



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

Keile Aparecida Resende Santos

Brasileira, 2004-2016

Uberlândia/MG

2018

Keile Aparecida Resende Santos

A Aids e a Previdência e a Assistência Social Brasileira, 2004-2016

Trabalho equivalente à dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Instituto de Geografia (PPGAT), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador
Orientador: Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi

Uberlândia/MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S237a Santos, Keile Aparecida Resende, 1967-
2018 A Aids e a previdência e a assistência social brasileira, 2004-2016 /
Keile Aparecida Resende Santos. - 2018.
67 f. : il.

Orientador: Jean Ezequiel Limongi.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.169>
Inclui bibliografia.

1. Geografia médica - Teses. 2. AIDS (Doença) - Aspectos sociais -
Teses. 3. Previdência social - Brasil - Teses. 4. Assistência social - Brasil
- Teses. I. Limongi, Jean Ezequiel. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva – CRB-6/1408

Folha de Aprovação

Keile Aparecida Resende Santos

A Aids e a Previdência e Assistência Social Brasileira, 2004-2016

Prof., Dr. Jean Ezequiel Limongi (orientador)

Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Geografia

Prof., Dr. Marcelo Simão Ferreira (membro local)

Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina

Prof., Dr. Mario León Silva Vergara (membro externo)

Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Faculdade de Medicina

Prof., Dr. Boscolli Barbosa Pereira (suplente)

Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Geografia

Uberlândia, 09 de fevereiro de 2018.

“Nada na vida é para ser temido, somente compreendido. Agora é o momento de compreendermos mais para que possamos temer menos.”

Marie Curie

DEDICATÓRIA

Ao meu pai (in memoriam) pelo exemplo de superação e incentivo para a busca incessante do conhecimento.

À minha mãe pelos desafios por ela me impostos e por me ensinar a nunca desistir.

Ao meu Esposo, sem seu amor e seu apoio seria impossível prosseguir.

À minha amada filha Gabriela, pelo simples presente de ser mãe.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida que é, sem dúvida, a maior e melhor viagem de todas.

À Universidade Federal de Uberlândia, na pessoa do Excelentíssimo Senhor Reitor, Professor, Dr. Valder Steffen e ao Instituto de Geografia, na pessoa do Professor, Dr. Roberto Rosa;

Ao Professor, Dr. Samuel do Carmo Lima, do Instituto de Geografia, que idealizou e concretizou o sonho do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, nesta instituição;

Ao Professor, Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar, atual coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, que deu sequência a esta importante obra;

Ao Professor, Dr. Marcelo Simão Ferreira, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia por disponibilizar parte de seu tempo e sua confiança ao meu trabalho presente desde a defesa da qualificação;

À Professora, Drª. Catarina Machado Azeredo, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal, pela sua generosidade e competência, a qual realizou valiosos apontamentos na defesa do projeto e no exame de qualificação e muito contribuiu para o aprimoramento deste trabalho;

Ao Professor Dr. Boscolli Barbosa Pereira, do programa de pós-graduação em saúde ambiental e saúde do trabalhador, da Universidade Federal de Uberlândia, pelo profissionalismo, dedicação e gentileza, na defesa do projeto, enriquecendo o conteúdo deste trabalho;

Ao Professor Dr. Mario León Silva Vergara, da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, por disponibilizar parte de seu tempo para enriquecer com seus conhecimentos e avaliar meu trabalho na defesa da tese;

Ao grande amigo e colaborador Luciomar de Melo, servidor público do Instituto Nacional do Seguro Social da Superintendência Regional Sudeste II, o qual foi base imprescindível na execução deste trabalho, sempre presente em todos os momentos necessários;

Ao Professor Dr. Jean Ezequiel Limongi, orientador do projeto, meu agradecimento e gratidão por ser meu grande guia, meu mestre, responsável direto pela missão que agora se cumpre. Pela competência, paciência, disponibilidade, experiência, profissionalismo, com pontuações, correções, compondo uma somatória fundamental na construção deste trabalho. Agradeço pela confiança, amizade, conselhos e generosidade. O acaso encontra sempre quem sabe se aproveitar dele. Foi assim que nos conhecemos e que tudo começou. Grande orgulho e gratidão por tê-lo como orientador;

À querida professora Dra. Mônica Pimenta Marques Andrade, que sempre foi e será referência de profissionalismo e amizade para mim, toda minha admiração.

À estimada, Cristiana Barcelos, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, que sempre esteve disponível para esclarecer as dúvidas e auxiliar no que estivesse ao seu alcance gentilmente;

A todos os demais professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, que de alguma forma contribuíram em minha formação;

A todos os colegas do Programa de Pós-Graduação, pela convivência e oportunidade na troca de experiências diversas, seja profissionais ou pessoais, pela amizade e respeito com as particularidades de cada um.

RESUMO

Em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos da última década a Aids passou a ser considerada uma doença crônica. A terapia antirretroviral prolongou a sobrevida e reduziu a mortalidade, entretanto esses avanços impactaram significativamente a Seguridade Social Brasileira. Esta pesquisa analisa a repercussão na Seguridade Social, mais especificamente na Previdência e Assistência Social Brasileira de pacientes com Aids, incapazes para o trabalho e ou incapazes de ter meios próprios para manter sua subsistência. Após a revisão bibliográfica, realizou-se um estudo exploratório, ecológico, com dados secundários obtidos do banco de dados do Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE) do Ministério da Previdência e Assistência Social no período de 2004-2016. O programa Epi Info 7.1.5 (CDC, Atlanta, USA) foi utilizado para a análise de consistência, distribuição de frequências, estratificação dos dados, bem como nas análises bivariadas e na análise de sobrevida. Para a espacialização dos dados foi utilizado o Sistema de Informação Geográfica – SIG, QGIS 2.18. Dos 99369 benefícios concedidos, a maioria foram para indivíduos de 20 a 59 anos de idade, residentes na zona urbana, predominantemente nas regiões sudeste e sul e para indivíduos do sexo masculino. Nota-se uma severa repercussão na seguridade social brasileira, uma vez que essa faixa etária coincide com o período de vida mais produtivo. Este trabalho é apresentado na ótica de dois artigos, sendo o primeiro- AIDS and brazilian social assistance and social security, 2004-2016 e o segundo- Desigualdades regionais da Aids no âmbito da Previdência e Assistência Social, Brasil, 2004-2016.

Palavras Chave: “Aids”, “Previdência Social”, “Assistência Social Brasileira”.

ABSTRACT

As a result of the scientific and technological advances of the last decade, AIDS has come to be considered a chronic disease. Antiretroviral therapy prolonged survival and reduced mortality, however, these advances significantly impacted Brazilian Social Security. This research analyzes the repercussion in Social Security, more specifically in the Brazilian Social Security and Welfare of patients with AIDS, incapable of working and unable to have the means to maintain their subsistence. After the bibliographic review, an exploratory, ecological study was carried out with secondary data obtained from the database of the Unified Benefit Information System (SUIBE) of the Ministry of Social Security and Social Assistance in the period 2004-2016. The Epi Info 7.1.5 program (CDC, Atlanta, USA) was used for consistency analysis, frequency distribution, data stratification, as well as bivariate analysis and survival analysis. Geographic Information - SIG, QGIS 2.18 Of the 99369 benefits granted, the majority were for individuals between 20 and 59 years of age, living in urban areas, predominantly in the Southeast and South regions and for males. There is a severe repercussion in Brazilian social security, since this age group coincides with the most productive life span. This paper is presented from the perspective of two articles, the first one being: AIDS and the Brazilian social assistance and social security, 2004-2016 and the second - Regional inequalities of AIDS in the scope of Social Security and Welfare, Brazil, 2004-2016.

Keywords: "AIDS", "Social Security", "Brazilian Social Assistance".

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Agência da Previdência Social

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência adquirida

CF/88 - Constituição Federal Brasileira de 1988

DID - Data de início da doença

DID - Data de início da incapacidade

ENONG- Encontro Nacional da ONG AIDS

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social Brasileira

MS - Ministério da Saúde

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios

PPGAT - Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

RGPS - Regime Geral de Previdência Social do Brasil

SIG - Sistema de Informação Geográfica

SM - Salário Mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

SUIBE- Sistema Único de Informações de Benefícios do Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil

UF- Unidades Federativas

UFU - Universidade Federal de Uberlândia

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 1

Figura 1. Distribuição de casos confirmados de Aids e benefícios concedidos no Brasil, por região geográfica, 2004-2015 (dados completos dos casos confirmados indisponíveis para 2016).

Figura 2. Análise de sobrevida entre os casos de Aids segundo gênero.

Figura 3. Análise de sobrevida da duração de benefícios (em dias) dos casos de Aids.

Capítulo 2

Figura 1. Distribuição de benefícios concedidos a indivíduos acometidos pela Aids, estratificado por tipo de benefício e sexo, 2004-2016.

Figura 2. Distribuição de benefícios concedidos a indivíduos acometidos pela Aids, estratificado por tipo de despacho, 2004-2016.

Figura 3. Distribuição de benefícios concedidos a indivíduos acometidos pela Aids, estratificado por tipo de ocupação, 2004-2016.

Figura 4. Distribuição de benefícios concedidos a indivíduos acometidos pela Aids, estratificado por faixa etária, 2004-2016.

Figura 5. Distribuição de benefícios concedidos a indivíduos acometidos pela Aids, estratificado por zona de residência, 2004-2016.

LISTA DE TABELAS

Capítulo 1

Tabela 1. Características de pessoas com Aids que recebem benefícios previdenciários e assistenciais no Brasil, 2004-2016.

Tabela 2. Variáveis sócio demográficas de pessoas com Aids que recebem benefícios previdenciários e assistenciais no Brasil, 2004-2016.

SUMÁRIO

Apresentação.....	15
Introdução.....	17
Legislação.....	17
Referências Bibliográficas.....	18
Capítulo 1: AIDS and Brazilian social assistance and social security, 2004-2016.....	20
Resumo	20
Introdução.....	21
Metodologia.....	22
Resultados	22
Discussão.....	24
Referências Bibliográficas.....	26
Capítulo 2: Desigualdades regionais da Aids no âmbito da Previdência e Assistência Social, Brasil, 2004-2016.....	34
Resumo.....	34
Introdução.....	35
Metodologia.....	38
Resultados.....	39
Discussão.....	44
Conclusão.....	57
Referências Bibliográficas.....	58
Considerações Finais.....	50

Referências Bibliográficas.....	51
Anexo 1: Certificado de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	65
Anexo 2: Comprovante de submissão para publicação do manuscrito 1.....	59
Anexo 3: Comprovante de submissão para publicação do manuscrito 2.....	60
Anexo 4: Termo de Consentimento para pesquisa com o Banco de dados do SUIBE..	61

APRESENTAÇÃO

O interesse pela pesquisa do tema abordado está intrinsecamente relacionado à minha atividade laboral, no sentido de contribuir com a ciência em seus diversos aspectos. A interdisciplinaridade de uma doença que se tornou crônica diante dos avanços da medicina no seu enfrentamento e seus impactos sociais, financeiros, econômicos e até mesmo atuariais urgem por soluções resolutivas na busca do equilíbrio macroeconômico. O Brasil tornou-se um importante ator no cenário internacional, defendendo as posições que fundamentam a resposta nacional nas áreas de prevenção, assistência e defesa dos direitos humanos (PARADA, 2005). O reconhecimento internacional da resposta brasileira à epidemia da Aids ocorreu especialmente quando o país implantou o programa de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais. A atuação brasileira neste cenário foi motivada por acordos que viabilizassem a sustentabilidade financeira da distribuição universal dos medicamentos no país a fim de reduzir o preço das medicações pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da produção nacional de genéricos e da obtenção de preços justos. O Brasil também se destacou por políticas preventivas e pela tolerância social, imprimindo uma marca de ousadia diante de muitos outros países (SILVA, 1986; LINDNER, 2005). O tratamento para o HIV/Aids tem registrado progressos notáveis alcançando comunidades mais afetadas, incluindo pessoas vivendo com HIV, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas ilícitas, homens que fazem sexo com homens, dentre outros, o que levou a redução das taxas de mortalidade nos últimos anos (UNAIDS-2017). Entretanto, ainda assim, os gastos com o controle da síndrome são elevados e tendem a aumentar em decorrência do aumento da prevalência dos casos de HIV/Aids nos últimos anos e aquisição de novas medicações além das já existentes na lista do Ministério da Saúde, enquanto que permanece limitada a capacidade brasileira para racionalizar esses gastos. Isso exigirá da sociedade um esforço adicional e novas formas de atuação (GRANJEIRO et al., 2011). Este estudo almeja avaliar a magnitude da Aids que incapacita o indivíduo para o trabalho impossibilitando-o de ter rentabilidade para seu sustento e de sua família ou da Aids que se apresenta ao indivíduo sem trabalho e sem meios próprios de manter sua subsistência e, portanto, sua dignidade como ser humano. Para apresentação da pesquisa, optou-se pela realização do trabalho equivalente à dissertação, baseada na Resolução nº 03/2016 do Colegiado da Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da

Universidade Federal de Uberlândia, de 19 de abril de 2016, que estabelece normas e procedimentos para a defesa da dissertação ou trabalho equivalente. Assim, foram produzidos dois artigos de acordo com as questões pontuadas acima para ampliar a discussão do tema que ainda se apresenta com poucos dados específicos em termos nacionais e até mesmo internacionais.

INTRODUÇÃO

Legislação Brasileira

O presente estudo está inserido na temática da saúde do trabalhador. Agregar conhecimentos sobre a Aids e seus impactos socioeconômicos e atuariais em um país em desenvolvimento revela-se valioso na tentativa de encontrar soluções para minimizar os custos. Nos marcos dos países capitalistas da Europa ocidental e da América Latina, a Seguridade Social se estruturou tendo como referência a organização social do trabalho (BOSCHETTI, 2003). A Seguridade Social brasileira, instituída com a Constituição Federal (CF) de 1988 é sustentada por três pilares essenciais na ampliação de direitos e benefícios aos cidadãos e até mesmo aos estrangeiros residentes no país. Universalizou a saúde, restringiu a previdência aos trabalhadores contribuintes e limitou a assistência social a quem dela precisar. Entretanto em um contexto de agudas desigualdades sociais, pobreza estrutural e fortes relações informais de trabalho, esse modelo exclui dos direitos ao seguro social uma parcela grande da população. Cabe ressaltar que no Brasil, em 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Ministério da Saúde, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, documento esse aprovado durante o primeiro Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), em Porto Alegre-RS, reafirmando que a AIDS, do ponto de vista da medicina, é uma doença como as outras a ser controlada e tratada. A Lei de Benefícios da Previdência Social, Lei 8213/91, em seu Art. 26, inciso II, confere isenção de carência ao segurado acometido por doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social a cada 3 anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência, ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado. Essa lista de doenças está atualmente regulamentada no artigo 147, II, anexo XLV, da Instrução Normativa 77/2015 do INSS e a AIDS é uma dentre as 14 doenças listadas. Em sequência a Lei 9313/96 assegura o direito ao tratamento gratuito a todas as pessoas vivendo com Aids, sendo que desde 2013, o Ministério da Saúde, por meio do SUS, oferece também tratamento para pessoas vivendo com HIV, independente da contagem de células CD4. Em junho de 2014, foi sancionada a Lei 12984 que estabelece como crime a discriminação contra pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo passíveis de punição instituições e pessoas

que negarem educação, saúde ou emprego às pessoas soropositivas, bem como as que promoverem segregação ou divulgarem seu estado sorológico com o intuito de ofendê-las. Em 17 de junho de 2015 a Lei 13135 altera a Lei 8213/91 listando em seu Art. 151 as doenças isentadas de carência mencionadas na IN 77/2015. Houve, portanto, nitidamente uma evolução na defesa dos direitos de indivíduos com HIV/Aids, com investimentos que geram altos custos nos três pilares da seguridade social.

Esta pesquisa de conclusão do curso foi realizada em formato de trabalho equivalente à dissertação, conforme resolução nº03/2016, do Colegiado do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e foi composto por dois artigos cujos títulos são: artigo 1 – AIDS and brazilian social assistance and social security, 2004-2016 e artigo 2 – Desigualdades regionais da Aids no âmbito da Previdência e Assistência Social, Brasil, 2004-2016.

Referências Bibliográficas

BOSCHETTI, I. Seguridade Social no Brasil: Conquistas e Limites à sua Efetivação. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/securidade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf>. Acesso em: 28 de dez. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988 292 p.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. **Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências (1988)**. Diário Oficial, Brasília, DF, 07 maio.1999. Seção 1, p.50.

BRASIL. Lei 8213, 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, 1991.

BRASIL. Lei 9313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Lei 12984, de 02 de junho de 2014. Define o crime de discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Lei 13135, de 17 de junho de 2015. Altera a Leis nº 81213, de 24 de julho de 1991, nº 10876, de 2 de junho de 2004, nº 8112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instrução Normativa INSS/PRES Nº 77, de 21 de janeiro de 2015. **Estabelece rotinas para agilizar e**

uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015.

GRANJEIRO, A; DA SILVA, L. L; TEIXEIRA, P. R. Resposta à AIDS no Brasil: Contribuições de movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana Salud Pública.** v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

LINDNER, L. Enong – **Encontro Nacional de ONG/AIDS: construção de sonhos e lutas. Curitiba,** 2005.

PARADA, A. M.M. **A declaração da OMC sobre acordo TRIPS e saúde pública (Doha, 2001) - Um estudo de caso sobre a liderança brasileira em foros internacionais.** Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) - Universidade Nacional de Brasília, Brasília, 2005.

SILVA, L. L. **Aids e homossexualidade em São Paulo.** 1986. 204 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1986.

UNAIDS. Estatísticas. **Relatórios mais recentes do UNAIDS.** Disponível em: <<https://unaids.org.br/estatisticas/>>.

UNAIDS. **Legislação brasileira e o HIV.** Conheça seus direitos. Disponível em <<https://unaids.org.br/conheca-seus-direitos/>>. Acesso em 29 de dezembro de 2017.

CAPÍTULO 1

AIDS and brazilian social assistance and social security, 2004-2016

Keile Aparecida Resende Santos,^a Luciomar de Melo,^a Antônio Marcos Machado de Oliveira,^b Jean Ezequiel Limongi^b

^a *Nacional Institute of Social Security, Uberlândia, Brasil.*

^b *Federal University of Uberlândia, Uberlândia, Brasil.*

Author for correspondence: Dr J. E. Limongi, Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 1H, Sala 23, 38400-902 Uberlândia, Minas Gerais, Brazil. (Email: jeanlimongi@gmail.com)

ABSTRACT

Objective. This article discusses issues related to the social welfare of patients with AIDS, focusing in particular on social assistance and social security necessary for those patients when they are unable to work and are facing impoverished living conditions.

Methods. This study is based on secondary data obtained from the Unified System of Benefit Information housed within the Ministry of Social Security and Assistance of Brazil. Sociodemographic and epidemiological characteristics of the beneficiaries as well as the economic and social impact of the social assistance and social security benefits related to AIDS were analyzed.

Results. In the period studied, 99,369 benefits were granted, predominantly to males, aged 20 to 59 years, living in the urban areas in the South and Southeast. Individuals living in rural areas, males and living in the South and Southeast received fewer social assistance benefits. The value of the initial monthly income was 1.21 of the brazilian minimum wage (MW) for the social security benefits and 1.00 (MW) for the social assistance benefits.

Conclusions. Records show that the majority of benefits were granted to individuals who were in the most productive stage of life, with important social and economic consequences in the country.

Keywords: AIDS, Social Security, Social Assistance, Brazil

INTRODUCTION

Since its recognition in 1981, AIDS has been a serious public health problem worldwide, especially in developing countries. Globally, about 37 million people live with HIV/AIDS, with a disease burden that varies considerably between different regions and countries (1). In Brazil, from the 1980s through June 2016, 842,710 AIDS cases were reported, and over the last 10 years, the average stabilized to 20.7 cases per every 100,000 inhabitants. The distribution in the country is also heterogeneous, as the Southeast and South experiences a greater portion of cases, shouldering 53.0% and 20.1% of the cases, respectively (2). Since the beginning of the epidemic in Brazil, 303,353 AIDS-related deaths have been identified (2). However, the country has seen a gradual increase in the survival rate. The survival median for cases diagnosed in the 1980s was 5 months (3). In a cohort of patients diagnosed between 1995 and 1996, in all regions of Brazil, the survival rate was 36 months, whereas in another cohort initiated between 1998 and 1999, in the South and Southeast, the survival rate was 108 months. The use of antiretroviral therapy was the main cause of this increase (3) (4).

In Brazil, public health, provided by the Unified Health System (UHS), along with social security and social assistance, compose the three pillars of Social Welfare. All of these pillars constitute rights guaranteed by the 1988 Federal Constitution of Brazil, in which social security is funded by contributions, while social assistance and public health are funded by the government (5). Brazilian social welfare plays an important role in the history of AIDS in the country, based on policies regarding prevention, treatment, social security and social assistance to patients, which were supported by the effective participation of the State bureaucracy, researchers, and social movements (6) (7). Given the magnitude and the transcendence of AIDS in Brazil, this study aimed to analyze the social assistance and social security benefits granted to individuals affected by the disease in Brazil between 2004 and 2016, and estimate the impact of this two pillars of social welfare (social security and social assistance) in the country and thus serving as a basis for public policies discussions focused on sustainability.

METHODS

This study was conducted with secondary data obtained from the Unified System of Information of Benefits of the Ministry of Social Security and Assistance of Brazil (USIB). This information system is not freely accessible and is composed of the beneficiaries' sociodemographic and epidemiological data. It is used to collect statistical data from the Social Security system, which enables the attainment of management information from a single database using standardized concepts.

ANALYSIS

This study analyzed the following variables: sex, current age, and age at the beginning of benefit, age range, area of residence, geographical region, occupational situation (employed/unemployed), type of benefit received, duration of benefit (in days), duration of contribution to social security, salary range received, date of disease onset, date of beginning of disability, and date of death. The specific age ranges were 0-14, 15-19, 20-39, 40-59, and 60-79. The dichotomous variable benefits (social security x social assistance benefits) was created for the bivariate analysis. The chi-square test and multiple logistic regression with dummy variable (for variables with more than two categories) were employed, considering the Odds ratio (95% CI) as a measure of association. The level of significance adopted was 5%. The curve of Kaplan Meier was employed for survival analysis, and the Log-Rank test was employed to compare the survival distributions. The Epi Info 7.1.5 software (CDC, Atlanta, USA) was used for all the analyses. The Geographic Information System (GIS), QGIS 2.18 was used for data spatialization, enabling the development of the mosaic map shown in Figure 1. This work was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Uberlândia, Minas Gerais, Brazil (Register no. 1.427.726/ 2016).

RESULTS

During the study period, 99,369 benefits were granted, predominantly to males (65%), within the 30-44-year age range (53%), living in urban areas (97%) (Table 1). Sick pay was the main benefit granted (64%), followed by social assistance benefits (26.5%). Based on the time interval between the date of disease onset (DDO) and the date of beginning of disability (DBI), 50% of the population studied was incapacitated up to 9

months after DDO, and they were often found incapacitated on DDO (23.7%). The average age of illness was 36 ± 10 years, and the average age of disability was 39 ± 9.0 years. The contribution time range of up to 15 years was predominant (91%), with an average of 5.0 ± 6.0 years. At the time when the benefit was granted, 51% of the individuals were unemployed, and, of the employed individuals, 75% of them were working in sales. Most beneficiaries either receive or have received one to two minimum wages (75%), with a mean of 1.5 ± 1.0 . The geographical regions of greater incidence were the Southeast (43%) and the South (23%).

Certain variables produced a significant association with higher rates of the social assistance benefits: female sex, the urban area of residence, and the north, northeast, and Midwest geographical regions. A gradual reduction of social assistance benefits according to the age ranges was observed, with the most significant drop in the 20 to 59-year age range (Table 1).

This study revealed that regions with the highest incident of confirmed cases of AIDS are also those with the highest rates of social welfare benefits granted, as shown in Figure 1.

The survival curve was calculated for the 67,495 cases for which information about date of disease onset and/or date of death was available. In the period analyzed, there was a greater number of deaths among men (13,658; 22.1%) compared to women (5705; 17.1%). The survival median between men and women was 26 years and 29.6 years, respectively. After 20 years of diagnosis, there were about 75% and 60% of surviving women and men, respectively ($p < 0.000001$) (Figure 2).

Analyzing the duration of benefits, it was found that the social assistance benefits are granted for a longer period (average of 3903 days) than social security benefits (average of 968 days). After 4000 days, the social assistance benefits were still active in 57% of cases, while those receiving social security benefits represented only 6% in this period ($p < 0.000001$) (Figure 3).

People who receive social assistance benefits tend to be younger and receive lower monetary values; however, the duration of their benefits in days is significantly greater when compared to those receiving social security benefits (Table 2).

DISCUSSION

In Brazil, 493,435 AIDS cases between 2004 and June 2016 were reported (8). Between 2004 through the end of 2016, 99,369 social security and social assistance benefits were granted. There are a variety of reasons that explain the discrepancy between reported cases and benefit cases. The sick individuals might not have sufficiently proven that they met the poverty criteria required to receive social assistance benefits (9). As to social security benefits, the discrepancy may have existed because the individuals did not meet the insurance criteria. If they did, because AIDS is a multifaceted disease with several signs and symptoms, the observable symptoms may not have triggered labor disability, even though the individuals have the illness (10). Another possible reason for the discrepancy is the lack of access to information, which results in individuals' ignorance of the law. Moreover, the great variability in labor activities may result in sick individuals being able to retain employment if they are capable of fulfilling that job. Since 2013, as recommended by the World Health Organization (WHO), all individuals with HIV in Brazil, regardless of CD4 cell count, receive antiretroviral therapy. This strategy improves individuals' life expectancy and lowers the risk of viral transmission (11). In addition, at the beginning of 2017, Brazil was one of the first countries in the world to offer the antiretroviral medicine Dolutegravir—which the WHO recommends for treating HIV/AIDS—for free. Currently, the overall budget of the Brazilian government to fight AIDS annually is 351 millions dollars (12). With timely diagnosis, access to current medications, and adherence to treatment regimes, people with recently-acquired infections may have a life expectancy nearly equal to an HIV-negative individual, surpassing 50 years in some estimates (13) (14). Given the advances achieved in AIDS therapy in recent years, it is expected that there will be a decrease in the number of individuals who must leave work because of the illness. However, the country faces two significant burdens: patient treatment and granting long-term benefits.

Between 2007 and 2016, most HIV cases in Brazil were found within the 20 to 34-year age range, corresponding to 52.3% of cases. Within this age range, there was a gradual increase in the number of cases between 2007 and 2016. In addition, the highest concentration of AIDS cases in Brazil was among individuals aged between 25 and 39 years for both sexes (53.0%; men and 49.4%; women), based on the reported cases from

1981 through June 2016 (15). The concentration of cases in these age groups, leading to absence from work for long periods, heightens the social impact of AIDS.

In the early 1980s, the first cases of AIDS were identified in Brazil, in São Paulo and Rio de Janeiro specifically. The epidemic hit all regions of the country, though in a heterogeneous way, as most cases were concentrated in the Southeast, in the capitals, and coastal cities (16). According to the Demographic Census of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), in 2010, the Southeast, Northeast, and South were the most populous regions. This study showed that in the Southeast and South regions, fewer social assistance benefits were granted than social security benefits, compared to other regions. Furthermore, throughout the country, the social assistance benefits were granted mostly to females. These findings confirm the data of the Ministry of Labor and Employment (MLE), which show that in the Southeast and South there was a greater number of formal jobs in the country, most of them occupied by males (17). Inequality between men and women persists in the global labor market in relation to opportunities and outcomes, although this inequality occurs in an increasingly lower proportion. Women still make up the majority of unpaid family workers. Such disparity in sex and quality of work leads to women's limited access to social protections related to labor. Lower rates of formal remuneration and a reduced number of hours and years of work with social protection for women have negative consequences with regard to coverage by contributory work regimes (18).

Rural areas house only 16% of the entire Brazilian population (19). This study found that individuals residing in rural areas receive less social assistance benefits than individuals residing in urban areas. According to the Organic Law of the Brazilian Social Assistance (OLBSA), social assistance benefits are granted to individuals who can prove that they cannot provide for themselves or be supported by their families. Individuals living in rural areas are able to subsist on their crops, while individuals living in urban areas do not have such methods of providing for themselves; thus, they seek social assistance benefits. Given the increased survival expectancy, the precarity of the social security system, and the insufficiency of the public health system, Brazil should tenaciously combat preventable infectious diseases, like AIDS, in order to minimize the impact on the social security in the country.

REFERENCES

- 1 World Health Organization. Global burden of disease: 2004 update [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [cited 26 Sept 2016]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD2004_DisabilityWeights.pdf.
- 2 Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasil Ministério Da Saúde. AIDS e DST. Boletim Epidemiológico. Jan./Jun. 2009;1(1). Portuguese.
- 3 Marins JRP, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. AIDS. 2003;17(11):1675-82.
- 4 Guibu IA, Barros MBA, Donalisio MR, Tayra A, Alves MCGP. Sobrevida de pacientes com AIDS das regiões Sudeste e Sul do Brasil: análise da coorte de 1998 a 1999. Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2001;27:s79-s92. Portuguese.
- 5 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988. 292 p. Portuguese.
- 6 Granjeiro A, Laurindo Da Silva L, Teixeira PR. Resposta à AIDS no Brasil: Contribuições de movimentos sociais e da reforma sanitária. Rev Panam Salud Pública. 2009;26(1): 87-94. Portuguese.
- 7 Barros SG, Vieira da Silva LM. A gênese da política de luta contra a aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). Rev Saúde Pública. 2016;50(43). Portuguese.
- 8 DST-AIDS [Internet]. Brasil Ministério Da Saúde. Tabulação de dados. Os anos relacionados no campo “Períodos Disponíveis” são baseados no ano de diagnóstico [cited 2017 June 23]. Available from: <http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>. Portuguese.
- 9 Brasil. Lei nº 8742/93 de 07 de dezembro de 1993 [Internet]. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 7 Dec. 1993 [cited 2015 Oct 8]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm. Portuguese.
- 10 Brasil. Decreto 3048/99 de 06 de maio de 1999 [Internet]. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 6 May 1999 [cited 2015 Oct 8]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Portuguese.
- 11 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. 5 Oct 1998 [cited 2013 Oct 23]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Portuguese.
- 12 Brasil Ministério Da Saúde. Ampliação de uso dos medicamentos antirretrovirais dolutegravir (DTG) e darunavir (DRV), já disponibilizados pelo Ministério da Saúde para

o tratamento da infecção pelo HIV. Relatório de recomendação [Internet]. 2016 Sept [cited 2017 Aug 8];227: [about 21 p.]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_DolutegravirDarunavir_final.pdf. Portuguese.

13 Nakagawa F, May M, Phillips A. Life expectancy living with HIV: Recent estimates and future implications. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26(1):17–25.

14 Joint UN Programme on HIV/AIDS. Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets [Internet]. UNAIDS; 2017 [cited 10 Aug 2017]. Available from: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017. Portuguese.

15 Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasil Ministério Da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília. 2016; 47(1). Portuguese.

16 Dias PRTP, Nobre FF. Análise dos padrões de difusão espacial dos casos de AIDS por estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública.* 2001;17(5):1173–187. Portuguese.

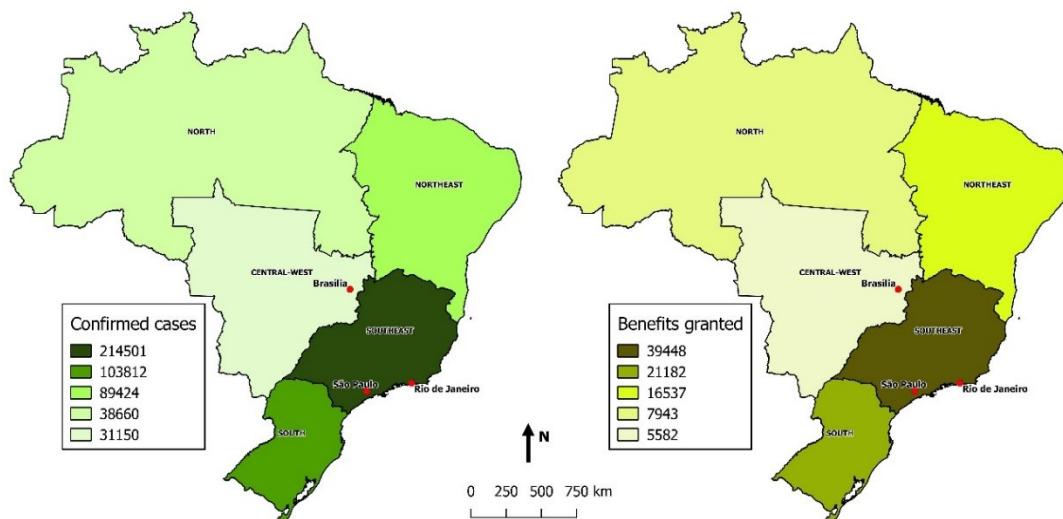
17 Câmara Brasileira da Indústria da Construção (CBIC) [Internet]. Banco de Dados referentes ao emprego formal divulgados pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). [cited 2017 June 23]. Available from: <http://www.cbicdados.com.br/menu/emprego/emprego-formal-caged-ministerio-do-trabalho-e-previdencia-social>. Portuguese.

18 Organização Internacional do Trabalho (OIT). Mulheres no Trabalho [Internet]. Genebra: OIT; 2016 [2017 June 23]. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_457096.pdf. Portuguese.

19 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Sinopse do Censo Demográfico 2010 Brasil. População nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e a situação do domicílio – 1960/2010 [cited 2017June 23]. Available from: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8&uf=00>. Portuguese.

List of figures:

Figure 1 - Distribution of confirmed cases of AIDS and benefits granted in Brazil per geographical region, 2004-2015 (full details of confirmed cases unavailable for 2016).



Note: Map produced using QGIS version 2.18 (Open Source Geospatial Foundation - OSGeo). Source of shapefile: Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE.

Figure 2 - AIDS survival analysis according to sex.

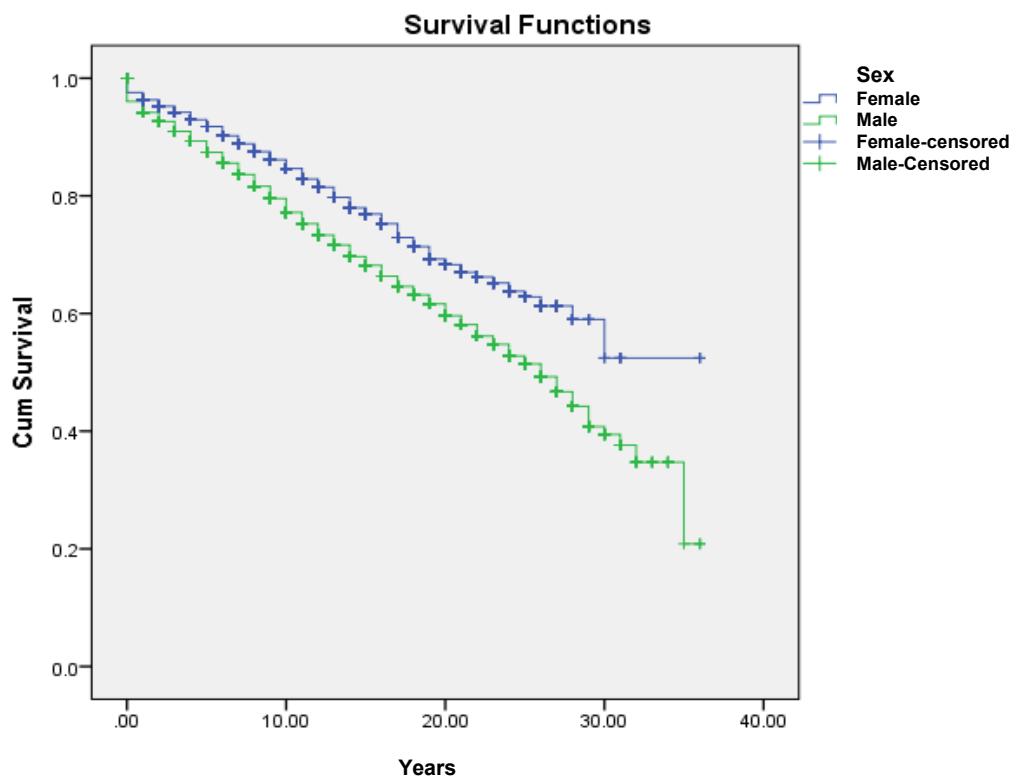
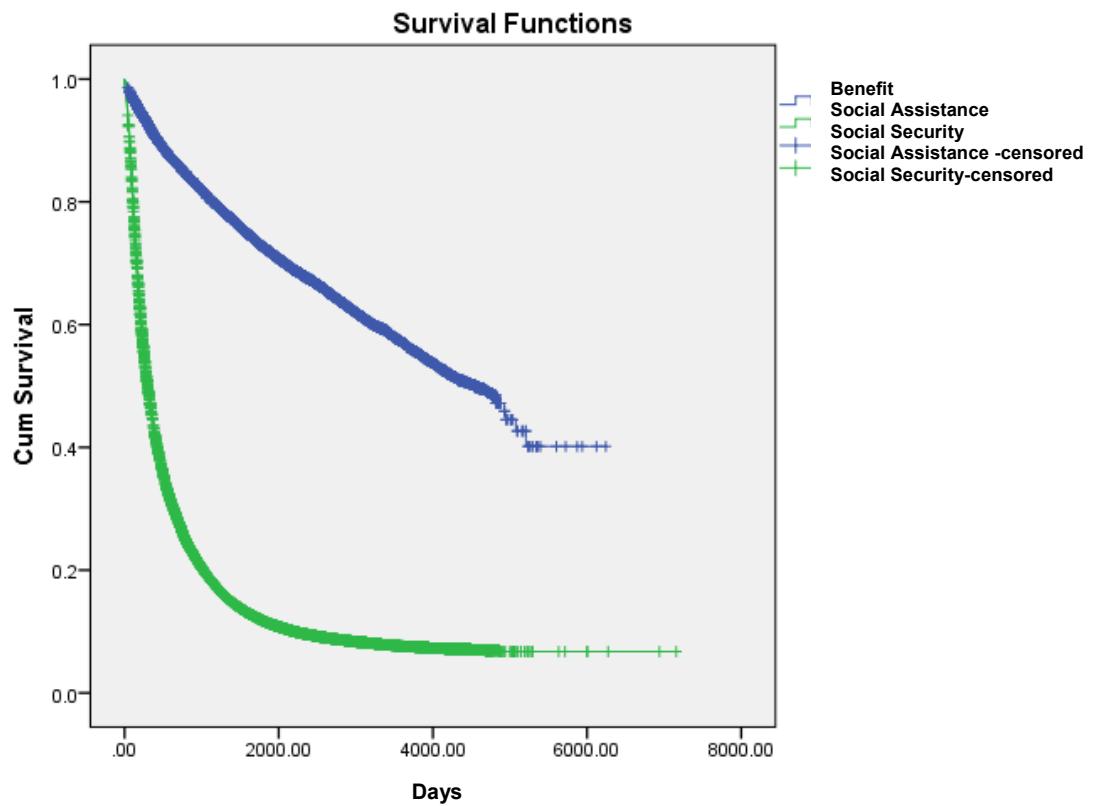


Figure 3 - AIDS survival analysis according to duration of benefits (in days).



List of tables

Table 1 - Characteristics of people with AIDS receiving social welfare benefits in Brazil, 2004-2016.

Characteristics	Social Security Benefits	Social Assistance benefits	OR (95% CI)	P-value
Sex	n (%)	n (%)		
Female	22,178 (63.9)	12,537 (36.1)	1	-
Male	50,889 (78.7)	13,765 (21.3)	0.48 (0.46-0.49)	< 0.00001
Age range				
0-14	127 (7.1)	1658 (92.9)	1	
15-19	150 (31.5)	327 (68.5)	0.17 (0.12-0.21)	< 0.00001
20-39	37,178 (75.1)	12,330 (24.9)	0.02 (0.02-0.03)	< 0.00001
40-59	33,933 (75.3)	11,144 (24.7)	0.03 (0.02-0.03)	< 0.00001
60-79	1675 (66.5)	843 (33.5)	0.04 (0.02-0.05)	< 0.00001
Area of residence				
Rural	2526 (97)	76 (3)	1	-
Urban	70,541 (72.9)	26226 (27.1)	12.3 (9.8-15.7)	< 0.00001
Geographical Region				
South	18,660 (81)	4365 (19)	1	-
North	4787 (53.8)	4115 (46.2)	3.68 (3.48-3.87)	< 0.00001
Northeast	11,247 (60)	7386 (40)	2.8 (2.69-2.93)	< 0.00001

Southeast	33965 (80)	8680 (20)	1.09 (1.05-1.14)	< 0.00001
Midwest	4408 (71.5)	1756 (28.5)	1.70 (1.60-1.82)	< 0.00001

Table 2 - Sociodemographic variables for individuals with AIDS receiving social welfare benefits in Brazil, 2004-2016.

Characteristics	Social Security	Social Assistance	P-value
	Benefits	Benefits	
	Median (Min-Max)		
Age on DBI (years)	39 (0-81)	38 (0-71)	< 0.00001
Current Age	45 (0-88)	44 (1-82)	< 0.00001
Years of contribution	5 (0-38)	0 (0-28)	< 0.00001
Initial Monthly Income (number of MW)	1.21 (1-8.78)	1 (1-1)	< 0.00001
Duration of benefit (days)	296 (1-7134)	1436 (1-6100)	< 0.00001

DBI: Date of beginning of disability; MW: minimum wage.

CAPÍTULO 2

Desigualdades regionais da Aids no âmbito da Previdência e Assistência Social, Brasil, 2004-2016.

Regional inequalities in AIDS in the scope of Social Security and Social Assistance,
Brazil, 2004-2016.

Desigualdades regionales del SIDA en el ámbito de la Seguridad Social y de la
Asistencia Social, Brasil, 2004-2016.

Título resumido: Desigualdades regionais da AIDS na Previdência e Assistência Social

Keile Aparecida Resende Santos^{1,2}, Antônio Marcos Machado de Oliveira², Luciomar de
Melo¹, Jean Ezequiel Limongi²

¹ Instituto Nacional do Seguro Social, Uberlândia, Brasil.

² Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.

Endereço para correspondência: J. E. Limongi, Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 1H, Sala 23, 38400-902 Uberlândia, Minas Gerais, Brazil. (Email: jeanlimongi@gmail.com)

Resumo: O estudo explora a distribuição da Aids, por meio de variáveis demográficas, no âmbito da previdência e assistência social brasileira. Para a espacialização dos dados foram utilizadas como unidades analíticas as 27 unidades federativas. Os portadores de Aids, beneficiários da previdência e assistência social, foram estratificados nas unidades federativas de acordo com o sexo, faixa etária, situação trabalhista, zona de residência, tipo de benefício recebido e a forma de concessão do benefício. Foi detectado que 73,5% das concessões de benefícios foram previdenciárias, destes 72% direcionados para as regiões sudeste e sul e 69,6% do total para indivíduos do sexo masculino. Considerando os benefícios de forma geral, a situação trabalhista desempregada (50,7%), forma de concessão do benefício baseado no artigo 27 do Decreto 3048/99 (52,3%), faixa etária entre 20-59 anos (95%) e zona de residência urbana (97,4%) foram os mais prevalentes. Os resultados revelam que grande parte dos beneficiários não possui estabilidade nos empregos e, por conseguinte não se mantém contribuindo com a previdência social por

períodos contínuos. Além disso, destaca-se que a doença persiste em níveis elevados na fase da vida mais produtiva.

Palavras-chave: Aids, Previdência Social, Assistência Social

Abstract:

The study explores the distribution of AIDS, through demographic variables, within the scope of brazilian social security and social assistance. For the data spatial analysis, the 27 federative units were used as analytical units. The carriers of AIDS, beneficiaries of social security and social assistance, were stratified in the federative units according to sex, age group, labor situation, area of residence, type of benefit received and the form of benefit concession. It was detected that 73.5% of the benefits concessions were social security, of these 72% directed to the Southeast and South regions and 69.6% of the total for males. Considering the general benefits, the unemployed labor situation (50.7%), form of granting the benefit based on article 27 of Decree 3048/99 (52.3%), aged between 20-59 years (95%), and urban area (97.4%) were the most prevalent. The results show that most beneficiaries do not have job stability and therefore do not continue to contribute to social security for continuous periods. In addition, it is noted that the disease persists at high levels at the most productive stage of life.

.

Keywords: AIDS, Social Security, Social Assistance.

INTRODUÇÃO

Ao final da década de 1980, os indicadores epidemiológicos da Aids no Brasil eram semelhantes aos de muitos países da África Austral, onde, atualmente, a epidemia apresenta contornos alarmantes. À época, análises apontavam para o risco de a epidemia se generalizar na população brasileira e provocar expressivo impacto na economia e na saúde. Esse temor era justificado pela velocidade de crescimento da doença no Brasil, um país marcado pela diversidade social, econômica e cultural, pelo surgimento de um expressivo número de novos casos entre mulheres e homens heterossexuais e pela manutenção de incidências altas em grupos sociais mais vulneráveis¹. De 1980 a junho de 2017, foram confirmados no país 882.810 casos de Aids. O Brasil tem registrado,

anualmente, uma média de 40 mil casos novos de Aids nos últimos cinco anos. A distribuição proporcional dos casos de Aids, identificados de 1980 até junho de 2017, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 52,3% e 20,1% do total de casos; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 15,4%, 6,1% e 6,0%, respectivamente². Além disso, observou-se que, entre as unidades federativas (UF), 16 apresentaram taxa inferior à nacional (de 18,5/100.000 hab.), sendo o Acre o estado com a menor taxa – 8,7 casos/100.000 hab. Foram registrados no Brasil, de 1980 até junho de 2017, 576.245 (65,3%) casos de Aids em homens e 306.444 (34,7%) em mulheres. Percebe-se uma pequena diferença no registro dos sexos em relação ao total de casos confirmados, talvez possivelmente por alguma falha nos apontamentos do sexo durante a notificação. As taxas de detecção de Aids em homens nos últimos dez anos têm apresentado tendência de crescimento; em 2006, a taxa foi de 24,1 casos/100.000 hab., a qual passou para 25,8 em 2016, representando um aumento de 7,1%. Entre as mulheres, nota-se tendência de queda dessa taxa nos últimos dez anos, que passou de 15,9 casos/100.000 hab., em 2006, para 11,6 em 2016, representando uma redução de 27,0%. A razão de sexos apresenta diferenças regionais importantes. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, há um predomínio de homens em comparação com as demais regiões, sendo a razão de sexos, em 2016, respectivamente, de 25 e 26 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. Por sua vez, nas regiões Norte e Nordeste, a razão de sexos, em 2016, foi, respectivamente, de 22 e 21 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, enquanto na região Sul há uma participação maior das mulheres nos casos de Aids, sendo a razão de sexos de 17 homens para cada 10 mulheres. A maior concentração dos casos de Aids no Brasil está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos. Os casos nessa faixa etária correspondem a 52,9% dos casos do sexo masculino e, entre as mulheres, a 49,0% do total de casos registrados de 1980 a junho de 2017. Quando comparados os anos de 2006 e de 2016, observam-se reduções nas taxas de detecção entre os indivíduos com até 14 anos de idade, em ambos os sexos. Nas demais faixas etárias, a taxa de detecção entre os homens é superior, sendo até três vezes maior do que entre as mulheres para as faixas etárias de 20 a 24 e de 25 a 29 anos ².

Os impactos sociais da Aids são de extrema significância, seja por conta do aumento do número de infectados pelo HIV, seja pelo estigma da doença. E os seus reflexos na economia, igualmente relevantes, pois, na grande maioria dos casos, a doença atinge a população economicamente ativa, e os custos do tratamento são bastante

elevados. O orçamento atual do Ministério da Saúde (MS) para a aquisição de antirretrovirais é de R\$ 1,1 bilhão³. Sendo que esse valor não inclui os custos com internação, profilaxia pré-exposição (PrEP) e profilaxia pós-exposição (PEP), aquisição de medicações para tratamento de infecções oportunistas e até mesmo de câncer, além de outros gastos adicionais. Vale destacar ainda que a ativação imunológica aumentada e a inflamação crônica persistentes associados ao HIV são fatores preponderantes no processo de envelhecimento. Este, por sua vez, se caracteriza pela redução da capacidade do organismo de enfrentar dificuldades e manter o equilíbrio biológico, aumentando o risco de doenças relacionadas à senescência, tais como doença de Alzheimer, distúrbios metabólicos, neoplasias, dentre outras. No caso específico do Brasil, acrescenta-se a esse cenário o fato de que além dos gastos com o tratamento dos pacientes HIV/Aids, existem os gastos com a previdência e a assistência social dos indivíduos acometidos pela doença e suas complicações. Trata-se, portanto, de um impacto significativo nos três pilares da seguridade social. É importante ressaltar que em conformidade com a Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF), a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Sendo a saúde e a assistência social não contributivos e a previdência social contributiva⁴.

Desde 2013, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os indivíduos com HIV no Brasil, independente da contagem de células CD4, recebem terapia antirretroviral. Esta estratégia aumenta a expectativa de vida e diminui o risco de transmissão viral⁵. Além disso, em 2017, o Brasil foi um dos primeiros países no mundo a oferecer gratuitamente o antirretroviral Dolutegravir, medicamento mais recomendado pela OMS para o tratamento HIV/Aids⁶. Com o diagnóstico oportuno, acesso aos medicamentos atuais e boa aderência ao tratamento ao longo da vida, pessoas com infecções adquiridas recentemente podem ter uma expectativa de vida quase igual à de um indivíduo HIV negativo, ultrapassando 50 anos em algumas estimativas^{7,8}. Diante dos avanços alcançados na terapêutica da Aids nos últimos anos, espera-se que haja uma diminuição do número de indivíduos doentes que realmente necessitem de afastamento laboral, sob o risco de haver grande oneração para o país em duas direções: no tratamento de doentes e na concessão de benefícios em longo prazo.

Perante a magnitude e relevância do problema, e de outras necessidades que se colocam sob a responsabilidade do Estado, com os seus recursos cada vez mais limitados, a gestão eficiente dos serviços públicos de saúde, previdência e assistência social é fundamental, tanto na atenção aos portadores do HIV/Aids quanto a outros pacientes, bem como aos demais bens e serviços oferecidos. Por sua vez, qualquer gestão, e em particular aquela que busca eficiência, depende de um sistema eficaz de monitoramento, não apenas da qualidade dos serviços prestados, mas também dos custos incorridos e de estatísticas fidedignas acerca do montante de recursos consumidos em tais serviços.

Esse estudo analisou informações consolidadas nacionalmente e regionalmente relativas à concessão de benefícios previdenciários e assistenciais aos pacientes com Aids, segurados ou não, pelo Regime Geral de Previdência Social do Brasil (RGPS). O uso do geoprocessamento permitiu a análise espacial de diversas variáveis do banco de dados do RGPB brasileira. Essas análises permitiram o reconhecimento do impacto da doença na segurança social brasileira e a compreensão de contextos específicos destacados por regiões. E ainda permitem subsidiar políticas nacionais e locais cada qual com suas particularidades.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório, do tipo ecológico, com base em dados secundários, obtidos do Sistema Único de Informações de Benefícios do Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil (SUIBE), no período entre os anos de 2004 e 2016. Este sistema de informação não é de livre acesso e possui dados sócio demográficos e epidemiológicos dos beneficiários. O programa Epi Info 7.1.5 (CDC, Atlanta, USA) foi utilizado para a análise de consistência, distribuição de frequências e estratificação dos dados.

Foram analisadas as variáveis: sexo, faixa etária, zona de residência, região geográfica, unidade federativa, situação trabalhista, tipo de benefício recebido e a forma de concessão do benefício. As faixas etárias foram estratificadas em quatro grupos: 0-9, 10-19, 20-59 e mais de 60 anos.

Para a espacialização dos dados foi utilizado o Sistema de Informação Geográfica – SIG, QGIS 2.18, com o qual foi possível elaborar os mosaicos de mapas. As unidades analíticas foram as 27 unidades federativas, sendo 26 estados e um distrito federal, como

definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). <http://www.ibge.gov.br>.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil (Registro 1.427.726/2016).

RESULTADOS

A figura 1 avalia o tipo de concessão de benefício por Estados e posteriormente os estratifica por sexo. No período analisado foram concedidos 99.369 benefícios, sendo (73.067; 73,5%) concessões previdenciárias. Destes, (52.625; 72%) foram direcionados para as regiões sudeste e sul sendo (50.889; 69,6%) do total para indivíduos do sexo masculino. O benefício assistencial mostrou um mesmo padrão de distribuição nos estados na estratificação por sexo, com uma concentração mais evidente para o sexo masculino nos estados do Amazonas (57%), Maranhão (55,5%) e São Paulo (54,4%). Nas regiões nordeste e sudeste foram concedidos (16.044; 61%) do total dos benefícios assistenciais.

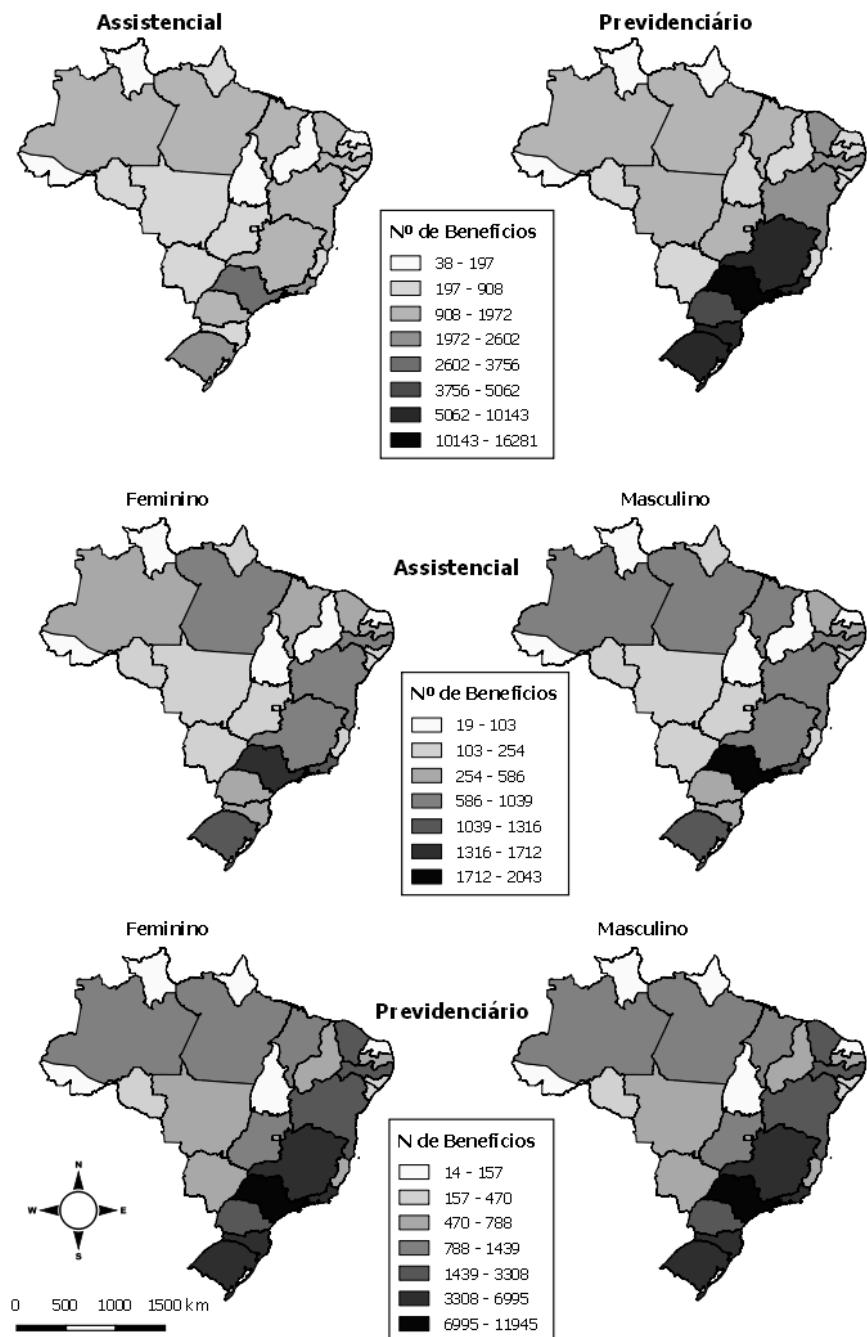
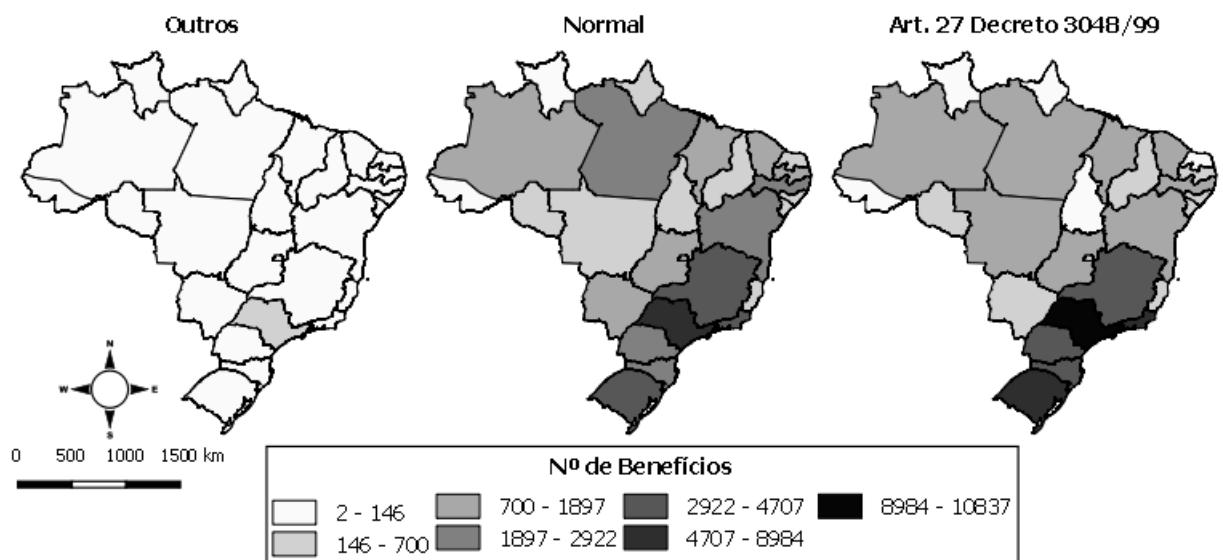


Figura 1. Distribuição de benefícios concedidos a indivíduos acometidos pela Aids, estratificado por tipo de benefício e sexo, 2004-2016.

A figura 2 avalia o tipo de despacho realizado pelas Agências de Previdência Social do Brasil (APS) na concessão dos benefícios previdenciários e assistenciais. Como são diversificados os tipos de despacho, os agrupamos em 03 tipos. Neste estudo (51.985; 52,3%) das concessões foram sustentadas pelo artigo 27 do Decreto 3048/99, sendo que (37.163; 71,5 %) destes despachos foram realizados na região sudeste e sul. Por outro

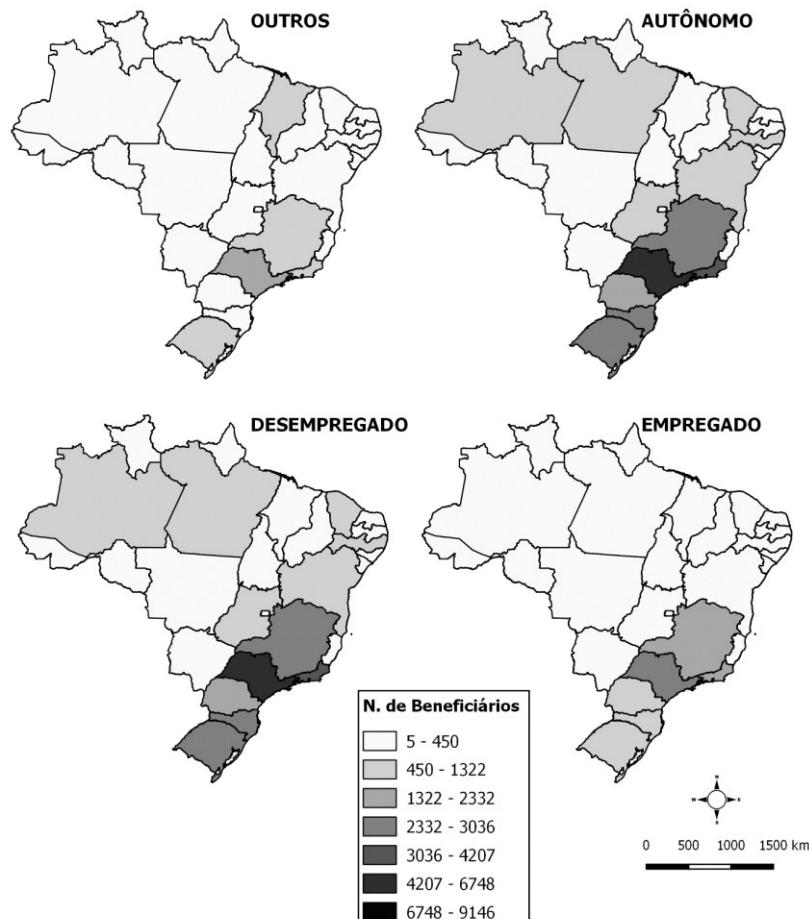
lado, nos casos de benefícios concedidos que se enquadram dentro dos requisitos de normalidade para seu despacho verificamos que todas as regiões, com exceção da centro-oeste tiveram participação significativa. Dentre os outros tipos de despacho podemos citar, como os mais comuns, as concessões decorrentes de ação judicial (0,45%), de revisão administrativa (1,0%) e de reconhecimento do direito em fase recursal (0,63%).



Autor: Antonio M.M. de Oliveira
Fonte: Ministério da Previdência Social, 2016.

Figura 2. Distribuição de benefícios concedidos a indivíduos acometidos pela Aids, estratificado por tipo de despacho, 2004-2016.

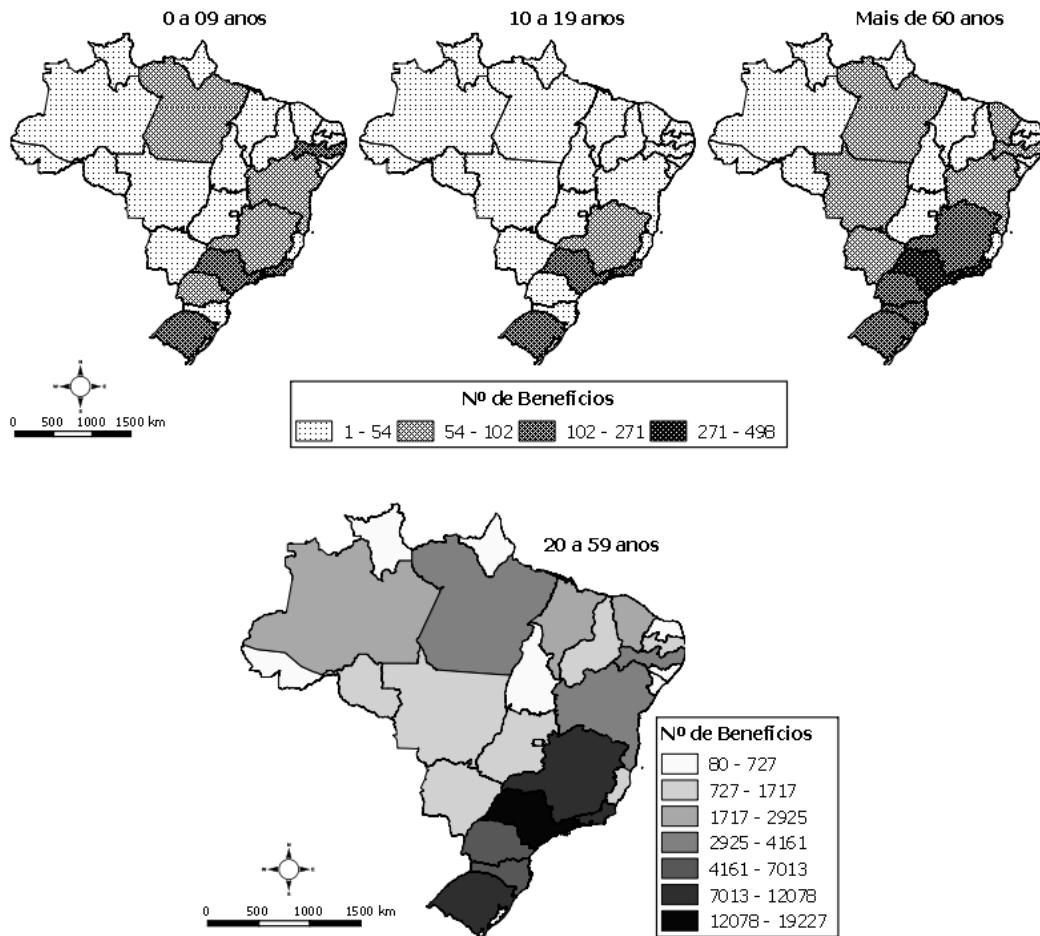
A figura 3 analisa os benefícios previdenciários e assistenciais concedidos de acordo com o tipo de filiação à previdência social do Brasil. Neste estudo, (50.404; 50,7%) dos benefícios foram para indivíduos que se encontravam desempregados, porém ainda mantendo a qualidade de segurados, sendo a maioria nas regiões sudeste (19.580; 38,8%), nordeste (11.047; 21,9%) e sul (10.724; 21,3%), respectivamente. Quanto aos filiados empregados, 72,6% dos benefícios previdenciários foram concedidos nas regiões sudeste e sul. Os autônomos, que são os contribuintes individuais, representam 12,7% do total das concessões. Dentre os outros, filiados ao RGPS, podemos citar os segurados especiais (2,5%), os trabalhadores avulsos (0,26%) e os facultativos (1,76%) e ainda os não filiados, os quais não possuem vínculos com o RGPS e somente farão jus ao benefício assistencial, desde que enquadrados nos critérios legais.



Autor: Antonio M.M. de Oliveira
Fonte: Ministério da Previdência Social, 2016.

Figura 3. Distribuição de benefícios concedidos a indivíduos acometidos pela Aids, estratificado por tipo de ocupação, 2004-2016.

A figura 4 analisa a concessão dos benefícios previdenciários por faixas etárias nas diferentes regiões do país. Na avaliação realizada 95% dos benefícios foram concedidos para indivíduos que se encontravam na faixa etária dos 20 aos 59 anos de idade. A grande maioria dos benefícios foram para as regiões sudeste (40,9%), sul (22%) e nordeste (17,8%). Destacamos aqui, ainda nesta faixa etária e somente na região sudeste, 47% das concessões foram para o estado de São Paulo, seguido de 29,7% para o estado do Rio de Janeiro.



Autor: Antonio M.M. de Oliveira
Fonte: Ministério da Previdência Social, 2016.

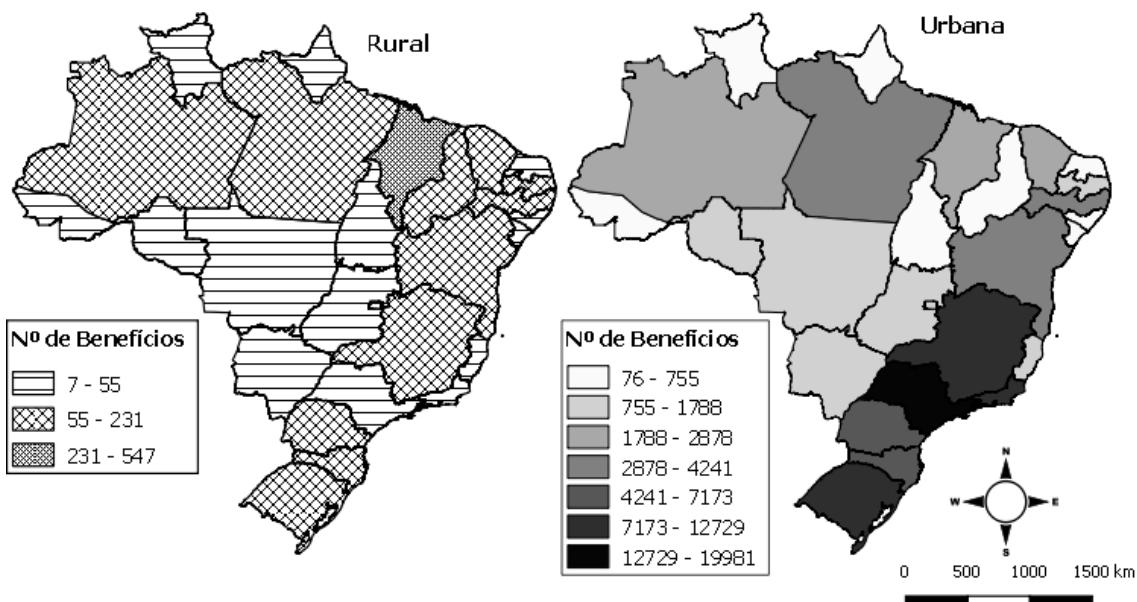
Figura 4. Distribuição de benefícios concedidos a indivíduos acometidos pela Aids, estratificado por faixa etária, 2004-2016.

A figura 5 avalia a concessão dos benefícios por zona de residência. As análises demonstraram que (96.767; 97,4%) desses benefícios foram para indivíduos residentes em zona urbana e destes (42.415; 43,8%) concentrados na região sudeste. Dos benefícios concedidos para zona rural, (1.468; 56,4%) foram destinados a região nordeste, com a maior prevalência, dentre todos os estados brasileiros, no estado do Maranhão (547; 21%).

Figura 5. Distribuição de benefícios concedidos a indivíduos acometidos pela Aids, estratificado por zona de residência, 2004-2016.

DISCUSSÃO

Num país de grandes dimensões territoriais e diversidades econômicas e socioculturais, como o Brasil, estudos com aplicações das tecnologias de geoprocessamento, tornam-se necessários para acompanhar e analisar eventos,



Autor: Antônio M.M. de Oliveira
Fonte: Ministério da Previdência Social, 2016.

subsidiando informações pontuais para tomada de decisões. Esse estudo revelou que a maioria dos benefícios concedidos pelas APS foram os previdenciários, predominantemente para o sexo masculino, nas regiões sudeste e sul. Isso pode ser explicado, em partes, pelo fato de que o número de detecção dos casos de Aids em homens nos últimos 10 anos tem apresentado tendência de aumento. Essas regiões são mais desenvolvidas, com grandes polos industriais e a chance de empregos formais torna-se maior^{2,9}. Por outro lado, há uma nítida desigualdade na oferta de trabalhos, sendo mais evidente a informalidade concentrada no sexo feminino⁹. A segregação setorial, profissional e até mesmo com índices menores de remuneração contribuem significativamente para as disparidades de sexo, quer em termos do número, quer na

qualidade dos postos de trabalho. Essas desigualdades repercutem no acesso limitado à proteção social relacionada com o labor, onde esses regimes existem, o que denota importante elemento da vulnerabilidade feminina¹⁰. Portanto o trabalho informal e com menores remunerações para as mulheres impactarão futuramente na cobertura dos regimes contributivos, tais como o RGPS.

Um dos requisitos básicos para a concessão dos benefícios previdenciários relaciona-se a estar segurado pelo RGPS, ou seja, ter a qualidade de segurado e ao atingimento da carência que é o número mínimo de contribuições mensais vertidas para a Previdência Social. A qualidade de segurado é a condição atribuída a todo cidadão filiado ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que possua uma inscrição e faça pagamentos mensais a título de Previdência Social. Entretanto, a legislação determina que, mesmo em algumas condições sem recolhimento, esses filiados ainda manterão esta qualidade, o que é denominado “período de graça”¹¹. Havendo a perda da qualidade de segurado, as contribuições anteriores a essa perda somente serão computadas para efeito de carência depois que o segurado contar, a partir da nova filiação ao RGPS, com no mínimo 50% das contribuições para o benefício a ser pleiteado, conforme o Art. 1º da Lei Nº 13.457/2017¹². No caso em estudo não há que se falar em carência como requisito para concessão dos benefícios previdenciários, pois a AIDS encontra-se listada nas doenças isentas de carência, de acordo com o Art. 151 da Lei de Benefícios Previdenciários¹³. Todavia, a qualidade de segurado era, e ainda é, indispensável para o reconhecimento do direito a esses benefícios desde que o início da incapacidade para o labor, recaia dentro do lapso de tempo compreendido entre o seu retorno ao RGPS e a data do afastamento de sua atividade, se empregado (a), trabalhador (a) avulso (a) e empregado (a) doméstico (a). Para os demais requerentes do benefício previdenciário tanto a data do início da doença como a data do início da incapacidade devem recair após o retorno ao RGPS^{12, 14}. Caso o requerente não se enquadre nos critérios acima há a possibilidade de pleitear o benefício assistencial¹⁵. A Figura 2 avaliou o tipo de despacho realizado pelo INSS na concessão de benefícios por região e estado brasileiro. Importante salientar que existe uma lista com inúmeros códigos de despachos previstos para a concessão e indeferimento dos benefícios em geral. Este estudo destacou os 3 tipos de despachos mais comuns, sendo a concessão normal, que é quando todos os critérios exigidos no momento da concessão são preenchidos, tais como doença incapacitante para o labor, qualidade de segurado, carência ou enquadramento nos critérios de benefício

assistencial, por exemplo. Destacamos a concessão embasada no artigo 27 do Decreto 3048/99, que se trata dos requisitos mínimos para o cumprimento de carência a partir da nova filiação ao RGPS, uma vez que houve a perda da qualidade de segurado. E dentre os outros critérios de despachos enumeramos os mais frequentes, tais como concessão judicial, por revisão administrativa e decorrente de reconhecimento de direitos em fase recursal. Os resultados revelam que grande parte dos beneficiários não possuem estabilidade nos empregos e, por conseguinte não se mantém contribuindo com a previdência social por períodos contínuos. Esse fato vem reafirmar os achados deste estudo, os quais demonstram que mais da metade dos benefícios concedidos foram para indivíduos desempregados. Fato este preocupante uma vez que o RGPS do Brasil adota o sistema financeiro de repartição simples, diferentemente do padrão internacional em termos de regras, demografia, incentivos e base contributiva¹⁶. Pode-se dizer que esse regime propõe um pacto direto entre gerações, pois os trabalhadores ativos (geração atual) pagam os benefícios dos inativos (geração passada), enquanto o pagamento dos seus próprios benefícios dependerá da geração futura (novos trabalhadores que ingressarem no sistema previdenciário) manter o pacto intergeracional. O tratamento adequado, ofertado pelo MS, desde o diagnóstico do vírus aumentou a longevidade e qualidade de vida dos indivíduos com HIV/Aids. Esse fator aliado ao aumento dos casos de Aids nos últimos anos e a informalidade no mercado de trabalho impactam significativamente o sistema financeiro e econômico do Brasil^{16, 17}.

Outra questão essencial neste estudo trata-se das elevadas taxas na concessão de benefícios com relação a faixa etária dos 20-59 anos, as quais coincidem com o período da vida mais produtivo. Sendo assim, uma incapacidade laboral neste período reflete diretamente no mercado de trabalho e no sistema financeiro e atuarial, contrariando a redação do art. 201 da CF, a qual expressa tacitamente que “*a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial*”. O Princípio do equilíbrio financeiro e atuarial pretende direcionar o Sistema Previdenciário em sua gestão, para que sempre seja viável a sua manutenção. A Previdência Social possui suas fontes de arrecadação, entre elas, as contribuições previdenciárias pagas pelos empregados e empregadores e possui, também, as suas despesas, como as prestações que deve pagar aos segurados, aposentadorias e auxílios-doença. O equilíbrio financeiro que almeja a CF é que, ao final do período, após feita toda a arrecadação e efetuadas todas as

despesas, não existe um saldo negativo na Previdência, o que pode, se ocorrer repetidamente, levar a inviabilização de todo o sistema. Por outro lado, o equilíbrio atuarial é a maneira que se buscará o equilíbrio financeiro, isto porque a atuária, uma ciência exata, que por meio de diversos fatores é capaz de prever os gastos futuros da previdência e, com base nestes, possibilitar a melhor gestão da arrecadação e pagamentos, não perdendo de vista as obrigações que irão existir em um futuro não muito distante.

As análises dos resultados revelaram ainda, que os benefícios previdenciários e assistenciais foram concedidos em sua grande maioria para os indivíduos residentes em zona urbana. Parte pode ser explicada pelo fato de que a população urbana no Brasil, segundo dados do IBGE é de 84,4%¹⁸. Além disso, fatores socioculturais como a pobreza, a baixa escolaridade, a deficiência dos serviços de saúde, falta de acesso a trabalho remunerado, além do isolamento geográfico distanciam a população rural de seus direitos sociais em relação a Aids, bem como de práticas de prevenção primária e secundária em relação à doença^{19, 20}. Além disso, na maioria das vezes a população rural consegue produzir meios próprios para sua subsistência e de sua família, sendo dispensável a busca de benefícios ao RGPS²¹.

CONCLUSÃO

Os avanços tecnológicos alcançados com a introdução da terapia antirretroviral delegaram à Aids a condição de cronicidade. Entretanto o sistema de seguridade social brasileiro sofre duras consequências para suportar seu tripé (saúde, previdência e assistência social). Esse cenário é, sem dúvida, um desafio para o Brasil, cujas desigualdades regionais são gritantes e apesar de todo o investimento e gastos com a seguridade social, a doença persiste em progressão com níveis cada vez mais elevados e na fase da vida mais produtiva. Faz necessária uma política mais atuante com orientações sobre o tratamento mesmo antes do desenvolvimento da Aids. Focalizar os enfrentamentos vivenciados por indivíduos com Aids em face do mercado de trabalho requer uma visão renovada, exigindo-se postura científica e atitude intelectual que integrem a inclusão social e suas relações com o mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grangeiro A, Silva LL da, Teixeira PR. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 26:87–94.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília. Secretaria de Vigilância em Saúde, PN de DST e AIDS, Ano V, n. 1, 1^a à 26 semanas epidemiológicas, jan./jun. 2017.
3. SUS oferece melhor tratamento do mundo para pacientes com HIV/AIDS. http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/sus-oferece-melhor-tratamento-do-mundo-para-pacientes-com-hiv-aids/@@nitf_custom_galleria (acessado em 28/Dez/2017).
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 227 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Ampliação de uso dos medicamentos antirretrovirais dolutegravir (DTG) e darunavir (DRV), já disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento da infecção pelo HIV. Relatório de recomendação [Internet]. http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_DolutegravirDarunavir_final.pdf. (acessado em 28/Dez/2017).
7. Nakagawa F, May M, Phillips A. Life expectancy living with HIV: Recent estimates and future implications. *Curr Opin Infect Dis.* 2013; 26:17–25.
8. UNAIDS. Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets [Internet]. UNAIDS.http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017. (acessado em 28/Dez/2017).
9. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Observatório Nacional do Mercado de Trabalho. Participação feminina no mercado de trabalho. <http://obtrabalho.mte.gov.br/images/artigos/Boletim-Especial-do-Observatrio-Mulher-e-Mercado-de-Trabalho.pdf>. (acessado em 8/Mar/2017).
10. Organização Internacional do Trabalho. Mulheres no trabalho: tendências, 2016. Brasília: OIT, Genebra, 2016. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_457096.pdf. (acessado em 30/Dez/2017).
11. Brasil. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências (1988). Diário Oficial, Brasília, DF, 07 maio.1999. Seção 1, p.50.
12. Brasil. Lei 13.457, de 26 de junho de 2017. Altera as Leis n. 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, e 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória da Carreira de Perito Médico Previdenciário e da Carreira de Supervisor Médico-Pericial; e

institui o Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade. Brasília, 2017.

13. Brasil. Lei 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Brasília, 1991.

14. Brasil. Manual de Perícia da Previdência Social. http://www.cpsol.com.br/upload/arquivo_download/1872/Manual%20Pericia%20Medic a%20da%20Previdencia%20Social.pdf. (acessado em 30/Dez/2017).

15. Brasil. Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993.

16. Matos PRF, Melo F de SP, Simonassi AG. Análise de solvência do regime geral da previdência social no Brasil. Estud Econômicos São Paulo. 2013; 43:301–333.

17. Butsch NM. O Regime Geral da Previdência Social: regime de repartição simples ou de capitalização. Âmbito Jurídico, n. 163, ago 2017. http://ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=19355&revista_caderno=20. (acessado em 30/Dez/2017).

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2015- Porcentagem de residentes na zona urbana e rural. IBGE, 2017. <https://teen.ibge.gov.br/sobre-o-brasil/populacao/populacao-rural-e-urbana.html>. (acessado em 30/Out/2017).

19. Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad Saude Publica. 2000; 16:89–102.

20. Furtado FM de SF, Santos JAG, Loredanna S, Araújo E, Saldanha AAW, Silva J da. 30 years later: Social Representations about AIDS and sexual practices of rural towns residents. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50:74–80.

21. Baiardi A, Alencar CMM de. Agricultura familiar, seu interesse acadêmico, sua lógica constitutiva e sua resiliência no Brasil. Rev Econ E Sociol Rural. 2014; 52:45–62.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito dos avanços técnico-científicos, esta pesquisa reforça a tese de que compreender as questões relacionadas à infecção pelo HIV/Aids entre indivíduos produtivos ou não, é uma tarefa complexa, pois eles carregam consigo o estereótipo de uma doença associada a conotações de desvalorização, a qual influencia de forma impactante o direito do exercício ao labor. Neste prisma, os resultados obtidos poderão contribuir para reflexão das empresas e dos empregadores sobre o acolhimento e a necessidade de inclusão do portador dessa doença no ambiente de trabalho. Poderão conscientizar a população com Aids que atualmente trata-se de um quadro crônico e nem sempre incapacitante para o labor. E ainda levar ao Estado os impactos refletidos em diversos âmbitos, sejam eles socioeconômicos e ou atuariais a fim de colocar em prática efetivas políticas públicas na busca do equilíbrio macroeconômico. É imprescindível enfrentar a problemática e direcionar as ações de forma que os trabalhadores envolvidos seja um sujeito central nesta discussão. Dissociar direitos humanos do enfrentamento da Aids é retroagir em tudo o que foi conquistado até os dias atuais. Portanto o reconhecimento do direito ao acesso universal a prevenção, diagnóstico e tratamento constitui importante bandeira de direitos humanos desde o início da epidemia. A dignidade do ser humano é o que traz sentido para discussões de direitos sociais e neste estudo em especial sobre a seguridade social, mais especificamente previdência e assistência social. Trata-se de uma luta constante contra as desigualdades sociais em seus diversos aspectos, mas também de uma preocupação com as contas públicas a fim de manter a sustentabilidade econômico-financeira a quem dela efetivamente precisar. Pensar a saúde hoje exige um olhar diferenciado, para além da doença e do adoecimento, alcançando o contexto mais amplo de convivência dos indivíduos - família, trabalho, lazer, escola, dentre outros aspectos e sua própria interação com o mundo. Os indicadores de saúde e, consequentemente, os instrumentos para se garantir e assegurar saúde, devem necessariamente considerar esses elementos, na busca de qualidade de vida, conceito atualmente ligado de forma intrínseca com a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAIARDI, A.; ALENCAR, C. M. M. Agricultura familiar, seu interesse acadêmico, sua lógica constitutiva e sua resiliência no Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, v. 52, supl. 1, p. 45-62, 2014.

<https://doi.org/10.1590/S0103-20032014000600003>

BARROS, S.G; DA SILVA, V. L. M. A gênese da política de luta contra a aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). **Revista de Saúde Pública**. v. 50, n. 43, 2016.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social no Brasil: Conquistas e Limites à sua Efetivação. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/securidade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf>. Acesso em: 28 de dez. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências (1988). **Diário Oficial**, Brasília, DF, 07 maio.1999. Seção 1, p.50.

BRASIL. Lei nº 8742/93 de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm>. Acesso em: 08 out. 2015.

BRASIL. Lei 9313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Lei 12984, de 02 de junho de 2014. Define o crime de discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Lei 13135, de 17 de junho de 2015. Altera a Leis nº 81213, de 24 de julho de 1991, nº 10876, de 2 de junho de 2004, nº 8112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Lei 13457, de 26 de junho de 2017. Altera as Leis n. 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, e 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória da Carreira de Perito Médico Previdenciário e da Carreira de Supervisor Médico-Pericial; e institui o Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Lei 8213, 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, 1991.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Formalidade dos trabalhos no Brasil**. Disponível em: <http://www.cbicdados.com.br/menu/emprego/emprego-formal-caged-ministerio-do-trabalho-e-previdencia-social>. Acesso em 23 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ampliação de uso dos medicamentos antirretrovirais dolutegravir (DTG) e darunavir (DRV)**. Relatório de recomendação Nº 227. 21 f. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS e DST **Boletim Epidemiológico**, Brasília, Ano V, n. 1, 1^a à 26 semanas epidemiológicas, jan./jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS oferecerá o melhor tratamento do mundo para pacientes com HIV/AIDS**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/sus-oferece-melhor-tratamento-do-mundo-para-pacientes-com-hiv-aids/@@nitf_custom_galleria>. Acesso em 06/01/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**, 1^a ed. Brasília, 227 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tabulação de dados**. Os anos relacionados no campo “Períodos Disponíveis” são baseados no ano de diagnóstico. Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>>. Acesso em 23 jun 2017.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instrução Normativa INSS/PRES Nº 77, de 21 de janeiro de 2015. **Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988**. Brasília, 2015.

BRASIL. Observatório Nacional do Mercado de Trabalho. Participação feminina no mercado de trabalho. **Boletim Especial do Observatório**. Disponível em: <<http://obtrabalho.mte.gov.br/images/artigos/Boletim-Especial-do-Observatrio-Mulher-e-Mercado-de-Trabalho.pdf>>. Acesso em 01/01/2017.

BUTSCH, N. M. O Regime Geral da Previdência Social: regime de repartição simples ou de capitalização. Revista Âmbito Jurídico. Disponível em: <http://ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=19355&revista_caderno=20>. Acesso em: 31 dez. 2017.

CBIC. Câmara Brasileira da Indústria da Construção. **Banco de Dados** referentes ao emprego formal divulgados pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). DA SILVA, L. L. **Aids e homossexualidade em São Paulo**. 1986. 204 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1986.

DIAS, P. R. T. P.; NOBRE, F. F. Análise dos padrões de difusão espacial dos casos de AIDS por estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 5, p. 1173–1187, 2001.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000500018>

FURTADO, F. M. S. F. F. et al. Interiorização da aids. Representações sociais de residentes de cidades rurais. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 1, 2015.

GRANJEIRO, A; DA SILVA, L. L; TEIXEIRA, P. R. Resposta à AIDS no Brasil: Contribuições de movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana Salud Pública**. v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000700013>

Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, p. s79-s92, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010 Brasil. **População nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e a situação do domicílio – 1960/2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8&uf=00>. Acesso em 23 jun.2017.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2015- **Porcentagem de residentes na zona urbana e rural**. IBGE, 2017. Disponível em: <<https://teen.ibge.gov.br/sobre-o-brasil/populacao/populacao-rural-e-urbana.html>>. Acesso em: 06 jan.2018.

LINDNER, L. Enong – **Encontro Nacional de ONG/AIDS: construção de sonhos e lutas**. Curitiba, 2005.

Manual de Perícia da Previdência Social. Disponível em: <http://www.cpsol.com.br/upload/arquivo_download/1872/Manual%20Pericia%20Medica%20da%20Previdencia%20Social.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2017.

MARINS, J. R. P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **Lippincott Williams & Wilkins**. v. 17, n.11, p.1675-82, 2003.

MATOS, P. R. F.; MELO, F. S. P.; SIMONASSI, A. G. Análise de solvência do Regime Geral da Previdência Social no Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 301-333, 2013.

NAKAGAWA F.; MAY, M; PHILLIPS, A. Life expectancy living with HIV: recent estimates and future implications. **Current Opinion in Infectious Diseases**, v. 26, n. 1, p. 17–25, fev. 2013.

<https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e32835ba6b1>

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Mulheres no trabalho: tendências, 2016**. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_457096.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global burden of disease 2004 update: disability weights for diseases and conditions**. Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD2004_DisabilityWeights.pdf>. Acesso: 26 set. 2016.

PARADA, A. M.M. **A declaração da OMC sobre acordo TRIPS e saúde pública (Doha, 2001) - Um estudo de caso sobre a liderança brasileira em foros**

internacionais. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) - Universidade Nacional de Brasília, Brasília, 2005.

PARKER, R, CAMARGO-JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad Saúde Pública.**;16 (sup1):S89–102, 2000.

UNAIDS. Estatísticas. **Relatórios mais recentes do UNAIDS.** Disponível em: <<https://unaids.org.br/estatisticas/>>.

UNAIDS. Joint UN Programme on HIV/AIDS. **Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90.** Disponível em <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017>. Acesso em: 10 ago. 2017.

UNAIDS. **Legislação brasileira e o HIV.** Conheça seus direitos. Disponível em <<https://unaids.org.br/conheca-seus-direitos/>>. Acesso em 29 de dezembro de 2017.

Anexo 1: Certificado de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.427.726

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo adota uma estratégia com dados secundários do Ministério da Previdência Social, por intermédio do Sistema Único de Informações de Benefício (SUIBE).

Serão selecionados os benefícios assistenciais: LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) e os benefícios previdenciários concedidos: auxílio-doença por invalidez, em decorrência de CID B24, no período de 2004 a 2014.

Apresenta o plano de recrutamento dos participantes da investigação, com os seus critérios de inclusão e exclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: Janeiro de 2017.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Janeiro de 2018.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica		
Bairro: Santa Mônica		
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA	CEP: 38.408-144
Telefone: (34)3239-4131	Fax: (34)3239-4335	E-mail: cep@prop.ufu.br

Página 02 de 04

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Comitê de Ética em Pesquisa
Prof. Dr. Sandro Teresinha de Farias Furtado
Coordenadora



Continuação do Parecer: 1.427.726

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_640676.pdf	18/01/2016 09:52:11		Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS.pdf	25/12/2015 17:29:04	Jean Ezequiel Limongi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	23/12/2015 00:25:15	Jean Ezequiel Limongi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_COPARTIC_AIDS.pdf	21/12/2015 21:33:28	Jean Ezequiel Limongi	Aceito
Outros	LINK_CURRICULUM.doc	21/12/2015 21:32:54	Jean Ezequiel Limongi	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Página 03 de 04

Jean Ezequiel de Faria Furtado
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Prof. Dr. Sandra Terezinha de Faria Furtado
 Coordenadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.427.726

Outros	TERMO_COMPROMISSOADS.pdf	21/12/2015 17:33:06	Jean Ezequiel Limongi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AUSENCIA_TCLE_AIDS.pdf	21/12/2015 17:30:28	Jean Ezequiel Limongi	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_AIDS.pdf	21/12/2015 17:29:06	Jean Ezequiel Limongi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 28 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Sandra Terezinha de Farias Furtado

(Coordenador)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Comitê de Ética em Pesquisa

Profª Drª Sandra Terezinha de Farias Furtado

Coordenadora

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica	
Bairro: Santa Mônica	
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131	Fax: (34)3239-4335
E-mail: cep@propp.ufu.br	

Anexo 2: Comprovante de submissão para publicação do manuscrito.

02/01/2018 ScholarOne Manuscripts

 Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

 Home

 Author

Author Dashboard

- 1 Submitted Manuscripts** >
- 2 Manuscripts with Decisions >
- Start New Submission >
- Legacy Instructions >
- 5 Most Recent E-mails >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Liebstein, Liliana ADM: Wang, Shanshan	2017-00543	AIDS and brazilian social assistance and social security, 2004-2016 View Submission	28-Sep-2017	28-Sep-2017
				
* Under Review				

Anexo 3: Comprovante de submissão para publicação do manuscrito.

05/01/2018 SAGAS

O novo artigo foi submetido com sucesso!

Login: [jeanlimongi](#) Português English Español



SAGAS
Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Início Autor Editor Mensagens Sair

CSP_0025/18

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Data de submissão	05 de Janeiro de 2018
Título	Desigualdades regionais da AIDS no âmbito da Previdência e Assistência Social, Brasil, 2004-2016
Título corrido	Desigualdades regionais da AIDS na Previdência e Assistência Social
Área de Concentração	Políticas Públicas de Saúde
Palavras-chave	Assistência Social, Previdência Social, AIDS
Fonte de Financiamento	Nenhum
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na Declaração de Helsinki, além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Marcelo Simão Ferreira < marcelosferreira@netsite.com.br > Pedro Luiz Tauil < ptauil@unb.br > Lourenço Faria da Costa < loufcosta@yahoo.com.br >
Autores	Keile Aparecida Resende Santos (Universidade Federal de Uberlândia) < keileaparecida62@gmail.com > Antônio Marcos Machado de Oliveira (Universidade Federal de Uberlândia) < taba@ig.ufu.br > Luciomar de Melo (Instituto Nacional do Seguro Social) < luciomar.mello@inss.gov.br > Jean Ezequiel Limongi (Universidade Federal de Uberlândia) < jeanlimongi@gmail.com >
STATUS	Com Secretaria Editorial

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2018

Anexo 4: Consentimento para pesquisa com o Banco de dados do SUIBE.

----- Mensagem encaminhada -----

De: "dgiben" <dgiben@inss.gov.br>

Data: 04/11/2015 13:16

Assunto: Re: Fwd: Fw: reiterando: Utilização dados pesquisa mestrado.

Para: miriam.pvieira@inss.gov.br

Boa tarde,

Os dados agregados do SUIBE são públicos, podendo ser utilizados por qualquer cidadão.

A servidora Keile Aparecida Resende Santos poderá utilizar os dados do SUIBE para a pesquisa, desde que sejam agregados ou, se individualizados, não poderão ser de ordem pessoal, individualizada por segurado, cujo acesso é restrito aos agentes públicos legalmente autorizados e à pessoa a que elas se referirem ou ao seu representante legal, conforme disposto no § 1º do artigo 31 da Lei nº 12.527/11.

Att,

Marta Angélica Gomes de Paiva

Mat. Siape 1052234

Divisão de Gerenciamento de Informações de Benefícios

DGIBEN/DIRBEN/INSS

Tel: (61) 3313-4439

Setor de Autarquias Sul, Qd. 02, Bl."O", Sala 817
70.070-946 - Brasília-DF