



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

LUCA CARVALHO DE CASTRO

**A (IN)OBRIGATORIEDADE DA COBERTURA DE MEDICAMENTOS E
TERAPIAS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM AUTISMO:
CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA
SAÚDE SUPLEMENTAR.**

Salvador

2025

LUCA CARVALHO DE CASTRO

**A (IN)OBRIGATORIEDADE DA COBERTURA DE MEDICAMENTOS E
TERAPIAS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM AUTISMO:
CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA
SAÚDE SUPLEMENTAR.**

Monografia apresentada ao curso de graduação
em Direito, da Faculdade Baiana de Direito,
como requisito parcial para obtenção do grau de
bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dra. Flávia Marimpietri.

Salvador

2025

TERMO DE APROVAÇÃO

LUCA CARVALHO DE CASTRO

**A (IN)OBRIGATORIEDADE DA COBERTURA DE MEDICAMENTOS E
TERAPIAS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM AUTISMO:
CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA
SAÚDE SUPLEMENTAR.**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em
Direito, Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador, ____ / ____ / 2025

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente, aos meus pais, por sempre acreditarem em mim nesta jornada e por todo o suporte que não poderia ter sido melhor. Eu amo vocês! Obrigado por tanto.

Essa monografia também é para a minha irmã, minha parceira. Te amo! Só a gente sabe!

Também quero agradecer à Ana Luisa, minha namorada, que tem o dom de fazer me sentir o homem mais inteligente e capaz do mundo, mesmo que talvez eu não o seja. Te amo muito. Um futuro brilhante nos aguarda.

Não poderia deixar de mencionar os meus amigos da faculdade, que vivenciaram o dia a dia comigo ao longo dos últimos 5 anos, em especial, aos “sobreviventes”, por seguirmos nessa jornada juntos! Sem vocês isso não seria possível! Obrigado a você também, Nando, pela lealdade e irmandade que eu valorizo demais.

Por fim, não posso deixar de agradecer aos meus demais amigos, principalmente ao pessoal do Tamara, por tornarem minha vida mais leve e divertida. Vocês também são a minha família, eu amo todos vocês.

RESUMO

A presente monografia pretende a análise da (in) obrigatoriedade da cobertura de medicamentos e terapias para pessoas com o Transtorno do Espectro Autista no âmbito da saúde suplementar, em face das recorrentes negativas por parte das operadoras dos planos de saúde. Serão abordados os direitos dos autistas na judicialização das demandas que versam sobre o tema, cujas razões se dão, principalmente, pela recusa das operadoras na cobertura de tratamentos multidisciplinares como psicoterapia, fonoaudiologia, musicoterapia, equoterapia, dentre outros, com base em cláusulas contratuais e a interpretação do rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Através do método hipotético-dedutivo, a pesquisa objetiva a análise bibliográfica, legal e jurisprudencial, tendo como materiais livros de autores renomados sobre o assunto, leis ordinárias, tratados de direito internacional, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), resoluções da ANS e decisões do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. A monografia chegou à conclusão de que a negativa pelas operadoras configura prática abusiva, quando em confronto com a devida indicação médica, direitos da pessoa com deficiência, normas do CDC e às resoluções da ANS, mormente quanto à Resolução Normativa n.º 539/22, que obriga as operadoras à cobertura de tratamentos prescritos pelo médico para o tratamento dos transtornos globais do desenvolvimento. Sendo assim, é reforçada a importância do Poder Judiciário para a efetivação dos direitos dos autistas e a sua devida inclusão no corpo social.

Palavras-chave: Transtorno do espectro autista; saúde suplementar; rol da ANS; judicialização da saúde; prática abusiva.

ABSTRACT

This monograph aims to analyze the (non-)obligatoriness of the coverage of medications and therapies for individuals with Autism Spectrum Disorder within the scope of supplementary health care, in light of the recurring denials by health insurance operators. It addresses the rights of autistic individuals in the judicialization of claims concerning the issue, which are mainly caused by the refusal of operators to cover multidisciplinary treatments such as psychotherapy, speech therapy, music therapy, equine therapy, among others, based on contractual clauses and the interpretation of the list of health procedures and events established by the National Supplementary Health Agency (ANS). Using the hypothetical-deductive method, the research focuses on bibliographic, legal, and jurisprudential analysis, drawing from scholarly works, laws such as Law No. 12.764/12, the Consumer Defense Code (CDC), ANS resolutions, and decisions from the Court of Justice of the State of Bahia. The monograph concludes that the denial by operators constitutes an abusive practice when it contradicts medical prescriptions, the rights of persons with disabilities, the CDC provisions, and ANS resolutions—especially Resolution No. 539/22, which mandates coverage of treatments prescribed by a physician for the treatment of pervasive developmental disorders. Therefore, it highlights the importance of the Judiciary in enforcing the rights of autistic individuals and ensuring their full inclusion in society.

Keywords: Autism spectrum disorder; supplementary health care; ANS list; health judicialization; abusive practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	Artigo
EUA	Estados Unidos da América
ONU	Organização das Nações Unidas (ONU),
OIT	Organização Internacional do Trabalho
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
ABA	Estimulação Cognitivo Comportamental
CIPTEA	Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
ANS	Agência Nacional de Saúde
CDC	Código de Defesa do Consumidor
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
OMS	Organização Mundial da Saúde
AMA	Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo
CNJ	Conselho Nacional de Saúde
CC	Código Civil
RESP	Recurso Especial
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TJ	Tribunal de Justiça

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	14
2.1 A PESSOA COM DEFICIÊNCIA AO LONGO DA HISTÓRIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE SOBRE DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL.....	15
2.2 DISCIPLINA JURÍDICA INTERNACIONAL.....	20
2.3. A MUDANÇA DE PARADIGMA NO TRATAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	23
2.4. ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	25
3 O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	30
3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO TRANSTORNO.....	31
3.2 OS DIFERENTES TRATAMENTOS CONFERIDOS AO INDIVÍDUO COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	35
3.3 PREVISÃO LEGAL SOBRE OS DIREITOS DA PESSOA COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO BRASIL.....	38
4. CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE E O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	42
4.1 O CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE E O DIREITO DO CONSUMIDOR.....	43
4.2 DIREITOS E PRINCÍPIOS BÁSICOS DO CONSUMIDOR NOS CONTRATOS DE CONSUMO.....	46
4.3 CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE.....	50
5. JUDICIALIZAÇÃO E GARANTIA DE DIREITOS.....	56
5.1 A (IN) OBRIGATORIEDADE DA COBERTURA DE TRATAMENTOS PARA O AUTISMO DIANTE DA PREVISÃO NO ROL DA AGENDA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	57

5.2 A MUDANÇA DO ENTENDIMENTO ACERCA DA TAXATIVIDADE E AS NOVAS REGRAS PARA A COBERTURA DE TRATAMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DA ANS.....	59
5.3 ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA BAHIA.....	68
6 CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental consagrado pela Constituição Federal de 1988, sendo um dever do Estado. Consagrado pelo artigo 196 da Carta Magna, a prestação do direito social à saúde pode ser também estendida à iniciativa privada, no âmbito da saúde suplementar.

Nesse contexto, o direito à saúde deve ser assegurado à pessoa com deficiência, que, por muito tempo, esteve inserida em um panorama de completa marginalização, sendo sequer enxergada como uma pessoa humana. Com isso, a sociedade passou por diversas mudanças para, enfim, incluí-la no corpo social. Logo, primeiramente, busca-se abordar a transição do modelo médico para o modelo social, os diferentes sentidos atribuídos à pessoa com deficiência ao longo da história e a evolução legislativa internacional, com destaque para a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, que promoveu uma completa mudança no paradigma de inclusão.

Em um contexto de adequação à disciplina jurídica internacional e ao texto constitucional, o avanço legislativo mais relevante sobre a matéria foi o Estatuto da Pessoa com Deficiência, cristalizado na Lei n.º 13146/15, que buscou assegurar a igualdade e o exercício dos direitos e liberdade individuais para esses indivíduos. Dentre as suas normas, foram determinadas relevantes mudanças importantes, como a outorga da plena capacidade civil e vedações expressas a quaisquer formas de discriminação, exploração, violência, dentre outras. Ademais, também é assegurado à pessoa com deficiência o pleno direito à saúde tanto via Sistema Único de Saúde (SUS), quanto mediante operadoras de planos e seguros de saúde privados.

No cenário dos direitos da pessoa com deficiência, está incluído o indivíduo com o Transtorno do Espectro Autista. O TEA é um transtorno global do desenvolvimento que causa prejuízos no neurodesenvolvimento dos indivíduos, causando prejuízos nas interações sociais, linguagem e a percepção do mundo. Os direitos dessas pessoas estão assegurados por leis como: a) a Lei n.º 12.764/12, que concedeu direitos aos tratamentos multidisciplinares, vedações quaisquer formas de preconceito, dentre outros, bem como enquadrou o indivíduo com o TEA como pessoa com deficiência, para os devidos fins; b) Lei n.º 13977/20, que criou a Carteira de

Identificação da Pessoa com o Transtorno do Espectro Autista, visando a identificação desses sujeitos e a facilitação dos seus direitos; c) por fim, o próprio Estatuto da Pessoa com Deficiência, que determinou direitos importantes para a pessoa com o TEA, como mencionado anteriormente.

Sendo de causa desconhecida, muito embora o TEA não possua uma cura propriamente dita, houve avanços relevantes nos tratamentos e terapias concedidas. Atualmente, possuem relevância o Método *Applied Behaviour Analysys* (ABA), o Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM), a própria psicoterapia, e a musicoterapia, dentre diversos outros disponíveis. No entanto, em se tratando de uma condição que é um objeto de intensos estudos, surgem novas terapias a todo tempo, que prometem eficácia e melhor qualidade de vida para essas pessoas.

Sob essa perspectiva, os autistas têm necessitado de uma crescente demanda por serviços médicos especializados na atuação do setor privado, via saúde suplementar, o que tem causado conflitos jurídicos. Um dos temas mais recorrentes nesse contexto é a negativa da cobertura de terapias e medicamentos para pessoas diagnosticadas com o transtorno por parte das operadoras dos planos de saúde, alegando, em suma, a ausência de previsão no rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência de Saúde Suplementar (ANS), bem como uma suposta ausência de cobertura contratual específica. Tal panorama gera enorme controvérsia jurídica e fomentou o aumento da judicialização da saúde no âmbito suplementar. Assim, o presente trabalho é guiado pelo seguinte problema de pesquisa: existe uma obrigatoriedade da cobertura de medicamentos e terapias para o indivíduo com o TEA? Quais as reflexões a serem feitas sobre isso, no âmbito da saúde suplementar? O que deve ser levado em consideração?

A escolha do tema se deu, primeiramente, porque o TEA é um assunto que está em bastante evidência social e jurídica, tendo em vista que o enorme aumento dos diagnósticos no país enseja na maior necessidade de se recorrer às operadoras de saúde para a cobertura dos tratamentos. Indo além, por se tratar de uma condição em voga, o surgimento de novas intervenções terapêuticas reflete a insuficiência da regulação administrativa da ANS em face da realidade social e das normas protetivas à pessoa com deficiência, visto que a negativa dos tratamentos viola os direitos deste grupo, prejudica o desenvolvimento psíquico e fomenta ainda mais desigualdades.

Sob essa perspectiva, será analisada a interpretação jurídica do rol da ANS: se taxativo, vedada a cobertura de intervenções nele não previstas; ou exemplificativo, ao considerá-lo apenas como um referencial, possibilitando a cobertura de intervenções que, mesmo não expressamente listadas, sejam fundamentais à concretização do direito à saúde. Será dissecada, centralmente, a controvérsia jurídica causada pelo conflito entre as Turmas do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que culminou no julgamento do Recurso Especial n.º 1.886.292/SP e firmou novo precedente do Tribunal ao estabelecer o caráter taxativo do rol, mas ainda assim previu a possibilidade de cobertura de intervenções não listadas, desde que atendidos critérios objetivos e específicos. Esse novo entendimento provoca discussões sobre a proteção dos direitos da pessoa com deficiência em face dos limites contratuais impostos pelas operadoras de saúde.

Outrossim, também se analisará de que forma as resoluções normativas da ANS são relevantes nessa perspectiva, principalmente a resolução n.º 539/22, que determinou a cobertura obrigatória das terapias necessárias para os transtornos globais do desenvolvimento.

Assim, a presente pesquisa propõe a identificação dos direitos aos tratamentos e terapias conferidos ao indivíduo com o TEA, e se deve haver uma obrigatoriedade, ou não, de cobertura pelas operadoras de saúde à luz da interpretação do rol da ANS e das resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde. Será analisado também o comportamento do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia nas recentes (e crescentes) demandas que versam sobre negativas das operadoras de saúde, estudados os limites da força contratual em face da concretização do direito social à saúde e dos direitos conferidos ao indivíduo com o TEA.

Com isso, o objetivo geral consiste na análise de fundamentos jurídicos, doutrinários e jurisprudenciais que sustentam as teses de cobertura obrigatória, ou não, dessas coberturas de tratamentos às pessoas com o TEA, mormente quanto a intervenções não listadas no rol da ANS e resoluções normativas. Já como objetivos específicos, a presente pesquisa irá: a) traçar um panorama histórico sobre a evolução social e jurídica da pessoa com deficiência nos cenários internacional e nacional, bem como os direitos específicos conferidos pela Lei n.º 13146/15; b) esclarecer o que é o TEA, suas características, tratamentos multidisciplinares e previsão legal à luz da com o TEA à luz da Lei n.º 12764/12 e a Lei n.º 13977/20; c) analisar a relação contratual

entre os adquirentes e as operadoras dos planos de assistência à saúde, via diálogo entre as Leis n.º 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde) e n.º 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor), enfatizando a proteção conferida à pessoa com o TEA por normas e princípios de ambos os institutos e a função da ANS via publicação de resoluções normativas e elaboração do rol de eventos e procedimentos e saúde, enquanto encargo regulamentar d) analisar qual a judicialização da saúde suplementar, vide a interpretação do STJ do rol da ANS, ou seja, se tratamentos e terapias nele não previstos devem ser obrigatoriamente cobertas, quais regras devem ser atendidas pelas operadoras de saúde e os adquirentes, e como as resoluções normativas da ANS impactaram nisso, e, por fim, analisar como a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia se comporta sobre a matéria.

Em relação ao desenvolvimento, este trabalho traz, no segundo capítulo, um recorte histórico sobre a pessoa com deficiência, em um contexto de evolução da sua completa dispensabilidade para identificá-la como uma pessoa humana que possui direitos a serem tuteladas, assim como todos os demais. Será demonstrada a evolução jurídica conferida à pessoa com deficiência, que se deu motivada por acontecimentos históricos importantes como a Revolução Industrial e a Primeira e Segunda Guerras Mundiais, que deram azo à institutos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, em 1975. Ademais, o segundo capítulo também explicará como a disciplina jurídica internacional repercutiu no ordenamento jurídico brasileiro, ensejando na criação de diversas normas, tendo como destaque a Lei n.º 13146/2015, ora Estatuto da Pessoa com Deficiência, que promoveu diversos avanços importantes.

No terceiro capítulo, será discorrido o Transtorno do Espectro Autista (TEA), com as suas principais características, causas, diagnóstico e os tratamentos disponibilizados para o melhor desenvolvimento psicomotor. Indo além, o capítulo também posicionará o indivíduo com o TEA, enquanto pessoa com deficiência no ordenamento jurídico brasileiro, e explanará as principais leis protetivas, mormente quanto a Lei n.º 12764/2012 (Lei Berenice Piana), Lei n.º 13977/20 (Lei Romeo Mion) e o próprio Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Em seguida, o quarto capítulo irá tratar sobre os indivíduos com o TEA e a utilização dos contratos de plano de saúde, com a explicação sobre o regime jurídico dos planos de assistência à saúde, ora regidos pela Lei n.º 9656/1998 e a relação com o a Lei n.º

8078/1990 (Código de Defesa do Consumidor). Nesta parte da monografia, serão explicadas as principais regras e princípios consumeristas que devem incidir sobre os contratos de plano de saúde, como a vedação a práticas abusivas, e as próprias normas dispostas pela Lei n.º 9656/1998.

Por fim, o quinto e penúltimo capítulo tratará sobre a judicialização da saúde suplementar pelos indivíduos com o TEA, cuja demanda se dá pela negativa ilegal de tratamentos e terapias pelas operadoras de saúde, com lastro, principalmente, na ausência de previsão no rol da ANS. Sobre o tema, a monografia abordará o conflito entre a Terceira e Quarta Turmas do Superior Tribunal de Justiça sobre a possibilidade, ou não, da cobertura de procedimentos não previstos no Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde, o que carretou o julgamento do REsp n.º 1.889.929/SP, que estabeleceu um caráter “taxativo mitigado”, isto é, possibilitando a cobertura de tratamentos ausentes no rol mediante o atendimento a regras específicas, que também serão explicadas no capítulo.

2 PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ao longo dos tempos, sempre houve uma extrema valorização do belo, do saudável, sendo o corpo humano “perfeito”, o modelo a ser almejado. O indivíduo que não se encaixasse neste padrão era completamente afastado da sociedade, vivendo às margens. Contudo, na Grécia Antiga, por exemplo, os soldados que perdiam os seus membros gozavam da proteção estatal, o que demonstra a gratidão por terem sido, em algum momento, “úteis” para a sociedade, em um viés reparador (Schewinsky, 2004, p. 8).

Para Lima, Vieira e Silva (2017, p.21), o tratamento “descartável” dado às pessoas com deficiência seria justificado pelo modelo de dispensabilidade, pautado em duas premissas: a eugenia, lastreada em argumentos religiosos que consideravam as pessoas com deficiência como “inúteis”, e pela marginalização, que previa a exclusão da pessoa com deficiência, por constituir supostos atrasos a sociedade.

Nas sociedades antigas, baseadas no forte teocentrismo, todos os acontecimentos da vida eram atribuídos aos deuses. Seja uma má-colheita, chuvas fortes que varressem uma cidade, a perda de uma guerra, doença ou a miséria, o “ruim” era associado à vontade de uma força maior. E esse pensamento também se estendia à pessoa com deficiência: para esses povos, o nascimento de uma pessoa com deformidades significava uma punição divina, ou seja, um literal castigo dos deuses direcionado à própria pessoa, ou até mesmo à sua família (Palacios, 2008, 42).

Já na idade média, merece destaque a chamada “Nau dos Loucos”. Com denominação bastante pejorativa, era a embarcação responsável por deslocar as pessoas com determinado tipo de deficiência para os locais que serviriam como os seus “descartes”. De modo a promover uma espécie de “limpeza social”, esses indivíduos eram levados a locais desconhecidos, para desaparecerem do corpo social (Foucault, 1978, p.13). Essa perseguição também teve a influência da Igreja Católica entre os séculos V e XV, porque considerava a pessoa com deficiência uma espécie de “castigo de Deus”, fomentando a exclusão (Farah e Cunha, 2021, p.282-289).

Ademais, passagens da bíblia e demais literaturas da época evidenciam a existência da nobreza e do populacho. Com isso, a valoração do homem era pautada nas características pessoais, hereditárias (a nobreza como um título passado para os

descendentes) ou na utilidade que o indivíduo ofereceria. Com isso, para o contexto da época, a pessoa com deficiência não se encaixava no padrão social imposto, e deveria ser exterminada (Aranha, 2005, p.7).

Aranha também enfatiza que, mais especificamente, a bíblia faz referências ao cego, manco e leproso. A grande maioria dos portadores dessas doenças e demais deficiências estava em situação de miserabilidade social, vivendo como pedintes nas ruas, em um contexto de invisibilidade muito em razão do estigma em torno dessas doenças, bem como através da interpretação de que aquilo se tratava de um castigo divino (Aranha, 2005, p.7).

Essa ideia de castigo divino somente passaria a ser superada na Alta Idade Média. Nesse período, o extermínio da pessoa com deficiência passou a se modificar aos poucos, sob o argumento de que essas pessoas, apesar das suas condições, seriam “filhas de Deus” e mereceriam misericórdia. Todavia, isto não afasta a persistência de um cenário de exclusão (Farias e Júnior, 2020, p. 61).

Com isso, sempre houve um viés extremamente segregador, impedindo a inclusão da pessoa com deficiência nas práticas sociais e no acesso ao saber, porque ela não tinha amplo acesso aos espaços em que era produzido o conhecimento, o que implicava na chamada “pedagogia da exclusão”, perpetuando situações de miserabilidade (Ministério da Educação, 2004, p. 322).

Nessa linha de raciocínio, a condição da pessoa com deficiência ao longo da história sempre foi marcada pela segregação e, em seguida, a exclusão, cujos argumentos para tais práticas variam tão somente pelo momento histórico a ser observado. Não havia uma forma única de comportamento das sociedades, porque as condições sócio-históricas eram fundamentais para como a pessoa com deficiência era enxergada (Aranha 2005, p.5).

Apesar do antigo cenário de preconceito e desagregamento, fenômenos históricos e sociais posteriores atribuíram, paulatinamente, novos sentidos mais positivos à pessoa com deficiência, como será demonstrado no próximo tópico.

2.1. A PESSOA COM DEFICIÊNCIA AO LONGO DA HISTÓRIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE SOBRE DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL

A existência da pessoa com deficiência como indivíduo na sociedade apresentou diversos avanços necessários ao longo do tempo, seja em termos de tratamento, quanto sociais. Nesse sentido, pode-se falar que o cristianismo foi o responsável pela alteração da condição do homem para um viés mais racional, enquanto criação divina, o qual, visando praticar o bem, destina maiores cuidados à pessoa com deficiência (Aranha, 1995, p. 63-70). Com isso, ela adquire aspectos mais humanos e lhe foram atribuídos maiores cuidados pela família e igreja, muito embora seja importante destacar que não podia se falar, ainda, em um cenário de inclusão, visto que se tratava de uma sociedade extremamente segregadora (Pacheco e Alves, 2007, p.243).

Acerca da pertinência desse cenário de exclusão, Pacheco e Alves (2007, p.244) também ressaltam que eventual aumento de cuidado aos deficientes referia-se tão somente a cuidados orgânicos, paliativos e sem nenhuma atenção às necessidades psicossociais do ser humano. Sob essa ótica, seria uma concepção assistencialista, visto que a pessoa com deficiência era enxergada tão somente como um objeto de ações assistenciais, e não como sujeito de direitos (Farias e Júnior, 2020, p. 61-62).

Além disso, outra questão muito importante foi o avanço da medicina e das ciências de maneira geral. Isto porque o sujeito com alguma deficiência (a demência ou amênia) passou a não ser mais enxergado sob um aspecto teológico ou como um castigo divino, mas sim, como um sujeito possuidor de problemas de saúde a serem solucionados pela medicina (Aranha, 1995, p. 63-80). Este novo sentido científico atribuído à pessoa com deficiência resulta no fomento à prática de reabilitação, de modo a promover o atendimento das suas necessidades (Pacheco e Alves, 2007, 244).

Em seguida, Aranha (1995, p. 63-70) também aponta a Revolução industrial como uma das causas para esta mudança de paradigma, porque, com o avanço das fábricas e da produção desenfreada, a pessoa com deficiência, enxergada até então como uma mão de obra desqualificada, teria oportunidades nas indústrias, ajudando a alimentar um capitalismo cada vez mais intenso.

Posteriormente, no contexto da Primeira Guerra Mundial, os EUA inovaram ao criar a *rehabilitation and research center* para recuperar a população mutilada e reinseri-la na sociedade, bem como a Grã-Bretanha, com a Comissão Central da Grã-Bretanha, que

tinha o mesmo objetivo. As várias lesões ocorridas pela violência visavam restabelecer as funções do sujeito e integrá-lo na sociedade, no chamado viés integracionista (Pacheco e Alves, 2007, p. 245).

Logo após este cenário de guerra, em 1948 foi promulgada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual, já no artigo 1º, prevê a igualdade de direitos e deveres de todos os indivíduos, pregando tratamento mútuo respeitoso e com aspectos de fraternidade. O artigo 2º dessa mesma declaração também inova ao atribuir liberdades para o gozo de direitos e liberdades nela estabelecidas, sem quaisquer distinções de raça, sexo, língua, nascimento ou “qualquer outra condição” (ONU, 1948). Também como herança da Segunda Guerra, surgiram organizações internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), que, através das suas práticas de assistência social, buscaram a inclusão da pessoa com deficiência no cenário internacional (Farias e Júnior, 2020, P. 62).

Ainda marcada pelo contexto pós-guerra, a década de 60 foi essencial para o início da inclusão da pessoa com deficiência. Neste contexto, buscou-se prover, em instituições especializadas, todo o amparo possível, visando mitigar os prejuízos da sua exclusão social. Foram criados, por exemplo, escolas especiais, centros de reabilitação, clubes especiais, enfim, reais mecanismos de inclusão (Sasaki, 1997, p. 31).

Após longos avanços desde então, outra questão notável foi a Assembleia Geral das Nações Unidas de 1971, que teve como um dos tópicos a proteção da pessoa com deficiência. E, nessa mesma linha de raciocínio, a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, publicada em 09/12/1975, conferiu, expressamente, direitos nunca previstos anteriormente. Pode-se tomar como exemplo, já no artigo 2º, que prevê (ONU, 1975):

As pessoas deficientes gozarão de todos os direitos estabelecidos a seguir nesta Declaração. Estes direitos serão garantidos a todas as pessoas deficientes sem nenhuma exceção e sem qualquer distinção ou discriminação com base em raça, cor, sexo, língua, religião, opiniões políticas ou outras, origem social ou nacional, estado de saúde, nascimento ou qualquer outra situação que diga respeito ao próprio deficiente ou a sua família.

Outrossim, dispositivo ainda mais relevante para a presente pesquisa é o artigo 7º da Declaração, que prevê o tratamento médico e derivados à pessoa com deficiência, proporcionando uma reabilitação (ONU, 1975):

As pessoas deficientes têm direito a tratamento médico, psicológico e funcional, incluindo-se aí aparelhos protéticos e ortóticos, à reabilitação médica e social, educação, treinamento vocacional e reabilitação, assistência, aconselhamento, serviços de colocação e outros serviços que lhes possibilitem o máximo desenvolvimento de sua capacidade e habilidades e que acelerem o processo de sua integração social.

Somado a isso, tratados e convenções contribuíram para a construção de um modelo social (ou também de direitos humanos) que fomenta a igualdade entre os indivíduos. Exemplo disso foi a assinatura da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assinada em Nova Iorque (Convenção de Nova Iorque), via Decreto 6949/09 (Miragem, 2018, p. 148).

Assim, paulatinamente, foi superada a antiga visão do modelo médico para o modelo social. Segundo o chamado *medical model*, se via a condição da pessoa com deficiência como um “defeito”, que necessitava de tratamento ou cura. Com isso, a pessoa com deficiência deveria se adaptar à vida em sociedade, sendo o foco do Estado o reconhecimento dos seus problemas de integração para que ela desenvolvesse estratégias que minimizassem os efeitos da sua deficiência na sua vida cotidiana. O modelo médico afastava a percepção de práticas da sociedade que dificultavam as condições de vida da pessoa com deficiência, gerando ainda mais pobreza, invisibilidade e perpetuação de estereótipos, negando-lhe a titularidade de direitos humanos (Ramos, 2017, p. 237).

Por outro lado, a evolução para o modelo social (ou de direitos humanos) enxerga a pessoa com deficiência como um ser humano, utilizando dados médicos visando apenas a definição das suas necessidades, tendo como principal abordagem o “gozo dos direitos sem discriminação”. Assim, surgiu a reflexão entre a necessidade da criação de políticas públicas que assegurem a igualdade material e consolide a responsabilidade do Estado e da sociedade na eliminação das barreiras à efetiva fruição dos direitos do ser humano. Não se fala mais em exigir que a pessoa com deficiência se adapte, mas sim de exigir que a sociedade trate seus diferentes para que sejam assegurados os devidos direitos, com a eliminação de barreiras à sua plena inclusão (Ramos, 2017, p. 237)

Acerca do modelo social, pode-se tomar como exemplo uma pessoa cadeirante que, em razão da sua deficiência, não consiga assistir a uma peça de teatro. Segundo o modelo social, seria muito mais interessante a construção de uma rampa que permita o seu acesso, do que a adequação deste cadeirante ao ambiente. Logo, há a combinação pessoa-ambiente, porque as barreiras ambientais impedem o exercício de direitos pela pessoa com deficiência, e não as suas características conexas à condição. Antigamente, por exemplo, pessoas com deficiências intelectuais já eram “pré-conceituadas” como incapacitadas de acessar o ensino superior, o que implicava restrições desde a infância, sem haver, no entanto, a investigação das reais necessidades e o que poderia ser feito para mitigar as limitações (Barreto, 2025, p. 28).

Com base nisso, a transição para o modelo social foi importante para o combate à discriminação da pessoa com deficiência, visto que tal nova abordagem leva em consideração os seus fatores sociais e biológicos. Não é possível exigir que a pessoa com deficiência, que já possui limitações, ainda precise se adequar ao corpo social, ao invés da via inversa (Barreto, 2025, p. 28-29).

Sobre essa transição, Piovesan (2023, p. 240-241) a resume em 4 fases: a) a primeira representou a intolerância com a pessoa com deficiência, que simbolizava impureza, pecado e castigo divino; b) a segunda marcou a invisibilidade da pessoa com deficiência; c) a terceira orientou óticas assistencialistas pautadas na perspectiva médica e biológica de que a deficiência era uma condição a ser curada, com focus no “portador da enfermidade”; d) a quarta fase, orientada pelo paradigma dos direitos humanos, com ênfase na pessoa com deficiência e no meio em que ela se insere, surgindo a necessidade de eliminar obstáculos e barreiras culturais físicas ou sociais que impeçam o exercício desses direitos humanos. Assim, ela passou a ser concebida como verdadeiros sujeitos que titulam direitos.

Sendo assim, os conceitos de “modelo médico” e “modelo social” são utilizados como meios de fundamentação pela jurisprudência pátria, como se extrai da decisão nos autos de número 0407765-48.2019.8.06.0001, que tramitou no Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJ/CE, 2023):

DIREITO CONSTITUCIONAL. APELAÇÃO CÍVEL EM AÇÃO CIVIL PÚBLICA. TRANSPORTE COLETIVO MUNICIPAL. PLEITO DE GRATUIDADE PARA PESSOAS COM DEPRESSÃO GRAVE . SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. ENQUADRAMENTO NO CONCEITO DE

PESSOA COM DEFICIÊNCIA. AFASTAMENTO DO MODELO MÉDICO. ADOÇÃO DO MODELO SOCIAL DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA . RESPONSABILIDADE CONJUNTA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA E DA ETUFOR NO QUE TANGE À AFERIÇÃO DOS REQUISITOS PARA O FORNECIMENTO DE PASSE LIVRE, MEDIANTE A CONTRATAÇÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. [...] 3 . Sob a ótica estabelecida pela Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, pessoa deficiente é aquela que tem impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas, inegável a configuração da deficiência nas pessoas com depressão grave. 4. Desse modo, considerando o conceito de deficiência que deve ser utilizado, porquanto fixado em norma que goza de status de emenda constitucional, cujo pressuposto fático restou devidamente preenchido, na medida em que revelado impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas, deve ser reconhecido o direito à gratuidade na utilização das linhas regulares do sistema de transporte coletivo do Município de Fortaleza a todas as pessoas com depressão grave, após avaliação por equipe multidisciplinar.[...] (TJ-CE - AC: 04077654820198060001 Fortaleza, Relator.: LUIZ EVALDO GONÇALVES LEITE, Data de Julgamento: 25/01/2023, 2ª Câmara Direito Público, Data de Publicação: 25/01/2023)

Acerca dessa transição, Aranha (2001, p.20) é assertiva ao atribuir este viés integracionista com a necessidade de aproximação da pessoa com deficiência com uma vida “normal”. Para a autora, deve-se diferenciar os conceitos de inclusão, e integração: enquanto a inclusão seria somente o restabelecimento do indivíduo na sociedade, a integração corresponde à verdadeira adequação do ambiente às necessidades do deficiente, com o devido suporte.

Em semelhante linha de raciocínio, Masini (2001, p. 109-112) entende que a inclusão social necessita de “um longo processo a ser percorrido que envolve a transformação das condições pessoais, a de valores e a de outras adaptações ambientais e materiais para que se concretiza”. Logo, é necessária uma interdisciplinaridade, não sendo a inclusão da pessoa com deficiência algo estanque, que possui uma fórmula de como se executar.

Nesse viés, o novo sentido atribuído à pessoa com deficiência construído ao longo dos tempos é pautado na proteção social. No direito brasileiro, houve uma evolução no tratamento que lhe é dado, como será demonstrado a seguir.

2.2 DISCIPLINA JURÍDICA INTERNACIONAL

Os documentos internacionais foram muito importantes para os avanços sociais proporcionados à pessoa com deficiência no Brasil. Afinal, as convenções e tratados instrumentalizam a superação do antigo modelo médico, com a ascensão do modelo social, objeto de análise no tópico anterior, que foi essencial para a superação de práticas discriminatórias com as pessoas com deficiência (Branco, 2023, p. 170).

Sob essa perspectiva, primeiramente, pode-se citar a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, cujo texto foi aprovado pelo Congresso Nacional via Decreto n.º 3.956/200. Este marco normativo, muito embora não tenha sido aprovado com o rito conferido às emendas constitucionais, possui caráter supralegal, mas está hierarquicamente abaixo da Constituição (Branco, 2023, p. 171). Um dispositivo muito importante consta já no artigo II, que determina que a Convenção “tem por objetivo prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e propiciar a sua plena integração à sociedade” (Brasil, 2001).

Somado a isso, tem-se a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pelo Congresso Nacional via decreto legislativo n.º 186/2008, conforme o rito do artigo 5º, §3º (Brasil, 1988), que determina a posição de emenda constitucional dos tratados sobre direitos humanos aprovados no Congresso Nacional. A Convenção foi assinada em Nova York, em 30 de março de 2007 e promulgada em 25 de agosto de 2009, via decreto legislativo n.º 6.949/2009 (Brasil, 2009).

Tal instrumento foi criado como uma reação da comunidade internacional à extensa história de discriminação, exclusão e desumanização da pessoa com deficiência. Foi inovador em diversos aspectos, sendo o tratado de direitos humanos mais célere e o primeiro do século XXI. Por meio de uma mudança de perspectiva, foi um instrumento muito importante para a alteração da percepção da deficiência, buscando conferi-las a oportunidade de alcance pleno do seu potencial (Piovesan, 2023, p. 241-242).

Tal nova condição jurídica reconhecida pela Convenção foi contemplada pelos tribunais no país, como se extrai da decisão proferida pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais nos autos da Apelação Cível nº 10000181050972001(TJ/MG, 2018):

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - PORTADOR DE QUADRO DE ESQUIZOFRENIA - CURATELA - RESTRIÇÃO A ATOS NEGOCIAIS E PATRIMONIAIS - INOVAÇÕES TRAZIDAS PELO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - CONVENÇÃO DA ONU SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - STATUS DE EMENDA CONSTITUCIONAL - MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO PLENA E EFETIVA NA SOCIEDADE - INCAPACIDADE

COMPLETA PARA PRÁTICA DE DEMAIS ATOS DA VIDA CIVIL NÃO COMPROVADA - RECURSO DESPROVIDO. 1 - Acerca do conceito de pessoa com deficiência prepondera, contemporaneamente, o modelo social, devendo os dados médicos ser utilizados para definir suas necessidades, bem como os mecanismos de integração que deverão ser adotados. 2 - Diante das inovações trazidas pela Lei Federal nº 13.146/2015, que instituiu o Estatuto da Pessoa Com Deficiência, a pessoa com deficiência poderá ser submetida a curatela, cujos limites deverão respeitar, na medida do possível, a manifestação do livre desenvolvimento e de vida do curatelado, numa clara superação ao "modelo médico da abordagem da situação das pessoas com deficiência" para dar lugar a uma abordagem social, inclusiva . Precedente do col. STF. 3 - Não demonstrada a incapacidade do interditando para a prática dos demais atos civis, resulta inviável a ampliação dos efeitos da curatela. 4 - Recurso desprovido . (TJ-MG - AC: 10000181050972001 MG, Relator.: Sandra Fonseca, Data de Julgamento: 20/11/2018, Data de Publicação: 28/11/2018)

Acerca do novo regime, a convenção proporcionou avanços muito importantes. Já no artigo 1º, a convenção utilizou o termo “pessoa com deficiência”, ao invés de “deficiente”, o que repercutiu em todo o ordenamento jurídico desde então (Farias e Júnior, 2020, p. 67). Para a Convenção, a pessoa com deficiência seria aquela que tem “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2009).

Acerca dessa transição, Menezes (2015, p.5) afirma:

A CDPD abandona a compreensão da deficiência como um aspecto intrínseco à pessoa, para entendê-la como uma limitação duradoura que se agrava pela interação dos impedimentos naturais com as barreiras sociais, institucionais e ambientais, excluindo ou dificultando a participação do sujeito no meio social. Nisso, afilia-se ao modelo social de abordagem da deficiência em oposição ao modelo médico.

Indo além, a Convenção de Nova Iorque goza de princípios como o “*in dubio pro capacitas*” e o da “intervenção mínima”, provocando mudanças no regime de incapacidades e no sistema protetivo à pessoa com deficiência (Menezes, 2015, p.5)

Ademais, o artigo 12 da Convenção determina finalmente a igualdade perante a lei da pessoa com deficiência em relação às demais pessoas, fazendo jus à capacidade legal e igualdade em todos os aspectos da vida. A visão antiga que se tinha da pessoa com deficiência era a de que sequer tinha condições de praticar os atos da vida civil, mas a partir disso, a convenção passou a não considerá-la mais como necessariamente incapaz (Almeida, 2025, p.10). Para Montana (2021, p. 71), a

Convenção buscou desvincular os conceitos de deficiência e incapacidade civil, sendo tal vinculação limitadora, porque não leva em consideração as condições reais do indivíduo para a prática dos atos da vida civil, em detrimento de conceitos pré-estabelecidos.

Passado 1 ano desde a assinatura da Convenção de Nova Iorque, foi promulgada a emenda constitucional n.º 65, em 2010, que alterou o artigo 227 da Constituição Federal, como se observa, especialmente, no inciso II da nova redação do artigo 227 (Brasil, 2010):

Art. 2º O art. 227 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos:

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Diante do exposto, os documentos internacionais foram de grande importância para o progresso legislativo no Brasil, promoveram mudanças no paradigma do tratamento à pessoa com deficiência no país e contribuíram para o maior instrumento legal que disciplina o assunto: o Estatuto da Pessoa com Deficiência, como será demonstrado nos tópicos a seguir.

2.3 A MUDANÇA DE PARADIGMA NO TRATAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ao longo da história brasileira, imperava a visão negativa que se tinha da pessoa com deficiência, que, pautado no raciocínio de melhoria genética dos seres humanos, sempre fomentou ideais de segregação racial e social, sendo tal visão refletida na ordem jurídica brasileira (Stepan, 2005, p.9). Exemplo disso é o Código Civil de 1916, que previa no seu artigo 5º a expressão “loucos de todo o gênero”, que, na época, ainda gozavam de incapacidade plena, traduzindo a atribuição ocidental da deficiência mental à “loucura” (Monteiro, 2023, p. 70-80).

Com base nisso, a evolução do tratamento dado à pessoa com deficiência, no direito brasileiro, se deu de maneira atrasada em relação ao cenário internacional. Nessa toada, a Declaração dos Direitos Humanos, tratados internacionais e demais institutos foram atribuindo novos valores jurídicos à pessoa com deficiência no direito brasileiro (Farias e Júnior, 2020, p. 65).

Primeiramente, tem-se a emenda constitucional n.º 1, do ano de 1969, que editou o texto da Constituição Federal de 1967 e previu, pela primeira vez, a alteração do então artigo 175, §4º. Com ela, houve a previsão da “assistência à maternidade, à infância e à adolescência e sobre a educação de excepcionais” (Brasil, 1969).

Posteriormente, a Constituição de 1978 positivou novos direitos à pessoa com deficiência, por sua vez incluídos pela emenda constitucional 12/78, que previu direitos à educação, assistência, reabilitação, vedação à discriminação e acessibilidade. No entanto, o regime ditatorial que ainda perdurava na época não permitiu a devida efetivação desses direitos na ordem jurídica (Farias e Júnior 2020, p. 66).

Em seguida, a Constituição Federal de 1988 proporcionou avanços na proteção dos direitos da pessoa com deficiência, como se extrai dos próprios objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, no artigo 3º, III e IV, e via materialização do princípio da igualdade material no artigo 5º (Brasil, 1988).

Em se tratando deste artigo 5º da Carta Magna, a igualdade material significa a simetria dos desiguais via direitos sociais, o que deságua em vedações às distinções motivadas por fatores ilegítimos, como a diferença de salários em razão de sexo, idade ou estado civil - o que também se estende à pessoa com deficiência. Com isso, tal princípio antidiscriminatório deságua na elaboração de políticas públicas e adequação legislativa para ser assegurada tal igualdade material (Silva, 2020, p. 213-

214). Apesar dos avanços, registra-se que a Constituição Federal de 1988 ainda utilizou o termo da pessoa “portadora de deficiência”, e não “pessoa com deficiência”, o que reflete o ultrapassado modelo médico que traduz enfoques à deficiência, ou seja, à condição, e não ao indivíduo (Farias e Júnior, 2020, p. 67).

Ainda tratando sobre a nova ordem constitucional, naturalmente, as normas infraconstitucionais precisaram se adequar às novas regras e princípios. Exemplo disso foi o Código Civil de 2002, que retirou a expressão retromencionada “loucos de todos os gêneros” do rol de absolutamente incapazes, havendo o início tímido da “promoção de uma tutela personalista” (Monteiro 2023, p. 72), sem, ainda, adentrar no mérito das importantes alterações feitas posteriormente pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, em 2015, a serem tratadas em tópico posterior deste trabalho.

Nesse contexto de avanços sociais no regime jurídico da pessoa com deficiência, o capítulo a seguir tratará dos avanços jurídicos trazidos pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, via Lei n.º 13146/15.

2.4 ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Diante do novo espírito constitucional, o legislador brasileiro precisou adequar a nova condição da pessoa com deficiência no ordenamento. Diante desse compromisso, em 1989 foi sancionada a lei 7.838/89, que foi uma das pioneiras na tutela das pessoas com deficiências mentais e legislou sobre saúde e educação (Barreto, 2025, p. 16).

Neste sentido, a referida lei, já no seu artigo 1º, promete assegurar direitos sociais e individuais das pessoas com deficiência e a sua integração social. Inclusive, no parágrafo deste artigo, há a positivação dos princípios da “igualdade de tratamento e oportunidade, da justiça social, do respeito à dignidade da pessoa humana, do bem-estar, e outros, indicados na Constituição ou justificados pelos princípios gerais de direito” (Brasil, 1989).

Além disso, a lei 7.838/89 também foi assertiva ao determinar, no seu artigo 2º, o pleno dever estatal de asseguramento dos direitos básicos da pessoa com deficiência, havendo previsão expressa de diversos direitos fundamentais de qualquer cidadão (Brasil, 1989):

Art. 2º Ao Poder Público e seus órgãos cabe assegurar às pessoas portadoras de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Em se tratando mais especificamente da educação, por exemplo, o artigo 2, parágrafo único, I, alínea e, em pronto atendimento ao princípio constitucional da igualdade, determina a garantia da pessoa deficiência a quaisquer benefícios concedidos aos demais educandos, como material escolar e bolsas de estudo. Além disso, a alínea c, em sentido lato, também prevê a sua inclusão no sistema educacional na totalidade (Brasil, 1989).

Ainda nesse tema, também merece destaque o artigo 8º dessa lei, que tipifica crime sujeito à reclusão de 2 a 5 anos e multa, o ato de “recusar, cobrar valores adicionais, suspender, procrastinar, cancelar ou fazer cessar inscrição de aluno em estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado, em razão de sua deficiência” (Brasil, 1989).

Ademais, lei 7.853/89 também criou a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, no seu artigo 12, que busca a efetivação da Política Nacional Para a Integração da Pessoa com Deficiência, adotando providencias eficazes e promovendo a conscientização social (Barreto, 2025, p. 17).

Um ano depois, foi publicado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), via lei 8.069/90, que dispõe sobre os direitos das crianças e dos adolescentes e tipificou a prática de crimes contra menores, criou medidas protetivas e promoveu formas de auxílio às famílias (Mello e Silva, 2021, p. 52-53).

Para além dos enormes avanços conferidos à criança e adolescente, ao tratar especificamente sobre a pessoa com deficiência - o que engloba o Transtorno do Espectro Autista, tema do presente trabalho-, os artigos 11, 54 e 64 lhe conferem direitos como atendimentos especializados e trabalho protegido (Brasil, 1990):

Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 1º - A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação.

(...)

Art. 54. É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente:

(...)

III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;

(...)

Art. 66. Ao adolescente portador de deficiência é assegurado trabalho protegido.

Além disso, houve a publicação da lei 10.098/00, que priorizou a prioridade de atendimento para deficientes, bem como gestantes, obesos, idosos e pessoas com crianças de colo, e a reserva de assentos em transportes coletivos. Já em 2001, a lei 10.216/01 buscou a proteção da pessoa com deficiência contra discriminações e criou o Centro de Atenção Psicossocial, que promoveu o direito à saúde via assistência social (Barreto, 2025, p. 18)

Sob essa perspectiva, para além destes esforços na proteção aos direitos da pessoa com deficiência, o principal avanço legislativo foi a lei 13.146/15, ora denominado Estatuto da Pessoa com Deficiência. Afinal, como herança do compromisso firmado na Convenção de Nova Iorque, o legislador brasileiro precisou adequar a nova condição da pessoa com deficiência no ordenamento, e, para tal, elaborou o Estatuto da Deficiência, ora Lei n.º 13.146/2015, que teve como objetivos a promoção e proteção específica e adequada à pessoa com deficiência (Martins e Lopes, 2023, p. 59). Com isso, através do artigo 1º, *caput*, e parágrafo único dessa lei, o legislador buscou a formalização de uma norma jurídica capaz de assegurar a igualdade e exercício de direitos e liberdades fundamentais por esses indivíduos, em adequação constitucional ao princípio da igualdade e às normas de direito internacional assinadas pelo Brasil (Brasil, 2015).

Outro dispositivo de extrema importância foi o artigo 6º, que determina a plena capacidade civil da pessoa com deficiência e elenca o rol de atividades que podem ser exercidas, com base tão somente no consentimento (Brasil, 2015):

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

I - casar-se e constituir união estável;

II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;

III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;

IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;

V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e

VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (Brasil, 2015).

Com essa norma, sobreveio a alteração no Código Civil de 2002, para a remoção das pessoas com deficiência do rol de incapacidade, de modo que “a incapacidade relativa apenas poderá ser configurada nos casos em que os indivíduos estiverem impossibilitados de manifestar sua vontade” (Monteiro, 2023, p. 73).

Ademais, o artigo 4º prevê, expressamente, o “direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas”, e também veda a discriminação, o que demonstra mais uma adequação infraconstitucional à Carta Magna. Também merece destaque o artigo 5º, que protege a pessoa com deficiência de “toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante” (Brasil, 2015).

Ademais, o Estatuto da Pessoa com Deficiência reforça os direitos fundamentais previstos constitucionalmente, como a dignidade da pessoa humana, assegurada no artigo 10, bem como a vedação à internação forçada, por força dos artigos 11 e 12 da Lei (Brasil, 2015).

Em relação ao direito à saúde, o capítulo III da Lei assegura, via SUS, a “atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário”, e, quanto às operadoras de planos e seguros privados, a garantia de todos os serviços e produtos ofertados aos demais clientes (Brasil, 2015).

Como pode se observar tão somente dos seus artigos iniciais, a criação do Estatuto da Pessoa com Deficiência teve como grande inspiração o novo modelo médico consagrado pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Assim, através da adaptação da sociedade à pessoa com deficiência, e não o contrário, os seus dispositivos legais buscam garantir a efetividade dos direitos fundamentais, principalmente o da igualdade, para esses indivíduos (Barreto, 2025, p. 29).

Muito embora o ordenamento jurídico brasileiro tenha conferido avanços efetivos quanto aos direitos da pessoa com deficiência, somente a norma positivada não é o

suficiente. É necessário, também, a sua concretização prática, visando a sua efetividade (Rothenburg, 2021, p.79-80). Sobre isso, muito embora o Brasil apresente um dos melhores cenários legislativos, do mundo, para a pessoa com deficiência, ainda existem obstáculos a serem superados, existindo uma “crise de efetividade” (Barreto, 2025, p. 31).

Portanto, uma vez abordados os avanços em como a sociedade visualiza a pessoa com deficiência, o próximo capítulo irá tratar sobre a pessoa com o Transtorno do Espectro Autista, suas características e a previsão legal.

3 O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O transtorno do Espectro Autista é uma condição que causa alterações nas funções de neurodesenvolvimento da pessoa, implicando em consequências nas interações sociais, comportamentos atípicos e comprometimento da linguagem. Sob essa perspectiva, o Brasil realizou 9,6 milhões de atendimentos nos ambulatórios, sendo quase metade deste número, público infantil até os 9 anos (Ministério da Saúde, 2022).

Diante de tamanha demanda atual, é de extrema importância o tratamento precoce das crianças diagnosticadas com o TEA, tendo em vista que tal intervenção está diretamente relacionada com desenvolvimentos neurológicos e comportamentais bastante positivos. Afinal, com a realização dos tratamentos ainda na infância, há uma coincidência com o início do desenvolvimento cerebral, implicando em uma maior qualidade de vida do indivíduo (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019, p. 2).

Sob essa perspectiva, as pessoas com o TEA necessitam de uma enorme gama de tratamentos, visando a melhora da qualidade de vida. Exemplo destes, são o Modelo Denver de Intervenção Precoce, a Estimulação Cognitivo Comportamental (ABA), Método de Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Deficiências Relacionadas à Comunicação (TEACCH), Terapias de Integração Sensorial, dentre outros (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019, p. 17).

Para tal, o indivíduo com o TEA tem seus direitos assegurados pelo Estatuto da Deficiência (Brasil, 2015) a Lei Romeo Mion (Brasil, 2017) a Lei Berenice Piana (Brasil, 2012) o Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990) e a Lei n.º 9656/98 (Brasil, 1998) por exemplo, que constam em seus dispositivos, o direito aos tratamentos - isto sem falar nas normas de direito internacional.

Além disso, a própria Constituição Federal prevê o direito social à saúde, conforme o artigo 6º, ora complementado pelo artigo 196, que prevê a saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Muito embora haja a universalidade de cobertura dos tratamentos pelo SUS, muitas vezes o serviço é ineficiente, ou inexistente, ou não abrange os métodos mais

modernos e eficazes. Isto implica na necessidade de se recorrer ao sistema privado, via as operadoras de saúde (Do Val, 2021, p. 175)

Ocorre que a judicialização de demandas envolvendo a saúde suplementar envolve o conflito entre pacientes e planos de saúde. Enquanto os pacientes visam a maior cobertura de tratamentos possível, nas melhores condições contratuais, os planos de saúde visam restringi-los ao máximo, maximizando reajustes e limitando a quantidade de beneficiários (Oliveira et. al, 2025, p. 5). Dentre esses beneficiários, estão inseridos os indivíduos com o TEA, cujas características gerais e legislação aplicável serão discorridas a seguir.

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO TRANSTORNO

O Transtorno do Espectro Autista é uma condição que tem como características alterações nas funções de neurodesenvolvimento, seja em aspectos qualitativos e quantitativos de comunicação, através da expressão de linguagens verbais e não verbais, alterações nas interações sociais e comportamento. Dentre comportamentos comuns, tem-se, principalmente, ações repetitivas, hiperfoco para ações específicas e restrições de interesses. Os graus do TEA transitam entre os mais leves, com total independência, até os de total dependência para as atividades cotidianas (Ministério da Saúde, 2022). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 70 milhões de pessoas no mundo possuem o TEA, isto sem falar nos casos de subnotificação (Instituto Suzana Lyra, 2024).

Primeiramente definido por Kanner, em 1943, era inicialmente chamado de “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo”, tendo características específicas como perturbações de relações com o meio, solidão autística, dificuldades no uso da linguagem para comunicação, aspecto físico aparentemente normal, comportamentos ritualístico, manifestação precoce e predominância no sexo masculino (Oliveira e Silva, 2021, p. 573). Com base no avanço destes estudos e comprovações científicas ao longo das décadas, o legislador pôde definir as características da pessoa com o TEA, para fins legais, via lei 12.764/12 (Brasil, 2012):

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

Nesse contexto, os transtornos do desenvolvimento não se limitam a meras alterações quantitativas no curso do desenvolvimento infantil, como atrasos ou interrupções eventuais. Seriam, antes disso, alterações qualitativas que afetam profundamente a experiência subjetiva, os processos cognitivos, a linguagem e o comportamento. Com base nisso, o transtorno é a expressão clínica de um desenvolvimento atípico e potencialmente prejudicial, distinguindo-se, assim, de um simples desvio da norma evolutiva (Ministério da Saúde, 2015).

Sob essa perspectiva, dados da Organização Mundial da Saúde (Nações Unidas, 2017), estimam que, na população mundial, 1 em cada 160 pessoas têm o Transtorno do espectro autista, havendo estudos mais controlados que relatam números ainda maiores. Inclusive, conforme o Instituto IBN Suzana Lyra (2024) uma pesquisa realizada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CCPD) revelou a proporção de uma a cada 36 crianças dos Estados Unidos com menos de 8 anos com autismo. A estatística aponta quase o dobro de nascimentos de pessoas com o TEA em comparação à mesma pesquisa feita em 2010, que apontava um a cada 68, e resultados ainda mais surpreendentes em comparação à outra feita ainda nos anos 1960, que apontava a proporção de um a cada 2,5 mil. Atualmente, a pesquisa revela também que a proporção de crianças com autismo nos EUA é de 2,8%, e de adultos, 2,2%

Ademais, os estudos epidemiológicos apontam uma elevação global de diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista. Dentre as razões, tem-se o “aumento da conscientização sobre o tema, a expansão dos critérios diagnósticos, melhores ferramentas de diagnóstico e o aprimoramento das informações reportadas” (Organização Pan Americana de Saúde, 2025). No Brasil, não há dados atualizados,

mas apenas uma estimativa da OMS, feita em 2010, que apontou o país com cerca de 2 milhões de pessoas com o TEA (Instituto IBN Suzana Lyra, 2024).

Com base nisso, a pessoa com o TEA apresenta comprometimentos na sua comunicação, sendo que muitas crianças não conseguem fazer o uso da linguagem da maneira adequada e até mesmo verbalizar. Outra característica marcante é a tendência ao isolamento social e apego a rotinas, estas muitas vezes inflexíveis e obsessivas, que podem causar imensa angústia ao indivíduo quando interrompidas (Dias, Santos e Abreu, 2021, p. 110). Aliado a isso, os autistas costumam apresentar movimentos repetitivos, ora chamados de “estereotípias”, que servem para busca de prazer e conforto diante de situações estressantes, como o chamado “flapping”, isto é, movimento repentino de balançar as mãos (Caparroz e Soldera, 2022, p. 37).

Diante de diferentes características que podem se manifestar, o fenótipo da pessoa com o TEA é bastante variável e abrange desde indivíduos com deficiência intelectual (DI) grave, a pessoas com quociente de inteligência dentro da normalidade, que levam, inclusive, vidas independentes e até mesmo aproveitam alto rendimento nas suas atividades. Acerca disso, “é daí que nasceu o dogma que cada autista é uma realidade peculiar. Cada autista tem que ser tratado de forma individualizada, seja na saúde, na educação, entre outras áreas” (Barreto, 2025, p. 23).

Pois bem. A classificação do TEA ocorre sob três aspectos: o TEA clássico, muito embora o grau de comprometimento varie, corresponde à carência de socialização e contato visual com as pessoas e ambiente; o TEA de alto desempenho, com características semelhantes ao TEA clássico, mas comumente em menor intensidade e melhor capacidade de comunicação; por fim, o distúrbio global de desenvolvimento sem outra especificação, no qual o indivíduo apresenta dificuldades de comunicação e socialização, mas as suas características não permitem a inclusão no TEA (Hospital Israelita Albert Einstein, 2025).

Conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019, p. 2), o TEA costuma se manifestar já nos primeiros anos de vida do indivíduo, mas tal conceito não é uniforme. Na grande maioria dos casos, os primeiros sintomas do transtorno são observados entre os 12 e 24 meses, sendo que o diagnóstico propriamente dito costuma ocorrer entre os 4-5 anos.

Quanto às causas do transtorno, as pesquisas científicas sugerem múltiplos fatores que acarretam uma maior propensão ao seu desenvolvimento, sendo tanto os ambientais, quanto os genéticos. Inclusive, existe uma prevalência do TEA em países de baixa e média renda, mas a causa desse dado ainda é desconhecida (OMS, 2023). Acerca disso, Barreto (2025, p. 24) aponta a existência de estudos que indicam uma relação de cerca de 81% com a genética, e 19% com fatores ambientais.

Nesse ínterim, o atraso no diagnóstico é extremamente prejudicial para o indivíduo, porque a intervenção precoce está conclusivamente associada a progressos significativos nos funcionamentos cognitivos da criança. Inclusive, estudos sugerem que a intervenção precoce pode impedir a manifestação completa do Transtorno do Espectro Autista, por coincidir com uma fase do desenvolvimento em que o cérebro apresenta elevada plasticidade e maleabilidade (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019, p. 2). Com isso, o Ministério da Saúde (2015, p. 45-46) afirma que o diagnóstico precoce é um dever do SUS:

A detecção precoce para o risco de TEA é um dever do Estado, pois, em consonância com os princípios da Atenção Básica, contempla a prevenção de agravos, a promoção e a proteção à saúde, propiciando a atenção integral, o que causa impacto na qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. As diretrizes do SUS preconizam a essencialidade de políticas de prevenção e intervenções para crianças em situações de risco e vulnerabilidade, o que é o caso das crianças com alterações na interação e na comunicação, porque isso pode representar, além de outras dificuldades para o desenvolvimento integral da criança, o risco para TEA.

Indo além, o diagnóstico é feito via multidisciplinaridade de profissionais, como médicos, psicólogos e psiquiatras, que irão promover a análise minuciosa do indivíduo, de modo a identificar padrões de comportamento associados ao TEA (Hospital Israelita Albert Einstein, 2025). Ele reflete uma situação nova e inesperada, porque a maior dependência dos pais e todos os cuidados decorrentes provocam impactos e transformações nas vidas da família. É necessário todo o planejamento e alinhamento de expectativas para o futuro do indivíduo, bem como modificações nas atividades rotineiras, o que exige preparo emocional dos envolvidos (Caparroz e Soldara, 2022, p. 39).

Dessa maneira, a família deve compreender as necessidades do indivíduo, aceitar as suas diferenças, buscar ajuda e o acesso à informação sobre o transtorno. Isto porque, como mencionado alhures, o tratamento precoce é essencial para a otimização do seu desenvolvimento motor e social (Onzi e Gomes, 2015, p. 193).

Conforme destacam Divino e Antunes (2021, p. 1664-1665), é fundamental que a pessoa com o Transtorno do Espectro Autista seja reconhecida não apenas como sujeito de direitos, mas também como indivíduo dotado de anseios e vontades. A inserção do autista no convívio social contribui para a evolução das suas habilidades e nutre a vedação à discriminação ao preconceito – que muitas vezes nasce da ignorância, do não saber - que foi expresso na Constituição Federal.

Nesse viés de inclusão e reabilitação do indivíduo com o TEA na sociedade, existem diversos tratamentos importantes - diversos destes não constam no rol da Agência Nacional de Saúde (ANS), sendo o tema do presente trabalho -, como será demonstrado a seguir.

3.2 OS DIFERENTES TRATAMENTOS CONFERIDOS AO INDIVÍDUO COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Como mencionado no tópico anterior, quanto mais precoce for iniciado o tratamento, melhor será o desenvolvimento motor e social do indivíduo. Com isso, muito embora as alterações neurológicas do TEA não sejam totalmente conhecidas e não exista cura, há terapias que apresentam resultados animadores. A intervenção multidisciplinar é capaz de melhorar a qualidade de vida do autista e o desenvolvimento, a sua linguagem e comunicação (Locatelli e Santos, 2016, p. 209).

Com base nisso, o início do tratamento precoce deve ocorrer imediatamente após a identificação de indícios ou a confirmação do diagnóstico, realizado por equipe multidisciplinar. Tal abordagem compreende um conjunto estruturado de intervenções terapêuticas, cuja finalidade é potencializar o desenvolvimento das habilidades sociais e comunicativas do indivíduo, preservar o funcionamento intelectual, mitigar possíveis prejuízos e promover a qualidade de vida. Ademais, também é buscada a autonomia do paciente, a redução do sofrimento familiar e evitar a adoção de terapias que não possuem respaldo científico (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019, p. 16).

Diante disso, o TEA possui um nível de complexidade que necessita da multidisciplinaridade das áreas de conhecimento (Divino e Antunes, 2022, p. 1650). Nesse viés, o principal tratamento utilizado é o método ABA, que envolve o desenvolvimento individualizado das habilidades necessárias para que o autista

adquirir sua independência e qualidade de vida, assim como a sua reeducação para alinhar comportamentos que auxiliem no seu desenvolvimento e integração na sociedade (Oliveira e Silva, 2021, p. 573-574). O método ABA utiliza reforços positivos para ensinar habilidades e reduzir comportamentos problemáticos, sendo de extrema utilidade, pois é uma das terapias que melhor se adaptam às particularidades do autista. Esse tratamento pode conferir melhorias na interação, comunicação e promover a autonomia (Brites, 2018).

Ainda discorrendo sobre o método ABA, para a verificação da sua efetividade no processo de aprendizagem do indivíduo com autismo, é imprescindível a realização de observações sistemáticas. Nesse ínterim, o profissional responsável deve manter registros detalhados e precisos, para a coleta de dados que permita identificar eventuais progressos nas habilidades almejadas. Sendo assim, a aplicação do método ABA deve ser conduzida por profissionais qualificados na área da análise do comportamento, com experiência supervisionada e prática específica na intervenção para os indivíduos com TEA (Oliveira e Silva, 2021, p. 574).

Indo além, tal técnica também se mostra eficaz na redução de comportamentos não adaptativos, como estereotípias e agressividade, sobretudo ao promover sua substituição por comportamentos socialmente mais aceitáveis, que atendam aos mesmos propósitos de maneira mais funcional e eficiente (Ministério da Saúde, 2015).

Somado a isso, outra terapia com bastante relevância é o Modelo Denver de Intervenção Precoce, cujas características incluem uma equipe multidisciplinar, foco no desenvolvimento interpessoal da comunicação verbal e não-verbal, imitação de gestos, movimento e expressões faciais em rotinas de jogos interativos, com ampla parceria dos pais (Rogers e Dawson, 2014, p. 16). Com essa terapia, busca-se estimulação intensiva e diária, utilizando os princípios da ABA. O modelo visa promover interações sociais positivas e naturalistas, visando o aumento da motivação da criança e o desenvolvimento de competências sociais, aprendizagem, comunicação receptiva e expressiva, além de habilidades cognitivas e motoras (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019, p. 16).

Ademais, também são comuns outros tipos de tratamento, tais como o *coaching* parental, que se trata de orientações familiares e treinamento dos pais; a comunicação suplementar e alternativa, através da utilização de sinais, símbolos e figuras; o Método de Tratamento e Educação para Crianças Autistas, com a criação de rotinas e

planejamento de atividades; e, por fim, e Terapia de Integração Sensorial, com utilização de tecnologia, para que o autista interaja com jogos e aplicativos que promovam o desenvolvimento das suas habilidades. De qualquer modo, qualquer tipo de tratamento escolhido deve conter a participação da equipe de saúde, família e equipe pedagógica (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019, p. 17).

Essa multidisciplinaridade é um aspecto fundamental no SUS e na saúde suplementar. Os Centros Especializados de Reabilitação e clínicas privadas devem contar com equipes multiprofissionais, compostas por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, enfermeiros, que, após avaliação inicial, devem elaborar um Plano ou Projeto Terapêutico singular. Tal plano deve ser adequado à realidade do paciente, sua família e a equipe, assegurando a personalização e eficácia do tratamento (Otre e Marini, 2025, p. 10). Diante das dificuldades, a família deve estar sempre ao redor do paciente, sendo necessária uma rede de apoio para que o autista tenha o melhor desenvolvimento possível, sendo uma coterapeuta no processo (Serra, 2010, p. 163-176).

Inclusive, essa necessidade de tratamento multidisciplinar é estimulada pela Agência Nacional de Saúde (2022):

Segundo o manual Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2015 [3] , não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas com transtornos do espectro autista. Recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens existentes considere sua efetividade e segurança, e seja tomada de acordo com a singularidade de cada caso. Neste sentido, diversas abordagens terapêuticas (cognitivo-comportamental, de base psicanalítica, gestalt-terapia, entre outras), técnicas/métodos (Modelo Denver de Intervenção Precoce - ESDM; Comunicação Alternativa e Suplementar - Picture Exchange Communication System - PECS; Modelo ABA - Applied Behavior Analysis; Modelo DIR/Floortime; SON-RISE - Son-Rise Program, entre outros), uso de jogos e aplicativos específicos, dentre outras, têm sido propostas para o manejo/tratamento da pessoa com transtorno do espectro autista.

Portanto, a fim de assegurar às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) o acesso adequado aos tratamentos necessários e garantir a efetivação de seus direitos em uma perspectiva ampla, o ordenamento jurídico brasileiro passou a contemplar dispositivos legais específicos voltados à proteção e à inclusão desse grupo, como será demonstrado a seguir.

3.3 PREVISÃO LEGAL SOBRE OS DIREITOS DA PESSOA COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO BRASIL

No Brasil, muito embora a Constituição Federal de 1988 tenha carregado consigo princípios como o da igualdade e dignidade da pessoa humana, não havia amparo legal específico para o autista. Apesar das publicações de legislações esparsas que já promoviam certa tutela, a falta de legislação direcionada provocou as reuniões das famílias para a fundação de associações que buscavam oferecer/receber informações e ajuda, bem como reunir-se para reivindicações da causa autista, como a Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo, que se encontra ativa até hoje (Barreto, 2025, p. 16).

Pois bem. Muito embora o indivíduo com o Transtorno do Espectro Autista goze de todos os direitos conferidos aos demais cidadãos, e também dos exclusivos à pessoa com deficiência, a grande novidade legislativa somente ocorreria via publicação da Lei 12.764/2012. O nome da Lei é “Berenice Piana”, em homenagem à mãe de uma criança autista e militante ativa da causa, ora responsável por levar o projeto de lei ao senador Paulo Paim, em 2010 (Barreto, 2025, p. 20).

Nesse sentido, a criação de lei com disciplina tão específica evidencia a evolução do direito da pessoa com autismo nos últimos 30 anos. Hoje, o acesso à informação é mais fácil, o que provoca o maior conhecimento dos autistas e das suas famílias acerca dos seus próprios direitos, o que facilita o tratamento, inclusão e a independência (Barreto, 2025, p. 21).

Com o referido dispositivo, que pela primeira vez disciplinou proteção unicamente direcionada à pessoa com o transtorno, o autista passou a ser considerado uma pessoa com deficiência para os fins legais, o que conferiu o suporte fático para a proteção legal da Lei 13.146/15, que seria publicada posteriormente (Andrighetto e Gomes, 2020, p. 344-345).

Sob essa perspectiva, o artigo 1º, §3º, da Lei Berenice Piana introduziu o símbolo da causa autista, caracterizado pela “fita quebra-cabeça”, como forma de conscientização do TEA, e também para identificar visualmente as prioridades devidas (Brasil, 2012). Ademais, houve a posterior publicação da Lei Romeo Mion, de n.º 13.977/20, que alterou a Lei Berenice Piana e criou a Carteira de Identificação da

Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), de expedição gratuita, para, conforme o seu artigo 3º-A, “garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social” (Brasil, 2020).

Ainda tratando sobre a Lei Berenice Piana, ela introduziu dispositivos de modo a reforçar ainda mais a proteção ao autista, como o artigo 4º, que veda a sua submissão a qualquer tratamento degradante ou desumano, nem a privação de sua liberdade ou convívio familiar em razão da sua deficiência. Outrossim, o artigo 2º da Lei promove as diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, como se nota abaixo (Brasil, 2012):

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

IV - (VETADO);

V - o estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

VI - a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

VIII - o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado.

Em seguida, o artigo 3º da Lei confere direitos importantes, como a proteção contra abusos e exploração e o asseguramento a uma vida digna, segurança, lazer e integridade física e moral (Brasil, 2012). Indo além, esse artigo também disciplina o direito à saúde, visto que, como demonstrado anteriormente neste trabalho, o autista deve ser submetido ao tratamento precoce e multiprofissional, sendo imprescindível

para o seu pleno desenvolvimento psicossocial. Atento a isso, o legislador previu, no artigo 3º, III, o pleno acesso à saúde, inclusive com o atendimento multiprofissional expressamente disposto na alínea *b* (Brasil, 2012):

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

(...)

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

- a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
- b) o atendimento multiprofissional;
- c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
- d) os medicamentos;
- e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

Ainda nesse raciocínio, o artigo 5º da Lei Berenice Piana, extremamente específico em relação às operadoras de saúde, dispõe que “a pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência” (Brasil, 2012), em conformidade com o artigo 14 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 (Brasil, 1998).

Entretanto, de maneira oposta à tal previsão, as operadoras de saúde privadas manobram verdadeiras violações legais, ao impor número máximo de sessões de diferentes terapias ou até mesmo negá-las, alegando a ausência de disposição no rol da Agência Nacional de Saúde (ANS), ou previsão contratual que preveja a exclusão do tratamento (Barreto, 2025, p. 20). Essa postura viola normas do Código de Defesa do Consumidor (CDC), ora aplicado aos contratos de plano de saúde, como será discorrido no tópico a seguir.

4. CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE E O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A Constituição Federal prevê, no caput do artigo 5º, o direito à vida, enquanto célula-mor de todos os direitos fundamentais. Em decorrência disso, a Constituição Federal estabelece no artigo 6º que a saúde é um direito social de todos e dever do Estado, o que enseja na aplicação de políticas sociais e econômicas para a consecução desses direitos constitucionais previstos (Batista e Campos, 2022, p. 10).

Ademais, justamente em razão da necessidade de garantia da vida, saúde e dignidade da pessoa humana, a Carta Magna também prevê outros dispositivos que complementam o direito social à saúde, através do artigo 196, e a sadia qualidade de vida, no artigo 225 da Constituição Federal. Com isso, o legislador não inseriu tais proteções no sistema jurídico para fins meramente retóricos, mas sim, para ressaltar a sua força normativa e máxima efetividade, com aplicação diretamente aplicável e vinculando entidades públicas e privadas para impor-lhes abstenções e prestações (Sampaio, 2010, p. 51)

Sendo assim, muito embora o principal ator na concretização do direito à saúde seja o próprio Estado, a Constituição Federal prevê a possibilidade de delegação da assistência à saúde à iniciativa privada, conforme o artigo 199 do dispositivo retromencionado (Brasil, 1988). Assim, torna-se o particular sujeito passivo do direito, com a incidência da eficácia horizontal dos direitos fundamentais que também cria obrigações para os entes privados (Sampaio, 2010, p. 52).

Nesse contexto de garantias do direito à saúde na esfera privada, surge a área da saúde suplementar, via principalmente contratos de plano de saúde, que buscaram cobrir vícios na prestação de saúde estatal. Esses contratos não surgiram repentinamente, mas sim, após aprimoramentos ao longo do tempo, motivados por princípios como o do mutualismo e solidariedade (Barbugiani 2015, p.19). Logo, os espaços privados atuam juntamente ao sistema público de saúde, mas não possuem plena liberdade de atuação, em razão da intervenção e controle estatal (Figueirêdo e Holanda, 2024, p. 182).

Portanto, no tópico a seguir será esclarecido o regime jurídico do CDC em face das relações entre as operadoras dos planos de saúde e os seus adquirentes.

4.1 O CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE E O DIREITO DO CONSUMIDOR

Na aquisição dos serviços privados de saúde, existe uma inferioridade jurídica atribuída aos adquirentes dos serviços privados de saúde, visto que se trata da assinatura de um contrato cujas cláusulas são dispostas unilateralmente pela seguradora. Isto sem falar na “fragilidade físico-psíquica” do indivíduo ao firmar o negócio jurídico, cuja única motivação é a necessidade humana da sanidade e tutela da dignidade (Barbugiani, 2015, p. 20-21).

Conforme Rizzardo (2022, p. 840), aproveitando a sua superioridade jurídica e econômica em face dos adquirentes, as operadoras dos planos de saúde promoviam uma série de abusos que reclamavam uma intervenção mais concreta do Poder Público. Para o autor, era comum a existência de contratos abusivos de todas as espécies que:

excluía o tratamento ou justificativas médicas; não traziam contribuições e coberturas; fixavam longos prazos de carência; previam reajustes aleatórios com a escolha de profissionais médicos e hospitais; limitavam os serviços de saúde prestados; isentavam da correção ou imunidade ao contrato; não aceitavam obrigações decorrentes de atos culposos ou dolosos; restringiam os prazos cobertos; previam a rescisão unilateral; e a isenção da responsabilidade pelas consequências decorrentes dos serviços de saúde prestados (Rizzardo, 2022, p. 840).

Em razão deste cenário desigual, era extremamente necessária a proteção ao adquirente dos planos privados de saúde para a devida equalização dessas relações jurídicas marcadas pela desigualdade, sendo o principal instrumento o Código de Defesa do Consumidor via Lei n.º 8078/90. Com ela, foi superado o paradigma individualista em detrimento dos novos interesses estatais, visando justamente a recomposição da igualdade jurídica via correção de elementos desiguais (Miragem, 2018, p. 47).

Nesse sentido, a proteção jurídica ao consumidor passou a ter previsão constitucional desde a promulgação da Constituição Federal de 88, oportunidade em que o poder constituinte originário optou por elencá-la ao nível de direitos fundamentais. Com isso, passou a haver a obrigação estatal de efetivar a defesa do consumidor, no artigo 5º, XXXII, o que evidenciou a necessidade de intervenção estatal nas hipóteses de desigualdade e desequilíbrio social, quando não possível de resolvê-las via mecanismos políticos e econômicos (Silveira e Neto, 2023, p. 144-145).

Nesse viés, tamanha era a urgência de proteção ao consumidor, que o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), no artigo 48, determinou a elaboração do CDC no prazo de 120 dias após a promulgação da Constituição, dever este atendido pelo legislador via lei 8278/90. Além disso, a defesa do consumidor é princípio da ordem constitucional econômica, com previsão no artigo 170, V, da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Assim, somente com o CDC que foi possível começar a se falar em maiores direitos e proteções aos que contratam as operadoras de saúde, e, posteriormente, também via criação da lei n.º 9.655/98, ora Lei dos Planos de Saúde, que visou assegurar os direitos dos usuários e reforçou ainda mais o controle estatal sobre o mercado da saúde suplementar (Mandarino e Freitas, 2015, p. 356). Tais medidas de proteção devem sempre partir da ideia de que o consumidor é o elo frágil na relação de consumo, requerendo intervenção protetiva tanto mediante sistema legal, quanto via criação de organismos que atuem em viés preventivo ou repressivo (Ragazzi, 2010, p. 27).

Com isso, os contratos entre operadoras dos planos de saúde e os adquirentes são relações de consumo com origem contratual a serem tutelados pelo CDC (Sampaio, 2010. p. 187). Logo, o adquirente do plano de saúde está encaixado no conceito de consumidor consagrado no artigo 2º do CDC, bem como as operadoras são fornecedoras, conforme o artigo 3º¹, via prestação de serviços de saúde (Barbugiani, 2015, p. 43).

Sob essa perspectiva, a incidência do CDC aos contratos de plano de saúde é convergente, com previsão no artigo 35-G da Lei n.º 9656/98 (incluído no ano de 2001, via Medida Provisória n.º 2.177-44) (Brasil, 1990). Todavia, o legislador não foi assertivo ao incluir a terminologia da aplicação “subsidiária” no referido dispositivo,

¹ Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista (Brasil, 1990).

por não ser dogmaticamente correta - sendo o termo correto, “complementar”. Logo, ambas as leis devem dialogar entre si, apresentando coerência lógica e priorizando a proteção do consumidor (Miragem, 2018, p. 483-484), cujas aplicações são resumidas pelo autor da seguinte maneira:

A vigência da Lei 9.656/98, especialmente o procedimento que prevê sobre a adaptação dos contratos anteriores em vista da garantia de irretroatividade da lei, terminou por estabelecer quatro regimes de proteção *sui generis* de contratos de planos de assistência à saúde: a) os celebrados sob vigência da Lei 8.078/90, submetidos integralmente às suas disposições e ao Código de Defesa do Consumidor; b) os anteriores à sua vigência, porém adaptados, mediante novo ajuste entre o consumidor e o fornecedor, nos limites definidos nos artigos 35 e 35-E da lei; c) os anteriores à vigência da Lei 9.656/98, aos quais não se aplicam suas disposições, mas que, porém, se submetem, se posteriores à vigência do CDC, às disposições legais de proteção do consumidor aplicáveis ao contrato; d) por fim, os contratos anteriores à vigência do CDC, sobre os quais se aplica a legislação geral sobre serviços do Código Civil e outras leis de direito privado (Miragem, 2018, p. 483-484).

Visando cristalizar ainda mais a aplicação do CDC aos contratos de plano de saúde, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) editou a súmula 469, constando que “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.” (STJ, 2010). Este entendimento se estendia universalmente, incluindo os contratos firmados por entidades de autogestão², como se observa no julgamento do REsp 1162420 SP 2009/0208335-0, que ocorreu em 17/11/2015 (STJ, 2015).

Todavia, o entendimento não prosperou por muito tempo. Em 16 de abril de 2018, foi publicada a súmula 608, que excluiu a súmula 469 da mesma Corte para introduzir uma ressalva ao entendimento anterior. Com ela, houve a exclusão da incidência do CDC aos contratos administrados por entidades de gestão, visto que elas “não visam lucro e não comercializam planos no mercado de consumo, e sim oferecem este serviço diretamente por meio de sistemas fechados, através de departamento e para grupo de associados, sindicalizados ou funcionários”, não havendo, logo, relação de consumo (Gregori, 2023).

Cabe destacar, ainda, que a súmula 608 do STJ não fez quaisquer ressalvas no que tange à data da contratação. Logo, a jurisprudência pátria entende pela incidência

²Acerca disso, a resolução normativa da ANS n.º 137, de 2006, disciplina exaustivamente as entidades de autogestão, no artigo 2º. São elas: a) a pessoa jurídica de direito privado que opera plano privado de assistência à saúde aos beneficiários que operam planos privados de assistência à saúde aos beneficiários que constam nas alíneas das alíneas seguintes ao inciso I; b) a pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos beneficiários das alíneas seguintes ao inciso II (Brasil, 2006).

universal do CDC, salvo a exceção determinada pela própria súmula, independentemente da data contratada. E, para sedimentar ainda mais essa discussão, foi publicada a Lei n.º 14.545/22, que alterou o artigo 1º da Lei n.º 9.656/98 para dispor expressamente a aplicação simultânea, e não subsidiária, do Código de Defesa do Consumidor (Gregori, 2023).

Portanto, o Código de Defesa do Consumidor serve de baliza para a Lei n.º 9656/98, e às normas reguladoras da ANS, devendo haver a interpretação das cláusulas contratuais de maneira favorável ao consumidor e conforme as normas e princípios do CDC (Sampaio, 2010, p. 267-268). Diante disso, o tópico a seguir demonstrará os principais direitos e princípios básicos que devem ser observados nas relações de consumo.

4.2 DIREITOS E PRINCÍPIOS BÁSICOS DO CONSUMIDOR NOS CONTRATOS DE CONSUMO

O artigo 1º do CDC o introduz como um conjunto de normas de ordem pública e interesse social. Essas normas, em razão do seu caráter cogente, não podem ser afastadas por mera vontade das partes, efeito este essencial para a devida proteção das necessidades dos consumidores (Silveira e Rodrigues Neto, 2023, p. 155).

Nesse sentido, o direito do consumidor possui base principiológica importante para a interpretação e aplicação das suas normas. Apesar de, em regra, estarem dispostos de maneira expressa, o autor não impede o reconhecimento de princípios implícitos que sejam extraídos via exercício hermenêutico ou do próprio conceito de vulnerabilidade do consumidor, ora fundamento teleológico do microsistema (Miragem, 2018, p. 135).

Diante da sua importância, tem-se, primeiramente, o princípio da vulnerabilidade, que possui acolhimento até mesmo na Constituição Federal através do artigo 5º, XXXII, visto que o Estado deve promover a defesa do consumidor, ora elo frágil da relação (Brasil, 1988). Partindo desse pressuposto, Sampaio (2010, p. 150) assinala que apenas necessita de proteção aquele que é fraco, pois o sujeito mais forte não precisa de tratamento protetivo. Conferir proteção ao fornecedor seria “outorgar-lhe odiosa vantagem em relação ao outro”.

Afinal, é o fornecedor que escolhe qual produto entrará no mercado, o seu preço, forma de pagamento, etc., de modo que o conceito de “escolha” do consumidor é reduzido por natureza, porque ele apenas pode escolher o que está disponível. E a oferta foi criada unilateralmente pelo fornecedor, visando a obtenção de lucro (Nunes, 2017. p. 177)

Assim, tal princípio da vulnerabilidade do consumidor possui presunção legal absoluta em razão desse desequilíbrio entre o consumidor e o fornecedor. E, em se tratando da matéria da presente monografia, é importante a abordagem da vulnerabilidade agravada do consumidor com deficiência (o que inclui os autistas, uma vez deficientes para fins legais), devendo haver atenção ainda mais especial para os deveres de informação e esclarecimento tanto na fase pré-contratual, quanto na execução e extinção do contrato (Miragem, 2018, p. 147-150).

Outrossim, o artigo 7º do CDC também implica na comunicação das leis consumeristas com outras normas, havendo citação expressa aos tratados de direito internacional. No capítulo anterior desta monografia, foram trazidos à baila importantes tratados, como a Convenção de Nova York, que devem ser aplicados em conjunto com o CDC, a fim de assegurar os direitos da pessoa com deficiência na relação de consumo (Brasil, 1990).

Outro princípio importante nas relações de consumo é o da hipossuficiência do consumidor, que ao contrário da vulnerabilidade, trata-se de matéria fática, e não jurídica, visto que todo consumidor é vulnerável, mas nem sempre é hipossuficiente. Partindo desse pressuposto, a hipossuficiência pode ser técnica, ou seja, pelo desconhecimento do produto ou serviço fornecido, bem como a jurídica, que corresponde à dificuldade do consumidor em produzir provas em juízo que seriam indispensáveis para a responsabilização do fornecedor pelos danos (Tartuce e Neves, 2014, p. 34-36). Conforme o CDC, a hipossuficiência confere ao consumidor o direito à inversão do ônus da prova, no artigo 6ª, VIII (Brasil, 1990).

Ademais, o princípio da boa-fé (no caso, sendo a de maior importância a objetiva) implica na observância de condutas de respeito e lealdade nas relações jurídicas, bem como o cuidado com a legítima expectativa gerada na outra parte. É um princípio limitador da liberdade contratual, e, assim como o princípio da vulnerabilidade, deve ser observado antes mesmo da formalização de determinada relação jurídica, o que

implica na adoção dos chamados “deveres anexos” na elaboração dos contratos de consumo, principalmente ao fornecedor (Miragem, 2018, p. 155-156).

Outro princípio de enorme importância é o da transparência/confiança, ora relacionado com a informação, que, no âmbito jurídico, corresponde ao dever de informar (dever do fornecedor) e ser informado (direito do consumidor vulnerável), ora consagrado pelo artigo 6º e do 4º, caput, da Lei Consumerista (Tartuce e Neves, 2014, p. 40-46). Esse princípio decorre da boa-fé nas relações consumeristas, em razão dos riscos aos quais as pessoas estão expostas devido à imensa quantidade de dados informativos (Tartuce e Neves, 2014, p. 40-46). Acerca desse princípio, Silva (2020, p. 436-437) disserta:

O princípio da transparência significa que o fornecedor agir de tal forma que todos os aspectos que sejam de interesse do público consumidor não fiquem resguardados sob o manto do sigilo e da obscuridade. Ele envolve o próprio direito do consumidor à informação, mas é muito mais abrangente, expandindo-se para albergar não somente a conduta ativa do fornecedor em esclarecê-lo, mas, também, o dever de não ocultar aspectos.

Além disso, a carga principiológica consumerista também assegura ao consumidor o direito de acesso à justiça, ou seja, a tutela jurisdicional para a reparação dos danos nas relações de consumo, conforme artigo 6º, VI, do CDC (Brasil, 1990), enquanto herança do direito fundamental da inafastabilidade da jurisdição, previsto no artigo 5º, XXXV (Brasil, 1988). A sua eficácia se dá tanto em relação ao Estado, via fornecimento de estrutura de órgãos destacados para esse fim, quanto na relação entre consumidor e fornecedor, sendo vedado a este impedir quaisquer ajustes que dificultem ou impossibilitem o exercício desse direito subjetivo (Miragem, 2018, p. 240).

Já em se tratando de princípios implícitos, também deve haver o atendimento à função social do contrato, fundamento pelo qual se deve, sempre, equilibrar situações díspares, sendo, no caso, a do consumidor que é vítima de abusividades cometidas pelo fornecedor (Tartuce e Neves, 2014, p. 40-46).

Ainda nessa linha de proteção ao consumidor, o CDC também prevê direitos básicos que devem ser assegurados. No artigo 6º, I, deve haver a proteção da vida, saúde e segurança do consumidor, em sentido amplo, o que impede a entrada de produtos e fornecimento de serviços no mercado que ameacem o consumidor, neste aspecto. Ademais, nos incisos II e III, são assegurados ao fornecedor os direitos à educação e

adequada divulgação dos produtos e serviços, bem como à informação clara e inequívoca quanto aos produtos e serviços oferecidos, e, nos incisos IV e V, a proteção contrapropaganda enganosa e a modificação de cláusulas contratuais que impliquem em prestações demasiadamente onerosas (Brasil, 1990).

Outro direito básico muito importante é o direito à proteção contra práticas e cláusulas abusivas, conforme artigo 6º, IV, do CDC (Brasil, 1990). Práticas abusivas são, para Miragem (2018, p. 227):

toda a atuação do fornecedor no mercado de consumo, que caracterize o desrespeito a padrões de conduta negociais regularmente estabelecidos, tanto na oferta de produtos e serviços, quanto na execução de contratos de consumo, assim como na fase pós-contratual. Em sentido amplo, as práticas abusivas englobam toda a atuação do fornecedor em desconformidade com padrões de conduta reclamados, ou que estejam em desacordo com a boa-fé e a confiança dos consumidores.

Nesse sentido, Nunes (2017, p. 188) sinaliza pelo caráter absoluto das práticas abusivas, ora previstas nos artigos 40, 41 e 42 do CDC, e da vedação das cláusulas contratuais abusivas, nos artigos 51 ao 53. Com natureza meramente exemplificativa, as cláusulas consideradas ilícitas, para além da nulidade absoluta, geram o dever de indenizar, isto é, a responsabilidade civil do fornecedor, e representam uma das maiores mitigações do princípio da *pacta sunt servanda*³, reduzindo o poder das partes em ocasião de dirigismo contratual (Tartuce e Neves, 2014, p. 295-296).

Com base nisso, o artigo 51 do CDC irá exemplificar cláusulas que coloquem o consumidor em excessiva desvantagem; que permitam a variação unilateral do preço; possibilitem a resolução unilateral do contrato, e, também, em caráter mais abrangente, cláusulas que estejam em desacordo com as normas consumeristas. Em se tratando do tema da presente monografia, os adquirentes dos planos de saúde estão protegidos pelas normas consumeristas, sendo nulas de pleno direito as cláusulas abusivas nos contratos firmados entre as operadoras e os adquirentes (Brasil, 1990). Sobre o tema, Sampaio (2010, p. 53) discorre sobre a interferência de cláusulas contratuais que violem o direito à saúde alheia:

As repercussões do direito à saúde no campo interpessoal privado podem ocorrer, por exemplo, no tocante à vedação de ofensa à saúde alheia – exemplo que constitui lugar-comum entre aqueles que se debruçam sobre o tema –, mas evidencia-se, de semelhante modo, na seara obrigacional. Com

³O princípio da força obrigatória dos contratos, para Orlando Gomes (2022, p. 32), significa que “o contrato é lei entre as partes, obrigando-as independentemente das condições para o seu cumprimento. O doutrinador afirma que tal princípio é “a pedra angular da segurança do comércio jurídico”.

efeito, nas relações contratuais (como nos planos de saúde, v.g.), em que os elementos essencialmente humanos se sobrepõem sobre os aspectos exclusivamente patrimoniais, devem as partes submeter a avença aos limites impostos e à orientação ditada pela proteção constitucional à vida com dignidade e à saúde. Mais explicitamente: são nulas as cláusulas contratuais que ofendam tais direitos. Mas não só isto: a própria avença deve ser entabulada de forma a dar concreção à tutela constitucional de tais direitos.

Nesse viés, os consumidores precisam travar batalhas contra as operadoras de planos de saúde, cujas cláusulas contidas nos contratos, muitas vezes em “letra microscópica”, são inaceitáveis e violam princípios como o da informação e transparência. Sendo assim, deve ser aplicado o artigo 51 do CDC, que classifica como nulas de pleno direito as cláusulas que “impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos”. Afinal, a nulidade de pleno direito implica que na retroatividade ao início do contrato, pois “o que é contrário a lei não tem eficácia” (França, 2017, p. 100). Também nesse sentido, são abusivas as cláusulas que restringem a cobertura do plano de saúde, obstaculizam a realização de certos procedimentos e comprometem a satisfação do interesse útil do contrato: a promoção da saúde do segurado (Miragem, 2018, p. 493). Pois bem. Para além da proteção do CDC, os adquirentes dos contratos de plano de saúde possuem a proteção da Lei n.º 9656/98, conforme demonstrado no tópico a seguir da monografia.

4.3 CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

Os contratos de plano de saúde surgiram como uma alternativa da população brasileira para compensar a precariedade que o serviço de saúde pública costuma oferecer. Assim, busca-se, através do contrato de plano de saúde, a satisfação e eficácia para tratamentos que muitas vezes não podem ser obtidos com os serviços do SUS (Silva, Batista e Campos, 2022, p. 11). Acerca disso, tal recorrência aos serviços oferecidos pelos sistemas privados não significa a renúncia à tutela jurídica constitucional, mas sim, o meio encontrado pelas pessoas para usufruir de serviços mais céleres, com maior qualidade e no tempo hábil que certas demandas de saúde exigem, o que não poderia ser alcançado com o serviço público (Heringer e Querino,

2019, p. 341). Nesse viés, a autorização da prestação dos serviços de saúde na iniciativa privada se deu via artigo 199 da Constituição Federal, desde que de maneira complementar ao SUS (Barbugiani 2015, p.32).

Em se tratando justamente do serviço de saúde prestado via iniciativa privada, a relação firmada entre as operadoras dos planos de saúde e os seus consumidores possui origem contratual (Sampaio, 2010, p. 187). Acerca disso, o autor conceitua o contrato de plano de saúde como:

(...) aquele por meio do qual uma das partes, a operadora, obriga-se diante do consumidor a proporcionar a cobertura dos riscos de assistência à sua saúde mediante prestação de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos em rede própria, reembolso das despesas efetuadas, ou pagamento direto ao prestador dos referidos serviços. Trata-se de contrato de prestação de serviços por prazo indeterminado, obrigando o seu destinatário, como regra, ao pagamento de contraprestações mensais previamente definidas.

Ainda sobre esses conceitos terminológicos, a Lei n.º 9656/98 define, no artigo 1º, o plano privado de assistência à saúde, a operadora de plano de assistência à saúde e a carteira (Brasil, 1998):

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Acerca das características do contrato de plano de saúde, Sampaio (2010, p. 225-249) as elenca da seguinte maneira: a) formalidade, visto que o artigo 16 da Lei 9656/98 determina a disponibilização da cópia do contrato, não prevendo apenas a forma, como também o conteúdo mínimo; b) onerosidade, porque as operadoras exigem do consumidor, pagamento pelos serviços prestados, pouco importando quem será o destinatário final; c) bilateralidade, em razão da dependência recíproca das obrigações; d) tipicidade, porque a sua disciplina vem expressa no ordenamento jurídico; e) aleatoriedade, porque a prestação a cargo do consumidor é certa, mas a prestação da operadora é incerta, podendo ocorrer, ou não (necessidade ou não de prestar o serviço de assistência à saúde); f) massificação, enquanto resultado da sociedade de consumo, que são padronizados e conferem o mesmo tratamento a todos os integrantes da massa; g) de adesão, cujas cláusulas foram previamente autorizadas pela autoridade competente e estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor; h) longa duração, dada a prestação de serviços que se estende.

Ao tratar sobre o assunto, é importante distinguir os contratos de plano de saúde e o seguro de saúde. Enquanto o seguro de saúde se caracteriza pelo reembolso de despesas, com plena liberdade de escolha dos profissionais de saúde e hospitais, nos planos de assistência, os serviços médicos e hospitalares se organizam via convênios, e os usuários contribuem com prestações mensais, suportando a utilização futura desses serviços (Rizzardo, 2022, p. 839).

Outrossim, Campos (2010, p. 51-52) complementa o raciocínio ao afirmar que o contrato de plano de assistência à saúde é um típico contrato de adesão⁴ sob o qual inexistente a devolução dos valores pagos pelos serviços médicos usufruídos, uma vez que serão diretamente custeados pela seguradora ao efetuar o pagamento aos seus colaboradores.

Feitos os esclarecimentos iniciais, os contratos de plano de saúde são regidos pela Lei n.º 9656/98, que introduziu uma nova ordem à relação jurídica (Brasil, 1998), visto que as operadoras costumavam cometer diversas abusividades, conforme narrado em tópico anterior deste trabalho. Assim, eles devem seguir todas as normas

⁴ Para Pablo Stolze e Rodolfo Pamplona (2015, p. 44), o contrato de adesão seria aquele “cuja especial característica consistiria exatamente no fato de apenas uma das partes ditar o seu conteúdo, redigindo as suas cláusulas, impondo-se a outra, portanto, aceitar o ou não a proposta que lhe fora apresentada”. É o contrato *standardizado*, no qual a parte mais fraca adere ou não às vontades da parte mais forte.

determinadas pela Lei n.º 9656/98, que, conforme Rizzardo (2022, p. 841) estabelece importantes pontos como o (a):

- definição das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- a abrangência da assistência à saúde no atendimento das operadoras;
- introdução do plano mínimo de atendimento ambulatorial, hospitalar e odontológico;
- fiscalização das atividades relacionadas às atividades das operadoras submetidas à ANS;
- a previsão de penalidades para as infratoras;
- proibição de reajustes às mensalidades de clientes com mais de sessenta anos, da suspensão ou denúncia do contrato, da interrupção de internação hospitalar sem -autorização médica, da exclusão de doenças preexistentes em contratos de mais de dois anos;
- afastamento de prazos mínimos para internação em enfermarias ou UTIs;
- estabelece prazos reduzidos de carência, como de dez meses para partos e de seis meses para outros procedimentos;
- garante ao desempregado o mínimo de seis meses e máximo de dois anos de permanência no plano, caso seja paga a parcela referente ao empregador;
- ordena que o SUS seja ressarcido por valores intermediários entre os praticados pela iniciativa privada e o serviço público;
- dispõe que os medicamentos de uso ambulatorial passam a ser cobertos pelos planos de assistência à saúde;
- prevê a inclusão de transplantes, como o de rins e de córnea, nos planos;
- garante a cobertura, pelos planos de saúde, do tratamento de epidemias de risco catastrófico;
- inclui as doenças de alto risco, como câncer e AIDS, nos planos de referência.

Pois bem. Dentre essas diversas proteções determinadas pela Lei dos Planos de Saúde, também houve uma notória finalidade em estabelecer um limite mínimo de serviços que devem ser prestados aos consumidores, visando o equilíbrio contratual e a satisfação do interesse útil do adquirente. Afinal, o objeto do contrato é complexo, em razão da variedade de tratamentos e prestações a serem realizadas pelo plano de saúde, bem como a modernização dos serviços de saúde implica em exigências financeiras cada vez maiores, o que levou, por exemplo, à criação do artigo 10 da Lei n.º 9656/98, que determinou o plano de referência (cobertura mínima) (Miragem, 2018, p. 486-487). Esse plano de referência “serve de modelo para o interessado ter uma cobertura completa nos eventos que possam atingir sua saúde” (Rizzardo, 2022, p. 854).

Nesse viés, Figueirêdo e Holanda (2024, p. 184) assinalam que não havia qualquer previsão legal sobre a cobertura mínima antes da Lei dos Planos de Saúde, de modo que o mercado da saúde suplementar estava sujeito apenas à legislação civil geral, tendo como solução encontrada, na época, a aplicação do Decreto-Lei n.º 73/1966, que tratava sobre o sistema nacional de seguros privados.

Ademais, a regulamentação dos contratos de assistência à saúde no Brasil também é confiada em larga escala às normas de agências, principalmente as da ANS, ora criada pela Lei n.º 9961/00 (Miragem, 2018, p. 485). Logo, cabe a ela competências como a fiscalização e cumprimento das normas, avaliação de mecanismos de regulação pelas operadoras e a aferição de controle de qualidade dos serviços (Rizzardo, 2022, p. 846-847), possuindo, conforme o parágrafo único do artigo 1º da referida lei, “autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes” (Brasil, 2000).

Esse controle promovido pela ANS representa o limite da liberdade de atuação das operadoras de saúde via controle estatal, promovendo a fiscalização e regulamentação jurídica do direito à saúde, promovendo a defesa dos interesses públicos no exercício da saúde suplementar (Figueirêdo e Holanda, 2024, p. 182-183). Inclusive, o artigo 3º da Lei n.º 9961/00 determina de forma expressa a sua finalidade, sendo ela: “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (Brasil, 2000).

Em se tratando da enorme responsabilidade regulamentadora da ANS, pode-se citar a resolução n.º 469/2021, que determinou a cobertura ilimitada do número de sessões terapêuticas para pacientes com transtornos globais de desenvolvimento - dentre eles, o autismo (Brasil, 2021). Como esclarece Barreto (2025, p. 44), havia limites para a fonoaudiologia (96 sessões anuais), psicoterapia (40 sessões anuais) e terapia ocupacional (40 sessões anuais), que agora não mais existem graças às normas da ANS.

Nesse contexto de atribuições da ANS, a sua competência mais relevante para o presente trabalho é a emissão das resoluções normativas que atualizam o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo as referências máximas para a cobertura

de terapias e tratamentos nos planos privados de assistência à saúde. Afinal, os contratos de planos de assistência à saúde, independentemente da sua natureza, devem cobrir, obrigatoriamente, todos os procedimentos listados no referido rol, estando vedado à operadora impedir cobertura maior do que a mínima obrigatória, conforme o artigo 4º, III da Lei n.º 9961/00 (Rizzardo (2022, p. 854).

Acerca disso, o grande problema do referido rol são as diferentes interpretações que lhe são dadas, já que é discutido se procedimentos e eventos em saúde, nele não previstos, devem ser excluídos da obrigatoriedade de cobertura. Isso gera diversos litígios, porque as operadoras se recusam a cobrir procedimentos e eventos não elencados pela ANS, gerando divergências na jurisprudência pátria (Sampaio, 2010, p. 71).

Portanto, a cobertura obrigatória, ou não, dos tratamentos e terapias - o que envolve diretamente os indivíduos com o TEA - é objeto de constante debate jurídico, tendo como pressuposto os limites impostos às operadoras de saúde a partir do rol editado pela ANS, ora disciplinado pela Resolução Normativa n.º 465/21 (Figueirêdo e Holanda, 2024).

Através da discussão da taxatividade, ou não, do rol da ANS - o que delimita quais tratamentos e terapias para indivíduos com autismo serão cobertos - gerou-se uma grande insegurança jurídica e o aumento da judicialização da saúde no âmbito da saúde suplementar, como será demonstrado no tópico a seguir.

5. JUDICIALIZAÇÃO E GARANTIA DE DIREITOS

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), do total de 570 mil ações distribuídas no ano de 2023, 219 mil dizem respeito aos planos de saúde, representando um aumento de 30% em relação ao ano anterior (Conselho Nacional de Justiça, 2024). Dentre as razões para o aumento vertiginoso desses números, tem-se a falta de clareza das cláusulas contratuais dos planos de assistência à saúde, a negativa de cobertura de procedimentos e tratamentos, a insuficiência do setor público e os novos tratamentos de alto custo (Capez e Puglisi, 2023). Inclusive, é observado até mesmo o cancelamento dos contratos de planos de saúde para as crianças com o TEA, cujos motivos são, principalmente, a falta de pagamento, uso excessivo e término de garantia contratual (Santos e Paiva, 2025, p. 3666).

Sob essa perspectiva, a judicialização das demandas de saúde suplementar tem como objeto o conflito distributivo entre os adquirentes e as operadoras. Enquanto os consumidores buscam o maior leque de tratamentos possível, no melhor preço e condições contratuais, as operadoras irão restringir a cobertura o máximo possível, maximizar os reajustes e limitar a quantidade de beneficiários (Oliveira *et. al*, 2025, p. 6)

Mediante um paralelo com as terapias para o desenvolvimento do autista, por exemplo, a terapia ABA necessita de um serviço multidisciplinar com várias horas semanais de acompanhamento com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e até mesmo musicoterapeutas. Logo, é inviável a negativa de cobertura e a limitação do número de sessões, o que gera a recorrência ao Judiciário. (Heringer e Querino, 2019, p. 347).

Apesar de a judicialização da saúde ser necessária para o asseguramento dos direitos dos segurados, ela, em excesso, compromete a eficiência da justiça e a sustentabilidade das políticas de saúde (Otre, 2024, p. 5). Diante disso, pode haver a sobrecarga processual nos tribunais, fomentando a morosidade e os custos extras para as operadoras, que serão repassados aos consumidores via reajustes. Mas as consequências são ainda mais graves para as famílias, pois muitas crianças terão os seus tratamentos interrompidos no aguardo da decisão judicial (Santos e Paiva, 2025, p. 3666).

Logo, a judicialização da saúde suplementar é um tema bastante complexo, multifacetário, e demanda a intervenção de entidades governamentais e, também, da própria sociedade. Para evitá-la, deve haver a cooperação de agentes como os diretores dos hospitais, gestores das operadoras, órgãos reguladores (ANS) e os próprios magistrados (Cirico, Resner e Rached, 2019, p. 62).

Levando esses fatores em consideração, em 21/04/2024 foi assinado um documento que formaliza uma parceria entre o CNJ, o Supremo Tribunal Federal (STF) e a ANS, visando um plano de trabalho para estreitamento da comunicação entre os órgãos e troca de informações. O objetivo, segundo o presidente do CNJ, reflete a necessidade de “se preocupar com a sustentabilidade da saúde suplementar” (Conselho Nacional de Justiça, 2024).

Nesse contexto de aumento da judicialização, Santos e Paiva (2025, p. 3667-3668) sugerem que, para a minimização da sobrecarga do Judiciário e a garantia do direito à saúde das pessoas com o TEA, devem ser aplicadas medidas, como: a) a criação de um Protocolo Nacional de Atendimento para o TEA, com diretrizes de cobertura dos tratamentos; b) a ampliação da fiscalização da ANS, com medidas que punam as operadoras por atos ilícitos cometidos; c) o incentivo à ampliação da rede pública, para reduzir a necessidade de contratação de planos privados.

Assim, uma vez explicado o contexto de judicialização da saúde suplementar, o próximo tópico tratará sobre a interpretação do rol da ANS dada pelo STJ e as consequências disso na cobertura das terapias e tratamentos para o TEA.

5.1 A (IN)OBRIGATORIEDADE DA COBERTURA DE TRATAMENTOS PARA O AUTISMO DIANTE DA PREVISÃO NO ROL DA AGENDA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A cobertura dos tratamentos e terapias para as pessoas com o TEA é objeto de constantes debates jurídicos e sociais. Diante do notório avanço nos diagnósticos e os novos tratamentos que surgem rotineiramente, as famílias enfrentam dificuldades para que os planos de saúde cubram tratamentos como as terapias ocupacionais, fonoaudiologia, psicoterapia, fonoaudiologia e acompanhamento multidisciplinar (Barbosa e Silva, 2025).

O principal argumento de negativa de cobertura, pelas operadoras, é o de que determinados tratamentos não constam no rol da ANS, o que tem provocado diversas manifestações contínuas e salutaras por parte da agência através das resoluções publicadas (Correia, 2023, p. 63). A recusa indevida de cobertura, como mencionado em tópico anterior deste trabalho, viola os direitos dos autistas à saúde e aos tratamentos multidisciplinares, ora garantidos pelo artigo 3º, III, *a* e *b* da Lei n.º 12764/12 (Brasil, 2012), e se trata de prática abusiva vedada pelo CDC, ao colocar o consumidor em desvantagem exagerada em face da operadora (Brasil, 1990).

Nesse íterim, a gravidade do problema é que existem diversos tratamentos e terapias para o TEA que, de fato, não possuem previsão no rol da ANS. Segundo nota emitida pela Agência Nacional de Saúde (2024, p. 1-5), intervenções como a equoterapia, hidroterapia, terapias com emprego de vestes especiais - *suits*, pilates, reeducação postural global (RPG) e acompanhantes terapêuticos em ambiente escolar não integram a lista oficial de cobertura obrigatória. Isso, a depender da interpretação jurídica da sua natureza, pode comprometer o acesso dos beneficiários a intervenções terapêuticas importantes. Assim, é discutido se os planos de saúde devem limitar exclusivamente a cobertura de tratamentos listados no rol da ANS, ou se a lista deveria ser vista apenas como um referencial, possibilitando a cobertura de tratamentos prescritos pelo médico (Antonelli e Souza, 2024). Destarte, o entendimento pelo caráter taxativo ou exemplificativo do rol tem bojo na hermenêutica jurídica, mediante o conflito entre a insegurança jurídica causada pelo caráter exemplificativo *versus* o cerceamento do direito à saúde nos casos da interpretação taxativa (Brancaglioni, 2024).

Por exemplo, Aurisvaldo Sampaio (2010, p. 271) acredita que a dinâmica atual da medicina, com novas descobertas científicas todos os dias, é incompatível com a existência de um rol *numerus clausus*. Para o autor, ele deve ser meramente indicativo de cobertura mínima pelas operadoras, com lastro, também, na interpretação das normas protetivas sempre a favor dos sujeitos vulneráveis (no caso da presente monografia, os autistas).

Em contrapartida, existem autores que entendem pela necessidade de atribuir a natureza taxativa ao rol, como assinala Terra (2020, p. 188):

A elaboração precisa e cuidadosa de um rol taxativo de coberturas obrigatórias pelo plano-referência é imprescindível para a sobrevivência do

sistema. Fosse o rol exemplificativo, a todo momento poder-se-ia demandar a cobertura de novo procedimento ou evento, o que impediria o conhecimento, pela operadora, dos riscos a serem suportados e, conseqüentemente, a fixação prévia do preço a ser cobrado dos usuários, a gerar insuportável insegurança jurídica, senão a própria inviabilidade do setor

Inclusive, Terra (2020, p. 187), também faz alusão aos artigos 10 e 12 da Lei n.º 9656/98, ao tratar das exigências mínimas de cobertura. Para a autora, se o rol fosse exemplificativo, seria retirada a sua própria razão de existência, visto que qualquer procedimento em saúde seria considerado obrigatório por decisão do médico. Assim, a competência e expertise para definir o que é obrigatório seria da ANS, e não do médico assistente ou Poder Judiciário.

Inicialmente, apesar de a matéria já ser objeto de controvérsia, o entendimento majoritário dos tribunais estaduais e do STJ era pela natureza meramente exemplificativa do rol da ANS. Assim, o plano de saúde deveria cobrir o procedimento reivindicado mesmo diante da ausência de previsão de determinados procedimentos e terapias, em atendimento à concretização do direito social à saúde e demais princípios constitucionais (Divino e Antunes, 2022, p. 1634-1635).

Contudo, houve uma virada jurisprudencial significativa nos últimos anos. Isto porque houve um conflito entre a Terceira e a Quarta Turmas do STJ, o que novamente ensejou na discussão acerca da obrigatoriedade, ou não, da cobertura de terapias e tratamentos sem previsão no rol da ANS e a imposição de novas regras, como será demonstrado a seguir.

5.2 A MUDANÇA DO ENTENDIMENTO ACERCA DA TAXATIVIDADE E AS NOVAS REGRAS PARA A COBERTURA DE TRATAMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DA ANS

A natureza taxativa ou exemplificativa do rol da ANS é objeto de divergências interpretativas, via conflito entre a Terceira e Quarta Turmas do STJ (Figueirêdo e Holanda, 2025, p. 186-187). Primeiramente, a Terceira Turma interpretava o rol de cobertura mínima de procedimentos e tratamentos como exemplificativo (*numerus apertus*), estando a operadora de saúde contratada obrigada a cobrir qualquer

procedimento prescrito pelo médico mesmo sem a previsão no rol (Tomé, 2024), como se observa em acórdão da referida Turma (STJ, 2020):

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. SESSÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL PRESCRITAS. PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN . NEGATIVA. ALEGADA AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ROL DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. ABUSIVIDADE . COPARTICIPAÇÃO. INEXISTÊNCIA DE PACTUAÇÃO. SÚMULAS 5 E 7/STJ. 1 . O fato de o tratamento prescrito não constar no rol da ANS não significa que não possa ser exigido pelo usuário, uma vez que se trata de rol exemplificativo. Esta Corte Superior firmou orientação de que é abusiva a recusa de cobertura de procedimento terapêutico voltado ao tratamento de doença coberta pelo plano de saúde contratado sob o argumento de não constar da lista da ANS. 2. Consoante a jurisprudência deste Tribunal Superior, "Há abusividade na cláusula contratual ou em ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de tratamento de terapia por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, visto que se revela incompatível com a equidade e a boa-fé, colocando o usuário (consumidor) em situação de desvantagem exagerada (art . 51, IV, da Lei 8.078/1990). Precedente." (REsp 1642255/MS, Rel . Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/04/2018, DJe 20/04/2018) 3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de que não é abusiva a cláusula de coparticipação expressamente contratada. Na hipótese, a modificação do entendimento da Corte estadual no sentido de ausência da pactuação para coparticipação do beneficiário, encontra óbice nas Súmulas 5 e 7/STJ. 4 . Agravo Interno não provido.

(STJ - AgInt no AREsp: 1597527 DF 2019/0300312-3, Relator.: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Julgamento: 24/08/2020, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 28/08/2020)

Como se extrai do seu conteúdo, o caso é sobre um consumidor com síndrome de *down* (pessoa com deficiência para fins legais, como o autista) que visava a cobertura da terapia ocupacional negada pela operadora de saúde sob o argumento de ausência de previsão no rol da ANS. A Terceira Turma reforçou o entendimento de que o rol é exemplificativo, sendo a negativa de cobertura uma prática abusiva que coloca o consumidor em situação de desvantagem exagerada, conforme artigo 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor.

Ademais, no julgamento do AgInt no AREsp 1.471.762/DF, relatado pelo Ministro Marco Aurélio Bellizze, a Terceira Turma também enfatizou a natureza exemplificativa do rol, visando a proteção ao consumidor (STJ, 2020):

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE REPARAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. 1. TRATAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO. CONDUTA ABUSIVA. INDEVIDA NEGATIVA DE COBERTURA. PRECEDENTES. SÚMULA 83/STJ. 2. LIMITAÇÃO DE SESSÕES DE TERAPIA E COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 211/STJ. 3. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. 1. Com efeito, a jurisprudência desta Corte Superior já sedimentou entendimento no sentido de que "não é cabível a

negativa de tratamento indicado pelo profissional de saúde como necessário à saúde e à cura de doença efetivamente coberta pelo contrato de plano de saúde". E o "fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa, per se, que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois, tratando-se de rol exemplificativo, a negativa de cobertura do procedimento médico cuja doença é prevista no contrato firmado implicaria a adoção de interpretação menos favorável ao consumidor" (AgRg no AREsp 708.082/DF, Rel. Ministro João Otávio de Noronha, Terceira Turma, julgado em 16/2/2016, DJe 26/2/2016). [...] 3. Agravo interno improvido. (AgInt no AREsp 1.471.762/DF, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Terceira Turma, j. em 23/3/2020, DJe 30/3/2020)

Todavia, de modo a reacender a discussão, a Quarta Turma da Corte Superior revisitou o tema no julgamento do REsp 1733013 PR 2018/0074061-5, para considerar o rol da ANS como taxativo, desobrigando as operadoras de assistência à saúde a cobrir tratamentos não previstos na lista obrigatória (Divino e Antunes, 2022, p. 1659). Conforme o Relator Luis Felipe Salomão, a Turma entendeu que é inviável o entendimento de que o rol da ANS seria meramente exemplificativo, sem limitações definidas. Haveria, conforme o acórdão, uma imposição tácita às operadoras para o fornecimento de qualquer tratamento médico prescrito, o que negaria a vigência às normas que constituem o plano-referência de assistência à saúde e a definição contratual de demais coberturas (STJ, 2020).

Na sua decisão, o Relator também argumentou que a taxatividade do rol é um método adotado por diversos países, sendo necessária para a proteção dos beneficiários e asseguramento de novas tecnologias em saúde. Igualmente, foi considerada a preservação da função regulatória da Agência Nacional de Saúde, que deve verificar a pertinência, respaldo científico e viabilidade da inclusão de novos procedimentos à lista (Figueirêdo e Holanda, 2024, p. 184).

Pois bem. Visando acompanhar o fenômeno jurisprudencial, a ANS publicou a Resolução Normativa⁵ n.º 465 em 24 de fevereiro de 2021, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e dispôs a sua taxatividade de maneira expressa no artigo 2º, podendo as operadoras de saúde “oferecerem cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde” (Brasil, 2021).

⁵ Conforme argumentado no voto-vista da Ministra Nancy Andrihy nos Embargos de Divergência em Recurso Especial n.º 1.889.929/SP, a redação das resoluções da ANS não vincula o Poder Judiciário (STJ, 2022).

Como se observa, a divergência entre as Turmas do STJ e a própria Agência Nacional de Saúde era evidente e fomentou insegurança jurídica, sendo mencionada expressamente em outros acórdãos das referidas Turmas, como se observa no julgamento do REsp 1973764 SP 2021/0349582-0, da Terceira Turma (STJ, 2022):

2. Segundo a jurisprudência desta Corte, o plano de saúde deve custear o tratamento de doença coberta pelo contrato, porquanto as operadoras não podem limitar a terapêutica a ser prescrita, por profissional habilitado, ao beneficiário para garantir sua saúde ou sua vida, esclarecendo, ainda, que tal não é obstado pela ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS. 3. Em que pese a existência de precedente da eg. Quarta Turma entendendo ser legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS, esta eg. Terceira Turma, no julgamento do REsp nº 1.846.108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, julgado aos 2/2/2021, reafirmou sua jurisprudência no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos.

Visando a resolução da divergência de posicionamento entre as Turmas da Corte Superior, foi atribuída à 2ª Seção o julgamento dos Embargos de Divergência em Recurso Especial n.º 1.889.929/SP, relatado pelo Ministro Luis Felipe Salomão em junho de 2022, cujos votos foram divididos entre os ministros que entendiam pela natureza taxativa e os que resistiam pelo caráter exemplificativo do rol (Antonelli e Souza, 2024, p. 127). Nesse sentido, reforçando os mesmos argumentos do REsp 1733013 PR 2018/0074061-5, o voto do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, por exemplo, constou que o caráter taxativo do rol seria necessário para a viabilidade econômica da saúde suplementar, ao afirmar que (STJ, 2022):

O estabelecimento de Rol mínimo obrigatório (ou Rol taxativo) permite previsibilidade, essencial para a feitura dos cálculos atuariais embasadores das mensalidades pagas pelos beneficiários, aptas a manter a médio e a longo prazos planos de saúde sustentáveis, pois a alta exagerada de preços e de contribuições provocará barreiras à manutenção contratual, transferindo as coletividades de usuários à saúde pública, a pressionar ainda mais o SUS.

O Ministro argumenta também que o rol taxativo mínimo abrange as doenças reconhecidas pela OMS, reiterando a necessidade de informação da limitação de coberturas ao consumidor em todas as fases da contratação para que ele possa fazer as escolhas de mercado que melhor atendam aos seus interesses - como a opção pelo plano segmentado, referencial ou com cobertura ampliada. E, quanto às novidades da medicina (o que engloba os tratamentos com autismo que evoluem todos os dias), tem-se que a operadora não estaria obrigada a arcar com

procedimentos fora do rol se já existem outras opções também eficazes na lista mínima (STJ, 2022).

Por outro lado, é importante destacar três lúcidos argumentos no voto-vista da Ministra Nancy Andrichi, por sua vez favorável ao caráter exemplificativo do rol, que dialogam perfeitamente com o conteúdo deste trabalho. Primeiramente, a Ministra asseverou que a aplicação subsidiária do CDC os contratos de planos de saúde não é subsidiária, mas complementar, de modo que a disparidade entre o predisponente e o aderente justifica a intervenção do legislador para corrigir abusos; ao transferir para a ANS a função de regulamentar as exigências mínimas atendidas pelo plano-referencial de assistência à saúde, não cabe ao órgão restringir ainda mais essa cobertura determinada por lei, prejudicando o consumidor (STJ, 2022). Por fim, é oportuno trazer o terceiro fundamento trazido pela ministra que se relaciona perfeitamente com os princípios da informação e da transparência ao consumidor, ao afirmar que (STJ, 2022):

Evidentemente, não é razoável impor ao consumidor/aderente que, no ato da contratação, avalie os quase 3.000 procedimentos elencados no Anexo I da Resolução ANS 465/2021, a fim de decidir, no momento da contratação, sobre as possíveis alternativas de tratamento para as eventuais enfermidades que possam vir a acometê-lo.

Em 08/06/2022, foi encerrado o julgamento. Prevaleceu na sessão a posição do Relator Luis Flípe Salomão, incorporado no seu voto os acréscimos em voto-vista do Ministro Villas Boas Cueva, e seguiram com o relator os Ministros Raul Araújo, Isabel Gallotti, Marco Buzzi e Marco Aurélio Bellizze, que defendiam a natureza taxativa do rol da ANS. Por outro lado, ficaram vencidos os votos dos Ministros Nancy Andrichi, Isabel Gallotti, Marco Buzzi e Marco Aurélio Belizze, que entendiam pelo caráter exemplificativo (STJ, 2022).

Assim, a Segunda Seção do STJ entendeu ser taxativo o rol de procedimentos e eventos da ANS. Dentre os principais argumentos elencados no acórdão, tem-se que: a) obrigar as operadoras de saúde a fornecer qualquer tratamento prescrito fora do rol suprimiria a própria existência do “rol mínimo”, negando o acesso à saúde suplementar à população; b) o CDC teria aplicação apenas subsidiária à Lei n.º 9656/98, de modo que não caberia a aplicação isolada do CDC de maneira alheia às normas da relação contratual; c) os médicos, mesmo diante do correto exercício da medicina, gozam de uma margem de subjetividade, envolvendo convicções pessoais

e de melhor conveniência, de modo que não se pode confiá-lo cegamente à elaboração do rol; d) o rol obrigatório serve como uma proteção estatal ao consumidor da exposição de tratamentos e procedimentos que não possuam respaldo técnico devidamente estudado no mundo científico, evitando que o adquirente se torne refém dos interesses econômicos envolvidos na área de saúde suplementar (STJ, 2022).

No entanto, o mesmo acórdão também admitiu a possibilidade de cobertura de tratamentos não previstos no rol da ANS em situações excepcionais, disciplinando as regras específicas. São elas (Antonelli, Souza e Rezende, 2024, p.127):

a) Ausência de Alternativa Terapêutica : O tratamento não deve ter uma alternativa disponível no rol da ANS, ou todas as opções previstas devem ter sido esgotadas previamente.

b) Evidência Científica : O tratamento deve ser comprovadamente eficaz , com base em evidências científicas sólidas e bem fundamentadas.

c) Recomendação de Órgãos Competentes : Deve haver uma recomendação para a incorporação da tecnologia por órgãos renomados, como a Conitec⁶ (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde SUS) ou entidades similares em outros países.

Nesse íterim, a decisão objetivou um equilíbrio entre a possibilidade do acesso dos beneficiários a tratamentos não previstos no rol, ao passo que evita o colapso financeiros dos planos de saúde, promovendo maior controle e justificativa sobre as coberturas (Antonelli, Souza e Rezende, 2024, p. 127).

Sobre a decisão, autores como Terra (2020, p. 187-188) acreditam ser a decisão mais acertada, porque se o rol fosse exemplificativo, haveria uma indiscriminada demanda pela cobertura de novos procedimentos e eventos, o que obstaria o conhecimento dos riscos a serem suportados pela operadora (e, conseqüentemente, o preço cobrado), gerando insegurança jurídica e a própria inviabilidade do setor. A decisão teria sido “auspiciosa não apenas para as operadoras, mas, sobretudo, para toda a coletividade de contratantes de planos privados de assistência à saúde”.

No entanto, não se trata de concessão desenfreada de qualquer procedimento em saúde ou de altíssimos custos para as operadoras de saúde. Isto porque a pessoa que contrata um plano de saúde via prestações periódicas tem a certeza de que, quando preciso, irá poder gozar dos serviços de saúde, com lastro no dever de

⁶ A Conitec é uma comissão que “assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica” (Brasil, 2022).

lealdade e cooperação impostos pela boa-fé objetiva. É inaceitável que um adquirente, adimplente com as suas parcelas, tenha o acesso impedido a tratamentos indispensáveis ao tratamento da sua saúde (Divino e Antunes, 2022, p. 1662-1663)

De igual modo, a compreensão da taxatividade do rol, ainda que mitigada, acentua a vulnerabilidade do consumidor. Isto porque não se pode exigir do consumidor a interpretação da linguagem técnica-científica utilizada pela ANS ao ler a lista obrigatória, sendo impossível a plena compreensão dos riscos que ele assume ao contratar um plano de saúde. Assim, o contrato não pode gerar injustiça quando há demasiado sacrifício ao consumidor (adquirente) em detrimento do fornecedor (operadora do plano de saúde) (Figueirêdo e Holanda, 2024, p. 194).

Apesar das críticas existentes, a decisão foi mantida e houve a publicação na câmara dos deputados da Lei n.º 14554/22 que cristalizou o entendimento do STJ, como será demonstrado no tópico a seguir.

5.2.1 Lei n.º 14454/22

A Lei n.º 14.545/22 constituiu uma reação legislativa à decisão do STJ no EREsp n. 1.889.704/SP, diminuindo as exigências para a cobertura de procedimentos fora do rol da ANS, mas não as eliminando (STJ, 2024). O novo dispositivo disciplinou em lei ordinária as novas regras para a cobertura de tratamentos não previstos no rol (Brasil, 2022):

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” (NR)

Acerca disso, Antonelli, Souza e Rezende (2024, p. 128) assinalam que, ao passo em que o julgamento do STJ determinou a cumulatividade das novas regras, a Lei n.º 14.545, com a terminologia “ou”, do parágrafo 13º, inciso I, permite que esses critérios sejam alternativos, o que amplia as hipóteses de cobertura de tratamentos fora do rol.

Todavia, muito embora uma parcela da doutrina e jurisprudência interprete que a referida lei teria superado a decisão do STJ (reatribuindo o caráter exemplificativo do rol), Figueirêdo e Holanda (2024, p. 201) esclarecem que não há “superação” alguma, mas apenas uma reafirmação de que o rol da ANS continua sendo a referência dos planos privados de saúde. A lei somente disciplina expressamente os requisitos legais para a cobertura de procedimentos fora do rol de procedimentos e eventos em saúde, continuando tal medida, conforme a decisão do STJ, excepcional.

Mesmo assim, foi ajuizada uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) em face da referida lei. Representando os interesses das operadoras de saúde, visa-se o controle para questionar a constitucionalidade da Lei n.º 14454/22, objetivando o estabelecimento do caráter taxativo absoluto do rol da ANS, sem exceções. A ação continua pendente de julgamento, mas será determinante para o futuro da saúde suplementar (STF, 2025).

5.2.2 Resolução n.º 539 da ANS

Outrossim, em observância às possíveis limitações causadas pela decisão do STJ que determinou a taxatividade mitigada do rol de procedimentos e eventos em saúde, a ANS publicou a Resolução Normativa n.º 539/22, que alterou o artigo 6º da Resolução n.º 465/21, cuja nova redação passou a ser a seguinte (Ministério da Saúde, 2022):

Art. 6º (...)

§ 4º Para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente.

A resolução teve como objetivo expandir as regras de cobertura de procedimentos em saúde para os que apresentam os transtornos globais do desenvolvimento, o que inclui os autistas (Faria, 2023), e a sua publicação se deu apenas 15 dias após a decisão do STJ descrita alhures (ANS, 2022). Com ela, passou a ser obrigatória a cobertura de quaisquer métodos ou técnicas que forem indicadas pelo médico assistente e que tenha o transtorno enquadrado na CID F84⁷, devendo a operadora deverá oferecer o tratamento indicado pelo médico assistente para ser tratada a doença ou agravo do paciente (Ministério da Saúde, 2022).

Na sua exposição de motivos, a ANS afirmou que a resolução visa a garantia do princípio da igualdade, assegurando a cobertura de procedimentos voltadas não apenas para o TEA, mas todos os transtornos globais do desenvolvimento, conforme explicou o então presidente da ANS, Paulo Rebello (Ministério da Saúde, 2022):

A ANS tem avaliado o rol de cobertura obrigatórias de forma permanente e nós estamos atentos aos anseios da sociedade. As discussões técnicas sobre as terapias para tratamento do Espectro Autista já vinham acontecendo internamente, em um Grupo de Trabalho criado em 2021 e formado por representantes de quatro das cinco diretorias da Agência. Com base nessas discussões e considerando o princípio da igualdade, decidimos estabelecer a obrigatoriedade da cobertura dos diferentes métodos ou terapias não apenas para pacientes com TEA, mas para usuários de planos de saúde diagnosticados com qualquer transtorno enquadrado como transtorno global do desenvolvimento.

⁷ Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os transtornos globais do desenvolvimento são (Brasil, 2022): Autismo infantil (CID 10 – F84.0); Autismo atípico (CID 10 – F84.1); Síndrome de Rett (CID 10 – F84.2); Outro transtorno desintegrativo da infância (CID 10 – F84.3); Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados (CID 10 – F84.4); Síndrome de Asperger (CID 10 – F84.5); Outros transtornos globais do desenvolvimento (CID 10 – F84.8); Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (CID 10 – F84.9)

Assim, a partir da publicação da Resolução Normativa N.º 539/22, passou a ser obrigatória a cobertura de quaisquer métodos indicados pelo médico assistente para qualquer paciente que tenha transtorno enquadrado na CID F84, ou seja, o TEA.

Uma vez explicadas as novas regras de cobertura para os diferentes tratamentos e terapias para o indivíduo com o TEA, será analisado, a seguir, como se comporta a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia sobre a matéria.

5.3 ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA BAHIA

Em que pese o tema seja discutido em todos os tribunais do país, neste trabalho optou-se por realizar um recorte de pesquisa jurisprudencial sobre o Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Durante a pesquisa, foram selecionados acórdãos dos anos de 2023 e 2024, proferidos pela 1ª Turma Recursal do Sistema dos Juizados Especiais Comarca de Salvador e pelas 1ª e 3ª Câmaras Cíveis do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia.

Primeiramente, faz-se necessário abordar o processo de n.º 0109046-71.2021.8.05.0001, que tramitou perante a 3ª Vara dos Juizados Especiais do Consumidor da Comarca de Salvador–BA (TJBA, 2024). A demanda foi proposta pela genitora de uma criança com o TEA em face da Traditio Companhia de Seguros (Sul-America), requerendo o tratamento multidisciplinar negado pela operadora de saúde. Mediante prova documental, a parte Autora juntou laudo médico que atestava devidamente tanto o diagnóstico do autismo, quanto a necessidade de acompanhamento multidisciplinar com terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia motora, psicologia, musicoterapia e intervenção terapêutica intensiva pelo modelo DENVER. O tratamento deveria ocorrer por tempo indeterminado, contínuo e com profissionais especializados e foi enfatizado o início imediato, visando evitar comprometimentos neurológicos à criança.

A operadora de saúde argumentou pela devida negativa de cobertura dos métodos prescritos, alegando que todas as terapias não gozariam de natureza médica, mas seriam técnicas de mera ordem educacional, esportistas e artísticas, estimulando a criança para se desenvolver e integrar à sociedade. Aduziu que as operadoras não

seriam obrigadas a cobrir essas técnicas, e, por fim, argumentou pela taxatividade do rol da ANS, através da decisão do STJ no REsp n.º 1.733.013 - PR, o que não permitiria a cobertura de qualquer procedimento nele não previsto (TJBA, 2023).

Em sentença, o juízo *a quo* julgou procedentes os pedidos iniciais. Via aplicação da Lei Consumerista, mitigou o princípio da *pacta sunt servanda* e invalidou as obrigações abusivas, excessivas e onerosas por força do artigo 51, IV e incisos I, II e III do §1º do artigo 51 do CDC, interpretando o contrato de maneira favorável ao consumidor hipossuficiente. Foi fundamentado, por fim, que cláusulas restritivas impeditivas ao restabelecimento de saúde em razão de doença ou deficiência atentam contra a expectativa legítima do consumidor.

O recurso inominado pela acionada replicando os fundamentos de defesa, foi negado provimento pela Relatora Nícia Olga Andrade de Souza Dantas, da Primeira Turma Recursal, determinando o custeio integral do tratamento da criança na clínica indicada, em razão dos fundamentos expostos na inicial. Foi citado, inclusive, o Enunciado n.º 99 da 3ª Jornada em Direito de Saúde promovido pelo CNJ⁸ (TJ BA, 2024):

JUIZADO ESPECIAL. DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSOS SIMULTÂNEOS. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. NEGATIVA DE PROCEDIMENTO. DEPENDENTE MENOR IMPÚBERE. DIAGNÓSTICO DE TEA – TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. INDICAÇÃO DE TRATAMENTOMULTIDISCIPLINAR. MÉTODO CIENTÍFICO DENVER. DEVER DE COBERTURA. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO COM PROFISSIONAIS QUE NÁ ACOMPNHAM O MENOR.SENTENÇA DETERMINOU A COBERTURA TOTAL E RESTITUIÇÃO DE R\$ 16.800,00(-) REFERENTE AO REEMBOLSO DAS DESPESAS REALIZADAS NO TRATAMENTO SOLICITADO. RECURSO DA PARTE RÉ CONHECIDO E IMPROVIDO. RECURSO DA PARTE AUTORA CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA.

1. EDLENE SILVA SOUSA ajuizou ação de obrigação de fazer em face de SUL AMERICA CIA NACIONAL DE SEGUROS, alegando, em síntese, que possui contrato de plano de saúde com a acionada, sendo o seu filho, PIETRO LUCCA SOUSA LIMA, dependente. Afirmou que o infante foi diagnosticado com transtorno do espectro autista. Relatou que o menor necessitou realizar tratamento multidisciplinar com sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia motora, psicologia, musicoterapia

⁸Enunciado 99: O tratamento multiprofissional do transtorno do espectro autista é de cobertura obrigatória por parte das operadoras de saúde, as quais devem viabilizar ao beneficiário ou equipe multiprofissional credenciada pela operadora de saúde, desde que o método seja reconhecido pelos respectivos conselhos de classe dos profissionais integrantes da referida equipe multiprofissional, ou que estejam expressamente previsto no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS (Brasil, 2025).

e intervenção terapêutica intensiva. Reclamou que a demandada negou cobertura para os referidos procedimentos. Protestou por ter de arcar com os custos da terapia necessária para o cuidado do seu descendente. Requereu a realização do tratamento multidisciplinar e a restituição do valor gasto nos procedimentos.

2. O acompanhamento de uma equipe multidisciplinar é essencial nos casos DOENÇAS INVASIVAS DE DESENVOLVIMENTO. Isto porque a Equipe aborda as condições que o transtorno causa. A equipe de profissionais pode ajudar o paciente a melhorar a interação social, amenizar os diversos sintomas e garantir, a cada dia, maior desenvolvimento das funções. As necessidades de acompanhamento variam conforme a criança. “Dependendo do caso, ela pode precisar de um fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, neurologista, educador físico, psicopedagogo e fisioterapeuta”. Cada profissional colabora de acordo com sua especialização. No entanto, quando combinados, o trabalho é muito mais eficiente. Essa equipe não precisa, necessariamente, estar em um mesmo local físico, mas é imprescindível que se comuniquem, troquem informações sobre a criança e avaliem juntos os progressos dos tratamentos desenvolvidos[1].

3. O acolhimento do opinativo médico moderno no tratamento destes transtornos se mostra necessário e exige dos Planos de Saúde uma atualização em seus quadros de especialistas sendo relevante a oferta de tratamentos assim direcionados.

4. Diante de tal contexto deve ser mantida a sentença no ponto que determinou que a operadora do plano “a autorizar e custear, integralmente, o tratamento do menor, PIETRO LUCCA SOUSA LIMA, dependente contratual da parte autora, EDLENE SILVA SOUSA, com terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia motora, psicologia, musicoterapia, sob o protocolo Denver, nos moldes do relatório trazido pela acionante aos autos, até seu pronto restabelecimento, bem como honorários médicos, de anestesia, materiais cirúrgicos, medicamentos e demais procedimentos necessários. Tal obrigação deverá ser cumprida no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de multa unitária e fixa, no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais)”.

5. Registre-se que a ré não se desincumbiu de seu ônus de prova previsto no art. 373, II do CPC, não logrando êxito em demonstrar a existência de clínica credenciada apta a prestar o tratamento do menor, conforme prescrito e sendo oportunizado desde a medida liminar no evento 29, motivo pelo qual resta DEFERIDO O PEDIDO DE CONTINUIDADE DE TRATAMENTO NA CLÍNICA INTERSER, clínica que o menor já faz tratamento há mais de 24 meses.

6. As operadoras de planos de saúde podem limitar as doenças que terão cobertura pelo contrato, mas não o tratamento ou procedimento indicado pelo médico como o mais adequado à preservação da integridade física e mental do paciente.

7. A Resolução/ANS n. 469, de 09/07/2021, alterou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para incluir número ilimitado de sessões com fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional para os portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA) (CID F84).

Muito embora tenha sido demonstrado na presente monografia o pleno direito dos autistas aos tratamentos multidisciplinares, continuam sendo comuns as recusas das operadoras de saúde com argumento pela ausência de previsão no rol da ANS, sendo

indispensável a proteção do Judiciário. É o que também se observa nos autos de n.º 8000729-29.2023.8.05.0078, com tramitação na 1ª Vara dos Feitos de Relações de Consumo, Cíveis, Família e Sucessões de Registros Públicos da Comarca de Euclides da Cunha - Bahia (TJBA, 2024). A demanda foi proposta em face da operadora Bradesco Saúde S/A pela genitora de menor impúbere diagnosticado com o TEA e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, requerendo, em suma, a cobertura de tratamento regular com equipe multidisciplinar baseado na terapia ABA (com psicoterapia, terapia ocupacional, fonoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade) conforme laudo médico anexado.

Na inicial, foi alegado que a ré negou veemente a cobertura do tratamento. Requereu, assim, a tutela antecipada de urgência para que fosse determinado o custeio do tratamento multidisciplinar, e, no mérito, pugnou pela confirmação da tutela e indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00. Na contestação, a ré alegou que determinados tratamentos, como a psicopedagogia, musicoterapia e educador físico, não integram a área de saúde, compondo ciências interdisciplinares. Argumentou, também, pela previsão de cláusula contratual que exclui a cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS (TJBA, 2024).

Em sede de sentença, o juízo *a quo* julgou procedente os pedidos iniciais. Na fundamentação, flexibilizou a força obrigatória dos contratos e argumentou que os tratamentos prescritos pelo médico não previstos no rol da ANS cumprem as regras do caráter taxativo mitigado, visto que: não houve indeferimento expresso pela ANS; foi comprovada a eficácia, e; foi recomendado por órgãos técnicos de renome nacionais e estrangeiros (TJBA, 2024). Ademais, foi citada a Resolução Normativa n.º 539/11, que determina a cobertura de quaisquer tratamentos para o autismo:

Em relação ao tratamento prescrito pelo médico que acompanha o requerente, há de se observar que recentemente houve inclusão dos tratamentos pelo método ABA (e outros métodos) através da RN nº 539/2022 da ANS, com vigência a partir de julho de 2022, que determinou às operadoras o "atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente.

(...)

Assim sendo, mesmo que se considerasse como correta a negativa de cobertura em 2021 (porque naquela ocasião tais métodos não estavam incluídos no rol da ANS), atualmente, com a resolução RN nº 539/2022, os tratamentos citados para pacientes com autismo devem ser oferecidos por todas as operadoras.

Era dever da requerida, portanto, fornecer o tratamento indicado pelo médico assistente, até mesmo porque o voto do qual resultou a aprovação da RN nº

539/2022 recomendou a não suspensão dos tratamentos em andamento, por liberalidade ou ordem judicial. Inclusive, o fornecimento desses tratamentos não se sujeita, como já frisado em decisão concessiva da liminar, a qualquer limite de cobertura de sessões, conforme previsto na RN nº 469/2021 da ANS, que previu a obrigatoriedade de custeio ilimitado de sessões de psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Portanto, é dever do requerido cumprir com a obrigação contratual garantindo ampla cobertura de atendimento para o tratamento médico prescrito ao paciente, reembolsando-o integralmente das despesas com os honorários médicos acaso no domicílio do autor não haja rede credenciada (TJBA, 2024).

Com base nesses fundamentos, a sentença tornou definitiva a tutela antecipada e condenou a ré ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 3.000,00. A Ré interpôs apelação reforçando os argumentos da inicial, principalmente quanto à taxatividade do rol da ANS, e afirmou que seria impossível a punição da seguradora pelo mero cumprimento das cláusulas contratuais e definições da ANS, assim pleiteando a improcedência dos pedidos iniciais (TJBA, 2024). Note-se o acórdão da Terceira Câmara Cível, cuja Relatora foi a Desembargadora Lícia Pinto Fragoso Modesto, ora publicado em 03/04/2024:

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. DIREITO DO CONSUMIDOR. PROCEDIMENTO MÉDICO. REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO DE ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA (ABA), JUNTAMENTE COM TERAPIA OCUPACIONAL E FONOAUDIOLOGIA. INDICAÇÃO MÉDICA. PACIENTE DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA). RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA DO PROCEDIMENTO. EXISTÊNCIA DE RELATÓRIO MÉDICO INDICANDO OPROCEDIMENTO CURATIVO. ALEGADA AUSÊNCIA DO TRATAMENTO INDICADO NO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA ANS. IRRELEVÂNCIA. ROL EXEMPLIFICATIVO. PREVALÊNCIA DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DIREITO À VIDA E SAÚDE. DANOS MORAIS. CABIMENTO. VALOR ARBITRADO EM R\$ 3.000,00 MOSTRA-SE PERTINENTE AO CASO. APELO NÃO PROVIDO. 1. Recusa do Plano de Saúde em autorizar, em favor da parte Recorrida, a realização de tratamento de Análise do Comportamento Aplicada (ABA), juntamente com Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, em face do quadro patológico do autor, diagnosticado com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

2. É cediço que os planos de saúde estão amplamente sujeitos aos princípios e normas estabelecidas pelo CDC, e suas cláusulas contratuais devem ser interpretadas da maneira mais favorável ao usuário (art. 47), tendo-se por abusivas e nulas as que o coloquem em desvantagem exagerada (art. 51, IV e §1º, II), assim entendidas as que pretendam limitar a cobertura de procedimento que pode evitar a complicação do quadro clínico ou mesmo colocar em risco iminente a vida do paciente.

3. Em relação ao rol de procedimentos da ANS, há que se esclarecer que se trata de um rol meramente exemplificativo e que não afasta a cobertura de procedimentos necessários ao bem-estar do segurado. Ademais, os regulamentos da ANS não podem restringir a garantia da integridade física do paciente, o que acarretaria afronta ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. 4. O Superior Tribunal de Justiça já firmou posicionamento sobre o tema, no sentido de que são abusivas as cláusulas que limitam a espécie de tratamento necessário à cura ou melhora do paciente vez que “o plano de

saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura” (REsp 668216/SP; Relator:Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO; Órgão Julgador; TERCEIRA TURMA; Data do Julgamento; 15/03/2007; Data da Publicação/Fonte; DJ 02/04/2007 p. 265).

5. O descumprimento do dever contratual materializado na negativa ao custeio do tratamento, gera extrema aflição e angústia ante a impossibilidade de obter tratamento indispensável à manutenção da saúde e da vida. Danos morais arbitrados na sentença a quo, no importe de R\$ 3.000,00 (três mil reais), em consonância aos princípios da proporcionalidade e razoabilidade (TJBA, 2024).

6. IMPROVIMENTO DO RECURSO.

Analisando o acórdão, foi prezada a interpretação favorável ao consumidor (artigo 47 do CDC), protegendo-o de atos abusivos das operadoras e também a aplicação do artigo 51, IV, e §1º, II do CDC, que veda cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada. Mas o que mais chama a atenção é a interpretação de que o rol da ANS seria meramente exemplificativo, não afastando quaisquer tratamentos necessários à saúde do segurado em observância ao princípio da dignidade da pessoa humana. Inclusive, sequer foi citada a Resolução Normativa n.º 539/22 ou a Lei n.º 14454/22, tendo como fundamento tão somente o caráter exemplificativo do Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde. O processo já foi arquivado definitivamente. Com isso, tem-se que, apesar das decisões do STJ e da Lei n.º 14545/22, a Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, neste julgamento, interpretou o rol da ANS como exemplificativo (TJBA, 2024).

No entanto, existe jurisprudência que interpreta o rol da ANS como taxativo mitigado. É o que se observa nos autos de n.º 8001850-97.2023.8.05.0141 que tramitou na 1ª Vara da Infância e da Juventude e Execução de Medidas Socioeducativas da Comarca de Jequié–BA, proposta pelo genitor de uma criança com o TEA em face do Estado da Bahia (TJBA, 2024).

Em suma, a parte autora, beneficiária do Planserv, relatou na petição inicial que o plano de saúde negou a cobertura do tratamento multidisciplinar com terapeuta ocupacional, psicólogo infantil, fonoaudiólogo, psicopedagogo, neuropediatra e acompanhamento escolar com assistente terapêutico. Assim, requereu a condenação da parte ré ao tratamento das terapias necessárias, bem como ao pedido de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) (TJBA, 2024)

Na contestação, o Estado da Bahia alegou que intervenções como musicoterapia, equoterapia, psicopedagogia, atendimento multidisciplinar intensivo, dentre outros, não estão contempladas no rol de procedimentos do Planserv. Aduziu, também, que a adesão ao plano é voluntária e atribuiu ao consumidor os riscos de aceitação das condições contratuais, nada impedindo que “o servidor busque junto ao mercado uma operadora de saúde que atenda às suas necessidades, e que lhe ofereça a cobertura de que necessita”. Afirma, por fim, que os planos de saúde não seriam seguradores universais da saúde dos beneficiários (TJBA, 2024).

Em sentença de primeiro grau, o juízo *a quo* utilizou fundamentos não observados nas decisões anteriormente analisadas, ao citar o Estatuto da Criança e do Adolescente, que, conforme o seu artigo 7º, determina o prezo pelo desenvolvimento sadio e harmonioso do infante. Além disso, também foi citado o artigo 227 da Constituição Federal, atribuindo à sociedade o asseguramento da vida, saúde, dignidade e respeito à criança e ao adolescente. Somado a isso, a sentença abordou o direito contratual via aplicação do princípio da boa-fé e a interpretação mais favorável ao aderente nos casos de contratos de adesão. Com base nisso, fundamentou que a necessidade de tratamento do infante foi avaliado por profissional de saúde qualificado, não cabendo o plano de saúde eximir-se da responsabilidade de autorizar o tratamento prescrito, condenando a parte ré à cobertura das terapias solicitadas, com exceção do psicopedagogo, psicomotricista e o método ABA (ora mais importante) sob o argumento de que as referidas terapias não se adequam a natureza médico-hospitalar, e também condenou a ré à indenização por danos morais no valor de R\$ 2500,00 (dois mil e quinhentos reais) (TJ BA, 2024).

Diante disso, a parte autora interpôs recurso de apelação pleiteando a cobertura de todas as terapias restantes, argumentando que o rol da ANS não seria mais taxativo, com lastro, também, na Resolução n.º 539/22, também da ANS (TJBA, 2024). O acórdão da Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, relatado pelo Desembargador José Soares Ferreira Aras Neto, foi o seguinte:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. MENOR PORTADORA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). RELATÓRIOS MÉDICOS COMPROVANDO A NECESSIDADE DO TRATAMENTO DE SAÚDE COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. ROL DA ANS. TAXATIVIDADE FLEXIBILIZADA. PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS DO STJ. MUSICOTERAPIA. TERAPIA MÉTODO ABA. PSICOLOGIA. TERAPIA OCUPACIONAL. FONOAUDIOLOGIA. PSICOPEDAGOGA. NUTRICIONISTA. PSICOMOTRICIDADE.

COBERTURAS OBRIGATÓRIAS NOS MOLDES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE. RECURSO DA PARTE AUTORA PROVIDO E RECURSO DO ESTADO DA BAHIA NÃO PROVIDO (TJBA, 2024).

Com ele, foi dado provimento ao recurso de apelação autoral via natureza da taxatividade mitigada do rol da ANS, determinada pelo STJ e Lei n.º 14.545/22. No voto, foi enfatizado a recomendação do médico e a existência de estudos científicos do método ABA, satisfazendo as novas regras para o tratamento de terapias fora do rol da ANS. Além disso, quanto à psicopedagogia e psicometria, foi fundamentado que a Resolução n.º 539/22 determinou a cobertura universal de tratamentos para pessoas com transtornos globais do desenvolvimento, sendo irrelevante a discussão dos métodos utilizados e quantidade de sessões, conforme decisão do STJ (TJBA, 2024).

Apesar de ambas as decisões determinarem a cobertura dos tratamentos, é evidente que tanto as sentenças de primeiro grau abordaram fundamentos completamente diferentes, quanto os entendimentos da Primeira e Terceira Câmaras Cíveis adotaram interpretações distintas sobre a taxatividade do rol da ANS (vide processos de n.º 8000729-29.2023.8.05.0078 e 8001850-97.2023.8.05.0141, respectivamente).

Assim sendo, é possível observar que as operadoras de saúde seguem com as negativas de cobertura das terapias para o tratamento do TEA, mesmo com o cumprimento das novas regras pelos adquirentes e as resoluções normativas que determinam a cobertura de tratamentos para os autistas. Ademais, a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia é pulverizada quanto às normas aplicadas nas decisões, sendo que existem decisões cujas fundamentações prezam pelo rol taxativo da ANS, outras que prezam pelo rol exemplificativo, e, em muitas delas, sequer são citadas as resoluções normativas protetivas aos indivíduos com transtornos globais de desenvolvimento. Com isso, é evidente que o tema ainda goza de insegurança jurídica, o que resulta na continuidade das negativas indevidas das operadoras de saúde levadas ao Poder Judiciário.

6. CONCLUSÃO

A presente monografia teve como objetivo a análise da (in)obrigatoriedade da cobertura de medicamentos e terapias para pacientes com o Transtorno do Espectro do Autista (TEA) no âmbito da saúde suplementar, notadamente quanto a recusa das operadoras de saúde diante da ausência de previsão no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com isso, via análise jurisprudencial, doutrinária e legal, foi possível observar um panorama de tensão entre as operadoras de saúde e os contratantes, havendo conflitos entre a efetivação do direito social à saúde, dignidade da pessoa humana, inclusão da pessoa com deficiência e direitos contratuais e consumeristas em face dos limites contratuais impostos pelas operadoras.

Em se tratando da interpretação do rol da ANS, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu, no julgamento do REsp n.º 1.886.292/SP, pela sua taxatividade mitigada. Nesse ínterim, apesar de se notar o zelo pela segurança jurídica e a valorização da função regulatória da ANS, a Corte Superior não concebeu a lista obrigatória de forma absoluta e irrestrita, não podendo colidir com a comprovação de que a intervenção possua evidência científica e exista recomendação pela Comissão Nacional de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Através da decisão, foi objetivado o equilíbrio contratual entre as operadoras e a garantia do direito à saúde mediante a possibilidade da cobertura de tratamentos não previstos no rol. Ademais, a ANS também gozou de papel importante ao exercer a sua competência regulatória ao elaborar as resoluções, notadamente a Resolução Normativa n.º 539/22, publicada logo após a decisão do STJ, que determinou a obrigatoriedade da operadora de saúde fornecer o tratamento indicado pelo médico assistente em se tratando dos transtornos globais de desenvolvimento.

Outrossim, analisando a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, observa-se que as operadoras persistem em negar a cobertura de tratamentos para autistas, não obstante a existência das normas protetivas. Sob essa ótica, o entendimento dominante determina a cobertura dos tratamentos multidisciplinares para os indivíduos com o TEA, via mitigação das cláusulas contratuais excessivamente onerosas ao consumidor, levando em consideração o opinativo médico que confere lastro à cobertura do tratamento. Indo além, o caráter taxativo

mitigado do rol da ANS, determinado pelo STJ, não é seguido de maneira absoluta, visto que há jurisprudência que o interpreta tanto de maneira taxativa, quanto exemplificativa, admitindo a plena cobertura de intervenções não previstas na lista obrigatória.

Em que pese a divergência jurisprudencial, é preciso ter em mente que, para além da condição de consumidor vulnerável, o autista, enquanto pessoa com deficiência, deve gozar da proteção integral do direito à saúde e deve ter acesso aos tratamentos multidisciplinares, como determinado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei n.º 12764/12 e normas do CDC. O sistema de saúde suplementar deve ampliar as garantias e fortalecer os mecanismos que coíbam abusos contratuais, para que sejam assegurados os direitos da pessoa com o TEA e ocorra a diminuição da judicialização nesses casos, que por sua vez corroboram para a morosidade do Poder Judiciário. Outrossim, deve haver a atuação ativa da ANS, cabendo-lhe o exercício da sua competência regulatória para garantir a proteção dos indivíduos com os transtornos globais do desenvolvimento.

Portanto, a presente monografia chegou à conclusão de que as operadoras de saúde devem promover a cobertura dos tratamentos multidisciplinares para o indivíduo com o TEA, no entanto, o adquirente deve demonstrar o respaldo do tratamento e realizar a indicação do profissional de saúde competente para o tratamento do agravo, conforme decisões do STJ e resoluções normativas da ANS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Exposição de Motivos nº 3/2022/DIPRO: proposta de Resolução Normativa sobre cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para tratamento de transtornos do espectro autista e outros transtornos globais do desenvolvimento.** Rio de Janeiro, 18 jun. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/pdfs-para-noticias/ExposiodeMotivos.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2025.

_____. **Parecer Técnico nº 25/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024: Cobertura: equoterapia, hidroterapia, terapias com emprego de vestes especiais – suits, pilates, reeducação postural global (RPG) e acompanhante terapêutico.** Rio de Janeiro: ANS, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2024/parecer-tecnico-no-25_2024_pilates-rpg-hidroterapia-equoterapia-e-outros_rn-539.pdf. Acesso em: 5 jun. 2025.

_____. **Nota Técnica nº 1/2022/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO.** Brasília, 22 jun. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/pdfs-para-noticias/NotaTcnica1.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021.** 2021. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw==>. Acesso em: 5 jun. 2025.

_____. **ANS altera regras de cobertura para tratamento de transtornos globais do desenvolvimento.** Brasília, DF: ANS, 23 jun. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-altera-regras-de-cobertura-para-tratamento-de-transtornos-globais-do-desenvolvimento>. Acesso em: 5 jun. 2025.

ALMEIDA, Saulo André Fonseca de. Os reflexos da Convenção de Nova Iorque na definição de pessoa com deficiência para fins de concessão judicial de benefícios previdenciários e assistenciais na Seção Judiciária de Alagoas. **Revista da Seção Judiciária de Alagoas, Maceió, v. 1, n. 10, p. 5–25, 2025.** Disponível em: <https://revista.ifal.jus.br/RJSJAL/article/view/42>. Acesso em: 1 jun. 2025.

ANDRIGHETTO, Aline; GOMES, Fernanda Fagundes Ribeiro. Direitos do Portador de Transtorno do Espectro Autista: políticas públicas de inclusão escolar sob a ótica da Lei nº 12.764/2012. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 339–365, 2020.** DOI: [10.14393/RFADIR-v48n1a2020-52277](https://doi.org/10.14393/RFADIR-v48n1a2020-52277). Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/52277>. Acesso em: 3 jun. 2025

ANTONELLI, Emília de Abreu; SOUZA, Luciano Pereira de; REZENDE, Luma Lopes Tavares. Condições que autorizam a cobertura assistencial fora do rol da ANS e a sua comprovação: estudo de decisões do Tribunal de Justiça do estado de São Paulo. *Unisanta Law and Social Science*, v. 13, n. 2, p. 122-137, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14262458>. Acesso em: 05 jun. 2025.

ARANHA, Maria Salete Fábio. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. In: **Revista do Ministério Público do Trabalho**. Brasília, ano XI, n. 21, p. 160–173, mar. 2001. Disponível em: <https://claudialopes.psc.br/wp-content/uploads/2021/08/Paradigmas.pdf>. Acesso em: 19/05/2025

_____. **Projeto Escola Viva: garantindo acesso e permanência de todos os alunos na escola: necessidades educacionais especiais dos alunos**. Brasília: 2005. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/visaohistorica.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2024.

_____. **Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica**. Temas em Psicologia, 1995. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1995000200008. Acesso em: 12 set. 2024

AURISVALDO, Sampaio. **Contratos de plano de saúde**. São Paulo: Ed. RT, 2010

BARBOSA, P. M.; SILVA, I. P. de O. Planos De Saúde E Cobertura De Tratamentos Para Pessoas Com Tea: Análise Jurídica Das Principais Controvérsias. In: **Revista Foco**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. e8457, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n5-025. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/8457>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BARBUGIANI, Luiz Henrique Soarmani. **Planos de saúde**. São Paulo: Saraiva, 2015.

BARRETO, Romeu Sá. **Direito dos autistas: teoria e prática**. 1. ed. Salvador: Juspodivm, 2025.

BRANCAGLION, Matheus. Da judicialização ao advocacy: a atuação dos poderes no caso do rol (taxativo) da ANS. In: **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 2, e220711, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2024.v33n2/e220711pt/pt/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001.** Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 9 out. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 25 ago. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 25 ago. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969.** Edita o novo texto da Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 17 out. 1969. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1960-1969/emendaconstitucional-1-17-outubro-1969-364989-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Emenda Constitucional nº 65, de 14 de julho de 2010.** Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc65.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.** Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014.** Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 25 jun. 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/l13003.htm. Acesso em: 5 jun. 2025

_____. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União:* seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020.** Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 jan. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/l13977.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022.** Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm. Acesso em: 5 jun. 2025.

_____. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 out. 1989. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRITES, Luciana. **Como a Análise do Comportamento Aplicada (ABA) pode ajudar seu filho?** (s.d). Disponível em:

<https://institutoneurosaber.com.br/artigos/como-analise-comportamento-aplicada-aba-pode-ajudar-seu-filho/>. Acesso em: 22 abr. 2025.

CAPARROZ, J.; SOLDERA, P. E. dos S. Transtorno Do Espectro Autista: Impactos Do Diagnóstico E Suas Repercussões No Contexto Das Relações Familiares. *In*:

Open Minds International Journal, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 33–44, 2022. DOI: 10.47180/omij.v3i1.142. Disponível em:

<https://openminds.emnuvens.com.br/openminds/article/view/142>. Acesso em: 3 jun. 2025.

CIRICO, Priscila Freitas; RESNER, Andrea Aparecida Ribeiro; RACHED, Chenyfer Dobbins Abi. Os impactos da judicialização na saúde suplementar. *In: Revista Gestão em Foco*, edição n. 11, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/005_OS-IMPACTOS-DA-JUDICIALIZA%C3%87%C3%83O-NA-SA%C3%9ADE-SUPLEMENTAR.pdf. Acesso em: 3 jun. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **CNJ e ANS assinam acordo para redução da judicialização da saúde suplementar**. Brasília: CNJ, 15 abr. 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-e-ans-assinam-acordo-para-reducao-da-judicializacao-da-saude-suplementar/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

CORBELLA CASTELO BRANCO, C. (2024). A evolução dos direitos da pessoa com deficiência no histórico constitucional brasileiro. *In: Revista Da Defensoria Pública Da União*, 20(20), 161-186. <https://doi.org/10.46901/revistadadpu.i20.p161-186>

CORREIA, Cristiane Maluf Rodrigues. Transtorno do Espectro Autista (TEA): plano de saúde e o custeio obrigatório de tratamento multidisciplinar. *In: Revista Camalotes*, Campo Grande, MS: Faculdade Insted, v. 2, n. 1, p. 58–66, 2023. Disponível em: <https://periodicos.insted.edu.br/recam/article/view/46>. Acesso em: 5 jun. 2025

DA CUNHA DE OLIVEIRA, B.; CAVALCANTE DA PENHA, M. S.; BROMBINE ALVES RODRIGUES, G. B.; ARAUJO PÜSCHEL, M.; BOARATI, V. Judicialização de tratamentos para o Transtorno do Espectro Autista no âmbito da saúde suplementar: Análise de sentenças proferidas pelo TJSP em 2023. *In: SciELO Preprints*, 2025. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.11566. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/11566>. Acesso em: 3 jun. 2025.

DA CUNHA DE OLIVEIRA, B.; CAVALCANTE DA PENHA, M. S.; BROMBINE ALVES RODRIGUES, G. B.; ARAUJO PÜSCHEL, M.; BOARATI, V. Judicialização de tratamentos para o Transtorno do Espectro Autista no âmbito da saúde suplementar: Análise de sentenças proferidas pelo TJSP em 2023. *In: SciELO Preprints*, 2025. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.11566. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/11566>. Acesso em: 5 jun. 2025.

DE SÁ ROSA FIGUEIRÊDO, S.; SPENCER HOLANDA, D. Uma aproximação entre a perspectiva do Superior Tribunal de Justiça sobre a taxatividade do rol da ANS e a Lei nº 14.454/2022. *In: Revista Brasileira de Direito Civil*, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 177–204, 2024. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/1018>. Acesso em: 5 jun. 2025.

DIAS, Adelaide Alves; SANTOS, Isabelle Sercundes; ABREU, Adams Ricardo Pereira de. Crianças com Transtorno do Espectro Autista em tempos de pandemia: contextos de inclusão/exclusão na educação infantil. *In: Zero-a-Seis*, Florianópolis, v. 23, n. esp., p. 101–124, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1980-4512.2021.e79005>. Acesso em: 20 Mai. 2025.

DIVINO, Sthéfano Bruno Santos; ANTUNES, Beatriz Gaia Barreto. A taxatividade do rol de procedimentos da Agência de Saúde Suplementar e a negativa de tratamento às pessoas com Transtorno do Espectro Autista. *In: Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 1045, p. 173–201, nov. 2022. DTR\2022\17216. Disponível em: https://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2023/03/10/18_07_02_605_A_taxatividade_do_rol_de_procedimentos_da_agncia_de_sa_de_suplementar_e_a_negativa_de_tratamento_s_pessoas_com_transtorno_do_espectro_autista.pdf. Acesso em: 15 Mai. 2025.

DO VAL, Renata. O direito à saúde para pacientes com transtorno do espectro autista. *In: Revista Jurídica da Universidade do Sul de Santa Catarina*, Santa Catarina, v. 11, n. 22 (2021), p. 169-180. Disponível em: <https://doi.org/10.19177/ufd.v11e222021169-180>. Acesso em: 01/06/2025.

FARAH, Fabiana Barrocas Alves; CUNHA, Danilo Fontenele Sampaio. Autismo: aspectos jurídicos da acessibilidade e respeito. *In: Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 11, n. 1, p. 282-299, 2021. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/6497/pdf>. Acesso em: 23. Set. 2024.

FARIA, Eduardo. Cobertura para método médico-assistente para o seu tratamento. *In: Migalhas*, São Paulo, 13 fev. 2023. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/381454/cobertura-para-metodo-medico-assistente-para-o-seu-tratamento>. Acesso em: 5 jun. 2025.

Farias, A. L. S. de, & Soares Júnior, C. A. (2020). Evolução Histórica dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Questões Associadas no Brasil /. ID on Line. *In: Revista De Psicologia*, 14(52), 59–76. <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i52.2683>

FERNANDES, B. G. **Curso de Direito Constitucional**. 2020, p. 456.

FONTANA, Andressa Tonetto. **Curatela: um novo paradigma da incapacidade civil no direito brasileiro**. São Paulo: Editora Thoth, 2022. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=3IZbEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=incapacidade+civil&ots=fnPAw19y>

Zz&sig=4ni5OoVmnMhQBNczIAA1v4dtvLE#v=onepage&q=incapacidade%20civil&f=false. Acesso em: 1 jun. 2025.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978. p. 13.

FRANÇA, Genivaldo. **Direito Médico**. 14. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

GAGLIANO, Pablo Stolze. PAMPLONAM Rodolfo. Novo Curso de Direito Civil, volume 4. 11. ed. rev. e atual. São Paulo : Saraiva, 2015

GREGORI, Maria Stella. **Garantias de consumo: Código de Defesa do Consumidor se aplica aos planos de saúde**. Consultor Jurídico, São Paulo, 7 jun. 2023. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-jun-07/garantias-consumo-codigo-defesa-consumidor-aplica-aos-planos-saude/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Transtorno do espectro autista (TEA)**. Einstein, [s.d.]. Disponível em: <https://www.einstein.br/n/glossario-de-saude/transtorno-do-espectro-autista-tea>. Acesso em: 22 abr. 2025.

INSTITUTO IBN SUZANA LYRA. **Cresce o número de pessoas com autismo no mundo**. G1, 20 set. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/especial-publicitario/clinica-ibn-suzana-lyra/noticia/2024/09/20/cresce-o-numero-de-pessoas-com-autismo-no-mundo.ghtml>. Acesso em: 03. jun. 2025.

LIMA, Taisa Maria Macena de; VIEIRA, Marcelo de Mello; SILVA, Beatriz de Almeida Borges e. Reflexões sobre as pessoas com deficiência e sobre os impactos da Lei nº 13.146/2015 no estudo dos planos do negócio jurídico. *In: Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil*, Belo Horizonte, v. 14, p. 21, out./dez. 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/operador/Downloads/164-Texto%20do%20Artigo-542-568-10-20180104%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/operador/Downloads/164-Texto%20do%20Artigo-542-568-10-20180104%20(1).pdf) Acesso em: 23 set. 2024.

LOCATELLI, Paula Borges; SANTOS, Mariana Fernandes Ramos dos. Autismo: propostas de intervenção. *In: Revista de Psicologia da Faculdade São José*, v. 8, n. 1, p. 203–220, 2016. Disponível em: <https://fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/63>. Acesso em: 22 Mai. 2025.

MANDARINO, Renan Posella; FREITAS, Marisa Helena D’Arbo Alves de. Ativismo judicial e judicialização da política da relação de consumo: uma análise do controle

jurisdicional dos contratos de planos de saúde privado no Estado de São Paulo. *In: Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 5, n. especial, p. 347–360, 2015. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/3149>. Acesso em: 08. mai. 2025.

MARTINS, Anne Shirley de Oliveira Rezende; LOPES, Washington Luiz Ferreira Dias. A interseção entre autonomia e igualdade a partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência. *In: Revista Eletrônica do Curso de Direito – PUC Minas Serro*, v. 13, n. 1, 2023. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/DireitoSerro/article/view/33971>. Acesso em: 1 jun. 2025.

MASINI, Elcie F. Salzano. **Avaliação: inclusão-promoção automática : exclusão.** *Revista Psicopedagogia*, v. 19, n. 55, p. 109-112, 2001. Tradução . Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001204511> Acesso em: 12 maio 2025.

MELLO, N. C.; SILVA, A. B. DA. Garantia dos princípios constitucionais na aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente. *In: Transições*, v. 2, n. 1, p. 42-69, 7 jul. 2021.

MIGALHAS. **Rol da ANS e o Superior Tribunal de Justiça.** Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-responsabilidade-civil/417377/rol-da-ans-e-o-superior-tribunal-de-justica>. Acesso em: 5 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Direito à educação: subsídios para a gestão dos sistemas educacionais: orientações gerais e marcos legais.** Organização: Ricardo Lovatto Blattes. 2. ed. Brasília: MEC, 2006. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/media/publicacoes/semesp/direitoaeducacao.pdf>. Acesso em: 19/05/2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 Ebook (p. 81). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 19/11/2024

_____. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 Ebook (p. 81). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 19/11/2024

_____. **TEA: saiba o que é o Transtorno do Espectro Autista e como o SUS tem dado assistência a pacientes e familiares.** [Brasília]: Ministério da Saúde, 04 abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/tea-saiba-o-que-e-o-transtorno-do-espectro-autista-e-como-o-sus-tem-dado-assistencia-a-pacientes-e-familiares>

MIRAGEM, Bruno. **Curso de direito do consumidor.** 7. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2018.

NAÇÕES UNIDAS. **OMS afirma que autismo afeta uma em cada 160 crianças no mundo,** 02 abr. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/tea-saiba-o-que-e-o-transtorno-do-espectro-autista-e-como-o-sus-tem-dado-assistencia-a-pacientes-e-familiares>

_____. Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Resolução nº 3447, de 9 de dezembro de 1975. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf Acesso em: 19 maio 2025.

NETO, Arnaldo; SILVEIRA, Sebastião. Os Direitos Fundamentais Do Consumidor E Seu Panorama Protetivo No Direito Brasileiro: A Importância Do Amparo Constitucional. Avanços E Expectativas Após Os 30 Anos Do Cdc. *In: Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional*, [S. l.], v. 15, n. 28, p. 142–166, 2023. Disponível em: <https://abdconstojs.com.br/index.php/revista/article/view/355>. Acesso em: 5 jun. 2025.

NUNES, Luiz Antonio Rizzatto. **Curso de direito do consumidor.** 11. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2017.

OLIVEIRA, Daniela dos Santos Ferreira; SILVA, Anderson Douglas Pereira Rodrigues da. AUTISMO E A EDUCAÇÃO: CIÊNCIA ABA (ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA) COMO PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL. *In: Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 7, n. 10, p. 569–584, 2021. DOI: 10.51891/rease.v7i10.2517. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2517>. Acesso em: 3 jun. 2025.

ONZI, F. Z.; GOMES, R. de F. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E REABILITAÇÃO. **Caderno Pedagógico**, [S. l.], v. 12, n. 3, 2015. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/1293>. Acesso em: 4 jun. 2025.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Transtorno do espectro autista**, (s.d). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista><https://www.gov.br/saude/pt-br/ass>

OTRE, Giovanna. **A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO E CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**. Orientador: BRUNO MARINI. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito) – Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/jspui/handle/123456789/10075>. Acesso em: 12 Mai. 2025.

PACHECO, Kátia Monteiro De Benedetto; ALVES, Vera Lúcia Rodrigues. **A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma**. Acta Fisiátrica, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 242–248, 2007. Disponível em: <https://revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102875/101168>. Acesso em: 19 maio 2025.

PALACIOS, Agustina. **El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. Madrid: Cermi, 2008. p. 42. Disponível em: <https://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32232/1/el-modelo-social-de-discapacidad.pdf>. Acesso em: 24 set. 2024.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e Direito Constitucional Internacional**. 13ª edição, rev. e atual., São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. **Direitos Humanos e Direito Constitucional Internacional**. 21. ed. – São Paulo: SaraivaJur, 2023.

RAGAZZI, José Luiz; Honesko, Raquel. **Código de Defesa do Consumidor Comentado – Doutrina e Jurisprudência**. 1.ed. São Paulo: Verbatim, 2010

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

REVISTA JURÍDICA DA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, v. 11 n. 22, 2021 Disponível em: https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/U_Fato_Direito/article/view/19928/13417. Acesso em: 03 jun. 2025.

RIZZARDO, Arnaldo. **Contratos**. 20. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2022.

ROGERS, Sally; DAWSON, Geraldine. **Intervenção precoce em crianças com autismo: Modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização**. Lisboa: Lidel, 2014

ROTHENBURG, W. C. **Igualdade material e discriminação positiva: o princípio da isonomia**. 2021, p. 79-80

SANTOS, Simone Silva dos; PAIVA, Debora Marciel. A REALIDADE DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA REGIÃO NORTE: O CANCELAMENTO UNILATERAL DE PLANOS DE SAÚDE E SUAS CONFORMIDADES COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE. *In: Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.]*, v. 11, n. 4, p. 3660–3676, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i4.18905. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/18905>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 2. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2010. [Google Livros+4](#)

SCAFF, Fernando Campos. **Direito à saúde no âmbito privado: contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde**. São Paulo: Saraiva, 2010.

SCHEWINSKY, Sandra Regina. **A barbárie do preconceito contra o deficiente: todos somos vítimas**. Acta Fisiátrica, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 7-11, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102465/100777>. Acesso em: 01 out. 2024.

SERRA, Dayse. Sobre a inclusão de alunos com autismo na escola regular: quando o campo é quem escolhe a teoria. *In: Revista de Psicologia*, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 163–176, jul./dez. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/17533>. Acesso em: 1 jun. 2025.

SILVA, A. C. F. da; BATISTA, P. dos S.; CAMPOS, S. P. de. OS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE E OS DIREITOS DO CONSUMIDOR. *In: Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, [S. l.]*, v. 6, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/1081>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SILVA, J. A. da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**, 2020, p. 213-214

SILVA, João da. Controvérsias jurídicas na judicialização do sistema de saúde suplementar no Brasil. *In: Consultor Jurídico*, São Paulo, 2 mar. 2023. Disponível

em: <https://www.conjur.com.br/2023-mar-02/controversias-juridicas-judicializacao-sistema-saude-suplementar-brasil/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Transtorno do espectro do autismo. Manual de Orientação nº 05**. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped_Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf. Acesso em: 1 jun. 2025.

STEPAN, Nancy. **A Hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **REsp: 1925051 SP 2021/0059467-0**. Embargante: FUNDACAO CESP. Embargado: RAUL PINTO. Relator: Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Segunda Seção, julgado em 18 abr 2024, DJe em 24 abr. 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/2549290084>. Acesso em: 3 jun. 2025.

_____. **AgInt no AREsp 1471762 DF 2019/0079234-4**. Agravante: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. Agravado: A P Q DE O (MENOR). Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, 3ª Turma, julgado em 23 mar. 2020, DJe em 30 mar. 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/857349008>. Acesso em: 3 jun. 2025.

_____. **AgInt no AREsp: 1597527 DF 2019/0300312-3**. Agravante: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. Agravado: R V D I (MENOR). Relator: Ministro Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, 3ª Turma, julgado em 24 ago. 2020, DJe 28 ago. 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/923432172>; Acesso em: 3 jun. 2025.

_____. **AgInt no REsp 1973764 SP 2021/0349582-0**. Embargante: UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. Embargado: : R D F (MENOR). Relator: Ministro Moura Ribeiro, 3ª Turma, julgado em 30 mai. 2022, DJe em 01 jun. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/1523400664>. Acesso em: 3 jun. 2025.

_____. **AgRg no REsp 1.162.420/SP**. Agravante: Fundação Sabesp de Seguridade Social. Agravado: Nelson Russo e outro. Relator: Ministro Raul Araújo, 4ª Turma, julgado em 17 nov. 2015, DJe 10 dez. 2015. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/1162420>. Acesso em: 3 jun. 2025.

_____. **REsp 1889704 SP 2020/0207060-5**. Agravante: UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. Agravado: G J C (MENOR). Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Segunda Seção, julgado em 08 jun. 2022, DJe em 03 ago. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/1599608143>. Acesso em: 3 jun. 2025.

_____. **REsp 1733013 PR 2018/0074061-5**. Recorrente: VICTORIA TEIXEIRA BIANCONI. Recorrido: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. Relator: Ministro LUIS FELIPE

SALOMÃO, 4ª Turma, julgado em 10 dez. 2019, DJe em 20 fev. 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/858176650>. Acesso em: 3 jun. 2025.

_____. **Súmula n. 469**. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 31 maio 2012. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Inicio/sumulas>. Acesso em: 13 maio 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **STF inicia julgamento sobre lei que amplia cobertura de planos de saúde**. Brasília, DF: STF, 10 abr. 2025. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-inicia-julgamento-sobre-lei-que-amplia-cobertura-de-planos-de-saude/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

TARTUCE, Flávio; NEVES, Daniel Amorim Assumpção. **Manual de direito do consumidor**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2014.

TERRA, A. de M. V. Planos privados de assistência à saúde e boa-fé objetiva: natureza do rol de doenças estabelecido pela Agência Nacional de Saúde para fins de cobertura contratual obrigatória. *In: Revista Brasileira de Direito Civil, [S. l.]*, v. 23, n. 01, p. 175, 2020. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/537>. Acesso em: 5 jun. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA BAHIA. **Apelação Cível n. 1000018-10.5097.2001**. Órgão julgador: Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Apelante: Fabiana Bitencourt Ferreira Moura. Apelado: Bradesco Saúde. Relatora: Desembargadora Lícia Pinto Fragoso Modesto. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/653269140>. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Apelação Cível n. 8001850-97.2023.8.05.0141**. Órgão julgador: Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Apelante: Fabiana Bitencourt Ferreira Moura. Apelado: Bradesco Saúde. Relatora: Desembargadora Lícia Pinto Fragoso Modesto. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/653269140>. Acesso em: 1 jun. 2025.

_____. **Apelação Cível n. 8000729-29.2023.8.05.0078**. Órgão julgador: Primeira Turma Recursal. Recorrente: Edlene Silva Sousa. Recorrido: Traditio Companhia de Seguros. Relatora: Nícia Olga Andrade de Souza Dantas. Data de julgamento: 04 abr. 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ba/2833159105>. Acesso em: 1 jun. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Apelação Cível n. 1000018-10.5097.2001, MG**. Órgão julgador: não informado. Apelante: Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Apelados: Ana Maria André Mendes e Roberto Elias dos Anjos. Relatora: Desembargadora Sandra Fonseca. Data de julgamento: 20 nov. 2018. Data de publicação: 28 nov. 2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/653269140>. Acesso em: 1 jun. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ. **Apelação Cível n. 0407765-48.2019.8.06.0001**, Fortaleza, CE. Órgão julgador: 2ª Câmara de Direito Público. Apelante: Apelado: . Relator: Desembargador Luiz Evaldo Gonçalves Leite. Data de julgamento: 25 jan. 2023. Data de publicação: 25/01/2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ce/1745064624>. Acesso em: 1 jun. 2025.

WANDERLEY MONTEIRO, I. Estatuto da pessoa com deficiência e os desafios para a tutela dos hipervulneráveis. *In: Revista Da Faculdade De Direito Da FMP, 17(2), 70-80*. 2023. <https://doi.org/https://doi.org/10.53929/rfdf.v17i2.323>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Autism**. 2023 Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 22 abr. 2025.