



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

JOÃO VICTOR MAIA PINHEIRO BARBOSA

**ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 78 DA TURMA NACIONAL DE
UNIFORMIZAÇÃO NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS À
PESSOAS QUE VIVEM COM O HIV NO ÂMBITO DO TRIBUNAL REGIONAL
FEDERAL DA 5ª REGIÃO**

FORTALEZA
2025

JOÃO VICTOR MAIA PINHEIRO BARBOSA

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 78 DA TURMA NACIONAL DE
UNIFORMIZAÇÃO NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS À
PESSOAS QUE VIVEM COM O HIV NO ÂMBITO DO TRIBUNAL REGIONAL
FEDERAL DA 5ª REGIÃO

Monografia submetida à Coordenação do
Curso de Graduação em Direito da
Universidade Federal do Ceará, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Direito. Área de
concentração: Direito Previdenciário.

Orientadora: Prof.^a Dra. Theresa Rachel
Couto Correia.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B198a Barbosa, João Victor Maia Pinheiro.

Análise da aplicação da súmula 78 da Turma Nacional de Uniformização na concessão de benefícios previdenciários à pessoas que vivem com o HIV no âmbito do Tribunal Regional Federal da 5ª Região / João Victor Maia Pinheiro Barbosa. – 2025.

49 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Theresa Rachel Couto Correia.

1. Súmula 78. 2. TNU. 3. TRF-5. 4. Uniformização. 5. HIV. I. Título.

CDD 340

JOÃO VICTOR MAIA PINHEIRO BARBOSA

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 78 DA TURMA NACIONAL DE
UNIFORMIZAÇÃO NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS À
PESSOAS QUE VIVEM COM O HIV NO ÂMBITO DO TRIBUNAL REGIONAL
FEDERAL DA 5ª REGIÃO

Monografia submetida à Coordenação do
Curso de Graduação em Direito da
Universidade Federal do Ceará, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Direito. Área de
concentração: Direito Previdenciário.

Aprovada em: 25/07/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Theresa Rachel Couto Correia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Me. Thiago Fragoso Queiroz
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho a Jeová, aos meus familiares, especialmente Giselda, Ângela, Alexandre e Amanda, e à minha namorada, Bárbara.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à minha professora orientadora, Theresa Rachel Couto Correia, pela paciência e dedicação ao longo de dois anos de orientação. Sua confiança e incentivo foram fundamentais para que eu persistisse e conseguisse concluir esta pesquisa.

Agradeço também aos professores Felipe Braga Albuquerque e Thiago Fragoso Queiroz, pela gentileza de aceitarem o convite para compor a banca e também pelas valiosas contribuições feitas durante a avaliação.

RESUMO

Este estudo analisa a aplicação da Súmula 78 da Turma Nacional de Uniformização (TNU) pelo Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF-5) na concessão de benefícios previdenciários a pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). A referida súmula estabelece que, uma vez comprovado que o requerente de benefício previdenciário é portador do vírus HIV, cabe ao julgador verificar as condições pessoais, sociais, econômicas e culturais do segurado, de forma a analisar a incapacidade em sentido amplo, em face da elevada estigmatização social da doença. A pesquisa, de natureza qualitativo-quantitativa e descritiva, baseia-se em revisão bibliográfica e análise documental, com foco principalmente na jurisprudência do TRF-5. O estudo busca identificar padrões de julgamento, os critérios adotados pelos desembargadores e o papel da perícia social na efetivação da abordagem multifatorial sugerida pela súmula. Verificou-se que, embora a súmula seja formalmente aplicada na maioria dos casos, sua eficácia é limitada quando a perícia social não é realizada. Concluiu-se que a adoção de avaliações técnicas e abrangentes é essencial para garantir os direitos fundamentais das pessoas que vivem com HIV.

Palavras-chave: Súmula 78. TNU. TRF-5. Uniformização. HIV.

ABSTRACT

This study analyzes the application of Precedent 78 of the National Panel for the Standardization of Case Law (Turma Nacional de Uniformização – TNU) by the Federal Regional Court of the 5th Region (TRF-5) in granting social security benefits to people living with the human immunodeficiency virus (HIV). The aforementioned precedent establishes that, once it is confirmed that the applicant for the benefit is HIV-positive, the judge must assess the insured's personal, social, economic, and cultural conditions in order to evaluate incapacity in a broad sense, given the high level of social stigmatization associated with the disease. The research, which is qualitative-quantitative and descriptive in nature, is based on bibliographic review and documentary analysis, with a particular focus on TRF-5 case law. The study seeks to identify judgment patterns, the criteria adopted by judges, and the role of social expertise in implementing the multifactorial approach proposed by the precedent. It was found that, although the precedent is formally applied in most cases, its effectiveness is limited when social expertise is not carried out. It is concluded that the adoption of technical and comprehensive evaluations is essential to ensuring the fundamental rights of people living with HIV.

Keywords: Precedent 78. TNU. TRF-5. Standardization. HIV.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de mortes relacionadas à aids: situação atual *versus* cenário sem terapia antiretroviral disponível, 1990-2022.

Gráfico 2 – Extensão da aplicação da Súmula 78 do TNU no âmbito do TRF-5

Gráfico 3 – Extensão da aplicação da Súmula 78 do TNU por tipo de benefício

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Art.	Artigo
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CF/88	Constituição Federal de 1988
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
Nº	Número
TNU	Turma Nacional de Uniformização
TRF-5	Tribunal Regional Federal da 5ª Região

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV): ORIGEM, EVOLUÇÃO E OS DESAFIOS PESSOAIS, SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS ENFRENTADOS POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NO BRASIL	14
2.1	A evolução do HIV e da aids no Brasil	16
2.2	As barreiras pessoais, sociais e econômicas enfrentadas por pessoas que vivem com o HIV no brasil	19
2.2.1	<i>Desafios pessoais vivenciados por pessoas que vivem com o HIV no Brasil</i>	19
2.2.2	<i>Desafios sociais vivenciados por pessoas que vivem com o HIV</i>	21
2.2.3	<i>Desafios econômicos vivenciados por pessoas que vivem com o HIV</i>	23
3	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS NORMAS DA SEGURIDADE SOCIAL DO BRASIL RELACIONADAS À PESSOAS VIVENDO COM O HIV	25
3.1	Primeiras normas da Seguridade Social no Brasil	25
3.2	Consolidação da seguridade social na Constituição Federal de 1988	27
3.3	Normativas específicas destinadas às pessoas vivendo com HIV e a Súmula 78 da TNU	29
4	ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 78 DA TURMA NACIONAL DE UNIFORMIZAÇÃO (TNU) NO ÂMBITO DO TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO	34
4.1	Análise quantitativa das decisões.....	35
4.2	Análise qualitativa das decisões	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

Viver com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) no Brasil ainda representa um desafio para muitas pessoas que transcende as barreiras médicas. Apesar dos avanços na terapia antirretroviral e das políticas públicas de saúde, as pessoas que vivem com o HIV enfrentam diariamente os efeitos do estigma social, da discriminação e do preconceito. Essas dificuldades se refletem diretamente em suas possibilidades de inserção no mercado de trabalho e na possibilidade de fruir de outros direitos fundamentais constitucionalmente garantidos.

A condição sorológica, associada a marcadores sociais como pobreza, baixa escolaridade e exclusão social, impõe obstáculos muitas vezes invisíveis à obtenção da proteção previdenciária, ainda que a capacidade para o trabalho sob o ponto de vista biomédico esteja presente. Nesse contexto, o ordenamento jurídico brasileiro tenta responder a essa complexidade com instrumentos normativos específicos, como a Súmula 78 da Turma Nacional de Uniformização (TNU), que busca garantir uma análise multifatorial das condições do segurado nas demandas previdenciárias ajuizadas por pessoas vivendo com HIV. A referida súmula estabelece que, uma vez “comprovado que o requerente de benefício é portador do vírus HIV, cabe ao julgador verificar as condições pessoais, sociais, econômicas e culturais, de forma a analisar a incapacidade em sentido amplo, em face da elevada estigmatização social da doença.” (Brasil, 2014).

O presente trabalho de conclusão de curso analisa a aplicação da Súmula 78 da Turma Nacional de Uniformização (TNU) pelo Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF-5) na concessão de benefícios previdenciários a pessoas vivendo com o HIV. O tema é de grande relevância, pois envolve a interseção entre o Direito Previdenciário, a proteção social e os desafios enfrentados por um grupo vulnerável, cuja condição demanda uma avaliação jurídica sensível e que considere variados fatores enfrentados. Parte-se, assim, do seguinte problema de pesquisa: a análise multifatorial disciplinada pela Súmula 78 da TNU vem sendo efetivamente realizada pelos desembargadores do TRF-5 nos casos que envolvem a concessão de benefício previdenciário a pessoas vivendo com HIV? A hipótese do estudo é que a ausência de perícia social nos processos judiciais analisados no TRF-5 contribui para uma aplicação limitada da Súmula 78 da TNU, o que prejudica a garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV.

Tem-se como objetivo geral deste trabalho investigar a aplicação da Súmula 78 da TNU nos processos judiciais previdenciários julgados pelo TRF-5 e que envolvam jurisdicionados vivendo com HIV. Como objetivos específicos, propõem-se: a) analisar a evolução normativa e jurisprudencial que correlaciona o direito previdenciário e as pessoas vivendo com o HIV; b) analisar a extensão da aplicação da Súmula 78 da TNU no TRF-5; c) identificar a frequência e o impacto da realização de perícia social nos processos; e, c) discutir os desafios pessoais, sociais, econômicos e culturais enfrentados por esse grupo na perspectiva da seguridade social a partir da jurisprudência do TRF-5.

Justifica-se o estudo pela importância social e jurídica de assegurar que os benefícios previdenciários sejam avaliados com base em uma análise técnica e abrangente, atentando-se às especificidades da condição de saúde dos segurados, mas também às vulnerabilidades pessoais, sociais, econômicas e culturais das pessoas que vivem com HIV. Além disso, a análise crítica da jurisprudência do TRF-5 contribui para o aprimoramento do entendimento judicial e para a promoção de políticas públicas mais eficazes no âmbito da seguridade social.

A metodologia adotada é quali-quantitativa, descritiva e baseada em revisão bibliográfica e documental, principalmente a análise da jurisprudência do TRF-5. A análise quantitativa possibilita mapear e caracterizar os padrões de aplicação da Súmula no Tribunal, enquanto a análise qualitativa permite compreender as nuances e complexidades das decisões. Por fim, a revisão bibliográfica fundamenta o estudo em autores e normas relevantes, e a análise documental, especialmente das decisões judiciais, oferece dados estatísticos e compreensões empíricas para a reflexão crítica sobre o assunto.

O estudo está dividido em três capítulos, além da introdução e conclusão. O primeiro capítulo trata do HIV propriamente dito, sua origem, evolução e os desafios pessoais, sociais, econômicos e culturais enfrentados pelas pessoas que vivem com a doença no Brasil. Por sua vez, o segundo capítulo aborda a evolução da seguridade social no país, desde as primeiras normas até a edição da Súmula 78 da TNU. Por fim, o terceiro capítulo dedica-se à análise, de fato, da aplicação da Súmula 78 da TNU no âmbito do TRF-5, incluindo a análise quantitativa e qualitativa.

2 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV): ORIGEM, EVOLUÇÃO E OS DESAFIOS PESSOAIS, SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS ENFRENTADOS POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NO BRASIL

Segundo Rachid e Schechter (2017), as primeiras comunicações oficiais sobre a aids¹ ocorreram em 1981 nos Estados Unidos, quando foram registrados, junto aos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, diversos casos de pneumonia e sarcoma de Kaposi² em homens homoafetivos que gozavam de boa saúde antes das enfermidades.

A situação alarmante despertou a necessidade de investigações profundas para compreender a origem das doenças detectadas, o que, por sua vez, contribuiu para a identificação, em 1983, do vírus da imunodeficiência humana (HIV) como o agente etiológico da aids (Rachid; Schechter, 2017).

A identificação das doenças oportunistas e posteriormente o conhecimento do HIV/aids serviu como um chamado urgente para a ação de combate às doenças infecciosas e para o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas científicas na busca por tratamentos eficazes contra as novas doenças. Além disso, essa ausência inicial de conhecimento aprofundado sobre o HIV/aids na época, estimulou a importância de educar a sociedade e desenvolver medidas de prevenção que promovessem a redução de novos casos de infecção pelo vírus até que o tratamento fosse minimamente adequado.

Portanto, a descoberta do HIV e sua associação com a aids representaram um ponto de virada na história da medicina e da saúde pública, evidenciando a necessidade de direcionar recursos e pesquisas científicas para enfrentar este problema até então desconhecido.

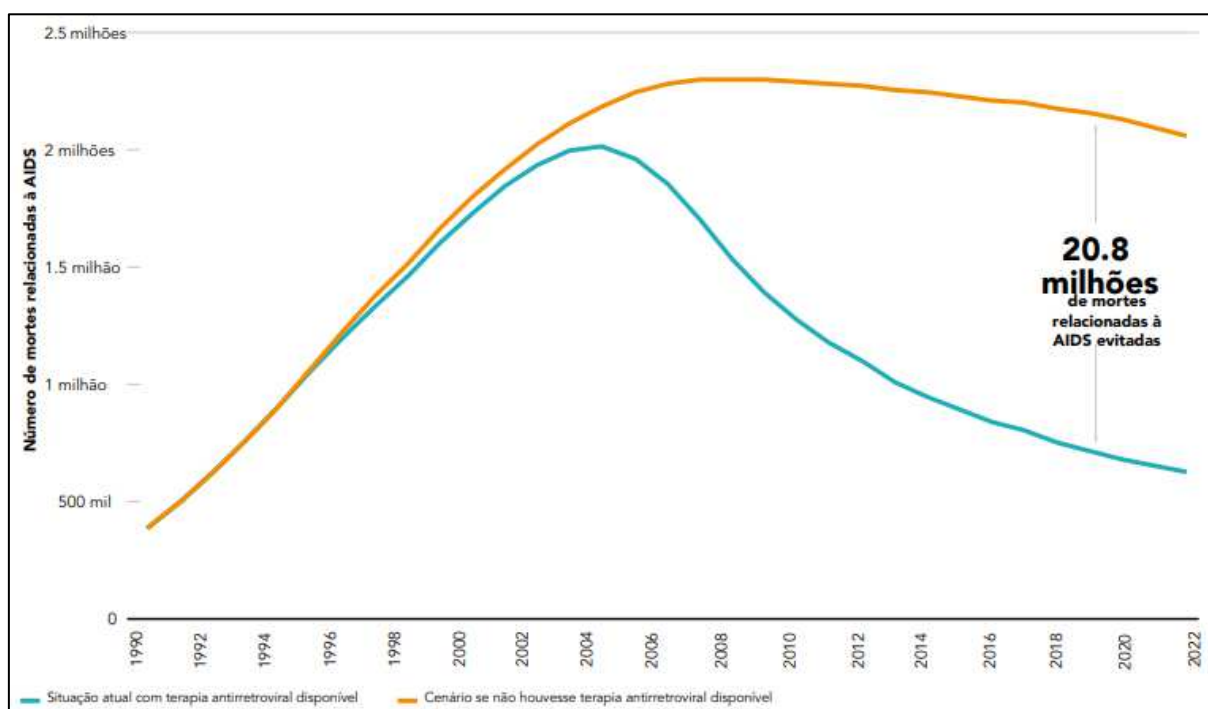
¹ “Aids” é originalmente a sigla em inglês para *Acquired Immunodeficiency Syndrome*. Com o uso frequente do termo, a palavra foi incorporada à língua portuguesa e incluída na edição de 2001 do Dicionário Houaiss. Posteriormente, foi oficializada pela Academia Brasileira de Letras após a Reforma Ortográfica. Em português, aids deixou de ser uma sigla e passou a ser o nome da doença derivado do termo em inglês, devendo ser escrita com letra minúscula, salvo quando iniciar uma frase. (Disponível em: <https://www.palavraimpressa.com.br/2016/03/23/pilula-de-portugues-para-a-aids-assim-com-letras-todas-minusculas/>. Acesso em 23 de set. 2024).

² O sarcoma de Kaposi é um tipo raro de câncer que se desenvolve a partir das células que revestem vasos sanguíneos e linfáticos. Caracteriza-se pela formação de lesões anormais na pele, mucosas, linfonodos e órgãos internos, geralmente de cor roxa, vermelha ou marrom. Essa doença está frequentemente associada a pessoas imunossuprimidas, especialmente aquelas com infecção pelo HIV, embora também possa ocorrer em outros contextos de fragilidade imunológica. (Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/types/kaposi-sarcoma/about/what-is-kaposi-sarcoma.html>. Acesso em: 27 jul. 2025).

Conforme afirmam Rachid e Schechter (2017), com a introdução de estratégias terapêuticas antiretrovirais na prática clínica e a aplicação sistemática de prevenção primária contra novas infecções, houve uma notável redução da taxa de mortalidade e de complicações associadas à infecção pelo HIV.

A redução na mortalidade e morbidade foi um testemunho do progresso na medicina e na conscientização pública, resultados que podem ser comprovados pelo relatório global “o caminho que põe fim à AIDS”, do UNAIDS, programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2023), o qual analisou o impacto da distribuição de antiretrovirais na mitigação de mortes por complicações relacionadas à aids no transcorrer dos anos.

Gráfico 1 – Número de mortes relacionadas à aids: situação atual *versus* cenário sem terapia antiretroviral disponível, 1990-2022.



Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2023.

Evidentemente, a aplicação eficaz dessas medidas trouxe benefícios individuais e gerou impactos altamente positivos para toda a sociedade, uma vez que a redução da disseminação do HIV resultou na diminuição do número de doenças oportunistas decorrentes da sua evolução (a aids), o que, por sua vez, permitiu o direcionamento adequado dos tratamentos e o atendimento médico eficiente às pessoas afetadas pelo vírus.

Esse progresso científico mitigou os efeitos colaterais decorrentes da doença, os quais eram duramente enfrentados pelos indivíduos, ao mesmo tempo em que também economizou recursos significativos dos sistemas de saúde globais, os quais passaram a ser utilizados de forma mais eficaz em outras necessidades igualmente críticas.

Portanto, os avanços na prevenção do HIV e no tratamento da aids tiveram impacto transformador para a coletividade, pois, além de salvar vidas e melhorar significativamente a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV, tais progressos também impulsionaram a criação e o fortalecimento de políticas públicas de saúde mais inclusivas e abrangentes.

Ademais, os avanços estimularam o debate sobre questões de equidade no acesso à saúde, ampliaram a conscientização social sobre a importância da prevenção e promoveram um ambiente favorável para a inovação científica e tecnológica no enfrentamento de doenças infecciosas.

Contudo, apesar dos progressos científicos que tiveram impacto direto na qualidade de vida das pessoas que viviam com o HIV, as implicações psicossociais continuaram profundamente devastadoras, particularmente para os indivíduos que desenvolviam a aids. Neste sentido, Barbará, Sachetti e Crepaldi (2005, p. 331) bem lecionam:

[...] nenhuma das doenças teve consequências tão devastadoras, no âmbito social, econômico e político, em um tempo tão relativamente curto, como a aids. [...] a aids representou, para o conjunto da população, muito mais que apenas uma doença, tornando-se rapidamente um fenômeno social que veio ocupar 'o lugar' da doença mais estigmatizante da sociedade, que antes era ocupado pelo câncer, e que já havia sido da sífilis, da lepra e da peste, entre outras doenças infecto-contagiosas.

Desta feita, o enfrentamento da aids e do vírus HIV revelou uma complexa dualidade, principalmente por transcender os limites da saúde física e transformar a questão em um fenômeno social, assumindo, ao longo das décadas, papéis negativos na sociedade, indo além do mero *status* de uma doença, mas tornando-se uma entidade carregada de estigma, medo e discriminação, afetando a saúde individual das pessoas que foram acometidas e as esferas sociais, econômicas e políticas dos indivíduos.

2.1 A evolução do HIV e da aids no Brasil

A epidemia de HIV e aids no Brasil seguiu, em parte, a dinâmica global, mas também adquiriu características próprias que definiram a resposta nacional ao enfrentamento da doença. A disseminação do HIV e o desenvolvimento da aids no Brasil refletiram uma trajetória marcada por transformações profundas ao longo dos anos.

Os primeiros quinze anos da epidemia de aids no Brasil foram críticos, sendo registrados 83.551 casos da doença, com uma concentração mais acentuada nas capitais das regiões Sul e Sudeste, assim como em alguns municípios do estado de São Paulo (Rachid; Schechter, 2017). O panorama inicial da doença no país reflete seu surgimento e propagação nas áreas urbanas mais populosas e conectadas, frequentemente associado a grupos específicos, como homens homoafetivos, profissionais do sexo e, em menor escala, usuários de drogas injetáveis.

No entanto, a epidemia de HIV e aids não se restringiu a essas áreas iniciais. No período de 1995 a 2004, houve um aumento significativo no número de casos registrados, totalizando 304.631, onde a concentração de casos se expandiu para as capitais da região Nordeste e Centro-Oeste, além de duas capitais da região Norte (Rachid; Schechter, 2017). Tal cenário evidenciou a capacidade do vírus de se espalhar para regiões anteriormente menos afetadas e sublinhou a importância de estratégias nacionais de prevenção e tratamento.

Além da interiorização da epidemia, observou-se, também, um aumento significativo da incidência de HIV entre a população idosa, o que representa uma transformação relevante no perfil epidemiológico brasileiro. O avanço de medicamentos no tratamento de reposição hormonal e de disfunções eréteis, como o citrato de sildenafila³, contribuiu para prolongar a vida sexual ativa entre pessoas com mais de 60 anos, mas que associado a baixa adesão ao uso de preservativos e o tabu em torno da sexualidade na velhice intensificaram a vulnerabilidade desse grupo à infecção pelo vírus HIV (Dornelas Neto *et al.*, 2015; Araújo; Monteiro, 2011). Conforme destaca Lima (2020), muitos idosos relataram sentimentos de medo, preconceito e incerteza diante do diagnóstico, realidade agravada pela invisibilidade do tema nas campanhas de prevenção. Diante disso, a incorporação da população idosa nas

³ O citrato de sildenafila é um remédio indicado para disfunção erétil ou hipertensão pulmonar, pois relaxa os músculos dos vasos sanguíneos e aumentando o fluxo de sangue para áreas específicas do corpo como pênis ou pulmões. (Disponível em: <https://www.tuasaude.com/sildenafil-pramil/>. Acesso em: 27 jul. 2025.)

estratégias de prevenção e cuidado passou a constituir uma demanda urgente das políticas públicas de saúde.

Posteriormente, no período de 2005 a junho de 2015, foi constatado um aumento ainda maior nos casos de aids no Brasil, totalizando 410.101 registros (Rachid; Schechter, 2017). Nesse período, a distribuição dos casos já alcançava todo o território nacional. Embora preocupante, essa ampla disseminação também pode ser interpretada de forma positiva, como reflexo dos avanços na vigilância epidemiológica e na ampliação da oferta de testes e tratamentos, o que reduziu a subnotificação e aumentou o número de diagnósticos oficiais da doença.

Por outro lado, a disseminação do vírus para áreas mais afastadas dos grandes centros urbanos e capitais trouxe uma série de desafios e problemas. À medida que o HIV se espalhou para áreas rurais e regiões menos desenvolvidas, a oferta de serviços de saúde adequados tornou-se mais desafiadora, porquanto os "os serviços e as ações de saúde se distribuem de maneira desigual, principalmente na expansão do acesso à terapia antirretroviral" (Lucas; Böschemeier; Souza, 2023, p. 02), seja por questões orçamentárias ou pela dificuldade em garantir a sustentabilidade das ações a longo prazo (Szwarcwald; Castilho, 2011).

A desigualdade no acesso a serviços de saúde e estratégias preventivas aprofundou o estigma e a discriminação em regiões com menor compreensão da epidemia de HIV/aids, especialmente em pequenas comunidades brasileiras, onde a identificação de pessoas vivendo com HIV facilita práticas de ostracismo, exclusão social e violações de direitos humanos, refletindo a carência de abordagens locais eficazes para mitigar os impactos socioeconômicos da doença (Grangeiro; Escuder; Castilho, 2010).

Em resumo, no Brasil, a disseminação do HIV e da aids ocorreu de forma semelhante à observada em outras sociedades. No entanto, as pessoas que vivem com HIV ainda enfrentam um conjunto complexo de adversidades que afetam diversas dimensões de suas vidas, especialmente nos aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais. Essas dificuldades podem ter efeitos profundos, comprometendo a adesão ao tratamento, o acesso a serviços de saúde, os relacionamentos interpessoais e as oportunidades de emprego e educação, além de perpetuar o estigma e a discriminação.

Destarte, a convergência desses fatores cria um ambiente desafiador, que limita o desenvolvimento pessoal e compromete as perspectivas de bem-estar dos

indivíduos afetados. Assim, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, a luta contra o HIV e a aids no Brasil exige, além de respostas biomédicas, ações integradas que enfrentem as barreiras sociais, culturais e econômicas que ainda impactam profundamente a vida dessas pessoas.

2.2 As barreiras pessoais, sociais e econômicas enfrentadas por pessoas que vivem com o HIV no Brasil

As barreiras enfrentadas por pessoas que vivem com o HIV vão além das médicas, permeando esferas pessoais, sociais, econômicas e culturais, conforme adiantado. Por tal complexidade, exige-se uma análise integrada para compreender os desafios que esses indivíduos enfrentam diariamente.

Nesse contexto, a diversidade de fatores revela um panorama desafiador, reforçado por dados estatísticos por vezes alarmantes. Diante disso, é fundamental investigar com precisão os principais desafios e as diferentes nuances que contribuem para a manutenção das barreiras enfrentadas pelas pessoas que vivem com HIV.

De fato, o exame detalhado dessas barreiras fornecerá uma visão mais abrangente das necessidades desses indivíduos e ajudará a compreender melhor a origem e as motivações da edição da Súmula 78 da TNU, a qual, inclusive, sugere ao julgador analisar justamente esses aspectos, os quais serão explorados adiante.

2.2.1 Desafios pessoais vivenciados por pessoas que vivem com o HIV no Brasil

Para muitas pessoas vivendo com HIV, as dificuldades de cunho pessoal transcendem o âmbito médico e se manifestam profundamente no campo emocional e psicológico, influenciando até mesmo o interesse do indivíduo pelo tratamento.

Segundo o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil (UNAIDS, 2025), constatou-se que 68,4% das pessoas entrevistadas relataram ter sido diagnosticadas com problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão. No mesmo sentido, Kahhale *et al.* (2013, p. 82) relatam que “muitos depoimentos de usuários retratam quanto a depressão, por exemplo, provocou isolamento, desesperança de viver e solidão, resultando na dificuldade e no medo de buscar ajuda e tratamento”.

Tais dados corroboram a necessidade premente de políticas integradas que abordem questões para além da saúde física do requerente, ou seja, que também

considere a saúde mental, visando a mitigação dos impactos e a promoção do bem-estar integral das pessoas.

Ademais, foi constatada que a depressão pode, ainda, comprometer o sistema imunológico, afetando a capacidade do corpo de responder aos tratamentos e de combater infecções oportunistas. Sob esta premissa, Silva *et al.* (2021, p. 323) evidenciaram que “a depressão em pessoas com HIV pode favorecer a progressão da doença, acelerando o declínio da função imune, com diminuição significativa da contagem de linfócitos T CD4+⁴, aumentando a taxa de mortalidade”.

Outrossim, mesmo quando não há diminuição da imunidade e consequentemente efeitos diretos sobre o agravamento da doença por decorrência dos problemas psíquicos enfrentados, as pessoas que vivem com o HIV nutrem, ainda assim,

[...] uma percepção interna bastante deteriorada, o que compromete sua qualidade de vida, suas relações familiares, afetivas e sociais. Essa visão de si parece associada ao fato de viver com HIV/Aids e atribuir toda experiência negativa e todos os problemas à infecção, além de ter que lidar com o próprio preconceito de estar infectado por um vírus tão estigmatizado (Kahhale *et al.*, 2013, p. 81).

Nesse contexto, a luta para manter a autoestima e a confiança é contínua e desafiadora, uma vez que o enfrentamento das barreiras emocionais e psicológicas exige apoio constante e uma rede de suporte sólida, nem sempre disponível para as pessoas que vivem com HIV.

O Índice de Estigma em Relação às Pessoas Vivendo com HIV no Brasil (UNAIDS, 2019) revelou que 53,4% dos entrevistados não participavam de redes ou grupos de apoio, evidenciando uma lacuna significativa na construção de relações interpessoais que proporcionem suporte e solidariedade. Tais redes são fundamentais, pois oferecem acolhimento emocional, mas também o compartilhamento de experiências e estratégias de enfrentamento, contribuindo para uma vida mais plena.

⁴ Em linhas gerais, os linfócitos T CD4+ são um tipo de células do sistema imunológico que ajudam a defender o corpo contra doenças. Eles são importantes porque coordenam a resposta do sistema imunológico, dizendo a outras células o que fazer para combater infecções, incluindo o vírus do HIV. Quando alguém é infectado pelo HIV, o vírus ataca e danifica os linfócitos T CD4+, enfraquecendo assim o sistema imunológico (Disponível em: <https://www.sanarmed.com/linfocitos-t>. Acesso em: 23 set. 2023).

Ainda sobre o mesmo assunto, destaca-se que as mulheres que vivem com o HIV são ainda mais impactadas pela ausência de uma rede apoio, uma vez que são, segundo Kahhale *et al.* (2013, p. 36), “responsabilizadas, abandonadas pelos maridos que as infectaram, rejeitadas pelos conhecidos e pela família”, circunstâncias que têm um impacto direto na autoimagem dessas mulheres, o que resulta em uma resistência maior em aceitar sua condição, o que, por sua vez, tem efeitos negativos na própria segurança emocional e pessoal dessas mulheres (Pereira, 2021).

Desse modo, é notório como os enfrentamentos pessoais, em especial os transtornos psiquiátricos decorrentes do diagnóstico, podem tornar-se um fardo emocional latente, o que demonstra a real necessidade de oferecer serviços de saúde mental acessíveis e sensíveis às necessidades específicas dessa população.

Por último, mas não menos importante, é razoável ponderar que essas adversidades intrapessoais são resultado, em grande parte, de outra adversidade vivenciada pelas pessoas que vivem com o HIV, qual seja, o ostracismo social, sendo mister abordar os desafios sociais enfrentados por tal público.

2.2.2 Desafios sociais vivenciados por pessoas que vivem com o HIV

O preconceito enfrentado por indivíduos que vivem com o vírus da imunodeficiência humana é uma manifestação complexa e multifacetada do estigma, que, em resumo, segundo Goffman (2004, p. 4), é “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. Sob este contexto, é notório que a estigmatização impõe sérias repercussões na vida das pessoas que vivem com o HIV, afetando, especialmente, o aspecto emocional desses indivíduos, como explorado anteriormente.

A estigmatização relacionada ao HIV frequentemente se origina da falta de conhecimento e de informações precisas acerca da transmissão, prevenção e tratamento da infecção. Consequentemente, por ser objeto de grande desconhecimento, o HIV, não raras as vezes, é mantido em sigilo por grande parte das pessoas que são diagnosticadas. Por isso estima-se que 19,6% delas não revelam a convivência com o vírus aos parceiros e parceiras fixas, segundo dados do Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil (UNAIDS, 2019).

Desse modo, percebe-se que esse o estigma é alimentado por uma série de fatores. A pesquisa realizada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, evidencia cinco elementos-chaves, que

[...] contribuem para a manutenção do estigma: o fato do HIV/Aids ser um agravo à saúde que ameaça a vida; o medo que as pessoas têm de se infectar com o HIV; a associação da aids a comportamentos ainda objeto de estigma na maior parte da sociedade, como relações sexuais entre homens e o consumo de drogas injetáveis; as crenças religiosas ou morais que levam alguns a pensar que ter se infectado com HIV e desenvolvido aids resultam de falta moral (promiscuidade ou relações sexuais “desviantes”), por isso merecem castigo; por último, a culpabilização e responsabilização individual das pessoas que se infectaram e adoeceram pelo HIV (UNAIDS, 2019, s.p.).

De fato, o desconhecimento sobre o HIV ainda alimenta crenças infundadas, como a possibilidade de transmissão por contato casual, a exemplo de apertos de mão ou compartilhamento de utensílios. Esse preconceito, lamentavelmente, persiste até mesmo entre profissionais de saúde, conforme apontado por pesquisa que revelou que 6,8% dos entrevistados no Brasil já sofreram discriminação durante atendimentos por parte dos profissionais de saúde, incluindo a recusa de contato físico e comentários negativos relativos aos usuários por serem pessoas vivendo com HIV/AIDS (UNAIDS, 2019).

Assim, essas concepções resultam em isolamento social e relutância de algumas pessoas em buscar o diagnóstico. Sob este contexto, Kahhale *et al.* (2013, p. 96) enfatizam:

[...] esses sentimentos de autoisolamento, de exclusão da vida social e de relacionamentos sexuais levam à vivência de morte social. Essas configurações geram em algumas pessoas o sentimento de não pertencimento à sociedade civil. Com isso, não conseguem procurar serviços de saúde e de apoio a que têm direito e, por conseguinte, não melhoram a qualidade de vida.

Ademais, o estigma é exacerbado por construções sociais que ligam a infecção pelo HIV à comportamentos de risco, como relações sexuais desprotegidas e promiscuidade. Tal associação prejudicial amplifica a ideia de que o HIV é uma consequência de escolhas morais inadequadas, especialmente relacionadas ao sexo, reforçando o estigma e o preconceito sucumbidos por aqueles indivíduos que vivem com o vírus.

Neste sentido, Kahhale *et al.* (2013, p. 28) destacam:

[...] tal marca — a transmissão pelo sexo — fez do HIV ainda mais do que a possibilidade de contrair uma doença mortal para o físico. Tornou-o o vírus de uma doença moralista, em que os infectados eram excluídos e ridicularizados. Uma doença de conotação moralista só poderia ter criado um padrão de preconceito bastante alto, principalmente com profissionais do sexo, homossexuais e travestis. Além da doença do corpo, as pessoas vivendo com HIV sentiram-se excluídos do convívio público. E os estudos só confirmaram tal hipótese. Além de tal preconceito, o sexo passou a ser visto como ameaçador, e o moralismo se acentuou.

Por fim, cumpre destacar que o estigma social pode se manifestar em diversas áreas da vida das pessoas que vivem com o HIV, incluindo o âmbito do trabalho, impactando diretamente as condições econômicas do indivíduo, como será explorado adiante.

2.2.3 Desafios econômicos vivenciados por pessoas que vivem com o HIV

As discriminações enfrentadas pelas pessoas que vivem com o HIV no ambiente de trabalho são barreiras significativas e preocupantes, capazes de segregar e marginalizar esses indivíduos, comprometendo a subsistência e dificultando o acesso básico às condições mínimas de sobrevivência, sobretudo pela ausência de renda, sofrendo “mais com a ausência de trabalho do que o restante da população.” (Kahhale *et al.*, p. 45).

Para Silva e Alkimim (2017, v. 3, p. 64), “os comportamentos discriminatórios além de ferir a dignidade da pessoa humana resultam na incapacidade para o trabalho dos portadores do vírus HIV/AIDS”, o que demonstra que a perpetuação de um cenário de exclusão e preconceito impacta diretamente a capacidade desses indivíduos de encontrar e manter empregos.

Apesar dos avanços na conscientização e na criação de leis antidiscriminatórias (como será visto em tópico próprio), a aceitação e a compreensão do HIV nos ambientes de trabalho ainda representam desafios significativos para as pessoas que vivem com o vírus. Quando desempregados, esses indivíduos enfrentam discriminação em processos seletivos, constrangimentos ilegais e preconceitos, especialmente em cidades de pequeno porte, onde o sigilo sorológico é menos eficaz. Por outro lado, quando empregados, muitos optam por não revelar sua condição no ambiente profissional, devido à falta de conhecimento e compreensão, por parte de empregadores e colegas, sobre a transmissão, o tratamento e a convivência com o HIV.

Sobre este contexto, a divulgação do diagnóstico de HIV no ambiente de trabalho pode ser um dilema para muitas pessoas que vivem com o vírus. O medo de discriminação e retaliação pode levar à decisão de não revelar seu *status* sorológico, o que por vezes resulta em estresse adicional, problemas de saúde mental e dificuldades na gestão do próprio tratamento.

Desta feita, esse segredo muitas vezes é mantido para evitar preconceito, mas também pode impactar negativamente a produtividade e a capacidade de buscar apoio ou flexibilidade no trabalho para lidar com questões do próprio tratamento. Não obstante, agir de modo contrário, divulgando o diagnóstico, pode resultar em demissões injustas, isolamentos no local de trabalho, exclusão de atividades coletivas e até mesmo assédio moral.

3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS NORMAS DA SEGURIDADE SOCIAL DO BRASIL RELACIONADAS À PESSOAS VIVENDO COM O HIV

A trajetória evolutiva do sistema de seguridade social brasileiro, desde suas primeiras estruturas normativas até a consolidação das jurisprudências específicas para a proteção de grupos vulneráveis, evidencia o desenvolvimento do próprio conceito de cidadania e dignidade humana no ordenamento jurídico nacional.

Nesse sentido, este capítulo analisa o percurso histórico-normativo das garantias previdenciárias e assistenciais, com enfoque particular na proteção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, culminando na edição da Súmula nº 78 da Turma Nacional de Uniformização (TNU), marco jurisprudencial significativo na concretização dos direitos fundamentais desse grupo.

3.1 Primeiras normas da Seguridade Social no Brasil

As origens do sistema previdenciário brasileiro remontam oficialmente ao Decreto Legislativo nº 4.682/1923, mais conhecido como Lei Eloy Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), inicialmente direcionadas aos trabalhadores ferroviários. Segundo Castro e Lazzari (2024), esse marco legal, influenciado por experiências estrangeiras, como a da Argentina, estruturava um modelo de previdência baseado na contribuição conjunta entre empregados e empregadores, com gestão relativamente autônoma. A ideia era assegurar algum nível de proteção social para trabalhadores expostos a atividades de risco mais elevado. A implantação desse primeiro modelo ocorreu em um cenário de crescente industrialização do país, o que gerou desdobramentos que, pouco a pouco, ampliaram a cobertura previdenciária a outras categorias profissionais (Castro; Lazzari, 2024).

No entanto, é importante destacar que, apesar de inovador para a época, o sistema era fragmentado e excludente, voltado apenas aos trabalhadores urbanos formais e totalmente desvinculado da ideia de universalidade. Em outras palavras, tratava-se de um sistema seletivo, que expressava o que Oliveira *et al.* (2021) chamam de "cidadania regulada", ou seja, um acesso a direitos sociais condicionado à posição ocupada pelo indivíduo no mercado de trabalho formal.

Foi a partir da década de 1930, já no governo de Getúlio Vargas, que esse modelo começou a passar por mudanças mais profundas. Com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), houve uma tentativa de federalização e organização institucional mais ampla do sistema (Castro; Lazzari, 2024). Esses

institutos, organizados por categoria profissional, incorporaram maior presença do Estado e passaram a servir também como instrumento político de controle social, o que reforça a tese de que o sistema previdenciário, desde o início, teve uma dupla função: de proteção e de regulação.

Ainda no contexto da crescente centralização institucional do sistema previdenciário, destaca-se a criação, em 1960, do Ministério do Trabalho e Previdência Social, ao lado da promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lei nº 3.807/60 – LOPS). Essa legislação representou um marco importante ao instituir um único plano de benefícios, ainda que mantidas as estruturas autárquicas descentralizadas dos antigos institutos. A LOPS buscava uniformizar normas e assegurar direitos mínimos a segurados e dependentes, sendo considerada o primeiro esforço efetivo de sistematização previdenciária no Brasil, embora ainda restrita à população urbana vinculada ao mercado formal (Oliveira, 2018). Em 1966, ocorreu ainda a unificação dos diversos institutos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que consolidou um modelo mais centralizado e tecnocrático (Alvim, 2020). Ainda assim, apesar da amplitude institucional, o sistema permanecia desigual e com limitações significativas quanto ao acesso, especialmente para trabalhadores informais e rurais.

Outro ponto de inflexão ocorreu em 1974, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, a partir do desmembramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social, por meio da Lei nº 6.036/74. Essa medida refletiu o aumento da complexidade do sistema e a necessidade de uma gestão mais especializada. Nesse mesmo período, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), composto por diversas entidades, como o INPS, o INAMPS e o IAPAS, com o objetivo de integrar ações de previdência, assistência e saúde. Ainda assim, segundo Oliveira (2018, p. 80), esse arranjo institucional revelou confusão entre os conceitos dessas áreas e dificuldades operacionais decorrentes da fragmentação das competências.

Pode-se dizer, então, que os primeiros passos rumo a um sistema previdenciário mais estruturado foram dados ainda nos anos 30, mas sem romper com a lógica seletiva anterior. Apenas com a promulgação da Constituição Federal de 1988 é que se delineou um novo modelo de seguridade social, mais abrangente e articulado. Nesse novo desenho institucional, saúde, assistência e previdência foram reunidas sob um mesmo sistema, fundamentado nos princípios da universalidade da

cobertura, da solidariedade contributiva e da proteção social como direito de cidadania. É a partir desse marco que a seguridade social passa a ser compreendida como um direito de todos e um dever do Estado, como se detalha no próximo tópico.

3.2 Consolidação da seguridade social na Constituição Federal de 1988

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representa um divisor de águas na concepção da seguridade social no Brasil. Como pontuam Andrade, Costa e Rizzotto (2023), o texto constitucional rompeu com o modelo até então vigente, que era marcado por uma lógica corporativista, e passou a instituir um sistema distributivo integrado de proteção social, mais abrangente e democrático. De acordo com o artigo 194 da Carta Magna, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, voltadas à garantia dos direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (Brasil, 1988).

Esse novo modelo se alicerçou em princípios fundamentais que estão expressos no parágrafo único do artigo 194 da Constituição Federal de 1988, os quais orientam toda a estrutura e implementação da seguridade social brasileira. Dentre esses princípios, destaca-se a universalidade da cobertura e do atendimento, que se desdobra em dois aspectos complementares: de um lado, a ampliação do número de riscos sociais protegidos (cobertura); de outro, o acesso ampliado da população aos benefícios e serviços (atendimento), garantindo proteção tanto objetiva quanto subjetiva aos cidadãos (Paiva, 2023).

A uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais assegura que, respeitadas as especificidades de cada grupo, não haja discriminação injustificada entre trabalhadores do campo e da cidade, promovendo justiça distributiva conforme as particularidades regionais e ocupacionais (Paiva, 2023).

O princípio da seletividade e distributividade orienta a atuação estatal no sentido de identificar, com critérios racionais, as situações de maior relevância social para a concessão de benefícios e serviços, priorizando a alocação de recursos públicos àqueles que se encontram em condição de maior vulnerabilidade. A seletividade permite que o Estado selecione quais prestações devem ser oferecidas, considerando a limitação de recursos, enquanto a distributividade assegura que esses benefícios sejam distribuídos de forma justa e proporcional entre os necessitados, promovendo a justiça social. Tal princípio reforça o papel da seguridade como

instrumento de combate às desigualdades estruturais, alinhando-se ao mandamento constitucional de construção de uma sociedade livre, justa e solidária (Paiva, 2023; Oliveira; Maia, 2023).

A irredutibilidade do valor dos benefícios garante a estabilidade mínima das condições materiais dos beneficiários, vedando a diminuição nominal das prestações, o que se relaciona diretamente com a proteção da dignidade da pessoa humana e com a ideia de segurança jurídica (Paiva, 2023).

Outro princípio essencial é a equidade na forma de participação no custeio, que impõe a repartição justa da responsabilidade financeira entre os diversos segmentos sociais, de acordo com suas capacidades contributivas. Esse princípio é reforçado pela diversidade da base de financiamento, estabelecida no artigo 195 da CF/88, segundo o qual a seguridade social deve ser custeada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, o que amplia a solidez e a sustentabilidade do sistema (Botelho *et al.*, 2021)

Por fim, o princípio do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com participação quadripartite (trabalhadores, empregadores, aposentados e governo), assegura a pluralidade de vozes no processo decisório da seguridade, promovendo maior controle social, transparência e efetividade das políticas públicas (Oliveira; Maia, 2023)

Esses princípios não apenas estruturam juridicamente o sistema de seguridade social, como também expressam o compromisso constitucional com a justiça social, a dignidade da pessoa humana e a solidariedade, pilares de um Estado Democrático de Direito voltado à promoção do bem-estar de todos.

Dessa forma, o avanço trazido pela Constituição de 1988 consistiu em superar a ideia de uma previdência estritamente voltada para trabalhadores com vínculo formal de trabalho. A seguridade social passou a abranger não apenas a previdência, mas também a saúde como um direito de todos e dever do Estado e a assistência social como um direito garantido mesmo àqueles que não contribuem.

Além disso, uma das inovações importantes trazidas pela nova ordem constitucional foi justamente a criação de contribuições sociais específicas, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Essas novas fontes de custeio busca garantir não só a sustentabilidade financeira do sistema, como também seu caráter distributivo e socialmente justo (Andrade; Costa; Rizzotto, 2023). Ou seja, o financiamento da

seguridade deixou de depender exclusivamente da folha de pagamento, ampliando-se para abarcar outras bases econômicas.

A consolidação da seguridade social promovida pela Constituição de 1988 também teve reflexos significativos na reorganização institucional do sistema previdenciário. Como destaca Oliveira (2018), foi nesse novo cenário constitucional que se evidenciou a necessidade de reestruturação dos órgãos responsáveis pela execução das políticas previdenciárias, culminando na criação, em 1990, do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Essa autarquia surgiu da fusão do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), com o objetivo de centralizar as atividades de concessão de benefícios e arrecadação das contribuições no âmbito do Regime Geral de Previdência Social.

A criação do INSS representou um esforço de modernização administrativa diante das novas exigências do modelo de seguridade social instituído pela Constituição de 1988. Ao concentrar em um único órgão tanto a gestão operacional quanto a arrecadação, o Estado buscou imprimir maior eficiência, economicidade e controle à estrutura previdenciária. Esse novo arranjo institucional foi fundamental para viabilizar, na prática, os princípios constitucionais da universalidade da cobertura, da equidade no custeio e da descentralização administrativa, configurando-se como um dos marcos operacionais da transição para um sistema de proteção mais inclusivo e articulado.

Portanto, a Constituição Federal de 1988 não apenas reorganizou o sistema de proteção social brasileiro, como o ressignificou. Instituiu um modelo pautado na universalidade, na equidade e na descentralização, rompendo com o paradigma excludente que se observava nos sistemas anteriores. Essa nova concepção abriu caminho para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à proteção de grupos em situação de maior vulnerabilidade social, como, por exemplo, as pessoas que vivem com HIV, tema que será analisado no próximo tópico. Ainda que na prática muitos desafios persistam, a CF/88 representa, até hoje, o ponto mais alto da institucionalização de um sistema de seguridade social que visa, pelo menos em tese, incluir e proteger a todos.

3.3 Normativas específicas destinadas às pessoas vivendo com HIV e a Súmula 78 da TNU

A resposta brasileira à epidemia do HIV e da aids foi o desenvolvimento de um arcabouço normativo avançado, reconhecido internacionalmente como modelo de política pública para o enfrentamento da doença. No entanto, antes mesmo da consolidação desse aparato jurídico, foi por meio da via judicial que indivíduos passaram a buscar o acesso a tratamentos essenciais, como a terapia antirretroviral, ainda nos anos 1990, quando a oferta pública era incipiente ou inexistente. Esse movimento judicial, protagonizado por pessoas vivendo com HIV e apoiado por organizações da sociedade civil, inaugurou no Brasil um modelo de ativismo judicial em saúde, que se consolidou como uma estratégia eficaz de efetivação de direitos fundamentais, em especial o direito à vida e à saúde (Biehl; Petryna, 2016; Miranda *et al.*, 2021; Nunes *et al.*, 2024).

Esse contexto posiciona a judicialização do HIV como a primeira forma estruturada de ativismo judicial em saúde no país, antecedendo políticas públicas consolidadas e contribuindo decisivamente para sua formulação posterior. Segundo Nunes *et al.* (2024), a atuação do Poder Judiciário passou a ser invocada diante da omissão dos demais Poderes, configurando-se como espaço legítimo de reivindicação e reconhecimento de direitos fundamentais. No caso do HIV/aids, essa atuação judicial não apenas garantiu acesso individual a medicamentos, mas impulsionou a criação de normas específicas e a incorporação das demandas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A promulgação da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, representa um marco histórico ao estabelecer que “os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento” (Brasil, 1996). Logo, esta norma pioneira garantiu o acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral, em momento histórico em que diversos países ainda debatiam a viabilidade econômica de ofertar tais medicamentos à população afetada.

A referida lei instituiu também diretrizes fundamentais para a padronização dos medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção, determinando que tal padronização deveria ser “revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado” (Brasil, 1996).

Estabeleceu-se, assim, um mecanismo dinâmico de atualização do protocolo terapêutico, essencial em uma área caracterizada por constantes avanços científicos.

No aspecto financeiro, a Lei nº 9.313/1996 determinou, também, que "as despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento" (Brasil, 1996). Trata-se de disposição normativa que evidencia a integração entre a política específica para pessoas vivendo com HIV e aids e o sistema de seguridade social, estabelecendo-se responsabilidade compartilhada entre os entes federativos.

Avançando na proteção jurídica, a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, tipificou como crime punível com reclusão de um a quatro anos, além de multa, diversas condutas discriminatórias contra pessoas vivendo com HIV/AIDS. E, entre as condutas criminalizadas, destacam-se: recusa ou impedimento de permanência em estabelecimentos de ensino; negativa de emprego ou trabalho; exoneração ou demissão discriminatória; segregação no ambiente laboral ou escolar; divulgação da condição sorológica com intuito de ofender a dignidade da pessoa; e recusa ou retardo no atendimento de saúde (Brasil, 2014).

Assim, está nítido que a instituição de normativas como a Lei nº 9.313/1996 e a Lei nº 12.984/2014 demonstra que houve uma preocupação do legislador em garantir proteção a essa população com abordagens amplas, que envolvem tanto políticas de saúde quanto mecanismos jurídicos contra o preconceito e a exclusão. Dessa forma, o arcabouço jurídico brasileiro configura um importante instrumento de promoção da justiça social.

O Poder Judiciário também não ficou silente diante das dificuldades enfrentadas por pessoas vivendo com HIV/aids e buscou meios para assegurar uma análise mais sensível e abrangente nos processos que envolvem esse grupo socialmente estigmatizado. Um marco jurisprudencial relevante nesse sentido é a Súmula 78 da Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Especiais Federais (TNU), editada em 11 de setembro de 2014 e publicada no Diário Oficial da União em 17 de setembro de 2014, com o seguinte enunciado:

Comprovado que o requerente de benefício é portador do vírus HIV, cabe ao julgador verificar as condições pessoais, sociais, econômicas e culturais, de forma a analisar a incapacidade em sentido amplo, em face da elevada estigmatização social da doença (BRASIL, 2014).

A edição da súmula ocorreu em decorrência da constatação de divergências interpretativas entre as Turmas Recursais, especialmente no tocante à análise da incapacidade laborativa de pessoas vivendo com HIV, para fins de concessão de benefícios previdenciários e assistenciais, como o auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez e o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS). De modo reiterado, decisões administrativas e judiciais pautavam-se exclusivamente em critérios biomédicos, como a carga viral ou a contagem de células CD4, sem considerar as barreiras sociais, econômicas e culturais impostas pelo estigma da doença (Koehler, 2016).

Sua finalidade, portanto, é superar a visão exclusivamente biomédica da incapacidade, incorporando ao conceito jurídico a dimensão social da doença, o que representa um avanço significativo na proteção de direitos fundamentais à saúde, à dignidade e à seguridade social. Essa orientação jurisprudencial está em consonância com o princípio da dignidade da pessoa humana e reforça o papel do Judiciário na promoção de uma leitura inclusiva e contextualizada do direito previdenciário.

Conforme lecionam Oliveira *et al.* (2021), os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da justiça social fundamentam o sistema de seguridade social brasileiro. Na perspectiva doutrinária contemporânea, diversos autores vêm defendendo a adoção do modelo biopsicossocial de avaliação da deficiência e incapacidade, em contraposição ao modelo biomédico tradicional, reconhecendo que fatores contextuais e ambientais, como condições socioeconômicas, educacionais e culturais, são determinantes na configuração da incapacidade (Cheregati *et al.*, 2019; Araújo Neto, 2020).

Nesse cenário, é fundamental compreender que a Súmula 78 não estabelece um automatismo na concessão de benefícios, mas reorienta o processo avaliativo, determinando que, comprovada a condição de pessoa vivendo com HIV, a análise da incapacidade deve transcender aspectos meramente clínicos. Logo, não há como negar que essa perspectiva aproxima-se do modelo de proteção social inclusivo preconizado pela seguridade social.

Portanto, na perspectiva da evolução do sistema de seguridade social brasileiro, a Súmula 78 da TNU representa a consolidação de uma interpretação constitucional que reconhece a multidimensionalidade dos fatores que afetam o bem-estar e a participação social dos indivíduos, pois, ao transcender a perspectiva estritamente contributiva ou assistencialista, alinha-se aos princípios fundamentais da

seguridade social estabelecidos na Constituição Federal de 1988, promovendo proteção social efetiva e dignidade humana.

4 ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 78 DA TURMA NACIONAL DE UNIFORMIZAÇÃO (TNU) NO ÂMBITO DO TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO

Este capítulo tem como objetivo analisar especificamente a aplicação da Súmula 78 da Turma Nacional de Uniformização (TNU) no âmbito do Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF-5) em processos que envolvem, basicamente, o requerimento de concessão de benefícios previdenciários, como o auxílio por incapacidade temporária (conhecido como auxílio-doença), o auxílio por incapacidade permanente (conhecido como aposentadoria por invalidez) e o Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS).

Para tanto, a coleta das decisões foi realizada na plataforma JusBrasil, amplamente utilizada no Brasil como fonte de acesso à jurisprudência. A escolha do JusBrasil deve-se à sua acessibilidade e à disponibilização de filtros avançados, que permitem refinar a busca por tribunal, tipo de decisão, palavras-chave e período, atendendo às necessidades metodológicas deste trabalho. Optou-se por essa plataforma, em detrimento do site oficial do TRF-5, devido à maior usabilidade, organização e velocidade na recuperação de acórdãos, já que o sistema de consulta do portal institucional apresenta limitações técnicas para filtragens simultâneas por conteúdo e categoria de decisão, o que poderia comprometer a eficiência e a abrangência da coleta de dados..

A pesquisa foi delimitada, inicialmente, utilizando-se das palavras-chave 'DIREITO PREVIDENCIÁRIO' e 'HIV', com o propósito de restringir a análise a casos previdenciários, excluindo, por exemplo, processos que tratem de HIV em outras áreas do direito, focando nas questões relativas ao HIV e suas implicações jurídicas no campo previdenciário.

Em seguida, limitou-se a busca ao Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF-5), a fim de alinhar o estudo à jurisdição de interesse. Além disso, foram selecionados apenas acórdãos, ou seja, decisões colegiadas, excluindo decisões monocráticas e outras manifestações judiciais, para assegurar que apenas julgados colegiados fossem analisados. Por último, limitou-se às decisões publicadas no período compreendido entre 20/07/2024 e 20/01/2025 (6 meses), para oferecer uma análise atualizada sobre a aplicação da súmula, possibilitando compreender como o Tribunal tem interpretado o tema de forma mais recente.

Além disso, foram desconsideradas as decisões protegidas por segredo de justiça ou que não continham, por outros motivos, informações acessíveis, bem como aquelas cujo objeto recursal versava sobre temas alheios ao foco da pesquisa, tais como a qualidade de segurado, a data de início ou cessação do benefício ou incapacidade, a renda mensal inicial do benefício, entre outros.

Após a aplicação dos filtros mencionados e a exclusão das decisões que tratavam de objetos diversos, restaram 61 (sessenta e uma) decisões que atenderam aos critérios estabelecidos no período apontado, uma amostragem significativa para a proposta da pesquisa e que permitiu a análise pormenorizada do entendimento do Tribunal sobre o enunciado.

A metodologia adotou, ainda, uma abordagem de análise mista, combinando análise quantitativa e também qualitativa. A etapa quantitativa buscou classificar e contabilizar as decisões com base em variáveis como a aplicação ou não da Súmula 78 da TNU e a abrangência da análise (se ampla ou limitada), o foco da fundamentação da decisão (se concentrado em aspectos médicos ou também em fatores pessoais, sociais, econômicos e culturais do segurado), o resultado final (se favorável ou desfavorável ao segurado), a realização ou não de perícia social e o fator preponderante, mas não único, para a não concessão do benefício previdenciário. Por sua vez, a análise qualitativa aprofundou-se nas decisões, examinando a fundamentação jurídica empregada pelos desembargadores e as tendências de interpretações relacionadas à Súmula 78 da TNU no âmbito do TRF-5.

Desta feita, passa-se, nos próximos tópicos, à exposição dos dados obtidos e à análise qualitativa do entendimento adotado pelo TRF-5, sem, contudo, ter a pretensão de exaurir a apreciação minuciosa das 61 (sessenta e uma) decisões selecionadas. O que se busca, na verdade, é demonstrar como a súmula vem sendo aplicada pelo colegiado do referido Tribunal e os principais argumentos dos julgadores no que tange a análise dos fatores sociais, pessoais, econômicos e culturais em pleitos que buscam a concessão de benefícios previdenciários.

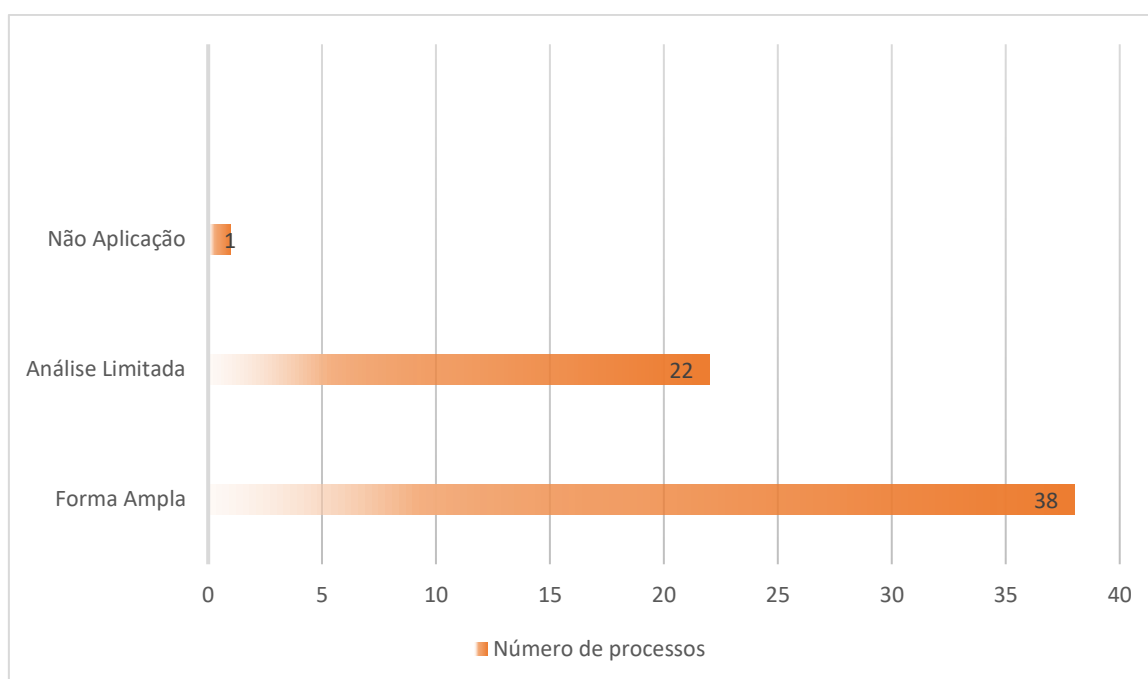
4.1 Análise quantitativa das decisões

A análise quantitativa dos dados obtidos a partir das decisões oferece uma perspectiva objetiva sobre a aplicação da Súmula 78 da TNU no âmbito do TRF-5. Os números revelam tendências e padrões significativos que complementam a análise

qualitativa das decisões, proporcionando uma compreensão mais ampla do enunciado objeto de estudo.

No universo dos processos analisados, qual seja, 61 acórdãos, identificou-se que a Súmula 78 da TNU foi aplicada de forma ampla em 62,29% dos casos (38 processos), quando o julgador efetivamente considerou os fatores pessoais, sociais, econômicos e culturais do segurado, com apoio em elementos concretos como perícia social, provas sociais ou análise contextualizada da realidade do requerente. Já em 36,06% dos casos (22 processos), observou-se uma aplicação limitada, isto é, o julgador mencionou a súmula, mas se restringiu a uma avaliação subjetiva, centrada em critérios médicos, sem a devida análise multifatorial. Em apenas 1,63% dos casos (1 processo), a súmula não foi aplicada, totalizando aproximadamente 100%, consideradas pequenas variações decorrentes de arredondamento.

Gráfico 2 – Extensão da aplicação da Súmula 78 do TNU no âmbito do TRF-5

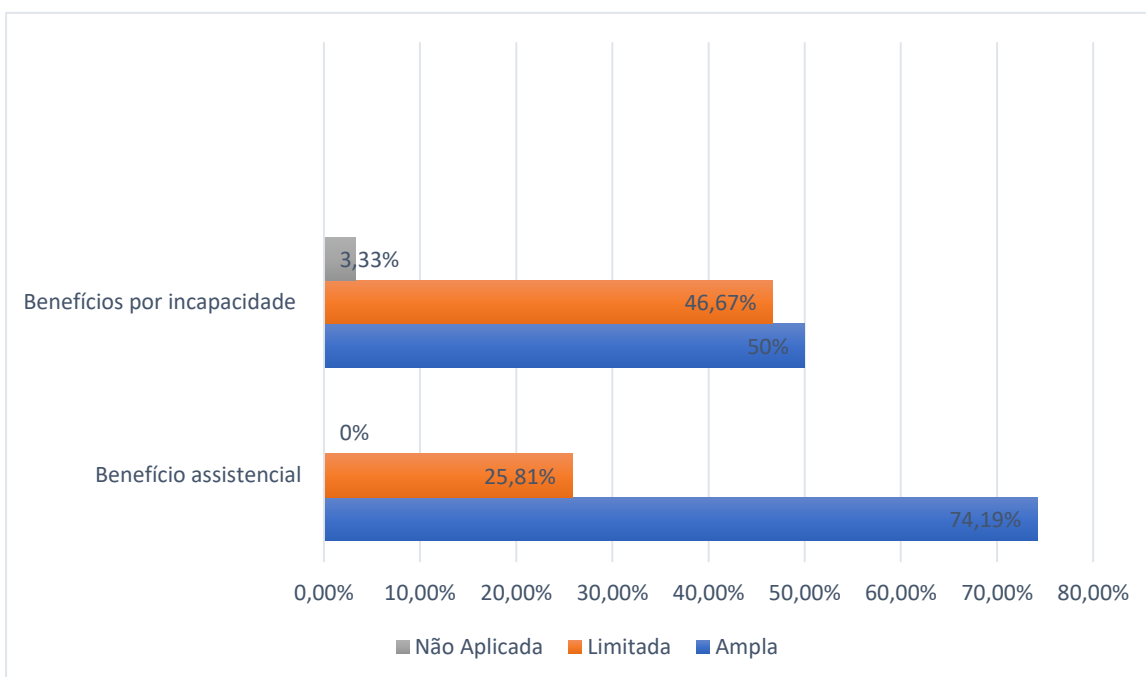


Fonte: Pesquisador, 2025.

Tais dados demonstram a nítida tendência do Tribunal em considerar a abordagem multifatorial proposta pela Súmula e adotá-la no julgamento de ações que versam sobre a concessão de benefícios previdenciários à pessoas que vivem com o HIV, embora com variações significativas na extensão dessa aplicação.

Quando analisada a aplicação da Súmula conforme o tipo de benefício pleiteado, observam-se diferenças expressivas. Nas decisões cujo objeto era o benefício assistencial (31 processos), a súmula 78 da TNU foi aplicada de forma ampla em 74,19% dos casos (23 processos) e de forma limitada em 25,81% dos casos (8 decisões). Já nos casos cujo objeto eram os benefícios por incapacidade (30 processos), a aplicação ampla ocorreu em 50% dos casos (15 processos), a aplicação limitada em 46,67% (14 processos) e a não aplicação em 3,33% (1 processo).

Gráfico 3 – Extensão da aplicação da Súmula 78 do TNU por tipo de benefício



Fonte: Pesquisador, 2025.

Tais números corroboram a observação qualitativa de que há maior receptividade à aplicação ampla da Súmula em casos de benefícios assistenciais, possivelmente por ocorrer, com mais frequência, a realização de perícia social nesses casos.

Dando seguimento a análise dos dados, evidencia-se uma correlação significativa entre a extensão da aplicação da Súmula 78 da TNU e o resultado das decisões. Nos casos em que a súmula foi aplicada de forma ampla, observa-se uma proporção maior de decisões favoráveis aos autores (55,26%), em comparação com os casos de aplicação limitada ou não aplicação, onde não houve nenhuma decisão favorável aos segurados, o que, por lógica, era esperado.

Essa correlação é ainda mais relevante nos processos que pleiteam benefícios assistenciais, onde a aplicação ampla está ainda mais frequentemente associada a resultados favoráveis aos segurados (60,86% dos casos), o que sugere que a análise multifatorial, que considera não somente os aspectos médicos, mas também os pessoais, sociais, econômicos e culturais, tende a favorecer o reconhecimento da situação de vulnerabilidade e de incapacidade em sentido amplo.

Por sua vez, nos processos que pleiteavam benefícios por incapacidade, mesmo com a aplicação ampla da súmula, a proporção de resultados desfavoráveis permanece significativa (53,33% dos casos), o que pode estar relacionado à natureza destes benefícios e seus requisitos legais específicos, que nem sempre são atendidos mesmo quando considerados fatores além dos estritamente médicos.

Outro aspecto quantitativo relevante é a presença ou ausência de perícia social nos processos analisados e a influência que ela traz para que o magistrado realize a avaliação multifatorial proposta pela Súmula. Observa-se, por exemplo, que na maior parte das decisões (92,1% dos casos) em que a Súmula 78 da TNU foi aplicada de forma ampla, houve a realização de perícia social.

Por outro lado, a análise dos dados nos mostra que a ausência de perícia social (26 processos) está fortemente correlacionada com a aplicação limitada da súmula (84,61% dos casos), especialmente nos casos em que é requerido benefício por incapacidade (63,63%), o que sugere que a falta deste elemento probatório na instrução do processo dificulta a análise abrangente da situação do segurado, limitando a efetividade da aplicação da súmula.

Todavia, os resultados das decisões nos processos em que há menção expressa à realização de perícia social (35 processos) não são, necessariamente, favoráveis aos segurados, mas apresenta uma proporção quase igualitária entre favorável e desfavorável (51,42% e 48,58%, respectivamente), o que indica que a perícia social, embora contribua para uma compreensão mais completa da situação dos segurados, não garante, por si só, o deferimento do benefício pleiteado.

Dando seguimento, a análise quantitativa também permitiu identificar os fatores mais frequentemente citados como preponderantes para o indeferimento dos benefícios.

O fator médico é mencionado como preponderante em grande parte dos indeferimentos, especialmente nos casos de aplicação limitada da súmula. Isto sugere que, apesar da orientação multifatorial da Súmula 78, os aspectos médicos ainda

exercem influência decisiva em muitas decisões, principalmente quando apontam para ausência de incapacidade ou impedimento de longo prazo.

Fatores pessoais e sociais também aparecem com frequência significativa como determinantes para o indeferimento, especialmente em casos onde a súmula é aplicada de forma ampla, mas ainda assim o resultado é desfavorável ao autor. Entre estes fatores, destacam-se a idade, o local de residência e a ausência de estigmatização visível.

Por fim, a ausência de estigmatização é citada recorrentemente como fator determinante para o indeferimento, o que demonstra que, mesmo quando a súmula é aplicada de forma ampla, a avaliação dos fatores sociais nem sempre favorece a concessão do benefício, quando se considera que o requerente não enfrenta barreiras sociais significativas.

Diante da análise quantitativa realizada e de todo o exposto, verifica-se que o TRF-5, embora aplique a Súmula 78 da TNU em quase todos os casos que envolvem o direito previdenciário correlacionado ao HIV, ainda apresenta variações relevantes quanto à extensão dessa aplicação, especialmente conforme o tipo de benefício analisado. A aplicação ampla da súmula é mais frequente em casos de BPC/LOAS, o que reforça a percepção de maior sensibilidade do Tribunal à vulnerabilidade social dos segurados. Observa-se também que a realização da perícia social é um elemento fundamental para a efetiva implementação da abordagem multifatorial proposta pelo enunciado. Observa-se também que nos benefícios por incapacidade há uma persistência da influência dos fatores médicos, mesmo quando a súmula é aplicada de forma ampla, o que limita, em parte, o alcance da proteção social almejada, embora aceitável, uma vez que o indeferimento do benefício pode se basear em outros requisitos legais. Ademais, fatores pessoais e sociais, como idade, local de residência e a ausência de estigmatização, continuam sendo relevantes na composição dos julgados. Portanto, a análise quantitativa leva a concluir que, embora haja avanços na aplicação da Súmula 78 da TNU, ainda existem obstáculos a serem superados para que a abordagem multifatorial seja plenamente incorporada às decisões judiciais do TRF-5, especialmente no que diz respeito à necessidade de realização quase que obrigatória da perícia social, visando a assegurar de forma mais efetiva o direito à tutela jurisdicional dos segurados.

4.2 Análise qualitativa das decisões

O Tribunal Regional Federal da 5ª Região tem demonstrado uma compreensão variável da Súmula 78 da TNU, apresentando tendências distintas conforme o tipo de benefício em análise e as características específicas dos casos, conforme demonstrado no tópico anterior referente à análise qualitativa. A interpretação e a aplicação da Súmula no âmbito deste Tribunal evidenciam padrões que merecem análise detalhada para compreender os posicionamentos dos desembargadores frente a este importante instrumento de uniformização jurisprudencial.

Uma distinção conceitual importante nas decisões analisadas, que pode significar o porquê de existirem mais decisões favoráveis em pedidos de BPC/LOAS, em comparação com os de benefícios por incapacidade, está na diferença adotada pelo Tribunal entre "impedimento de longo prazo" (aplicável aos benefícios assistenciais) e "incapacidade para o trabalho" (aplicável aos benefícios por incapacidade). A questão é bem clara no julgamento do recurso inominado cível nº 0012815-70.2023.4.05.8302, de relatoria do Georgius Luis Argenti Príncipe Credidio, proferida em data de 25 de setembro de 2024, senão vejamos:

[...] Portanto, o conceito de impedimento de longo prazo para o autossustento quanto aos benefícios assistenciais (Art. 20, caput, da Lei nº 8.742/93) não guarda correspondência com a noção de incapacidade para o trabalho prevista para os benefícios previdenciários (Art. 60 da Lei nº 8.213/91). Vale dizer, embora apresentem, até certo ponto, algumas semelhanças, se cuidam de categorias jurídicas distintas, com condições de fato e pressupostos também diferentes. O impedimento ao autossustento constitui um quadro de saúde física e mental que, somado a outros fatores (sociais, intelectuais etc.) torna impossível o indivíduo dispor de condições para prover a própria manutenção. Assim, por exemplo, a eventual incapacidade laborativa para a ocupação habitual ou mesmo de algumas profissões, não constitui impedimento de prover a própria manutenção, conforme a aceção legal dessa locução [...] (Brasil, 2024a)

Percebe-se, portanto, que o Tribunal, ao reconhecer a diferença entre esses dois conceitos na concessão de benefícios assistenciais e por incapacidade, admite que o BPC permite uma análise mais abrangente da condição laborativa dos segurados que vivem com o HIV, enquanto os benefícios por incapacidade (temporária ou permanente) mantém uma relação mais rígida com a noção de inaptidão laboral médica. Embora possa parecer uma diferença sutil, na verdade pode justificar, como dito, a maior taxa de êxito nas demandas relacionadas ao BPC/LOAS (14 dos 31 processos ou 45,16%), do que nas demandas relacionadas aos benefícios por

incapacidade (7 dos 30 processos ou 23,33%), principalmente quando se soma à perícia social, que, conforme explorado anteriormente, é mais comum também nesse tipo de benefício.

O Tribunal também tem considerado fatores sociais específicos em suas análises, como o estigma relacionado ao HIV. Um exemplo relevante é o tratamento diferenciado conferido aos portadores de HIV, quando reconhecem que

em relação aos portadores de HIV, visto que estes, por possuírem uma doença infecto contagiosa, encontram dificuldade de inserção no mercado de trabalho, sendo vítimas constantes de atos discriminatórios, não se devem aplicar rigidamente as regras que regulamentam a matéria, mas sim fazer uma ponderação das mesmas com Princípios de maiores envergaduras, garantindo-se a manutenção de um mínimo de eficácia dos direitos fundamentais. Na hipótese, não há que se perquirir somente a incapacidade para o trabalho, mas também se a patologia é comprovada ou potencialmente limitadora do desenvolvimento físico, social e/ou intelectual do postulante. Nesse caso, o benefício servirá, justamente, para contribuir com a minimização dos efeitos da patologia, com a perspectiva de que o infectado tenha uma condição digna de sobrevivência, vez que se encontra exposto a atos discriminatórios ocorridos no âmbito do mercado laboral. (Brasil, 2024b).

Observa-se, portanto, uma flexibilização consciente da aplicação da lei em favor dos princípios que regem o ordenamento jurídico como um todo, visando, em primeiro lugar, à dignidade da pessoa humana e a efetivação dos demais direitos fundamentais aos segurados que vivem com o HIV.

O Tribunal também tende a considerar o contexto geográfico do segurado. Em uma decisão, por exemplo, o Tribunal apontou que residir em uma metrópole como Fortaleza minimizaria o efeito estigmatizante da doença, pois o acesso aos postos de saúde seria possível sem que os vizinhos identificassem sua condição, considerando que, em grandes centros urbanos, as pessoas não mantêm um convívio estreito, o que seria diferente, por exemplo, se o segurado residisse em uma cidade pequena, onde todos se conhecem, tornando mais difícil manter o sigilo sorológico (Brasil, 2024c). Essa análise feita pelo Tribunal com relação à cidade de residência do segurado evidencia também a complexidade inerente à análise multifatorial proposta pela Súmula, que demanda do julgador um conhecimento aprofundado das dinâmicas sociais, inclusive daquelas próprias do território em que o segurado está inserido.

A idade do segurado também é frequentemente considerada como fator relevante na análise dos casos, tanto para conceder quanto para negar benefícios. Pessoas em idade economicamente ativa muitas vezes têm seus pedidos negados,

sob o argumento de que possuem condições de reinserção no mercado de trabalho (Brasil, 2024d). Por outro lado, a idade avançada, combinada com outros fatores limitantes, tende a favorecer a concessão do benefício (Brasil, 2024e).

O nível de escolaridade e a capacidade cognitiva também são considerados nas decisões. Em um dos casos, o julgador analisou que, além do segurado possuir ensino básico, também não apresentava nenhuma insuficiência quanto às capacidades cognitivas e mentais (Brasil, 2024f). Essa concepção, todavia, traz consigo alguns riscos, pois embora se pretenda considerar as possibilidades de reinserção do segurado no mercado de trabalho, avaliando-o sob as condições gerais aplicáveis às demais pessoas, pode incorrer em uma avaliação excessivamente objetiva da condição do segurado, desconsiderando aspectos subjetivos e contextuais relevantes, como as barreiras sociais e estruturais que limitam, na prática, o acesso a oportunidades de trabalho pelas pessoas que vivem com o HIV, o que não é, necessariamente, o caso concreto.

Por outro lado, há também uma preocupação do Tribunal em não desvirtuar o objetivo da Súmula e da seguridade social, caso houvesse uma concessão desenfreada de benefícios assistenciais e por incapacidade. Como destacado em uma decisão, a concessão precipitada do benefício pleiteado acabaria por acomodar o segurado, desestimularia a progressão profissional e educacional (Brasil, 2024g), o que revela uma tentativa do Tribunal de conciliar a proteção social constitucionalmente estabelecida, sem, contudo, estimular um desequilíbrio do sistema previdenciário.

Diante de todo o exposto, percebe-se que há, no âmbito do TRF-5, uma interpretação dinâmica e multifatorial, que busca conciliar a técnica jurídica com a proteção dos direitos fundamentais. A atuação do Tribunal demonstra sensibilidade às especificidades de cada benefício e às circunstâncias individuais dos requerentes, considerando fatores como idade, local de residência, estigmatização social e capacidade de reinserção laboral. Ainda que persistam desafios na plena implementação da abordagem preconizada pela Súmula da TNU, especialmente quanto à realização de perícias sociais, é possível identificar uma tendência de evolução interpretativa voltada à efetivação da dignidade humana e da função social da seguridade. Assim, a atuação do TRF-5, apesar de heterogênea, caminha no sentido de concretizar os princípios constitucionais que orientam o sistema de proteção social brasileiro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, ao longo deste trabalho, analisar a aplicação da Súmula nº 78 da Turma Nacional de Uniformização em decisões relativas à concessão de benefícios previdenciários no âmbito do Tribunal Regional Federal da 5ª Região.

Partiu-se da premissa de que, para uma efetiva análise da incapacidade em sentido amplo, como determina o enunciado da súmula, é imprescindível a adoção de uma abordagem técnica e multidimensional, que vá além da perícia médica tradicional, incorporando também a avaliação social.

Verificou-se, inicialmente, que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e o desenvolvimento da síndrome da imunodeficiência adquirida representam, nas últimas décadas, um dos maiores desafios à saúde pública, não apenas pelos impactos clínicos, mas também pelas profundas consequências sociais, econômicas e psicológicas impostas aos indivíduos acometidos. Apesar dos avanços científicos e do acesso ampliado à terapia antirretroviral, as pessoas que vivem com HIV/aids ainda enfrentam estigmatização, discriminação e vulnerabilidade social, fatores que comprometem significativamente sua inserção no mercado de trabalho e sua autonomia financeira.

Observou-se, ainda, que o ordenamento jurídico brasileiro prevê mecanismos específicos de proteção às pessoas vivendo com HIV/aids, ancorados tanto na Constituição Federal quanto em legislações infraconstitucionais. Destacam-se, nesse contexto, a Lei nº 8.213/1991, que regulamenta os benefícios previdenciários; a Lei nº 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS), que prevê o Benefício de Prestação Continuada (BPC); a Lei nº 9.313/1996, que trata da distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais; e a Lei nº 12.984/2014, que tipifica o crime de discriminação contra pessoas vivendo com HIV/aids.

Evidenciou-se, nesse cenário, a relevância da Súmula nº 78 da TNU, que orienta os julgamentos de casos previdenciários envolvendo pessoas que vivem com o HIV, ao estimular o julgador a adotar uma análise ampliada das condições pessoais, sociais, econômicas e culturais do segurado, reconhecendo a complexidade da incapacidade relacionada à doença.

Contudo, a análise quali-quantitativa revelou que a aplicação prática da súmula ainda enfrenta entraves concretos, seja pela ausência de suporte técnico adequado, como a perícia social, seja pela permanência de uma lógica tradicional

centrada exclusivamente em critérios clínicos e biomédicos de avaliação da incapacidade.

Conclui-se, portanto, que a efetiva implementação da abordagem multifatorial preconizada pela Súmula nº 78 da TNU exige o fortalecimento dos meios técnicos e estruturais disponíveis ao Poder Judiciário, em especial a ampliação da utilização da perícia social como instrumento essencial à justiça previdenciária.

Espera-se que este trabalho contribua para o debate jurídico e social sobre a proteção previdenciária das pessoas vivendo com HIV, ao expor os padrões decisórios identificados no TRF-5 e apontar fragilidades que podem ser enfrentadas por meio de interpretações mais sensíveis, integradas e compatíveis com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da justiça social.

REFERÊNCIAS

- ALVIM, Livia Valéria. **A Previdência Social nos governos Lula e Dilma Rousseff: contradições e inflexões**. 2018. 340 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/18094>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Seguridade Social: caminho para solucionar o desfinanciamento do SUS, lutar contra a desigualdade e reconstruir a democracia. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 5-8, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4k3z6zwWVQdryx4kfYXQCVk/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- ARAÚJO, Claudia Lysia Oliveira de; MONTEIRO, Ana Cristina Silva. Qual a perspectiva da pessoa idosa em relação ao HIV/AIDS?. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 237-250, 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/9914>. Acesso em: 27 jul. 2025.
- ARAÚJO, Marielli Monte *et al.* Uma Compreensão Acerca das Políticas Públicas Direcionadas às Pessoas que Vivem com o HIV/Aids No Brasil: uma revisão sistemática. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 7, n. 1, p. 280-292, 2021. Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/747>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- ARAÚJO NETO, Raul Lopes de. A mutação semântica do conceito de invalidez. **Juris Plenum Previdenciária**, ano VIII, n. 30, p. 11–21, maio 2020. Disponível em: https://www.academia.edu/43247866/A_muta%C3%A7%C3%A3o_sem%C3%A2ntica_do_conceito_de_invalidez. Acesso em: 12 abr. 2025.
- BÁRBARA, Andréa; SACHETTI, Virginia Azevedo Reis; CREPALDI, Aparecida. Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. **Interação em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 331-339, 2005. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4783/3670>. Acesso em: 23 set. 2023.
- BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 173-192, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/JJLx5zBVfg4VBGRYhwFmVvC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2025.
- BOTELHO, Luciano Henrique Fialho; COSTA, Thiago de Melo Teixeira da; SILVA, Fernanda Cristina da. Custeio da seguridade social no Brasil e no Estado de bem-estar social. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 57, n. 3, p. 265–275, set./dez. 2021. Disponível em: https://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/21547. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.984, de 02 de junho de 2014:** Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm. Acesso em: 12 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996:** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 12 abr. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 5ª Região. **Recurso Inominado Cível n.º 0045606-28.2023.4.05.8000**, Relator Sérgio Silva Feitosa, 1ª Relatoria TR/AL, julg. 31 out. 2024g. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 9 jan. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 5ª Região. **Recurso Inominado Cível n.º 0005853-16.2023.4.05.8307**. Relator Georgius Luis Argentini Príncipe Credidio, 2ª Relatoria da 2ª Turma Recursal de Pernambuco, julg. 11 set. 2024f. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 5ª Região. **Recurso Inominado Cível n.º 0047268-27.2023.4.05.8000**. Relator Sérgio Silva Feitosa, 1ª Relatoria da Turma Recursal de Alagoas, julg. 12 set. 2024e. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 5ª Região. **Recurso Inominado Cível n.º 0040181-11.2023.4.05.8100**, Relator Gustavo Melo Barbosa, 1ª Relatoria da 2ª Turma Recursal do Ceará, julg. 18 set. 2024d. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 9 jan. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 5ª Região. **Recurso Inominado Cível n.º 0002758-80.2024.4.05.8100**, Relatora Paula Emília Moura Aragão de Sousa Brasil, 2ª Relatoria da 2ª Turma Recursal do Ceará, julg. 11 out. 2024c. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 9 jan. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 5ª Região. **Recurso inominado cível n.º 0052299-28.2023.4.05.8000**, Relator Sérgio Silva Feitosa, 1ª Relatoria da Turma Recursal de Alagoas, jul. 06 set. 2024b. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 9 jan. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 5ª Região. **Recurso inominado cível n.º 0012815-70.2023.4.05.8302**, Relator Georgius Luis Argentini Príncipe Credidio, 2ª Relatoria da 2ª TR/PE, julg. 25 set. 2024a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Especiais Federais. Súmula n. 78**, de 11 de setembro de 2014. Comprovado que o requerente de benefício é portador do vírus HIV, cabe ao julgador verificar as condições pessoais, sociais, econômicas e culturais, de forma a analisar a incapacidade em sentido amplo, em face da elevada estigmatização social da doença. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 87, 17 set. 2014. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/phpdoc/virtus/sumula.php?nsul=78>. Acesso em: 27 jul. 2025.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de; LAZZARI, João Batista. **Manual de direito previdenciário**. 27. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024.

CHEREGATI, Gustavo Sampaio *et al.* Bioética e perícias médicas nos benefícios por incapacidade. **Revista Interdisciplinar**, v. 12, n. 1, p. 115–125, jan./mar. 2019. ISSN 2317-5079. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revinter/article/view/1689>. Acesso em 12 abr. 2025.

DORNELAS NETO, Jader *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3853-3864, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6vwM7zCbvCyYPpPt5kLDDrH/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

GOFFAMAN, Erving Título. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Mathias Lambert. 2004. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/151138/goffman,erving.estigma_notassobreamanipulacaodaidentidadedeteriorada.pdf. Acesso em: 23 set. 2023.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2355-2367, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v26n12/14.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2024.

KAHHALE, Edna P. *et al.* **HIV-AIDS: enfrentando um sofrimento psíquico**. (Coleção construindo o compromisso social da psicologia). São Paulo: Cortez, 2013. E-book. ISBN 9788524920868. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788524920868/>. Acesso em: 23 set. 2023.

KOEHLER, Frederico Augusto Leopoldino (coord.). **Comentários às Súmulas da Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Especiais Federais**. Brasília: Conselho da Justiça Federal, Centro de Estudos Judiciários, 2016. p. 390-396. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/cjf/corregedoria-da-justica-federal/turma-nacional-de-uniformizacao/publicacoes-1/ComentriosSmulasTNUWEB.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2025.

LIMA, Ana Paula Rodrigues de. Sexualidade na terceira idade e HIV. **Revista Longeviver**, Ano II, n. 5, jan./fev./mar. 2020. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/anteriores/index.php/revistaportal/article/view/813/872>. Acesso em: 27 jul. 2025.

LUCAS, Márcia Cavalcanti Vinhas; BÖSCHEMEIER, Ana Gretel Echazú; SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33053, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333053>. Acesso em: 14 de jan. 2024.

MIRANDA, Wanessa Debôrtoli de *et al.* A encruzilhada da judicialização da saúde no Brasil sob a perspectiva do Direito Comparado. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 11-29, out./dez. 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/736>. Acesso em: 28 jul. 2025.

NUNES, Otávio Augusto Milani *et al.* Ativismo judicial e direito à saúde: a judicialização que atropela a gestão. **Revista de Gestão e Secretariado – GeSec**, São José dos Pinhais, v. 15, n. 10, p. 1-18, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/4352>. Acesso em: 28 jul. 2025.

OLIVEIRA, Caio Vasconcelos; MAIA, Raul Lemos. A solidariedade no tripé da seguridade social: a visão sistemática do direito à dignidade humana. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, v. 9, n. 1, p. 78–99, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/view/9762>. Acesso em: 28 jul. 2025.

OLIVEIRA, Raquel Andrade Silva de *et al.* **A formação da previdência no contexto da seguridade social: uma análise da *policy agenda-setting***. Cadernos EBAPE. BR, v. 19, n. spe, p. 705-722, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/zgFnXtyPB9mrY7rJBL4MTJx/>. Acesso em: 12 abr. 2025.

PAIVA, Sílvia Thaís Duarte de. Princípios constitucionais da seguridade social e a jurisprudência dos tribunais superiores. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 10, p. 20970–20980, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2527>. Acesso em: 28 jul. 2025.

PEREIRA, Ester Freitas. **Mulheres que vivem com HIV/aids: adesão e autonomia promovem saúde?** Dissertação de Mestrado em Serviço Social e Políticas Sociais da Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/e3682839-000a-46c7-abde-d3fad133bd9e>. Acesso em: 23 set. 2023.

RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/AIDS**. Rio de Janeiro: Thieme Brazil, 2017. E-book. ISBN 9788554651053. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788554651053/>. Acesso em: 23 set. 2023.

SILVA, Ingrid Bergmam do Nascimento *et al.* Depressão e ansiedade de pessoas vivendo com HIV. **Rev Contexto & Saúde**, v. 21, n. 44, p. 322-331, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/9528>. Acesso em: 23 set. 2023.

SILVA, Nathanael Lisboa Teodoro da; ALKIMIM, Maria Aparecida. HIV/aids e efetivação do direito fundamental à saúde e previdência social: incapacidade de acordo com a súmula 78 da Turma Nacional de Uniformização (TNU). **Revista de**

Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social, Maranhão, ano 2017, v. 3, n. 2, p. 63-84, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/view/2461>. Acesso em: 23 set. 2023.

SZWARCWALD, Célia Landmann; CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de HIV e aids no Brasil: três décadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, p. S4-S5, 2011. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/v27s1/pt_01.pdf. Acesso em 23 set. 2023.

UNAIDS. **Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV no Brasil de 2019**. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), Brasília, 2025. Disponível em: <https://unaids.org.br/relatorios-e-publicacoes/>. Acesso em: 23 set. 2024.

UNAIDS. **Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV no Brasil de 2025**. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), Brasília, 2025. Disponível em: <https://unaids.org.br/relatorios-e-publicacoes/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

UNAIDS. **Relatório global “o caminho que põe fim à AIDS”**. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), 2023. Disponível em: <https://unaids.org.br/relatorios-e-publicacoes/>. Acesso em: 23 set. 2023.