precisava ter passado por nada disso.

Eu ainda estou nesse conflito, como hoje eu vou namorar, vou conhecer uma outra pessoa, eu não tenho coragem de namorar e contra para alguém, porque eu no lugar dessa pessoa sairia fora, sai meu filho que eu não quero não! Eu não deixo nem o fato de outra pessoa chegar perto de mim.

Pergunta: O remédio gera efeito colateral?

Muito. Logo no começo eu comecei a tomar o Caletre, o caletre eu passava muito mal, eu sentia muito enjoô, dor de cabeça, diarréia, diarréia, diarréia, aí meu medico trocou em três meses. Aí ele trocou e hoje eu não sinto nada, nada, nada, só senti que eu engordei demais, engordei 07 Kg. Então a segunda combinação deu certo.

Pergunta: Você chegou a pegar muito atestado?

Eu fiquei de licença por dois anos. Eu fiquei 90 dias internada, eu fiquei sem andar, fiquei na cadeira de roda, até os médicos hoje não entendem porque eu não tenho nenhuma seqüela, porque pegou uma grande parte do cerebelo. A parte paralisada, a perna direita minha ficou sem movimento, fiquei 01 ano mais ou menos sem andar, fiquei dois meses na cadeira de roda, depois eu fiquei na muleta, depois fazendo fisioterapia e ai. Tem um médico que está fazendo o estudo de caso do meu caso, porque ele diz que não existe como que você não tem nenhuma seqüela. É milagre!

Pergunta: E hoje isso atrapalha na sua vida?

Não, só atrapalha nas questões de relacionamento, eu não tenho coragem de me relacionar com alguém, isso é normal. Vivo normal, sou extremamente ativa. Eu me entreguei de corpo e alma e levantei a bandeira para a AIDS. Eu tenho um grupo de adesão, quando a pessoa descobre, porque quando a gente descobre tem a necessidade de conhecer o outro, porque você – apontou para o entrevistador – é diferente de mim, não que eu seja um etezinho, mas conhecer alguém que também teve é um conforto. Nos temos um grupo de 20 mulheres, tem uns 02 meninos e, graças a Deus ano passado eu consegui, todas estão encaminhadas, voltaram a trabalhar, voltaram a estudar, entendeu? Então estão encaminhadas.

Então, tem esse grupo, agora eu estou como coordenadora no CAC e este será o primeiro a distribuir o teste rápido. Não sei se vocês já sabem, foi criado um teste rápido, tipo teste de gravidez, daqui um dia vai ser disponível na farmácia e o CAC será o primeiro, vai começar agora em setembro. Semana passada eu estava até em Brasília, fomos fazer um treinamento. E assim eu levantei a bandeira, saiu uma reportagem domingo.

Hoje eu sou uma pessoa pública, quem me encontrar vai saber que eu sou soropositivo. Eu não queria voltar, estava com muita resistência em voltar a trabalhar por causa disso. De vez quando alguém fala umas gracinhas comigo, mas eu consigo relevar. Teve já um momento que uma pessoa falou: “Eu não vou me deitar com ela porque eu ou me contaminar”. Teve gente que quando eu entrava no refeitório saiu. Então, eu estava muito frágil, hoje eu sou bem forte para isso. E foi

muito bom eu ter voltado a trabalhar, mas eu fico pensando nos colegas que eles não são fortes para voltar ao mercado de trabalho, eles não tem força para isso, isso vai machucá-los.

E ai a previdência social joga esse povo tudo na rua, como eles vão sobreviver entendeu? Isso é a minha preocupação. Como eles tão agindo. Parece que eles tão com o desaposentar, não sei se é esse o nome mesmo, porque agora é uma doença crônica né? Que eles tão falando, então, como vão jogar essa pessoa no mercado?

É interessante pensar nos meninos que já nasceram com o vírus, tem um que conheço que está fazendo enfermagem e ele se preocupa de como ele vai entrar no mercado de trabalho, porque todo mundo sabe que ele tem. E a área de saúde é a área mais preconceituosa, é a mais preconceituosa. As pessoas ainda têm uma resistência porque não sabem, acham que o contato com o outro vai pegar; também a gente não quer ser tratado como um coitadinho, nos queremos simplesmente estar trabalhando, mas o INSS também deveria entender e ter sensibilidade que tem pessoas que tem seqüelas, que não andam, e estão jogadas no mercado e estão tudo trabalhando, vão viver como? Como vão ter uma boa qualidade de vida? Não vão ter! entendeu?

Eu assim, tenho uma preocupação muito grande com meus colegas, porque eles foram jogados para o mercado de trabalho, estão trabalhando, tem dias que dá, tem dias que não dá. Eu mesma tem dias que realmente eu não estou agüentando, estou cansada, então como eu tenho uma equipe muito boa, quando eu estou cansada eles me deixam quietinha. É do vírus isso, essa instabilidade de humor, essas dores na perda. Eu já consigo lidar muito bem, mas e quem não consegue e tem que trabalhar o dia inteiro? Porque realmente tem que sustentar sua família?

Acho que deveria o juiz estar decidindo isso e não os médicos, porque os médicos eles não querem nem saber. Eu fui negada quatro vezes, foi aonde eu disse que não queria mais. Eu tinha dois anos de INSS e fui negada quatro vezes. Eu fiz tratamento psiquiátrico, eu tomava vários remédios antidepressivos e dava muito sono, como que eu ia para um hospital, administrar medicamento, cuidar de um

paciente se eu não estava bem emocionalmente? Aí eu fiz um recurso e o recurso foi negado. Foi aí que eu decidi largar, jogar esses trem tudo fora e voltar a trabalhar.

Foi aí que eu fui conversar no meridional e pedi um mês e eles me falaram que eu possuía férias vencidas. O medico do trabalho falou para eu tirar esse mês e vê se dava para voltar, porque ele falou que não podia me deixar voltar tomando esses remédios, é perigoso para você e para o paciente. Aí pedi o prazo de um mês para jogar os remédios fora e voltar.

Aí em voltei em 15 de janeiro e dia 08 de janeiro já tive esse problema. Foi aí que voltei a tomar meu antidepressivo, mas foi bem tranqüilo. Eu pedi para o advogado para colocar isso, para sensibilizar o juiz. O psicólogo me deu uma declaração relatando esses problemas que voltei a ter devido a discriminação sofrida, aumentei a intensidade de ir lá. Eu fiquei muito chateada e muito triste com isso e o psicólogo falando que era normal as pessoas terem esse preconceito.

Sorte eu tive uma família que me aceitou, a minha família é maravilhosa, ela me aceitou, minha mãe me aceitou muito bem, acho que isso é importante, a família estar ajudando, mas enfim.

A minha reportagem fala que eu peguei do meu noivo, uma pessoa que eu confiava, o índice de mulheres casadas com HIV aumentou muito. Eu tinha uma intimidade com essa pessoa, ele não tinha um motivo porque, ele sabia da minha conduta, como que eu era, não tinha o porque. Conhecendo a minha conduta profissional saberia como eu sou, mas ele realmente não quis, me rotulou, falou que eu sairia contaminando todo mundo. Isso que me deixou triste, magoada. Eu levei os laudos para o advogado.

No dia 29 – dia da audiência da entrevistada - vamos fazer essa sensibilização, porque enquanto as empresas acharem que podem isso não vai mudar. Mandar a gente embora porque descobriu, nos não vamos dar um basta. Esqueci de uma

coisa, sumiram com minha carteira! Eu passei um período em Rondônia, eles que se virem para assinar minha carteira lá? Eles vão ter que dar um jeito!

Muita gente passando por isso. Tenho uma amiga que passou no concurso da polícia e fizeram o teste do HIV e não pode. Ela não pode entrar no concurso. E ela não sabe o que fazer.

Se torna tão normal a discriminação que eu sou isenta de IPVA e na minha carteira vem escrito, esses dias um guarda me parou e pediu para fazer o bafômetro e me perguntou porque eu era isenta e eu falei porque eu era soropositivo, e ele falou que eu não precisava fazer o bafômetro, ainda brinquei com ele que agora eu posso beber a vontade porque eu iria contaminar o aparelho dele que se fosse ele não deixava mesmo não, aí minha amiga que mandou eu parar. Mas ele tava com medo, mandei ele não chegar perto porque pega. O preconceito é tão normal, tão normal que acaba gerando risos. É muita falta de informação!

Quando eu falo as pessoas me perguntam se eu tenho certeza que eu sou HIV, aí eu pergunto: “Por quê? Quem tem HIV está escrito na testa, tem que andar com um rótulo vermelho para identificar?”. Aí as pessoas falam, mas você é normal. Aí eu pergunto: “Por quê? Tem que faltar uma perna?”

No grupo de auto-ajuda eu sempre falo que eles só serão felizes no momento em que se auto aceitarem, se não se aceitarem não serão felizes, tem que quebrar o preconceito contra vocês mesmo, porque a gente tem um preconceito contra nos mesmos, tem essas coisas, enquanto nos ficarmos quietinhas no casulo, não vai conseguir viver mais, você vai ficar 24h pensando em AIDS. Eu não vivo mais pensando em AIDS, só lembro mesmo quando eu tenho que tomar remédio, como um hipertenso, um diabético, como qualquer outro.

Pergunta: Diante de sua fala, você acha que as pessoas que não tem psicológico para encarar o mercado de trabalho deveria ser um caso analisado pelo INSS?

Sim. Eu acho que a questão psicológica atrapalha muito. As pessoas ficam ali guardadinhas, com medo, muito medo, medo de entrar com o mercado de trabalho. Pior que o INSS faz perícia com clínicos gerais, nem mesmo com infectologistas, eu peguei o nome de todos que fizeram minhas perícias e fui atrás descobrir e todos eram clínicos gerais.

Eu concordo em voltar a trabalhar, porque o trabalho ajuda. Acho que cabeça ociosa dentro de casa pensa bobeira, é inimigo do corpo. Mas eu acho que deve estar analisando quem a gente vai colocar para o mercado de trabalho, entendeu? Não é sair jogando todo mundo, uma pessoa que tem problema psicológico. Eu fui exceção porque eu consegui resolver esse problema, jogar fora os remédios depressivos, porque na área de saúde você está lidando com vidas, como colocar no mercado uma pessoa com problemas psicológicos? Olha o risco que se coloca o paciente?

Eu voltei para o trabalho, fui muito bem aceita onde eu voltei, a equipe é ótima, aceitou numa boa, ninguém nem pergunta, até hoje assim tiram dúvida comigo em relação de como pega, como não pega. Tem alguns colegas que perguntam, “a partir de hoje como você vai namorar, pelo beijo não pega?” Profissionais da área da saúde, inclusive médicos já vieram me perguntar. E eu explico que não pega, explico que tem uma porcentagem claro, se tiver uma ferida na boca, você também, no pênis, a carie não é porta de entrada. Tem que ver o CD4, carga viral, tem que estar explicando isso, porque não é todo mundo que sabe o que é CD4, carga viral, a forma de estar se contaminando. Aí eu falo que hoje eu tenho que estar me prevenindo porque eu não posso me recontaminar, isso existe e eles não sabem.

Aí eu fui bem tratada, mas se a pessoa é mal tratada, ser totalmente discriminada, ser isolada, imagina como ela iria encarar, eu não ia agüentar trabalhar. Aí o INSS me joga para lá, não pode, o INSS deve estar analisando sim essa parte psicológica, é o que mais importante.

Não seria nem caso de aposentar, mas de deixar afastada por um tempo para essa pessoa melhorar. Mas aí tem outra questão e quando ela voltar ela vai continuar a

ser discriminada? Não ia ter como voltar trabalhar, agregar o trabalho. Eu pelo menos penso que eles têm que começar a analisar melhor essa parte.

4º Entrevistado (ENTREVISTADO 04):

Eu acredito que essa decisão aí – entrevistada se referindo a decisão do TNU - é um reflexo, porque a gente tem pessoas né? Um movimento social em várias instancias nossas. E a gente tem um rapaz, chamado Renato da Matta, eu acho que se você quisesse aprimorar o seu trabalho deveria entrar em contato com ele. Ele tem uma ligação direta com o pessoal da previdência, do Ministério lá. E, assim, isso é uma vitória nossa através dele, porque na época em que não estava mais aposentando ele fez assim, de quem estava com processos já na defensoria federal, ele estava pedindo os processos, que levasse, fez uma peneira, então, assim, eu acredito que isso é vitória dele. Ele é uma pessoa vivendo com HIV/AIDS.

Na verdade deveria ser um movimento só, mas existe a fragmentação, que ao meu ver, falando de movimento, acho que isso fragiliza o movimento. Então hoje existe a rede jovem, daqui a pouco a rede de idoso. Penso que deveria ser uma coisa única – criticou o movimento jovem ao qual pertence o primeiro entrevistado. Então, ele – falando do primeiro entrevistado – esta na rede jovem, afastado das minhas reuniões da rede de adultos, vamos dizer assim, entendeu? Mas, no meu ver, não existe rede de jovens, a rede é conhecida como Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV/AIDS, ela é a nível nacional, a gente tem um secretariado, entende? Bem, é isso aí. Mas participo, eu a meu ver somos todos de um movimento só aqui no Estado.

Pergunta: Há quanto tempo possui HIV/AIDS?

Pois é, já vai fazer uns 20 anos que eu sou pessoa vivendo com HIV.

Pergunta: Já usa o medicamento?

Não. Eu usei logo no começo. Eu comecei a fazer o tratamento, só que no Rio de Janeiro, né? Porque lá eu tinha pessoas conhecidas e a gente acredita sempre que Rio de Janeiro e São Paulo sabem mais do que Espírito Santo. Aí fui lá fiz, aquela coisa toda, e fiquei um ano fazendo tratamento no Rio de Janeiro, na Santa Casa, como Dr. Mario Bonjardim Castelo Branco, é um bambambam do bambambam. Também fui paciente da Dra. Chantau, tenho muito orgulho de dizer que fui paciente dela, ela morreu em um acidente de avião e foi uma perda muito grande.

Então assim, eu, que no Espírito Santo eu usaria mais remédios, lá comecei a usar menos remédios, o bom foi isso. Eu tinha na época três planos de saúde para você ter uma idéia, eu tinha o XXXX, YYYY, e eu tinha um outro lá no Rio de Janeiro, uma tal de ZZZZ, que também cobria HIV. Então tudo que é economia, jóia minha foram para o HIV né?

Então. Aí eu fui participar de uma campanha. Naquela época tinha muitas pesquisas. Aí eu fui participar de uma pesquisa, ser voluntária, fui indicada para participar dessa pesquisa americana, só que quando fizeram a bateria de exames, na verdade eu já sabia né? Eu não pude participar porque eu tinha hepatite C. Aí fui e sai. Então assim, iriam ficar sem medicamento, foi nessa que eu parei de usar por causa da pesquisa, mas aí tive que sair por causa do vírus C.

Aí eu to sem o medicamento até hoje, faz 10 anos que estou sem o medicamento, mas eu vou voltar devido ao novo protocolo, agora todo mundo tem que tomar o medicamento.

Pergunta: Os medicamentos têm efeitos colaterais?

Tem. Nossa tem um tal de Estocrim – é o que fica em um vidrinho na geladeira – que eu tomei uma época, que assim eu briguei com todo mundo da minha família. Você fica louca, alucinada. E os efeitos colaterais mais enjoadinhos são a Lipodistrofia, que acelera o envelhecimento precoce né? Para mulher é fundamental né? Assim, tem colegas que eu, por exemplo, eu não consigo ficar muito tempo

sentada, porque a gente não tem mais músculos sabe? Então isso é muito chato mesmo.

Pergunta: O que o vírus atrapalha na sua vida?

Ah, preconceito. O preconceito é fuminante.

Pergunta: Você trabalha hoje?

Não. Logo naquela época eu fui uma das aposentadas. Eu consegui me aposentar, até porque eu tinha o vírus C né? Estava fazendo o tratamento. Porque já na minha época para aposentar teria que ter uma doença oportunista, que seria no meu caso a hepatite C. Então foi por isso que facilitou minha aposentadoria. Na época também era mais tranqüilo porque não tinha uma perspectiva de vida.

Pergunta: Depois você nunca mais precisou fazer nenhum exame do INSS?

Pois é. Não. Aposentou aposentou. E eu sei que a aposentadoria por invalidez não seria assim a vida inteira inválida. A falha do INSS é não estar monitorando as pessoas. É até injusto com outra pessoa, com outro cidadão, que as vezes é merecido se aposentar também, mas ninguém sabe do nosso problema da época.

Pergunta: Se você decidisse voltar ao mercado de trabalho você acha que seria fácil?

Então. Por isso que eu vi que eu não ia morrer. E o meu ex-marido também, eu não tinha vida, passei um tempo vivendo para o meu ex-marido, porque ele ficou acamado, ficou quatro meses dentro de um hospital. Então assim, as decorrências tudo aparecendo, tudo aconteceu com ele. Vivi muitos anos para ele. Aí, se estabilizou, a cabeça muda, ele sempre me proibiu disso, disso e aquilo, porque é aquele homem que te deixa dentro de casa, me trancava dentro de casa para eu não sair. Então assim, fiquei para trás, mas trabalhando em uma escola de uma conhecida minha de muitos anos, que ela tinha uma certa intimidade, a minha

aposentaria é de um salário mínimo, ninguém vive com um salário mínimo! Então assim, eu era uma voluntária no serviço dela, foi aí que ela me deva o suporte para sobreviver, porque eu tenho uma filha.

Aí que eu vi que eu era capaz. Mas eu tive Hepatite C, fiz tratamento pesado, pior que o de HIV. Então assim, depois disso abri minha mente para voltar a estudar. Voltei a estudar, porque eu quero sair dessa aposentadoria por invalidez, porque eu tenho vergonha de falar que eu sou aposentada por invalidez! Porque eu não sou inválida! Eu quero, eu gosto de trabalhar, eu preciso de trabalhar. Eu acho que o ser humano tem que estar em movimento, tem que trabalhar. E aí eu vou divergir, eu acho, que se alguns colegas, porque o ser humano por si só não quer saber de trabalhar, brasileiro principalmente, não quer saber de trabalhar, quer viver de cesta básica né? E da mesma forma no movimento também existem pessoa que não querem, eles querem cesta básica, se acomodam.

Pergunta: O que você acha da aposentaria por invalidez a pessoa vivendo?

Eu penso que só sendo HIV positivo não daria Direito a aposentadoria. Eu se fosse um juiz eu não daria. Infelizmente, eu como juiz não daria, eu sei de todos os encargos, eu sei, de toda a situação que a gente tem, precisa faltar várias vezes para ir a médico, para o empregador eu entendo que é complicado você ter um funcionário aidético, não com HIV, até mesmo com HIV, ainda mais quando usa o SUS. Não sei se eu vou te confundir, por exemplo, eu vou para o SUS, minhas consultas são no SUS, eu vou para a consulta, aí depois eu tenho que ir, porque lá só marca agora, antigamente existia, no tratamento de HIV, aquele infecto tratava de todo seu organismo, agora não, ele só quer saber da sua carga viral, CD4, mais nada. Se você está com problema neurológico, se for agravante é tudo por unidade básica de saúde. Entendeu? Precisa de uma chapa? Vai para a unidade básica de saúde, então lá você tem que fazer a outra metade do tratamento né? Porque os médicos também não estão dando conta, está tudo superlotado, não tem como dar mais aquele tratamento.

A aposentadoria gera ainda mais preconceito. Esse cartãozinho aqui Luana, esse cartãozinho a gente tem Direito a passe livre de Vitória. Olha, por várias vezes, eu já quis ir futucar a justiça para poder parar porque para poder parar com esse preconceito. Porque eu mostro isso daqui eles olham para minha cara. O cobrador já duvidou: “essa carteirinha aí é sua mesmo?” entende? Então, assim, é chato para mim, o ônibus está lotado e eu tenho que ficar dando satisfação? Por causa dessa carteirinha aqui. E a carteirinha dá vermelho, eu passo, dá vermelho, de propósito, porque é eles que fazem, isso daqui não é automático, eles que tem uma travinha e liberam, quando é o outro comum não, mas esse não, eles que liberam para mim passar. Eu já bati boca com o cobrador. Eles já me barraram, aquele verdinho, 110, já me barrou, “não você não vai passar!”, “que carteirinha é essa?” e ônibus cheio, eu passei uma vergonha, mas uma vergonha que você não tem idéia. Eu já fiquei parada em um percurso da avenida vitória até aqui, entendeu? Aí discuti, discuti e discuti e passei, eles querem isso mesmo: constrangimento!

Pergunta: Em relação ao movimento, o que você observa lá sobre esse assunto? Eles conseguem ter uma vida normal?

Bom, o pessoal novo, eles se escondem bastante, se escondem muito mesmo. Porque geralmente, oh, para você ver, para passar um pente fino nas nossa reuniões tudo gente da antiga, e geralmente mulheres, porque a mulher encara isso melhor. O homem, procura se esconder o máximo possível e, se for profissional da saúde, se escondem o máximo mesmo, não vem em reunião. O preconceito é muito grande mesmo!

Tem outra, não se pode pedir HIV nos exames admissionais, mas ali eles tem como saber. Porque tem relatos assim, da gente, por exemplo, as firmas terceirizadas são danadas assim para fazer isso, entendeu? Tive caso assim que 70 na hora de fazer o exame, a única que não passou era soropositivo, 70 passaram, as irmãs dela passaram, mas ela não passou. Eles dão um jeitinho lá na hora do exame.

Aqui, na ultima pergunta, deixa eu te explicar, essa visão é uma visão nossa que agente tem um esclarecimento melhor, mas não é a visão da massa que tem HIV,

eles querem se aposentar. Não sei se eu falando isso vai ser bom para eles ou ruim para eles, eu sei que de uma forma geral, nem sempre o que é melhor é o que eles querem. E mais, eles não param de trabalhar, é só uma complementação, então assim, é justo? É justo com a previdência? Não é justo!

Essa lei que fizeram agora do HIV é justo? O problema não é só do HIV, o problema é de tudo, para que ter Estatuto da Criança? Para que ter Estatuto do Idoso? A Constituição já não diz tudo? Para que tratar diferente?

Uma coisa que você tem que se atentar bastante é que o HIV está ligado a condições financeiras, condição social da pessoa, entendeu? É a massa, gente muito pobre mesmo, sem instrução, entendeu? Se você for um dia nas nossas reuniões você vai ficar assim: gente, você não sabe nem que existe aquelas pessoas ali, de tão pobre, ao extremo mesmo, entende? Então assim, como vou colocar essa pessoa que não tem nem o que comer dentro de casa para trabalhar? Entendeu? Complicadíssimo!

5º Entrevistado (ENTREVISTADO 05):

Pergunta: Tem quantos anos?

Tenho 38.

Pergunta: Tem a doença há quanto tempo?

Há 11 anos. Descobri doente, aí me tratei hoje eu vivo com o vírus. Sou hoje portador do vírus, não sou doente mais. Só descobri porque fiquei doente.

Pergunta: Faz uso do medicamento?

Faço o uso, descobri fazendo o uso.

Pergunta: Tem efeitos colaterais?

Sim, tem vários efeitos. Na verdade nós chamamos de efeitos adversos. São vários efeitos. Por exemplo, a Lipodistrofia, que deforma o corpo de certa forma. Tem lipoatrofia e lipodistrofia. Tem também a questão da alteração das gorduras e açúcar no sangue, algumas pessoas vivendo, com o passar do tempo adquirem diabetes, outras tem elevação dos níveis de colesterol. Tem também outras questões como, eu tenho baixo nível de vitamina D no sangue, então eu faço suplementação com vitamina D, para que eu não tenha desgaste. Porque muitas pessoas elas tem desgaste nas articulações, aí ficam com deficiências por não tratarem. Eu como sou uma pessoa atenta e esclarecida busco sempre me tratar, já participei de encontros de efeitos adversos onde se trata da questão da demência né? Porque o próprio vírus, independente da medicação ele já tem um efeito degenerativo no organismo, então ele trás o envelhecimento precoce, a questão da demência e que a medicação acelera. Algumas pessoas hoje já fazem reposição hormonal, ou seja, para você fazer um tratamento com qualidade, com qualidade de vida com HIV você tem que ter dinheiro, porque se você não tiver dinheiro você vai sofrer todas as mazelas que essa medicação venenosa pode trazer. O SUS oferece medicação antiretrovirais, o restante não, por exemplo, remédio de triglicérides que eu tomo não.

Outro nível também é o caso das pessoas após um tempo de medicação serem diagnosticadas com câncer, linfomas e, tem um câncer que é específico dessas pessoas: sarcoma! Então, existem pessoas que vivem com HIV que com o tempo, independente de elas estarem com a medicação ou não, algumas pessoas aparecem e já são diagnosticadas com esses vírus, tumores cerebrais, nesse sentido. Também tem outra questão, a alta taxa de infarto né? Devido a questão dessas gorduras gera infartos fulminantes e tal, então as pessoas hoje não morrem mais de AIDS na sua maioria, as que morrem, nos temos 11 mil pessoas que morrem hoje no país de HIV/AIDS ou por diagnóstico tardio ou por resistência a terapia, elas se cansam, não querem mais de tratar, não querem mais tomar medicação ou porque já descobriram a doença muito tardiamente aí não tem mais tempo para se tratar, eu sou uma exceção porque descobri tardiamente, pelos médicos eu não estaria aqui, mas eu reagi né? E depois do vírus eu fui concluir o ensino médio, tinha um ensino médio incompleto, conclui e fui para a faculdade e me formei em serviço social e hoje trabalho na área de serviço social.

Pergunta: E hoje o vírus atrapalha a sua vida?

Atrapalha. No meu trabalho hoje não porque hoje eu antes de assumir, porque eu tenho um cargo político, eu sou, já sabiam e me aceitaram. Porém, em outro emprego que eu tive, quando eu revelei para a coordenadora, onde eu trabalhava como assistente social, que eu era HIV positivo, aconteceram coisas, que de repente, estranhamente eu fui demitido, sem uma justificativa. Se eu quisesse dizer, que foi por preconceito ele poderiam alegar que não porque eu tive problemas com usuários do serviço que reclamaram de mim, poderiam usar isso como argumentação. Mas assim, uma coisa que me despertou é que logo que eu disse, porque tinha um usuário HIV positivo, aí minha coordenadora veio conversar e eu disse: “Pois é, a gente precisa trabalhar isso, porque eu também tenho, eu sou uma pessoa que vive com HIV e eu fiz faculdade”, duas semanas depois eu fui demitido.

E assim é muito comum a questão do preconceito na área do trabalho, quando se descobre né? A resistência. Até no meio clínico, médico né? As vezes você vai fazer uma cirurgia você é discriminado, o médico não quer fazer e ter um certo cuidado, porque eu sei que sou e estou avisando que sou enquanto ele faz várias cirurgias em pessoas que são e ele não sabe e se tiver um acidente perfuro cortante não tomarão os cuidados que deveriam tomar com qualquer um né?

Mas enfim, eu trabalho, 12, 14, quanto a atividade laboral eu tenho mais que uma pessoa normal, trabalho 12 a 14 horas por dia, porque eu trabalho na secretaria de assistência e aí a demanda é constante, 24h, as vezes na madrugada você precisa ser acionado.

Pergunta: Caso você fosse demitido hoje, é difícil realmente arrumar um novo emprego?

Sim, é difícil. Eu até acho que, eu sou a favor dessa decisão, de que a pessoa independente de estar doente ou não tem que ter um recurso, eu acho que isso forçaria talvez o governo tomar medidas de incentivos fiscais e educativos para que

as empresas recebessem esses funcionários, como é o caso das pessoas com deficiência né?

Se amanhã eu ficar desempregado, em uma situação difícil e conseguir, com meu tempo de contribuição estar encostado no INSS isso vai pesar para os cofres do INSS e eles vão sentir a necessidade de trabalhar a questão da educação e o combate ao preconceito para que essas pessoas vivendo tenham possibilidade de trabalho, enquanto o movimento social faz o trabalho dele de incentivar essas pessoas a buscar uma vida melhor e mostrar que a vida não acabou né?

Pergunta: A discriminação existe?

Sim. Na família, na escola, na sociedade, até em um relacionamento afetivo, se a pessoa souber que você tem o vírus ela tem uma resistência muito grande, mas se ela não falar que tem o vírus, como eu sou uma pessoa aparentemente sadia, saudável, todo mundo vai sair comigo, vai querer fazer sexo, sem o uso do preservativo. É isso também que fica, ou seja, você tem AIDS e eu não quero ficar com você, você eu não sei se tem ou não, mas eu quero ficar com você porque você parece que não tem, você ta gordo! Então é mais ou menos isso.

Outra visão interessante é essas pessoas em relação a quem tem HIV. Você tem HIV você vai morrer, eu não tenho HIV eu não vou morrer nunca, vou viver eternamente. Enquanto na verdade eu que tenho HIV já enterrei muito que não tinham, que morreram muito mais jovens que eu. Eu estou com um primo agora em casa, sofreu um acidente de carro dia 03 de maio, novo, teve traumatismo craniano, está em processo de recuperação mas reconhece, mas não fala nada com nada, profissional da área de informática, bom emprego, então, quer dizer, eu que tenho HIV represento o risco porque o HIV mata, mas aí o câncer não mata? A esclerose múltipla não mata? Hepatite não mata? O acidente de carro não mata? Então é ter uma vida normal, com segurança claro, com prevenção, mas não tendo essa questão do rotulo, do estigma dos anos 80, 90, que é isso muito que fica.

Pergunta: Me conta um pouco da sua história de sua superação?

Então, quando eu me descobri eu estava na Europa, morava na Europa e já fiquei internado lá. Entraram eu contato com a família aqui, vim para o Brasil, a família no início não sabia o que fazer, meu pai teve uma certa resistência, hoje não, mas no início tinha, até de trocar roupa de cama, se eu sentasse na cama tinha que trocar roupa de cama, meu sabonete tinha que ser separado e aí veio a questão das despesas, porque eu não conseguia me encostar pelo INSS na época, porque meus pais tinham renda que não justificariam o benefício, no caso, meu tempo de contribuição em Portugal, eu entrei até na justiça para tentar receber, porque eu era registrado em Portugal e na verdade depois descobri que eles não estavam contribuindo com o INSS em Portugal, eu tinha meu tempo de contribuição, mas não do meu último emprego, meu último emprego que eu tive lá por tempo de contribuição vai contar com a aposentadoria daqui e eu praticamente fui deportado, porque eles me colocaram no avião, sem direito a nada, sem uma assistência previdenciária, do hospital me transferiram para o Brasil, por eu ter família. Mas assim, todo o hospital, inclusive o serviço social do hospital sabia que eu trabalhava, minha patroa ia me visitar lá, que me deu assistência, então como estava a questão trabalhista desse menino para a gente mandar ele para o Brasil? E eu não tinha segurança previdenciária nenhuma lá, apesar de estar trabalhando e contribuindo para o país. E aí eu vim procurei o INSS aqui, 6º departamento de tratados internacionais, alguma coisa assim, mandaram documento para o Brasil, para tentar aposentadoria por Portugal, aí foi negada e não recorri. Aí diante de toda a dificuldade, a dificuldade me impulsionou para buscar uma saída, porque ou eu me entregava e morria ou eu né?

E um ano depois da descoberta do HIV eu tive uma síndrome muito rara e grave também, chama Síndrome de Guiambarre, fiquei tetraplégico e tive que depender dos cuidados da família e depois dessa síndrome que eu fui levantar, reaprender a andar e tudo e fui fazer ensino médio, conclui o ensino médio, na minha cidade, que é Anchieta, eu morava lá na época, depois morei aqui, agora voltei para lá. Na minha cidade, uma amiga me visitou e disse enquanto eu me trancasse em casa as pessoas não vão aprender a lidar com você, porque você fica naquela questão do autopreconceito, ou você sai para rua e vai mostrar sua cara e dizer que quem tem

AIDS não morre ou você vai morrer em casa. Aí eu sozinho, leigo, com ensino médio completo, fui pesquisar sobre HIV, montei uma palestra e fui para as escolas da cidade falar sobre HIV, que eu tinha HIV. Eu fui a primeira pessoa com HIV do meu município a se assumir para toda a cidade, isso há 10 anos atrás, porque ou eu fazia isso ou eu ia morrer. Aí eu fui fazer palestras nas escolas, aí, aquela juventude de 10 anos atrás, que hoje já são adultos, aprenderam a conhecer o HIV, que HIV não é cabeça de bacalhau, que ela existe mesmo e fui concluir meu ensino médio, fiz vestibular para a faculdade Salesiana, passei, sem condições nenhuma de pagar, ganhava um salário mínimo e pagava um salário de faculdade e pagava aluguel porque eu morava sozinho, tinha conflito atrito de família e tal e aí trabalhava na prefeitura, então eu pagava uma mensalidade e ficava devendo duas, juntava pagava uma, mandei um carta para o reitor da faculdade contando minha estória de vida toda nessa situação, ganhei uma bolsa de 50% da instituição, assim mesmo pagava uma e ficava devendo uma. E todos os dias eu levava coisas para vender na faculdade, biscoito. Na faculdade eu não me assumia, até porque os professores pediram para que eu não me assumisse, talvez por medo também de perder alunos né? Hoje eu faço essa reflexão. Pessoas que não iam querer estudar na sala de uma pessoa vivendo com HIV. E no segundo semestre da faculdade eu consegui uma bolsa remanescente do Prouni e aí fiquei 100% até o final do curso. Me formei, fui trabalhar e hoje também trabalho com o movimento social, com as ONG's aqui no Estado, prestando tipo uma consultoria com as ONG's aqui no Estado e em seguida fui trabalhar em Anchieta, a quase 02 anos presto serviço lá.

A síndrome que tive ela é relacionada a alguma reação viral ou uma depressão muito forte, que acho que esse foi mais o meu caso, porque foi o primeiro ano que eu descobri, meu pai não aceitava muito bem, parecia que o mundo estava desabando. É o processo que toda pessoa vivendo com HIV passa pelo mesmo processo, de conhecimento. Esse processo de conhecer, de se aceitar, de pensar assim: "Eu me aceito, se alguém não me aceitar ele não é digno da minha amizade, dane-se!". Você entendeu? Nesse processo que eu adoeci dessa síndrome que ela é auto-imune, não aparece. Mas assim as taxas do HIV estão controladas desde 2004, desde essa síndrome, carga viral indetectável, CD4 muito bom, porque eu sou chato para o tratamento. E hoje, graças a Deus, eu tenho plano de saúde, vou a

endocrinologista, vou a psiquiatra, vou a cardiologista tudo no plano, a única coisa que ainda uso público é o infecto da UFES, porque lá que eu comecei e eu gosto do tratamento de lá, mas se houver encaminhamento para qualquer outra especialidade eu uso meu plano, por questão de agilidade e tal. Então eu sou muito atento com meu tratamento.

Eu tomo medicação uma vez por dia só para o HIV, só de manhã tomo 07 comprimidos de uma vez só, mas ai acabou, já cheguei a tomar 38. Agora está chegando o 3x1 e, quando chegar aqui no Estado, porque agora só tem em Porto Alegre e Manaus, aí eu vou tomar 2 comprimidos por dia. De 7 vai para 2. Isso melhora a adesão né? Até a questão de você abrir uma caixinha de comprimidos, o que que é isso? Aí você tem que inventar uma desculpa.

Pergunta: O que o(a) Sr.(a) acha em relação a aposentadoria por invalidez e as pessoas vivendo com HIV/AIDS?

Sim. É o que eu estou dizendo, para os vivendo com AIDS eu sou a favor da aposentadoria com aquela perspectiva que eu te disse: como você vai se tratar se você não tem renda nenhuma? Né? E como você vai fazer com que o profissional fique no meio onde as pessoas não o aceitam né? Se eu fui demitido por HIV, por ser portador do HIV, a empresa conseguiu passar a imagem que não foi por isso e aí? Esse profissional tem que ser amparado porque ele precisa continuar o seu tratamento, então vai depender do INSS, junto com o Ministério da Saúde, trabalhar as questões, junto a OIT ou o Ministério do Trabalho também trabalhar a questão da informação dentro das empresas e dizer que a pessoa com HIV pode ser tão útil como qualquer outra, com a diferença que uma vez a cada três meses ele vai precisar faltar para ir ao médico. Mas se você perguntar para minha chefe hoje quem é o melhor funcionário dela, ela vai te falar sou eu, porque eu quero fazer a diferença! A gente também precisa trabalhar a questão das pessoas vivendo, de que eu não sou um coitadinho, então que qualquer dor de cabeça eu não fui trabalhar, então eu não fui trabalhar porque eu estou triste, etc. entendeu? Deles usarem a má-fé, porque existem pessoas HIV mal caracteres também, que usam de má-fé. É uma questão que precisa ser pensada né? De uma forma, interministerial vamos

dizer, tanto aqui como em Brasília para pensar de que forma a gente vai conseguir trabalhar isso? Uma equipe multidisciplinar que atenda os serviços trabalhando nessa questão da auto-estima dessas pessoas vivendo, para além da questão da medicação, porque AIDS não é só remédio, tem questão social, psicológica, assistência social precisa estar envolvida, a saúde precisa estar envolvida, psicologia mais do que nunca. A pessoa vivendo com HIV precisa, se ela fizer atividade física 1 hora por dia, se ela tiver uma alimentação balanceada, ela vai sofrer muito menos as questões adversas da medicação, vai ter uma perspectiva de vida como qualquer outra, sem nenhum risco de morrer antes de qualquer pessoa, mas ela precisa entender isso, e aí? Só que aí o governo hoje entende que é dar remédio para todo mundo e só isso basta. E não é! A gente vive em uma sociedade conservadora, excludente, que só serve a ovelha branca tipo bíblia mesmo, tal sem ferida, sem nada, se ela tiver um chifre, se ela tiver uma macha ela não serve mais. É assim que a sociedade trata, não só pessoa vivendo com HIV, mas presidiário, profissional do sexo, o gay, a lésbica, então assim, a gente precisa aprender a respeitar as diferenças e que essas pessoas entendam que é possível perfeitamente tudo, graças a Deus hoje nos temos pessoas com HIV formando em medicina, outras que já se formaram em serviço social ou se graduando a nível superior. Porque até pouco tempo tenho HIV e vou morrer e se guardavam para morrer, porque não tinham perspectiva de nada, de uma vida laboral e produtiva, só que as empresas também precisam entender isso, que nos podemos produzir, que nós somos, que tem pessoas com potencial para contribuir com qualquer empresa.

Muitas pessoas me ligam. A pouco tempo ligou um funcionário da secretaria estadual de saúde que, eu não cheguei a conhece-lo pessoalmente, mas que ele trabalhava em um setor, descobriram que ele era portador do vírus aí começaram a: olha só você tem que lavar a mão com álcool ta? Toda vez que você pegar aqui você lava a mão com álcool. Ele foi me contando, e todo da ele me ligava, 1h da manhã, 11h da noite e eu prontamente claro, ia conversando com ele até que transferiram ele de local para Vila Velha, para o setor da Secretaria de Saúde de Vila Velha porque lá ninguém sabia, tipo assim, jogaram o problema para outro lugar e ele já estava a ponto de, e ele era contratado não podia fazer nada né? Designação temporária, não podia fazer nada. E outras histórias mais, de pessoas que tentam

suicídio né? Agora mesmo em Guarapari teve um caso, a policia militar existe o teste de HIV quando existem normas e leis que proibem a exigência do teste para exercício de trabalho. E aí ele entrou com uma liminar na época do concurso e conseguiu e não fez o teste, só que conseguira, derrubar a liminar e quando fez, descobriram que ele era HIV, ele estava no curso de formação, entraram na sala de aula e o tiraram: sai, você não faz parte mais da corporação, porque você tem HIV? Imagina isso na frente de todo mundo, da policia militar. E aí quantos estão lá que já entraram e não são pedidos os testes. Nas forças armadas eles também estão pedindo o teste, mas eles procuram colocar em funções tipo administrativas para não ir para o campo, para treinamento, muito complicado.

Eu nem sou contra aquele que é preconceituoso, porque o preconceito é você ser contra aquilo que você não conhece, a partir do momento que eu te dou condições de conhecer, aí sim, aí eu vou poder te cobrar que a coisa não é tão feia como se pensa.

6º Entrevistado (ENTREVISTADO 06):

Pergunta: Quantos anos o(a) sr.(a) tem?

36.

Pergunta: Quanto tempo possui o vírus?

Eu descobri vai fazer 03 anos, falta um mês para completar 03 anos, mas pode colocar 03 anos.

Pergunta: Já faz o uso da medicação?

Já, tem 02 anos e meio. No meu caso eu fazia sempre os exames, aí quando eu fiz que eu detectei, aí fui fazendo a carga viral, CD4 já tava lá embaixo, então quer dizer o meu baixou de uma hora para outra. Fazia direto o exame e não dava nada,

fiz no outro ano e já deu. Quando deu positivo, procurei um infecto e pedi vamos fazer a carga viral, CD4, CD8 e tal e já estava lá embaixo já.

Depende de pessoa para pessoa, tenho um amigo que tem o vírus há 08 anos e ainda não toma a medicação porque os exames deles não baixam, estão ótimos.

Eu acho que o meu maior grande problema é o fator emocional. Que faz assim baixar, porque eu sou muito estressado, muito ansioso, apesar de não parecer, as pessoas falam “nossa você é tão calmo”. Só a gente sabe como a vida de professos é difícil.

Não é uma vida normal possuir HIV. O problema é que você não morre disso, você morre em decorrência disso. Olha só a quantidade de remédio, isso aqui porque ainda tem dois que estão em embalagem secreta, que são os específicos, esses são colesterol alto, etc – e mostrou um pacote com cerca de 07 caixas de medicamentos – gasto um horror de medicamento por mês. Tem um aqui que é terrivelmente caro, para 30 dias 120 reais.

Pergunta: E esse remédio específico tem efeitos colaterais?

Demais. Aqui pressão alta, colesterol, triglicérides, tem tudo. Estou com um problema de uma dor de cabeça medonha, hoje mesmo eu estou com dor de cabeça, repara o meu rosto como é que ta assim inchado e essa dor de cabeça não tem uma causa específica, eu acabei de fazer uma tomografia computadorizada ali, mas a medica falou que isso daí é normal, estou com dois cistos, mas ela falou que não é motivo da minha dor de cabeça, falou para fazer só para ver se precisa tirar, mas a dor de cabeça é causada por esses remédios! Cefaléia eles falam.

Dos específicos tomo dois só.

Então dá muito efeito, um sono horroroso! Hoje de manhã nossa para levantar. Tinha que levar o carro para fazer alinhamento, balanceamento eu falei assim não

eu não agüento. Eu levantei, fui ao banheiro e falei: não, não tem condição! E voltei para cama para dormir. É um sono, um sono, um sono.

No meu caso me dá muito cansaço, nossa se eu tiver que levantar muito cedo, tipo assim, tem um viagem ou um compromisso que você tem que levantar 4 ou 5h da manhã, meu Deus do céu. Menina e se eu tenho que levantar a noite para ir no banheiro?

A gente faz questão de sigilo. Menina, deixa eu te contar um tempo atrás, essa você não sabe ainda, muita coisa eu te contei, do problema de ir ao médico, do problema de pegar o remédio sem que ninguém veja, porque tipo assim a gente não tem como botar um atestado específico. Para pegar a liberação para um exame eles tem que saber para que que é! O plano de saúde quer saber para que é!

Sabe o que me aconteceu? Eu com esse problema dessa dor de cabeça, fui no hospital evangélico, a hora que eu fui ser atendido, aí o medico falou “você precisa fazer um exame de sangue, vou te pedir um raio x da face e tal e uma tomografia do crânio. Aí menina, na hora que foi tirar meu sangue, que eu olho, uma mulher que eu conheço, ela é péssima, encrenqueira. Menina, na hora que vai tirar meu sangue veio ela: “eu te conheço!”, ela pegou o prontuário da médica de requisição dos exames, aí estava assim o primeiro era do hemograma, ela virou e estava lá: “tomografia computadorizada, paciente portador do vírus HIV, com cefaléia constante, necessita de tomografia”, tipo assim, ela foi futucar para ver o que eu tinha, nossa aquilo ali me deixou desesperado, porque essa mulher é amicíssima de um grupo que eu freqüentava, e essa menina teve um problema de caráter. E quando ela se afastou desse grupo ele dividiu aluguel com minha prima de primeiro grau. E minha prima hoje, mora em apartamento emprestado da minha irmã. E eu acho que elas ainda tem contato. Eu fiquei tão desesperado! Minha família não pode nem pensar em saber. Deus que me livre! Meus pais são velhinhos, acho que é um sofrimento para eles desnecessário. Mas aí eu vi um cara da ouvidoria do hospital, aí eu precisava falar com esse cara, e esse cara super atencioso, resolvendo probleminhas, morria de ligar para lá e não conseguia falar com esse cara, fui lá pessoalmente em um dia que eu estava de folga e falei com ele que eu não queria

me expor, “sou uma pessoa muito séria, sou profissional, sou soropositivo, justamente uma pessoa de índole duvidosa, que eu conheço fora daqui, foi tirar meu sangue e olhou”, aí expliquei para ele, falei com ele “não sei se é melhor conversar com ela ou se é melhor até deixar assim, porque ela vai sair daqui e vai comentar com outras pessoas, isso eu tenho certeza!” Aí ele falou assim: “então eu vou chamar, vou conversar, porque aqui ela nunca deu problema”. Aí ele conversou com ela e no final do dia ele me ligou: “falei com ela, conversei abertamente, falei para ela não expor, que era uma questão ética, que você pode acionar a justiça contra ela, caso tenha algum tipo de exposição”, mas como é que eu provo? Pode ser que ela já tenha falado com todo mundo, mas que ninguém tenha chegado para mim e eu não saiba disso. Porque já aconteceu um caso de um enfermeiro amigo meu chegar e falar: “cuidado com aquele ali, porque aquele ali faz tratamento onde eu trabalho”. Aí tipo a gente já sabe que tem uma pessoa que tem, entendeu? Porque um enfermeiro falou, e esse enfermeiro, tipo assim, é uma pessoa renomada, conceituada, e todo mundo acha que ele é extremamente ético e fez esse comentário para a gente. Aí a gente pensa: “realmente o fulano, ele era gordo, emagreceu, passou por um período com dores, não sei o que!”. Aí o cara lá falou que conversou com ela, mas você imagina como eu fiquei? E como você não vai falar com e medica que você tem?

Pergunta: Então a discriminação ainda tem?

Demais! Discriminação e principalmente o preconceito.

Trata-se de pessoa suja, que contamina o ambiente. E outra coisa, um dia a gente estava conversando sobre essas blitz que tem, menina, a gente falando que eles param os motoristas em uma ignorância, uma coisa horrorosa, aí eu falei que eu me sinto mal, porque eu sou uma pessoa tão correta, tão íntegro para minhas coisas, pago meus impostos em dia, faço de tudo para não prejudicar ninguém e eles tratam como se a gente fosse bandido, sabe? Gente o que custava ser um pouco mais, é uma ignorância, uma vez eles colocaram uma metralhadora na minha cara lá na Lindemberg. Aí né? Uma professora virou e falou: “Eu acho super correto, porque não está escrito na testa quem é bandido e quem não é, por exemplo, eu sou

enfermeira, a gente tem que tratar todo mundo como se tivesse o vírus da AIDS, o HIV”, como quem diz assim, que não pode tocar, ela fez esse comentário, nossa na hora!

Você acredita que a mulher, minha oftalmologista, sempre insistiu para eu fazer a cirurgia, a mulher gananciosa feito o bicho. Na ultima vez ela queria porque queria fazer cirurgia no meu olho. Minha filha, quando eu falei da dor de cabeça e tal, para ver se era problema na visão e tal, a mulher fez realmente isso dá, na tora, ela falou assim: “você tem algum problema de saúde?”, eu falei “olha, doutora, eu tenho problema de pressão alta, problema de colesterol e sou soropositivo, faço acompanhamento com infectologista e tomo antirretroviral”, nossa a mulher mudou a face e ela falou: “não vale a pena você fazer a cirurgia!”. E ela, como ela ainda tinha que me examinar eu via que ela estava constrangida, porque se ela fosse lá pegar uma luva ia dar na cara que ela estaria fazendo isso por causa do problema de saúde.

Agora essa médica que eu to vindo aqui, aqui pertinho, ela é ortorringolaringologista, ela fez minha cirurgia do nariz há muito tempo atrás. Ela é ótima, ela tem um carinho, ela abraça. O cardiologista também, ele é maravilhoso!

Deixa eu te falar, eu acho válido comentar: tem uma mulher que trabalha comigo a noite, que há 10 anos ela sabe que ela tem o vírus e o caso dela já desenvolveu mesmo. Então a comunidade sabe que ela tem. Menina, você acredita, ela é coordenadora, o diretor não dá as atividades que ela deveria fazer, ela não tem credibilidade, ela passa por uma pessoa que só esta ocupando aquele cargo, mas não tem competência, exatamente porque ela tem o problema e todo mundo sabe. Aquela mulher é um lição de vida! Ela tem problema de esquecimento, ela tem problemas emocionais, qualquer notícia ela chega e chora. Ela não tem estrutura para trabalhar! Antes ela era linda, agora ela está um barril e o cabelo dela é aplique, porque caiu tudo!

Quando eu descobri eu me recolhi, mas cada um reage de uma forma, amigos meus tiveram efeito contrário. Engraçado é que meu amigo que mais me deu apoio quando eu descobri, me confortava, todo o discurso que ele tinha ele jogou no lixo e

meio que surtou, desesperou assim que descobriu também a doença. Quando é com a gente é diferente!

Os efeitos colaterais são muito, até mesmo estéticos, mas decidi que é Melhor ficar feio e vivo e gordo, do que ser morto e bonito; se não tomar o medicamento a vida vai levar.

Eu estava gordo, e comecei a emagrecer, emagrecer, perdi 11 Kg, todo mundo que me via. Pior que cair na bobeira de passar maquina na perna, fica pior ainda. Mas está bom, dizem que eram muitos comprimidos, hoje eu só tomo dois comprimidos.

Essa menina que trabalha a noite comigo, ela toma remédios fortíssimos, ela falou que já teve que trocar várias vezes, e falou que hoje um comprimido que ela toma equivale a 23. Eu fico dando uma de bobo para colher informação também para mim.

Pergunta: O que vírus hoje atrapalha no seu trabalho?

Primeiramente o acompanhamento médico que eu não tenho como fazer. Os efeitos colaterais porque às vezes eu não me sinto disposto, mas eu tenho que ir. O desgaste emocional que eu tenho, às vezes eu não consigo administrar o problema pessoal, com os problemas profissionais entendeu? Às vezes a pessoa está me passando uns problemas eu to com a cabeça longe e não pode deixar ninguém perceber. O meu sono no trabalho é uma coisa insustentável, mas é o efeito colateral eu acho.

Estou em uma fase muito ruim, com esse monte de remédio, dessa questão de acordar de manhã, não tem motivação para trabalhar, para nada. Ixi, agora toda semana eu dou um jeito assim, uma semana eu vou no médico de uma coisa, outra semana eu vou no médico de outra.

Detalhe, eu estou tomando um remédio anti-depressivo, um daqueles remédios ali é um anti-depressivo. No final daquela caixa ali se eu não melhorar ele falou assim

que ele vai me encaminhar para um psiquiatra. Estou debilitado pelo emocional. Eu fiz uma lista do que eu estou passando, até anotei aqui:

- Dificuldade de se concentrar nas coisas;
- Esquecimento – eu não era assim;
- Isolamento – eu tive esse efeito de me retrair, quanto mais dentro de casa, melhor;
- Dificuldade de socialização - As pessoa me irritam demais, qualquer coisa já tomo ódio da pessoa, penso tenho tanta coisa para me preocupar, que aí a pessoa me afronta, me faz eu sentir mal, eu nem quero ver mais;
- Carência excessiva;
- Negatividade;
- Melancolia;
- Excesso de irritação;
- Sem paciência em casa e com alunos – tem vezes que meu sangue ferve, tenho vontade de voar em cima da pessoa, você acredita? Nossa, essa semana a menina me mandou tomar naquele lugar, aqui, meu rosto ficou pinicando de tanto ódio da menina;
- Dificuldade de dormir a noite – porque fica pensando, pensando e pensando, aí demora para pegar no sono né?;
- Sono diurno fora do normal – uma coisa assim horrorosa;
- Sensação de desespero, pânico, ansiedade sabe? Qualquer coisa, o negócio nem aconteceu eu já estou quase pulando da ponte já;
- Taxas alteradas – essas taxas assim, sobem e descem é uma coisa assim incrível;
- Alteração de peso, no caso emagrecimento – isso aqui é uma coisa também que o povo fala “nossa você emagreceu tanto!”, direto! Em um casamento que eu fui, uma colega nossa, professora, extremamente deselegante ela foi falou: “Nossa, como você está magro!” na frente de todo mundo, um comentário maldoso e, esses dias atrás eu encontrei com ela na outra instituição que trabalho e ela tornou a fazer o comentário;
- Oscilação da pressão arterial – é um horror administrar aquele monte de remédio, assim, os específicos eu tomo um as oito da manhã, outro oito da noite e o outro antes de dormir, independente da hora que vou dormir que é o Efavirenz, aí tem aquele anti-depressivo que eu to tomando junto com o Efavirenz, os de pressão alta eu tenho que tomar café da manhã e tomar depois do café da manhã, os de

colesterol, são sempre após o jantar, entendeu? São 07 ao todo. Menina, eu fico doidinho. Agora tem aquele outro que eu to injetando, porque eu falei que anti-alérgico com corticóide eu não iria tomar, entendeu aí ela me deu aquele de injetar no nariz, que é uma coisa horrorosa, eu tenho pânico de injetar coisa no meu nariz;

- Dor de cabeça – tem vezes que gera aquele enjôo, não é uma enxaqueca, é causada por aquele negócio mesmo;

- Enjôos esporádicos;

- Diarréia sem explicação – acho que esse aqui está o fator emocional, de uma hora para outra, eu to muito bem, me alimentando regularmente com o que eu sempre como e do nada, minha filha, tenho que sair desesperado. Quantas e quantas vezes que a gente sai e dá problema e eu tenho que sair desesperado para procurar um lugar, coisa de ficar doido. Às vezes sai para ir na praia, já fui ao banheiro, nossa é um desespero, um desespero.

- E outra coisa que ta me acontecendo que eu não sei explicar Suor excessivo nas axilas, mesmo após o banho, mesmo sentindo frio. Igual eu estava na Argentina, com menos 5 graus, menina se eu tirasse uma camisa estava a marca do suor. O negócio escorre. A noite eu acordo e estou todo molhado e está piorando.

No inicio estava tudo normal eu virava e falava: Gente, eu não tenho nada! Não sinto nada, eu estou normal!

Tipo assim, eu cheguei começando a tomar a medicação, eu descobri em setembro, aí até sair os resultados todos foi mais os menos em dezembro, aí no mês de janeiro que eu tiro férias eu sai para viajar, curtir, fui para o rio de Janeiro de carro, fiquei 20 dias viajando e não levei o exame no médico. Quando eu voltei nele ele falou assim, “nossa você tinha que ter vindo aqui, você sumiu, o que que aconteceu?” porque ele olhou aquele exame e falou “vamos fazer de novo porque você vai ter que começar a tomar a medicação. Aí eu fiz de novo, aí até que saiu os resultados e tudo, no começo de abril eu comecei a tomar, era para ter começado antes.

Esse ano, porque eu não estava conseguindo administrar, eu aluguei uma casa mais perto do meu trabalho, para poder ir e voltar, porque eu não consigo levantar de manhã. Eu ia e voltava, mas ano passado sofri um acidente de moto e fiquei com muito medo, qualquer coisa que me aconteça, no dia que bati com a moto eles

queriam me levar para o hospital eu disse “não, não, não, quero ir não!”, tipo assim, porque se eu tiver que falar um antibiótico, um negócio, eu não sabia o que fazer. Aí eu não estou nem andando com a moto, de tanto medo de acontecer alguma coisa, só uso o capacete para pegar o remédio - risos.

Pergunta: E conseguir no emprego é fácil?

O problema é que eu não consigo, porque aquelas taxas alteradíssimas ali. É difícil até conseguir assumir um concurso público, porque vai dar problema quando eu fizer os exames na hora de assumir.

Saiu uma pesquisa no jornal nacional a um tempo atrás que os casos tem aumentado e eu acredito. Tem um cara que é amigo meu, ele se separou da mulher, mas se ele não tivesse se separado? Toda vez ele vai atrás de mim me procura e se eu não insistir não precisa usar o preservativo. Acho que o caso de eu ser uma pessoa muito séria, entendeu? Transmite uma confiança. Tem um cara que é apaixonado por mim, e é sempre uma dificuldade convencer o outro de usar preservativo, aí ele falou: “se a gente for morar junto não tem que usar não né?” e eu falei que claro que tem que usar.

Hoje sinto a carência de ter uma pessoa ali comigo, pensar que nunca mais eu vou poder ter ninguém assim, é triste! Eu namorava uma pessoa e eu tinha que me trancar no banheiro para usar o remédio. E ele falou uma vez: “você está escondendo alguma coisa de mim? Você tem alguma coisa para me contar que você não me falou ainda?”, como eu vou chegar para uma pessoa dessa e contar, o cara me mata, me mata estrangulado se ele sabe que eu tenho um negócio desse!

Meu medo é que você insiste em usar o preservativo a pessoa já começa a desconfiar que tem algo de errado ali. Eu explico que tem que usar, é uma questão de higiene, questão que já faz parte do dia-a-dia, normal, não existe mais fazer sem, não tem como, tem que usar, eu falo assim, não tem como não usar.

Então, e uma coisa que botei na cabeça é não tentar descobrir, eu não vou me desgastar com o que passou, saber de onde veio, como veio, eu sempre tentei me preservar, mas se aconteceu, eu vou desgastar me preocupando com o futuro.

Pergunta: O que você acha sobre a aposentadoria por invalidez para a pessoa vivendo com HIV?

Eu acho assim que seria excelente pelo fato de que você precisa de um acompanhamento constante, eu preciso. E eu não consigo administrar a questão de trabalho com acompanhamento, fator emocional, psicológico, os efeitos, os problemas todos que foram falados aqui entendeu? Com a pressão do dia-a-dia de trabalho.

Eu tenho um problema, eu deveria estar fazendo uma atividade física, mas não estou fazendo, porque o meu custo de vida é muito alto, para compensar eu trabalho muito, em três horários por dia, e eu não posso me dar o luxo de dispensar um horário.

Sabe o que eu queria, para falar a verdade, eu não queria aposentar para ir curtir a vida não, eu queria só me cuidar, para eu poder estar vivo mais tempo. Poder ir aos médicos, esse exame eu tive marcar para hoje – fala de um exame de cabeça que fez no CDI no dia de sábado – dia que eu deveria estar cuidando das minhas coisas, porque, para não ter que sair em um horário de trabalho porque eu não tenho como botar um atestado. Nossa eu já vi, você coloca um atestado, as coordenadoras futucam na internet para descobrir o que é que a pessoa tinha, e aí como você apresenta o atestado de um infectologista? E ele fala que se eu precisar é só ir lá que ele dá o atestado, mas eu nunca quero.

Tenho sorte que no meu infectologista há outros médicos. Eu tenho pânico de ter que ir em outro médico onde só tenham pessoas específicas, porque eu me preservo muito. Como onde o meu atende tem 10 ortopedistas e ele é clínico geral e infectologista, aí quando me chama por nome eu já entro mancando para fingir que vou a um ortopedista, com o capacete na mão ainda. Eu falei isso para ele ele quase

morreu de rir. Meu infectologista falou que tudo que é questão emocional, que não tem necessidade de trocar os medicamentos, porque as taxas estão normais.

Hoje eu pago dois planos de saúde, porque quando eu comecei eu tinha o XXXX, mas vários médicos descredenciaram. Aí hoje eu fiz outro que fica de retaguarda, porque não posso usá-lo para o HIV, porque não pode falar para o plano que eu tenho essa doença pré-existente e eu não ia poder fazer. Então eu terei que pagar os dois. Assim, eu gasto coisa de 500 reais por mês com plano de saúde, fora a medicação, eu estou ficando doido.

7º Entrevistado (ENTREVISTADO 07):

Pergunta: Quantos anos?

32 anos.

Pergunta: Quanto tempo possui o vírus?

Eu descobri fiz 01 ano, vai fazer um ano em setembro.

Pergunta: Já faz o uso da medicação?

Na verdade olha só. Tipo assim, até dezembro meus exames estavam muito bem, a carga viral, CD4, estava tudo perfeito. Eu fiz um agora, um está bom e o outro ta mediano, ta assim baixo, aí ela falou assim, olha, nos vamos fazer um outro em outubro se continuar desse jeito ou diminuir você vai ter que começar a tomar a medicação em outubro, ou seja, já entro em pânico já? Entendeu?!

No meu caso eu fiz e já estava quase precisando tomar, mas eu estava vivendo um momento de stress muito grande, naquele ano passado, eu estava trabalhando demais e estava muito estressado. Então assim, eu acho que isso influenciou muito a minha baixa de imunidade. Só que como estava em quinhentos e pouco eu não precisei tomar ainda, aí depois eu fiz um outro e estava em seiscentos e pouco, ou seja, já tinha baixado, eu tava bem. Então assim, isso é muito relativo.

Olha só, a gente está vivendo um inferno. Quem diz assim que é mentira, que vive bem, que tem uma vida constante, eternamente, de Aids você não vai morrer. O médico fala isso para mim! Ai ai...

O meu problema é diferente, eu tomo remédio para dormir, depois que eu descobri isso eu não durmo mais. Se eu não tomar meu rivotril mesmo com tantas miligramas eu não durmo mais entendeu? Porque a minha cabeça fica martelando a noite inteira entendeu? Então assim, de manhã para acordar é uma loucura, acordar 6h da manhã sobre efeito de rivotril! 4 miligramas eu tomo entendeu? Então não é qualquer um que toma 4 miligramas, de manhã é uma loucura, um inferno!!

Pergunta: A discriminação ainda existe?

Vou te contar no trabalho. Teve uma vez a tarde em uma escola eu trabalho a tarde, teve uma professora até muito culta, elegante, enfermeira, falou um comentário tipo assim “ainda bem que não tem ninguém que convive com a gente com HIV, que não tem ninguém com HIV aqui no trabalho”. Então, se ela soubesse que eu tinha ela não teria a mesma amizade.

Eu necessito de sigilo por questões profissionais e familiares.

Eu faço acompanhamento também com um cardiologista porque minha pressão subiu muito, depois que eu descobri isso. Eu assim, eu fiquei com marca-passo, entendeu? A doença abala a gente emocionalmente. Hoje, por exemplo, eu to bem, a minha pressão está 12, não estou tomando a medicação para pressão e para nada, estou malhando muito, entendeu? Mas o psicológico meu, acabou! Entendeu? Eu não tenho mais prazer! Eu sempre fui o responsável em todas as escolas, continuo sendo, mas eu parei de ser metódico, tipo assim, aí eu posso colocar um atestado hoje? Posso? Então eu vou colocar! Entendeu? Antes eu jamais botava um atestado, nunca botava!

Eu sei que ainda estou na “zona de conforto”, porque ainda não faço o uso do antirretrovirais, mas o meu pensamento desde que descobriu a doença “vou aproveitar hoje porque amanhã não sei se estarei aqui. Quero aproveitar o momento realmente”. Passei a cultuar a questão estética, porque se eu começar a tomar o remédio vou ficar gordo, feio. Tipo se eu tenho 20 reais hoje eu vou aproveitar para gastar esses 20 reais. Eu vejo que eu vou morrer daqui a pouco! Mas ninguém sabe que eu tenho o vírus e enquanto eu puder fazer com que as pessoas não saibam eu vou fazer.

Sinceramente, nossa vida é um inferno! Pensa no dia que tem que buscar remédio, eu não sei como eu vou fazer para pegar. Meu amigo coloca o capacete na cabeça e ainda consegue ir lá pegar, por causa do constrangimento, mas eu nem capacete tenho, nem moto tenho! Só tenho carro!!

O médico falou que tem que continuar a atividade física. Me acabo na academia, de 10 da noite até meia-noite eu fico na academia malhando, porque eu tenho facilidade enorme para engordar, se eu começar a tomar esse remédio eu vou virar, com certeza uma baleia. Barriga, braços finos, entendeu? Depois de começar a tomar esse meu corpo vai acabar.

Pergunta: O que vírus hoje atrapalha no seu trabalho?

Questão de acompanhamento da doença. A gente não pode pegar atestado de infectologista, para não parecer que temos o vírus, mas quando a gente pode ir no médico. Eu peguei atestado de 10 dias outro dia e eu não queria trabalhar e não queria voltar a trabalhar, porque eu fiquei dois meses afastado devido ao júri popular de Cariacica e depois eu voltaria 07 dias antes para o período de recesso, mas eu não tinha animo para voltar.

Não estava afastado pela doença não, mas porque eu fui convidado para participar do júri popular de Cariacica. Eu seria jurada no caso.

Nosso medo de pedir um auxílio-doença é pela exposição, porque nesse momento nossa instituição de ensino vai ter que saber o porque a gente está se afastando.

Tenho muito medo da exposição! A cidade que trabalho é pequena, o perito conta para a cidade inteira.

Pensa você estar em uma sala infernal, com um monte de crianças, você com todo seu problema emocional, sofrendo, ninguém sabe, e você precisar de um auxílio da administração, da coordenação e não ter. Tipo assim, a gente sai da escola sem querer voltar mais. Para você ter uma idéia eu queria largar o emprego, eu queria ir para outro, entendeu? Porque a gente vive um estresse na escola, entendeu?

Pergunta: E conseguir um novo emprego?

Creio que eu consigo ainda porque minhas taxas estão normais.

Tem uma coisa que tenho que contar. Esses arrepios que estou tendo, de repente tenho diarreia, creio que é um fator emocional. Mas eu não sinto nada fora isso!

Eu não estou preparado psicologicamente para começar a tomar o medicamento. Vejo o sofrimento dos meus amigos! E para pegar o remédio? Eu vou sofrer ta? Porque eu vou ter que encarar muita gente. É um monte de gente que eu conheço que o cara é infectado. É muita gente! E esse número é só as pessoas que sabem, fora as pessoas que não descobriram ainda. 4 ou 5 mil está no jornal. Eu leio muito sobre isso. E hoje não é só os gays não, as mulheres também tá? As pessoas não querem usar preservativo, como eu sou uma pessoa de caráter eu não coloco a vida do outro em risco, mas não é todo mundo que faz isso.

Nessa profissão nossa, tipo assim, eu estava até ficando com outra pessoa, e ele até falou para nós namorarmos. Como que eu hoje vou poder me entregar em um relacionamento com uma pessoa que eu acho que não tem o vírus? Como eu vou tomar os remédios nos seus horários certos para a pessoa não descobrir? Se eu contar para a pessoa a pessoa vai terminar comigo imediatamente! Ela termina!

Eu e meu amigo estávamos fazendo outro dia uma conta de quantos nos conhecemos amigos que já se foram entendeu? E esse é o meu desespero! Foram um monte! Pessoas belíssimas, corpão, braço, peitoral.

E falo mais a quantidade de pessoas que se propõem a se deitar com você sem preservativo é muito grande. Eu ouço direto que não é legal chupar bala com a embalagem. As pessoas querem fazer sem mesmo e com isso o vírus se espalha cada vez mais. E eu me desespero que eu não sei onde eu peguei, porque eu sempre use preservativo! O que aconteceu comigo? Eu sinceramente não sei da onde veio.

Pergunta: O que você acha sobre a aposentadoria por invalidez para a pessoa vivendo com HIV?

Eu entendo que quando o INSS possivelmente abre essa possibilidade eles também fecham a oportunidade também para um portador entrar no trabalho também, você entendeu? Então assim, minha única preocupação com isso daí é nesse ponto. Agora eu também sou a favor, no caso eu tenho mais de 10 anos de contribuição de INSS, então assim eu sou totalmente a favor, acho que deveria se aposentar sim, porque depois que eu começar a tomar os remédios realmente eu não sei também qual vai ser a minha estrutura, minha reação, talvez eu nem queira tomar, assim, eu vou ficar um osso, eu sei que vou ficar, eu sei que vou ficar gordo. O médico falou que tem uma redistribuição de gordura no corpo.

Sei que é só malhar, mas para malhar eu tenho que ter tempo, não posso trabalhar em três horários. E para eu ganhar um salário decente, adequado eu tenho que dar aula em três horários, eu não posso dar aula em dois horários. E como eu trabalho em três horários tendo um problema desses psicológicos. Tem horas que eu quero chutar tudo, mas não podemos, eu não posso abrir mão nem de um horário.

Aceitei a situação porque não tem mais retorno, sei das conseqüências, porque vejo em amigos meus o que pode acontecer comigo. Tinha que voltar essa questão das aposentadorias, porque a gente viver afastado pelo INSS em laudos não é bom. E

onde eu sou contratado vai fazer como? Falar que você vai faltar e um olhar assim horrroso.

Eu lasquei um de 10 dias lá, falei assim, não quero nem saber, mas sei que elas futucam para descobrir o que era. E os CIDs era diarreia, mal estar, porque não pode colocar o CID mesmo do HIV. Por exemplo, eu fujo da minha infecto, quando ela quer me dar atestado, e ela quer me dar, mas eu falo que não preciso.

Além disso, tenho pânico no dia de ir na infectologista, porque é muita gente, mesmo sendo plano, eu fico extremamente constrangido sabe? De passar por aquela situação. Tem mães com crianças e outras pessoas também, mas de vez em quando a gente encontra um conhecido lá.

8º Entrevistado (ENTREVISTADO 08):

Sugerido por uma das entrevistadas fomos a procura da pessoa vivendo com HIV/AIDS desde 2000, Ativista nas causas PVHAS, Membro da RNP+Brasil, Membro da Comissão de Direitos Humanos OAB/RJ, Membro da Secretaria Executiva do Fórum de OGNS/AIDS do Rio de Janeiro, Coordenador(a) da Articulação Política do Grupo pela Vidda Niteroi, Criador e Moderador(a) do e-grupo G.A.S+/Grupo Apoio Soropositivos. Sua formação é de engenheiro(a) elétrico, porém atualmente é um(a) militante muito envolvido nas questões previdenciárias relacionadas a AIDS. Devido ao seu histórico não necessitou muitas perguntas para a conversa fluir:

Quando descobri a pizei, tentei suicídio, fiquei 15 dias em coma, 30 dias em um hospital psiquiátrico até que em um dia 24 de dezembro decidi que precisava me levantar, mas não foi nada fácil. Porém, eu consegui e atualmente sou um nome na luta pelos interesses das pessoas vivendo com AIDS, porque luto pelos nossos Direitos.

Na esfera previdenciária posso te contar que em 2011 fui informado que o Instituto Nacional de Seguridade Social chamaria as pessoas que se encontram aposentadas

para realizar nova perícia e desaposentar, conforme necessidade. Imagina? Assim que eu soube, entrei em contato com o Ministro da Previdência Social e consegui marcar uma audiência com ele para tratar do assunto. Na reunião estavam presente várias pessoa como o procurador chefe, médicos peritos, etc. Comecei informando ao ministro que não estava lá para brigar, mas que juntos poderiam corrigir várias injustiças, aí contei para ele a injustiça que ocorre quando o médico do trabalho diz que o contribuinte não está apto para o trabalho e o perito do INSS diz que está. Isso é covardia com o trabalhador! Ficamos sem salário para se tratar. O ministro me escutou e gostou dos meus argumentos e começou a me ajudar nessa luta.

Assim, uma vez chamei o mesmo ministro para participar de um seminário sobre o tema HIV/AIDS e ele foi. Aí estávamos sentados e eu comecei a argumentá-lo: “Acha que ter AIDS é tomar um comprimido e está tudo bem?” e, comecei a mostrar ao ministro pessoas destruídas pela AIDS, por exemplo, aquele não anda por causa da AIDS, aquele está de muleta pela AIDS, dentre outros.

A minha maior dificuldade foi que o Ministério da Saúde, juntamente com muitos ativistas, sempre tentaram provar ao mundo que viver com AIDS era a 8ª maravilha do mundo, assim as pessoas acham que viver com AIDS é tranqüilo. Tive que desmentir isso! O vírus em si já mata, antecipando o envelhecimento.

Por isso, procurei pessoas importantes, como por exemplo, Alexandre Barbosa, infectologista especialista em HIV/AIDS e pedi ajuda. Este foi até o Ministério em Brasília e expôs que a AIDS é um doença crônica degenerativa e não uma doença crônica controlada. Isto porque o vírus se recolhe ao sistema nervoso central o que pode levar, por exemplo, a um envelhecimento de 10 a 15 anos. Esse infectologista, possui vários vídeos dele no meu site, demonstrou por termos científicos o que realmente é a AIDS.

Com isso, conseguimos uma grande evolução, porque foi aceita uma mudança nas diretrizes de perícias médicas – em anexo a esse trabalho. Portanto, o próprio INSS reconheceu que a forma de realização das perícias devem ser alteradas, não é apenas o CD4 que deve ser analisado como era anteriormente. O que quero dizer, é

que o perito deve analisar as taxas sim, mas também a profissão, a evolução da doença, a idade, etc.

Porém a luta continua, estou em várias frentes de luta. Uma necessidade, após a alteração das diretrizes será a capacitação dos peritos. O Doutor Alexandre se comprometeu em capacitar os peritos em São Paulo e eu no Rio de Janeiro, porque os peritos precisam entender o que é a AIDS e as conseqüências de se viver com essa doença. Para defender e ser aceito nesse ponto, mostrei para o INSS o quanto de dinheiro estava sendo perdido em ações judiciais e o motivo delas serem cada vez mais constantes.

Outra luta é a capacitação dos peritos judiciais. Um grande problema é que esses peritos são maus pagos, portanto, não há comprometimento. Como um sujeito que recebe 150 reais para realizar uma perícia pode ser sério? Por isso eles ainda se baseiam muito apenas no CD4 e carga viral, induzindo o juiz ao erro.

Meu objetivo é combater a causa e não o efeito, evitar a judicialização dessa demanda. Se o INSS estiver capacitado as demandas diminuirão significativamente. Deve ter a possibilidade de analisar se a pessoa realmente está com o problema ou só quer aposentar. Por exemplo, recém infectados querem aposentar, geralmente não é o caso, salvo em caso de descoberta tardia da doença.

Quanto a decisão da Turma Nacional de Uniformização de 2012 que você me indagou que defende a aposentadoria de pessoas vivendo com HIV, mesmo que assintomáticos, essa já caiu, mas sei que o sul do Brasil continuam utilizando tal decisão e aposentando as pessoas.

Sabe uma outra vitória? Sabe sobre o art. 29 da lei 8.213? Este diz respeito as revisões de benefícios e aposentadorias entre os períodos de 17 de abril de 2002 e 29 de outubro de 2009 que gerou uma diferença a ser recebida pelos contribuintes. Em acordo o INSS se contribuiu a pagar esses valores até 2020. Porém, conseguimos que a pessoa vivendo com HIV/AIDS tem o direito de receber o valor em 30 dias, após solicitar.

Por que lutar pelo bem estar das pessoas vivendo com AIDS? Só sabe o que é AIDS quem tem! O próprio infectologista Dr. Alexandre conta que o remédio mata – entrevista em que esse assunto é tratado se encontra no site do entrevistado. Criticou os infectologistas que dizem que viver com AIDS é uma vida normal.

Alguns dos problemas relatados é a maior chance de ter um enfarto. Meninas novas na menopausa – 26 anos – ou homens também novos impotentes. Isso acontece com as pessoas que já nasceram com o vírus: Imagina esse vírus no organismo por 26 anos? Outro problema é a dificuldade de aprendizado, a saúde mental é abalada com o vírus.

Ao iniciar o tratamento com o medicamento chamamos de Síndrome da reconstrução do sistema imunológico, ou seja, existe uma reconstrução de um sistema imunológico, mas essa reconstrução não é perfeita, o sistema em algum aspecto se torna inoperante.

Ah, um outro problema comum entre todos as pessoa vivendo com o vírus é na afetividade. A pessoa não tem mais direito de se apaixonar por qualquer pessoa. Se contar sobre a doença a outra pessoa sai correndo. Você ficou sabendo de uma menina que foi morta com quatro facadas por um cara que a beijou? Pois é, foi morta porque a mesma não contou ser soropositivo e apenas beijou o cara.

Pergunta: Quanto ao emprego?

A pessoa vivendo com AIDS não consegue mais emprego. Empresário trabalha com números e produções, obviamente vai preferir funcionário sem HIV, porque o com HIV terá mais pretensão a ter problemas de saúde, como terá que faltar algumas vezes para ir ao médico. Imagino que os empresários fazem o exame de HIV, mas isso não se tem como provar.

Por isso participo em outra frente defendendo a valorização da mão-de-obra da pessoa vivendo com AIDS. Luto para que essa mão-de-obra se torne atraente, com

a criação de incentivos para a contratação dessas pessoas, por exemplo, diminuição de encargos trabalhistas. E nesse ponto o INSS também foi favorável a mim.

Além disso, luto com uma frente parlamentar no Congresso Nacional para a modificação da legislação previdenciária. A idéia é embasada no comprovado envelhecimento precoce que existe para as pessoas vivendo com AIDS, esse envelhecimento é de 10 a 15 anos, por isso luto para que o tempo de contribuição necessário para a aposentadoria seja reduzido da seguinte forma: 25 anos de contribuição para homens e 20 para as mulheres.

Mas as pessoas vivendo com AIDS podem trabalhar sim, ta? Até mesmo existem vários enfermeiros com AIDS, claro que a função da pessoa deve ser analisada, por exemplo, a enfermeira com o vírus não pode trabalhar com doentes com tuberculose, ou seja, deve ficar longe da área de pneumonologia. Bem, aqui no Rio de Janeiro, a área da saúde não é preconceituosa.

Pergunta: Preconceito?

Ah, o preconceito existe até mesmo na área industrial pelos próprios colegas de trabalho. O preconceito existe devido a falta de informação!

Os valores sociais também podem ser analisados para uma aposentadoria, por exemplo: onde a pessoa mora, a baixa escolaridade, idade, etc. Como exemplo um gari teria maior facilidade de se aposentar do que uma pessoa que trabalha em um escritório, devido aos diferentes riscos que existem entre as profissões.

As novas diretrizes de perícias médicas, que te contei, foram um avanço em vários sentidos, como por exemplo para que os transexuais fossem chamados por seus nomes habituais e não se batismo, pois este último gera um constrangimento.

O problema da discriminação está na idéia de que o homem com AIDS é viado e a mulher uma vagabunda.

Pergunta: Efeitos Colaterais?

Ah, a medicação detonava minha cabeça. Ficava muito louco! Parecia que tinha usado crack. Mas, no meu caso, a segunda combinação já deu certo. É direito do paciente tentar nova combinação caso uma gere muitos efeitos colaterais. Mas varia de organismo para organismo, o efavirenz – um dos antirretrovirais existentes – causa elucidação em algumas pessoas, mas em outras nada.

Já houveram muitos avanços, mas também retrocessos. Por exemplo, as campanhas sobre preservativos no Brasil são tímidas depois que este deixou de ser um espaço laico. Tinha existir mais campanhas para o uso de preservativos, mas se falar em prevenção existem alguns que vão em cima, esse vírus tem que diminuir, mas a igreja atrapalha essas campanhas.

Outro ponto interessante é o fato de que dizem o número de casos de AIDS no Brasil aumentou. Na verdade os números antigamente eram maquiados e hoje não são mais; além disso, antes os casos eram notificados apenas depois de começar a tomar o medicamento, por isso acha-se que aumentou muito o número, mas sei: Infelizmente, frear a epidemia nunca!.

A AIDS e a Sífilis estão fora de controle porque as pessoas não querem usar preservativos. Pôh, por que as pessoas não fazem exame antes de tirar o preservativo? Se for para trair, vamos trair com consciência, se prevenindo – risos. Você sabia que o número de mulheres casadas se contaminando pelos maridos aumentou?

Sabe o que é diagnóstico tardio? O problema do diagnóstico tardio é que ou se morre ou tem-se seqüelas irreversíveis, e essas seqüelas são como as do derrame. O exame é totalmente sigiloso, e hoje essa quebra de sigilo leva a processo criminal, por isso defendo que é bom fazer o teste para se cuidar e prevenir o outro.

Ah, outra luta é o laudo do médico possuir campos obrigatórios a serem preenchidos, para orientar o perito. E, um laudo de um psiquiatra também ajuda muito aquele que quer se afastar com auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez.

Já passei sim por situações de preconceito, como uma vez que falei que possuía o vírus as pessoas abriram uma roda para ficar longe de mim. É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito. Mas também que nem tudo é preconceito, pode ser uma autodefesa de terceiro também, por exemplo, uma pessoa que não possui o vírus não querer transar com a que possui, tem gente que acha que isso é preconceito, eu não acho isso. A AIDS começou em 1980 e tempos depois continua a mesma coisa.

As pessoas com AIDS podem trabalhar, mas depois de tempos com o vírus elas vão precisar da previdência, uma hora eles vão precisar. Mas cada caso é um caso. Deve-se aprender a diferenciar quem está simulando buscando uma aposentadoria e quem não está; muitos acabam de se contaminar e já querem se encostar.

Eu admito que hoje não tenho condições de ter um emprego com horário fixo. Tenho limitações. Meu trabalho tem uma mobilidade. Mas existe sim, uma minoria, que trabalha e não sente nada, possui sim uma vida normal. A verdade é que depois de 15 anos de infecção fica difícil trabalhar.

Posso te dizer que o ônus de trabalhar nisso que faço foi alto, mas sei que muito gente precisa de mim. Ademais, é gratificante ajudar as pessoas. Tento também afastar a auto-piedade, ou seja, a ideia de coitadinho que alguns passam. Então, não estou nem aí para que a pessoa faz ou deixa de fazer, só tem que se cuidar!.

ANEXO II

**DIRETRIZES DE APOIO À DECISÃO
MÉDICO-PERICIAL EM CLÍNICA MÉDICA –
VOLUME III - PARTE II DO MANUAL DE
PROCEDIMENTOS EM BENEFÍCIOS POR
INCAPACIDADE.**