

## **TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) E A (I)LEGALIDADE DA COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO NA ASSISTÊNCIA PRIVADA: UMA ANÁLISE PONDERADA À LUZ DO ENTENDIMENTO DO STJ**

**AUTISM SPECTRUM DISORDER (AUTISM SPECTRUM DISORDER) AND THE  
(I)LEGALITY OF CHARGING CO-PAYMENTS IN PRIVATE HEALTHCARE: A  
CONSIDERED ANALYSIS IN THE LIGHT OF THE STJ'S UNDERSTANDING**

**EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) Y LA (I)LEGALIDAD DEL  
COBRO DE COPAGO EN LA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA: UN ANÁLISIS  
DETALLADO A LA LUZ DE LA JURISPRUDENCIA DEL STJ**

**Alice da Cruz de Jesus<sup>1</sup>**

**DOI:** 10.54899/dcs.v23i92.6374

**Recibido:** 22/06/2026 | **Aceptado:** 20/07/2026 | **Publicación en línea:** 28/07/2026.

### **RESUMO**

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), identificado pelo código 6A02 na CID-11, é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por demonstrações atípicas comportamentais, com paradigmas estereotipados e repetitivos, englobando alterações quantitativas e qualitativas na interação social e comunicação. À face do exposto, esse estudo, com fulcro no entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ), proferido no AgInt no Recurso Especial nº. 2085472 - MT (2023/0244579-8), tem como objetivo analisar a legalidade, ou não, da cobrança de coparticipação, na conjuntura da saúde suplementar, para tratamentos de pessoas com diagnóstico de TEA, visto que, pode representar exigência significativamente onerosa, de forma a inviabilizar o tratamento para o TEA. Para esse propósito, o texto da pesquisa teve método qualitativo, com coleta de informações em fontes bibliográficas, julgados e artigos disponíveis na internet, associados às legislações concernentes ao conteúdo abordado.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro do Autismo. (TEA). Saúde Suplementar. Coparticipação. Direito à Saúde.

### **ABSTRACT**

Autism Spectrum Disorder (ASD), identified by code 6A02 in the ICD-11, is a neurodevelopmental disorder characterized by atypical behavioral demonstrations, with stereotyped and repetitive paradigms, encompassing quantitative and qualitative changes in social interaction and communication. In light of the above, this study, based on the understanding of the Superior Court of Justice (STJ), handed down in the AgInt in Special Appeal no. 2085472 - MT (2023/0244579-8), aims to analyze the legality, or not, of charging co-payments, in the context of supplementary health, for the treatment of people diagnosed with ASD, since it may

<sup>1</sup> Especialista em Direito Médico, da Saúde e Bioética, Faculdade Baiana de Direito, Salvador, Bahia, Brasil.  
E-mail: alicedacruzj@hotmail.com

represent a significantly onerous requirement, in such a way as to make treatment for ASD unfeasible. To this end, the text of the research used a qualitative method, gathering information from bibliographic sources, judgments and articles available on the internet, associated with legislation concerning the content addressed.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder. (ASD). Supplementary Health. Co-participation. Right to Health.

## RESUMEN

El trastorno del espectro autista (TEA), identificado con el código 6A02 en la CIE-11, es un trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por manifestaciones conductuales atípicas, con patrones estereotipados y repetitivos, que abarca alteraciones cuantitativas y cualitativas en la interacción social y la comunicación. A la luz de lo anterior, este estudio, basado en la interpretación del Tribunal Superior de Justicia (STJ), dictada en el recurso de interposición (AgInt) del Recurso Especial n.º 2085472 - MT (2023/0244579-8), tiene como objetivo analizar la legalidad —o la ilegalidad— del cobro de una coparticipación, en el contexto de la sanidad complementaria, para los tratamientos de personas con diagnóstico de TEA, dado que puede suponer una exigencia significativamente onerosa, hasta el punto de hacer inviable el tratamiento del TEA. A tal fin, el texto de la investigación se basó en un método cualitativo, con recopilación de información procedente de fuentes bibliográficas, sentencias y artículos disponibles en Internet, relacionados con la legislación pertinente al tema tratado.

**Palabras clave:** Trastorno del Espectro Autista (TEA). Sanidad complementaria. Coparticipación. Derecho a la salud.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

---

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma condição neuropsiquiátrica de natureza complexa, caracterizada por déficits persistentes na comunicação social e por comportamentos repetitivos e restritos. Estima-se que o TEA afete cerca de 1% da população mundial, o que equivale à aproximadamente 80 milhões de pessoas diagnosticadas globalmente. No Brasil, a inclusão de dados sobre o TEA no Censo Demográfico do IBGE só foi regulamentada pela Lei nº. 13.861/2019, o que permitiu uma melhor compreensão do panorama nacional.

Em síntese, o diagnóstico e o tratamento do TEA requerem uma abordagem multidisciplinar, que envolve profissionais das áreas de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e medicina, com ênfase na intervenção precoce para maximizar o desenvolvimento

do indivíduo. No entanto, o Sistema Público de Saúde (SUS) enfrenta limitações estruturais e orçamentárias, o que leva muitas famílias a recorrerem à saúde suplementar como alternativa para garantir o tratamento adequado para as pessoas com TEA.

Nesse ínterim, os planos de saúde privados, regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), impõem a coparticipação dos beneficiários nos custos dos tratamentos, uma prática que, em alguns casos, onera consideravelmente as famílias, especialmente àquelas que necessitam de terapias contínuas e prolongadas, como no tratamento do TEA. A Resolução Normativa ANS nº. 465/2021 garante a cobertura obrigatória de tratamentos para o TEA, como terapias comportamentais e fonoaudiológicas, mas a cobrança de coparticipação, prevista em alguns contratos de planos de saúde, é objeto de debates judiciais.

Diante disso, surge a necessidade de, como objetivo central deste estudo, avaliar a (i)legalidade da cobrança de coparticipação nos tratamentos de TEA no contexto da saúde suplementar, à luz do entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ). O exame concentra-se na vulnerabilidade dos pacientes com TEA e na possível violação do direito constitucional à saúde, assegurado pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Com base em metodologia qualitativa, a pesquisa apoiou-se na coleta de informações em fontes bibliográficas, julgados e legislações vigentes, com o intuito de investigar se a cobrança de coparticipação nos tratamentos de TEA pode ser considerada inconstitucional. Outrossim, o estudo busca examinar se essa prática representa uma barreira ao pleno acesso ao tratamento, levando em consideração os princípios da dignidade da pessoa humana, da proporcionalidade e da razoabilidade.

Para tanto, em primeiro momento, abordou-se a contextualização do TEA e o cenário da saúde suplementar no Brasil, destacando os desafios enfrentados pelos pacientes e suas famílias. Na sequência, foi realizada uma análise detalhada do entendimento do STJ sobre a legalidade da coparticipação e os impactos disso na acessibilidade aos tratamentos de saúde para as pessoas com autismo.

## **TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA): CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E ASPECTOS MÉDICO-JURÍDICOS**

O termo autismo foi utilizado pela primeira vez na década de 1910, pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, para detalhar o comportamento de pacientes esquizofrênicos, caracterizado pela fuga da realidade para um mundo interior (Assumpção Junior; Pimentel, 2001).

Em 1943, o psiquiatra austríaco Leo Kanner intitula o autismo infantil como distúrbio autístico do contato afetivo. Em sua obra, “Autistic Disturbances of Affective Contact”, embasado na análise comportamental de onze crianças, Kanner elenca como os sintomas mais evidentes: a inabilidade social; os problemas na linguagem e comunicação; e a necessidade de repetição, também nomeada de *mesmice* ou estereotípias.

O primeiro diagnóstico esboçado por Kanner foi em uma criança de cinco anos (Donald T.), o descrevendo como “[...] extremamente autístico” (2012, p. 120). Com a publicação científica do material clínico, Kanner estabelece o autismo como uma síndrome diversa da esquizofrenia infantil, o reconhecendo como um quadro psicopatológico manifestado desde a primeira infância e presente em crianças com um “[...] desejo muito forte de solidão e ausência de mudança” (2012, p. 168). Fundamenta, nesse íterim, que a combinação de variadas sintomatologias sugere esquizofrenia, contudo, nas crianças estudadas, é possível identificar uma intensa solidão desde uma tenra idade, não sendo sucedida de mudanças comportamentais, o que diferia do diagnóstico de esquizofrenia e sugeria, de forma mais precisa, distúrbio autístico do contato afetivo.

Por consequência do isolamento precoce, é evidenciada a inabilidade inata da criança em relacionar-se, causando perturbações e desordem nas relações afetivas. Kanner descreve uma extrema solidão autista, destacando, para tanto, o comportamento de ignorar e excluir qualquer coisa que venha do mundo exterior, associado à dificuldade em responder a determinados estímulos.

Nesse sentido, preconiza:

[...] estas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual com pessoas, biologicamente previsto [...]. Se esta hipótese está correta, um estudo posterior [...] talvez permita fornecer critérios concretos relativos às noções ainda difusas dos componentes constitucionais de reatividade emocional [...] aqui temos exemplos puros de distúrbios autísticos inatos de contato afetivo. (Kanner, 1943/1997, p. 170)

Kanner aponta a incapacidade de utilizar a linguagem de maneira significativa, demonstrando que muitas crianças sequer falavam ou, quando falavam, não era possível utilizar a fala como um instrumento comunicativo. De forma habitual, foi possível constatar a existência de distúrbios léxicos e sintáticos, a saber, inversão de pronomes (referir a si mesmo na terceira pessoa), ecolalia (repetição de palavras ou frases que escuta), além da dificuldade em atribuir um sentido amplo às palavras, as interpretando somente de forma literal.

Como última característica elementar, Kanner ressalta o desejo/insistência extrema em preservar a mesmice e em não ser incomodado/perturbado. Qualquer modificação do isolamento, ambiente, estabilidade, ainda que mínima, não é aceita, causando um sentimento de angústia torturante (Batista & Bosa, 2002).

A probabilidade de uma incapacidade congênita trouxe abertura para o campo da concepção organicista, vinculando a origem das doenças à distúrbios de natureza bioquímica, genética ou neuropsicológica (Facion, 2005).

Em seguida, no ano de 1944, o psiquiatra austríaco Hans Asperger, contribuindo com os estudos sobre psicopatologia infantil de Leo Kanner, traz a definição de uma síndrome alcunhada como psicopatía autística, descrevendo-a como um transtorno de incidência apenas no sexo masculino, com severa dificuldade de interação social, motora e uso arrogante da fala, contudo, com bom nível de inteligência e linguagem.

Nos seus apontamentos, Asperger descreve a criança com psicopatía autística como peculiar e interessante, ao passo que consegue contrapesar as deficiências com um alto nível de pensamento e experiência pessoal, o que pode acarretar em grandes feitos quando da vida adulta, reivindicando um tratamento educativo adequado para os seres humanos com características peculiares e dificuldades específicas.

Desse modo, é possível consignar que Asperger direcionava o seu trabalho para a conexão entre a psicologia e a educação, enquanto Kanner visava o diagnóstico do autismo no âmbito psiquiátrico, todavia ambos com impacto na literatura mundial, ainda que em momentos distintos.

### **Categorização Nosológica**

Ao longo dos anos, os parâmetros que contribuíram para o diagnóstico do autismo sofreram diversas alterações e foram explanados nos manuais de categorização nosológica, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de

Psiquiatria (APA), e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O DSM é utilizado pelos sistemas de saúde pública, convênios médicos e centros de pesquisa psiquiátrica e farmacêutica, sendo referência internacional (Mayes e Horwitz, 2005). Através dos manuais, é possível identificar a existência de diferenças nas nomenclaturas, características e códigos empregados para alcançar o diagnóstico, funcionando como alicerce para a definição de doenças psíquicas, além de ser base para a prática clínica dos profissionais que atuam ou são ligados à saúde mental.

O DSM se propõe a servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso e o tratamento de transtornos mentais. Trata-se de uma ferramenta para clínicos, um recurso essencial para a formação de estudantes e profissionais e uma referência para pesquisadores da área (American Psychiatric Association, 2014, p. xlii).

Em 1952 foi disponibilizada a primeira edição do DSM, confeccionada com base no manual do Exército dos Estados Unidos e nos sistemas de coleta de recenseamento e estatísticas de hospitais psiquiátricos, sendo uma variante da sexta versão da CID. O autismo era considerado como um subgrupo da esquizofrenia infantil, mais precisamente “reação esquizofrênica, tipo infantil” (American Psychiatric Association, 1952).

No DSM-II (American Psychiatric Association, 1968), o autismo foi alocado na categoria “esquizofrenia de início na infância”, eliminando o termo “reação”, sem, no entanto, elencar alterações significativas em relação à edição anterior.

Posteriormente, no DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) e na sua revisão DSM-III-TRF (American Psychiatric Association, 1987) o autismo foi retirado da classe de psicose, com uma modificação de perspectiva ao iniciar o rompimento com a visão psicanalista, passando a constar no quadro de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) (Martinhago & Caponi, 2019). Refletindo os posicionamentos iniciais de Leo Kanner (1943) e ampliadas por Rutter (1978), o autismo passa a ter denominação própria: Transtorno Autista (Stelzer, 2010).

Com o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), o autismo passou a ser descrito como um Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) ante às evidências de prejuízo invasivo e severo em consideráveis áreas do desenvolvimento, evidenciando relações com déficit cognitivo (Assumpção & Pimentel, 2000; Gadia, Tuchman, & Rotta, 2004). O Manual foi revisto alguns anos depois, DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), contudo, trazendo apenas algumas alterações.

No DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), o autismo integra a categoria de Transtornos do Neurodesenvolvimento, sendo destacado como espectro e suprimido, posto isso, as subcategorias dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), que passaram a ser tratadas por uma única terminologia abrangente: Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), com diferenciações de variações a partir da análise de parâmetros como a presença ou ausência de comprometimento no âmbito do intelecto e da estruturação da linguagem, condições clínicas e/ou perda de habilidades (Regier et al., 2013; Laia, 2011).

O DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) está em consonância com a CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 2022), que entrou em vigor globalmente em 1º de janeiro de 2022. Importa dizer, portanto, que “[...] os critérios do DSM definem transtornos identificados pela denominação diagnóstica e pela codificação alfanumérica da CID” (American Psychiatric Association, 2014, p. xlii).

Com isso, o autismo passa a ser delineado através de diagnóstico clínico, feito por indicadores e com base em observações do comportamento e relatos a respeito do histórico de desenvolvimento, conduzido pelos critérios universais e descritivos com fundamento em teorias das neurociências e do desenvolvimento (Marques & Bosa, 2015; Neumann et al., 2017).

### **Detalhamento da Compreensão Contemporânea do TEA**

O Transtorno do Espectro do Autismo, atualmente, se classifica como um Transtorno do Neurodesenvolvimento, caracterizado por condições/déficits evidenciados em idade precoce, tipicamente no início do período do desenvolvimento da criança. Alterações significativas na comunicação, na interação social, no comportamento e na motricidade podem ser evidenciadas antes dos três anos de idade, fase em que a criança ainda não ingressou na escola.

O diagnóstico é gerado por meio de observações clínicas comportamentais, conduzido por entrevistas com os pais ou responsáveis pela criança, além da utilização de protocolos específicos, todavia, a sua etiologia ainda continua desconhecida. Em que pese a hereditariedade seja apontada como o principal fator de risco, a interação entre componentes genéticos e ambientais é considerada como causa multifatorial provável do autismo (Abrahams & Geschwind, 2008).

Nesse sentido, o DSM-V destaca:

Os melhores fatores prognósticos estabelecidos para as evoluções individuais no transtorno do espectro autista são presença ou ausência de deficiência intelectual e

comprometimento da linguagem associados (p. ex., linguagem funcional por volta dos 5 anos de idade é um sinal de bom prognóstico), bem como outros problemas de saúde mental. Epilepsia, como um diagnóstico de comorbidade, está associada a maior deficiência intelectual e menor capacidade verbal.

Ambientais. Uma gama de fatores de risco inespecíficos, como idade parental avançada, baixo peso ao nascer ou exposição fetal a ácido valproico, pode contribuir para o risco de transtorno do espectro autista.

Genéticos e fisiológicos. Estimativas de herdabilidade para o transtorno do espectro autista variam de 37% até mais de 90%, com base em taxas de concordância entre gêmeos. Atualmente, até 15% dos casos de transtorno do espectro autista parecem estar associados a uma mutação genética conhecida, com diferentes variações no número de cópias de novo ou mutações de novo em genes específicos associados ao transtorno em diferentes famílias. No entanto, mesmo quando um transtorno do espectro autista está associado a uma mutação genética conhecida, não parece haver penetrância completa. O risco para o restante dos casos parece ser poligênico, possivelmente com centenas de loci genéticos fazendo contribuições relativamente pequenas. (DSM-5, 2014, p. 56-57)

De acordo com a CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 2022) e em conformidade com o DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), o Transtorno do Espectro do Autismo é identificado pelo código 6A02 e as suas subdivisões são diferenciadas tão-somente pelo comprometimento da linguagem funcional e deficiência intelectual (WHO, 2018). Depreende-se, assim, que o autismo interfere na comunicação e no comportamento e, diante da grande abrangência e vasta heterogeneidade fenotípica, utiliza-se o termo “espectro”.

O DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) evidencia que:

As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D). O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente. Características diagnósticas nucleares estão evidentes no período do desenvolvimento, mas intervenções, compensações e apoio atual podem mascarar as dificuldades, pelo menos em alguns contextos. Manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo espectro. O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger. (DSM-5, 2014, p. 53)

A OMS, estimativamente, indica que 1% da população mundial possui TEA, o que representa, de forma aproximada, 80 milhões de pessoas com o diagnóstico. Contudo, “ainda não está claro se isto reflete maior diagnóstico da patologia decorrente de modificações de critérios de diagnóstico ou se houve aumento real da patologia” (Stelzer, 2012, p. 32).

Em relatório publicado em dezembro de 2021 por aferições realizadas em 2018, o Centro de Controle de Doenças e Prevenção dos Estados Unidos elenca que, até os 8 anos de idade, 1 em cada 44 crianças de 11 estados norte-americanos é diagnosticada com autismo (Maenner et. al, 2018).

No contexto do Brasil, até 18 de julho de 2019, inexisteriam determinações legais para inclusão das especificidades inerentes ao TEA nos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo ocorrido com a promulgação da Lei nº. 13.861/2019 (BRASIL, 2019). Todavia, em razão da pandemia da Covid-19, somente foram de fato implementadas no Censo do ano de 2022 (IBGE, 2022), que iniciou as divulgações em 06 de setembro de 2024, com a publicação dos dados referentes ao “Censo Demográfico 2022: Tipos de domicílios coletivos, improvisados, de uso ocasional e vagos: Resultados do universo” (IBGE, 2024), permanecendo pendente os dados sobre o autismo.

### 2.2.1 Níveis do TEA

O quadro clínico do TEA envolve a complexidade e singularidade de cada pessoa. Para identificação do nível e, conseqüentemente, do tratamento devido, é necessário um estudo sobre o comportamento, analisando os “déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos” (DSM-5, 2014, p. 50) e os “padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia” (DSM-5, 2014, p. 50), com indicação da gravidade.

Além disso, o DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) aponta:

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida). D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente. E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento (DSM-5, 2014, p. 50/51).

Em razão da complexidade do TEA, profissionais da saúde sustentam que a forma mais adequada de concluir o diagnóstico é através da interdisciplinaridade, devendo conter ao menos

um neuropediatra e um psicólogo que seja especialista em transtornos do desenvolvimento. De forma interdisciplinar, é possível consubstanciar de forma mais detalhada as nuances do quadro clínico, descrevendo o perfil médico, cognitivo e adaptativo, reforçando o nível de gravidade e fornecendo possibilidades de intervenções e de tratamentos (e.g., Barbaresi et.al., 2006; Charman & Baird, 2002; Filipek et al., 1999; Nash & Coury, 2003; Newsom & Hovanitz, 2006).

Nesse contexto, o DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) divide os níveis da pessoa com autismo em:

Nível 1 “Exigindo apoio”: Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas

Nível 2 “Exigindo apoio substancial”: Déficit graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.

Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”: Déficit graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas. (DSM-5, 2014, p. 52)

Em análise à descrição elencada pela APA (2013), afere-se que o nível 1 é considerado como nível de suporte leve, no qual a pessoa possui autonomia em variados contextos, conseguindo trabalhar, estudar, bem como construir laços sociais, o que traz uma certa independência, ainda que o interesse não se perpetue por muito tempo.

No âmbito da comunicação, o autista nível 1 de suporte consegue interagir socialmente, contudo, com limitações perceptíveis, o que pode ocasionar interpretações divergentes das intenções, sentimentos e expressões, seja por não agir de acordo com o sentimento do outro ou por ser instigado a realizar determinada ação específica, ainda que desconheça o objetivo.

No nível 2 de suporte, estabelecido como moderado, o autista revela dificuldades mais significativas, necessitando, dessa forma, de um maior apoio, tanto traduzido em auxílio no dia a dia, quanto em uma quantidade maior de terapias, visando um melhor desenvolvimento das questões comportamentais para que possa interagir socialmente.

Em seu nível 3, considerado o grau mais severo de suporte da pessoa com autismo, identifica-se uma vasta dificuldade no desenvolvimento da linguagem. Alguns conseguem falar, ainda que apresentando uma fala inteligível de poucas palavras e outros mantêm-se não verbais, necessitando, portanto, de uma outra pessoa para interceder por suas necessidades e interesses, o que os torna com pouca autonomia na vida.

Ainda, é possível identificar no nível 3 de suporte uma tendência ao isolamento total, bem como comportamentos repetitivos graves e extrema contrariedade para realizar atividades que não lhe causem interesse, mesmo com a realização de tratamentos e terapias de forma intensiva e acompanhamento de especialistas.

Em linhas gerais, conclui-se que, quanto menor o nível, menor é o seu grau de comprometimento/gravidade, o que influi diretamente na perspectiva de prognóstico e na modalidade de tratamento proposto.

### **Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988**

A Constituição Federal de 1988 traz, em sua essência e de forma vital, a garantia dos direitos fundamentais para todos os cidadãos, sem distinção de qualquer natureza, elencando, em seu artigo 5º, que todos gozam de igualdade de condições e direitos (Brasil, 1988).

Especificado como direito social, o acesso à saúde é resguardado pelo artigo 6º da Constituição Federal (Brasil, 1988). Direito de todos e um dever do Estado, que deve, consoante determina o artigo 196 da referida Carta Constitucional (Brasil, 1988), assegurá-lo.

O mencionado diploma legal, em seu artigo 196 (Brasil, 1988) estabelece, ainda, que o Estado deve viabilizar políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de doenças e de outros agravos, bem como possibilitar o acesso, de forma igualitária e universal, às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Conferindo maior proteção às pessoas com deficiência, no artigo 23, II, a Magna Carta regulamenta que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (Brasil, 1988).

No artigo 227, §1º, com relação à criança, o adolescente e o jovem, dispõe que:

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: [...] (Brasil, 1998).

Afere-se, dessa forma, que, de acordo com os dispositivos da Constituição Federal (Brasil, 1988), ainda que a saúde seja uma particularidade de cada indivíduo, o que outorga o direito de reivindicar dos entes públicos, a sua efetiva garantia é viabilizada através da extensão à coletividade.

### Dispositivos legais de proteção à pessoa com deficiência

Abarcando a compreensão do direito constitucional à saúde e, em corolário à necessidade de proteção às pessoas com deficiência, em 1989 foi promulgada a Lei nº. 7.853 de 1989 (Brasil, 1989), dispondo que:

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 (Brasil, 1989).

No ano seguinte, através do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), foi resguardado o direito de crianças e adolescentes com deficiência gozarem de atendimentos especializados em educação e saúde, com amparo protecionista também no ambiente de trabalho:

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado (Brasil, 1990).

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 (Brasil, 1990).

Art. 66. Ao adolescente portador de deficiência é assegurado trabalho protegido. (Brasil, 1990).

Nos anos seguintes, o ordenamento jurídico brasileiro permaneceu evoluindo nas legislações, concedendo aos portadores de deficiência, através da Lei nº. 8.899/1994 (Brasil,

1994), passe livre no sistema de transporte coletivo interestadual.

Com a Lei nº. 10.048/2000 (Brasil, 2000), passou a ser assegurado prioridade no atendimento geral para as pessoas com deficiência, além de obrigatoriedade de assentos reservados. Por conseguinte, a Lei nº. 10.098/2000 (Brasil, 2000) dispõe normativas e parâmetros para a promoção da acessibilidade da pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida.

Em 2001, a Lei nº. 10.216/2001 (Brasil, 2001) assegura proteção os portadores de transtornos mentais, os resguardando contra abusos, explorações e discriminações, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, antes configurado como um modelo asilar.

Nesse sentido, revelando um novo padrão assistencial, com foco na multidisciplinariedade e humanização, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergem como estratégia principal para reforma do modelo de assistência à saúde mental no País e figurando, de acordo com Tavares & Souza, como:

[...] serviço que se diferencia das estruturas tradicionais e que se orienta pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade, com base das ações multiprofissionais (Tavares & Sousa, 2009, p. 254).

Acompanhando as evoluções legislativas, com o advento da Lei nº. 12.764 de 2012 (Brasil, 2012), Lei Berenice Piana, foi instituída a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, definindo que “[...] § 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (Brasil, 2012), agregando, posto isso, maior proteção legal para os autistas.

Importa colacionar, nesse contexto, o que preleciona o artigo 1º, §1º e seus incisos:

Art. 1º [...]

§ 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 (Brasil, 2012)

A Lei Berenice Piana (Brasil, 2012), com vistas a promover a inclusão social das pessoas

com autismo, estabelece diretrizes para sua consecução:

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.

Corroborando com as normativas proclamadas e com a necessidade de amparo legal das pessoas com deficiência, visando um projeto terapêutico individualizado e multidisciplinar, Martha Nussbaum destaca:

Uma abordagem satisfatória da justiça humana requer reconhecer a igualdade na cidadania para pessoas com impedimentos, inclusive impedimentos mentais, e apoiar apropriadamente o trabalho de sua assistência e educação, de tal maneira que também ajudem a lidar com os problemas causados pelas deficiências associadas. Além disso, requer reconhecer as muitas variedades de lesão, deficiência, necessidade e dependência que um ser humano “normal” igualmente experimenta, e, dessa forma, a grande continuidade que existe entre as vidas “normais” e as daquelas pessoas que padecem de impedimentos permanentes (Nussbaum, 2013, p. 121).

Por conseguinte, em 2015, foi sancionada a Lei nº. 13.146/2015 (Brasil, 2015), denominada de Estatuto da Pessoa com Deficiência definindo que:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Nesse cenário, em diversas regulamentações, a Legislação Brasileira resguarda proteção e inclusão às pessoas com deficiência. Sob esse prisma, Tartuce assevera:

Em verdade, o Estatuto da Pessoa com Deficiência acaba por consolidar ideias constantes na Convenção de Nova York, tratado internacional de direitos humanos do qual o País é signatário e que entrou no sistema jurídico com efeitos de Emenda à Constituição por força do art. 5.º, § 3.º, da CF/1988 e do Decreto 6.949/2009. O art. 3.º do Tratado consagra como princípios a igualdade plena das pessoas com deficiência e a sua inclusão com autonomia, recomendando o dispositivo seguinte a revogação de todos os diplomas legais que tratam as pessoas com deficiência de forma discriminatória (Tartuce, 2017, p. 121).

Afere-se que o reconhecimento da pessoa com autismo como indivíduo com deficiência abarca inúmeras garantias, estas que, quando unidas, realçam ferramentas significativas para combater a desigualdade e fortalecer a luta das famílias por uma vida melhor e mais justa.

Inclusive, nos incisos do artigo 2º da Lei nº. 12.764 de 2012 (Brasil, 2012), é possível observar a conotação de importância e relevância do papel da sociedade no desenvolvimento e na inclusão das pessoas com autismo, apontando, por exemplo, o estímulo à inserção no mercado de trabalho, a qualificação de profissionais para o correto atendimento às pessoas com TEA, além de fomentar a pesquisa científica.

Sob esse prisma, o artigo 3º (Brasil, 2012) disciplina:

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

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

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;

IV - o acesso:

a) à educação e ao ensino profissionalizante;

b) à moradia, inclusive à residência protegida;

c) ao mercado de trabalho;

d) à previdência social e à assistência social.

Parágrafo único. Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado (Brasil, 2012).

Em 2020, a Lei Romeo Mion, nº. 13.977 de 2020 (Brasil, 2020) altera a Lei Berenice Piana (Brasil, 2012) para inclusão do artigo 3º-A, com o fito de auxiliar na identificação das

peessoas com autismo, para o correto atendimento das prerrogativas legais relacionadas às suas condições e, conseqüentemente, precaver constrangimentos ou abusos:

Art. 3º-A. É criada a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), com vistas 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).

Nesse contexto, afere-se a existência de diversas regulamentações em prol da proteção às pessoas com o Transtorno do Espectro do Autismo, todavia, é cediço que a mera previsão legal não é suficiente para a real efetividade dos direitos fundamentais assegurados, revelando ser imprescindível a atuação positiva do Estado.

No entanto, de forma incontestada, a rede pública de saúde é deficitária em estrutura e, conseqüentemente, na disponibilização do tratamento adequado para o autismo, figurando a saúde suplementar como instrumento para ampliar o acesso à saúde e contribuir para efetivação desse direito social.

## **SAÚDE SUPLEMENTAR: DIRETRIZES E DIMENSÕES DE COBERTURA**

A saúde suplementar consiste no grupamento de planos, seguros e serviços de saúde privados que não possuem vinculação com o Sistema Único de Saúde (SUS), mas são regulados pelo Poder Público através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída através da Lei nº. 9.961 de 2000 (Brasil, 2000).

De acordo com o artigo 1º, parágrafo único da Lei nº. 9.961/2000 (Brasil, 2000), a ANS possui personalidade jurídica de direito público, vinculada ao Ministério da Saúde, e com ampla autonomia, “[...] inclusive no tocante à gestão administrativa e financeira, patrimônio e receita próprios, destinada a controlar (regular e fiscalizar) um setor de atividades de interesse público em nome do Estado brasileiro” (Ferreira Filho, 2002, p. 138)

Nesse cenário, a ANS é responsável pela confecção e implementação de normativas, bem como por fiscalizar as atividades prestadas pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, que, por sua vez, são regulamentadas através da Lei nº. 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), conhecida como Lei dos Planos de Saúde.

Vale por oportuno, desse modo, destacar a expressa previsão constante no §1º do artigo 1º da Lei dos Planos de Saúde (Brasil, 1998):

Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira [...] (Brasil, 1998).

Outrossim, é evidenciada a natureza mercantil-contratual dos serviços privados de assistência à saúde, bem como que a realização das ações de saúde por particulares, no desempenho de suas atividades econômicas, possui o nítido, legal e legítimo intento de lograr lucro, seja por intermédio da atuação no mercado de saúde suplementar através dos planos de assistência à saúde ou mediante a cobrança direta (Pereira, 2024, p. 43).

Por conseguinte, do enunciado do inciso I do artigo 1º da Lei nº. 9.656 de 1998 (Brasil, 1998), é possível extrair a definição conceitual e os atributos inerentes aos planos privados de assistência à saúde, sendo destacado como:

[...] 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 (Brasil, 1998).

Em seguimento, no inciso II do referido diploma legal, é disposto o conceito das operadoras de planos de 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” (Brasil, 1998).

Conclui-se, posto isso, que a saúde suplementar visa a ampliação do acesso à saúde; o oferecimento de cobertura abrangente, com qualidade e segurança; a promoção de livre escolha; e a contribuição para a sustentabilidade do sistema de saúde (Brasil, 1998).

### Cobrança de Coparticipação

De acordo com a Resolução Normativa ANS nº. 465, de 24 de fevereiro de 2021 (ANS, 2021), que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da saúde suplementar, é obrigatória a cobertura assistencial de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

Não obstante, com a alteração manejada pela Resolução Normativa ANS nº. 539, de 23 de junho de 2022 (ANS, 2022), o artigo 6º da Resolução Normativa ANS nº. 465, de 24 de fevereiro de 2021 (ANS, 2021) passou a vigorar acrescido do §4º, com a seguinte redação:

§ 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 agravamento do paciente (ANS, 2021).

Conforme Do Val e Cavalcante (2023):

O contrato de plano de saúde é um instrumento por meio do qual o beneficiário ou titular firma um contrato de prestação de serviços médico hospitalares com a operadora do plano de saúde e esta se responsabiliza por cobrir as despesas médicas hospitalares que tenham previsão contratual.

Por essa visão temos que a operadora não é obrigada a fornecer todo e qualquer tratamento. Contudo, deve haver respeito ao Código de Defesa do Consumidor, podendo haver nulidade de eventuais cláusulas abusivas.

O contrato do plano de saúde é plurilateral, já que podemos ter o colaborador, a empresa, a operadora de saúde e o beneficiário ou titular.

Também é oneroso com obrigações de ambas as partes. O titular, de pagar quantia certa, e a operadora de prestar os serviços – obrigação de fazer. É um contrato comutativo, posto que possui objetos certos; é um contrato aleatório, a obrigação de pagar é independente de uso; é um contrato de trato sucessivo e possui prazo indeterminado (Do Val e Cavalcante, 2023, p. 87-88).

Nesse cenário, nos termos do artigo 16, VIII, da Lei nº. 9.656/1998 (Brasil, 1998), os contratos de plano de saúde devem prever com clareza sobre “a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica” (Brasil, 1998).

Importa destacar, sob esse prisma, que as Legislações e Regulações da ANS pertinentes à matéria não determinam, expressamente, o máximo de percentual, nem tampouco valor fixo a título de coparticipação, o que vem sendo objeto de manejo judicial.

Sob a perspectiva contratual, em Ação de Revisional de Contrato c/c Nulidade de Cláusula Contratual, em outubro de 2023, em decorrência do julgamento do Recurso Especial nº. 2.001.108, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), decidiu, por unanimidade, a respeito da legalidade de cobrança de percentual de coparticipação ao beneficiário, abarcando, inclusive, os procedimentos não listados no Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2021), fixando a seguinte ementa:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA.

1. Ação revisional de contrato c/c nulidade de cláusula contratual e compensação por dano moral ajuizada em 03/11/2017, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 22/02/2022 e concluso ao gabinete em 16/05/2022.

2. O propósito recursal é dizer sobre a abusividade da cobrança de coparticipação pelo tratamento com o protocolo Pediasuit.

3. O protocolo Pediasuit, é, em geral, aplicado em sessões conduzidas por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e/ou fonoaudiólogos, dentro das respectivas áreas de atuação, sem a necessidade de internação ou mesmo da utilização de estrutura hospitalar, enquadrando-se, a despeito de sua complexidade, no conceito de atendimento ambulatorial estabelecido pela ANS.

4. Se a operadora atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operasse o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva.

5. Como não há norma detalhando as condições para a utilização do fator moderador, a serem informadas ao usuário, deve ser considerada suficiente a discriminação prévia do percentual ou do valor devido para cada procedimento ou grupo de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação - consultas, exames, atendimento ambulatorial, internação, etc. - tendo em conta o efetivamente pago pela operadora ao prestador do serviço.

6. Para que a coparticipação não caracterize o financiamento integral do procedimento por parte do usuário ou se torne fator restritor severo de acesso aos serviços, é possível aplicar, por analogia, o disposto no art. 19, II, "b", da RN-ANS 465/2022, para limitar a cobrança "ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde".

7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titular, mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.

8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço.

9. Recurso especial conhecido e provido em parte (STJ, 2023).

Vale destacar que o supracitado precedente está em consonância com as decisões anteriores das 3ª e 4ª Turmas do STJ, consoante Recursos Especiais nºs. 1.566.062 e 1.848.372, ao passo que foi sedimentada a ausência de ilegalidade na oferta e, conseqüentemente, na contratação de plano privado de saúde com fator moderador de coparticipação.

## **(I)LEGALIDADE DA COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO PARA TRATAMENTO DO TEA À LUZ DO ENTENDIMENTO DO STJ**

Conforme explanado no decorrer da pesquisa, quando o artigo 199 da Constituição Federal autorizou à iniciativa privada a prestação de serviços de assistência à saúde, o fez de forma condicionada ao cumprimento dos direitos fundamentais dos beneficiários dos planos de saúde, notadamente os portadores de deficiências, a despeito da contraprestação pecuniária por parte do consumidor (pagamento de mensalidade) inerente ao serviço prestado.

Nesse sentido, ainda que haja expressa previsão contratual sobre a existência do fator moderador para cálculo do percentual de coparticipação e sobre as condições para sua utilização, a sua incidência não pode significar uma prática abusiva.

No entanto, em análise ao pagamento de coparticipação no caso de beneficiários autistas, o Superior Tribunal de Justiça no julgamento do AgInt no Recurso Especial nº. 2085472 - MT (2023/0244579-8), corroborou com o entendimento do Tribunal de origem sedimentando que o percentual de coparticipação, adicionado a cada sessão das terapias realizadas para tratamento do beneficiário autor, pessoa com autismo, de forma incontroversa, inviabilizaria a continuidade da terapêutica, o que revela, assim, fator restritivo de acesso ao serviço de saúde:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. COPARTICIPAÇÃO. RESTRIÇÃO DE ACESSO À SAÚDE. VEDAÇÃO. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. No caso, o Tribunal de origem entendeu que o percentual de coparticipação, adicionado a cada sessão das terapias realizadas pelo autor para o tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA), indubitavelmente, inviabilizaria a continuidade da terapêutica, constituindo, assim, um fator restritivo de acesso ao serviço de saúde. 2. Esta Corte de Justiça pacificou o entendimento de que não é abusiva cláusula contratual de plano privado de assistência à saúde que estabeleça a coparticipação do usuário nas despesas médico-hospitalares, desde que não inviabilize o acesso à saúde. Incidência da Súmula 83/STJ. 3. **À luz do Código de Defesa do Consumidor, devem ser reputadas como abusivas as cláusulas que nitidamente afetem, de maneira significativa, a própria essência do contrato, impondo restrições ou limitações aos procedimentos médicos, fonoaudiológicos e hospitalares, prescritos para doenças cobertas nos contratos de assistência e seguro de saúde dos contratantes, como é o caso dos autos.** 4. Agravo interno a que se nega provimento (STJ, 2023)

Nesse mesmo sentido, colaciono outros julgados do Superior Tribunal de Justiça:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. SESSÕES

EXCEDENTES AO LIMITE CONTRATUAL. COPARTICIPAÇÃO. POSSIBILIDADE. AGRAVO INTERNO PROVIDO. 1. Esta Corte de Justiça pacificou o entendimento de que não é abusiva cláusula contratual de plano privado de assistência à saúde que estabeleça a coparticipação do usuário nas despesas médico-hospitalares, em percentual sobre o custo de tratamento médico realizado sem internação, **desde que a coparticipação não caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços** (REsp 1.566.062/RS, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, DJe de 1º/7/2016). 2. Agravo interno provido. (AgInt no REsp n. 1.962.568/SP, relator Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 11/9/2023, DJe de 14/9/2023)

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR. COPARTICIPAÇÃO EM PERCENTUAL. IMPOSSIBILIDADE. DANO MORAL. HARMONIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. CARACTERIZAÇÃO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE. JULGAMENTO: CPC/15. 1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 13/06/2019, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 06/05/2021 e atribuído ao gabinete em 01/07/2021. Julgamento: CPC/15. 2. O propósito recursal consiste em decidir sobre: (i) a possibilidade de a operadora de plano de saúde cobrar coparticipação no caso de internação domiciliar; e (ii) o cabimento da compensação por dano moral. 3. A existência de fundamento do acórdão recorrido não impugnado, quando suficiente para a manutenção de suas conclusões, impede a apreciação do recurso especial. 4. Distinção entre assistência domiciliar e internação domiciliar, sendo que, na hipótese dos autos, de acordo com o contexto fático delineado no acórdão recorrido, conclui-se tratar-se de internação domiciliar como alternativa à internação hospitalar. 5. **O posicionamento adotado pela jurisprudência do STJ é firme no sentido de que a contratação de coparticipação para tratamento de saúde, seja em percentual ou seja em montante fixo, desde que não inviabilize o acesso ao serviço de saúde é legal.** Todavia, é vedada a cobrança de coparticipação apenas em forma de percentual nos casos de internação, com exceção dos eventos relacionados à saúde mental, hipótese em que os valores devem ser prefixados e não podem sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias (arts. 2º, VIII, e 4º, VII, da Resolução CONSU nº 8/98). 6. Hipótese dos autos em que, foi estabelecida, contratualmente, a coparticipação da parte recorrida-beneficiária sobre o total das despesas arcadas pelo recorrente no caso de internação domiciliar em forma de percentual, razão pela qual conclui-se pela sua ilegalidade, até mesmo porque substituta da internação hospitalar não relacionada à saúde mental. 7. A negativa administrativa ilegítima de cobertura para tratamento médico por parte da operadora de saúde só enseja danos morais na hipótese de agravamento da condição de dor, abalo psicológico e demais prejuízos à saúde já fragilizada do paciente. Precedentes. 8. O reexame de fatos e provas em recurso especial é inadmissível. 9. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa extensão, não provido. (REsp n. 1.947.036/DF, relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, julgado em 22/2/2022, DJe de 24/2/2022)

É fundamental destacar, posto isso, que a coparticipação atua como um importante mecanismo de regulação financeira para as operadoras no gerenciamento dos serviços de assistência à saúde, contudo, não deve ser fator preponderante para impor barreiras severas ao acesso a esses serviços.

Assim, afere-se que, embora a coparticipação seja uma ferramenta legítima utilizada pelas operadoras de planos de saúde para conter os custos e equilibrar financeiramente a prestação dos serviços, sua aplicação deve sempre respeitar os princípios de razoabilidade e proporcionalidade,

de modo a não inviabilizar o tratamento necessário ao beneficiário. O Superior Tribunal de Justiça, por meio de diversas decisões, como no REsp n. 1.947.036/DF, tem consolidado o entendimento de que cláusulas contratuais que impõem coparticipação não podem configurar um obstáculo desproporcional ao acesso aos serviços de saúde. No caso de tratamentos para pessoas com Transtorno do Espectro Autista, onde há necessidade de terapias contínuas e multidisciplinares, a exigência de coparticipação em cada sessão pode gerar uma carga financeira excessiva, configurando uma prática abusiva e restritiva ao direito à saúde.

Além disso, o Código de Defesa do Consumidor também oferece amparo ao assegurar que cláusulas contratuais que limitem ou inviabilizem o acesso a procedimentos médicos necessários sejam consideradas abusivas. Isso é reforçado pelo entendimento do STJ, que destaca a importância de garantir o acesso efetivo aos tratamentos, especialmente quando se trata de doenças ou condições crônicas que exigem acompanhamento constante, como é o caso do TEA. Dessa forma, qualquer cobrança que coloque em risco a continuidade do tratamento ou que resulte em um encargo excessivo ao beneficiário deve ser revisada, a fim de garantir o cumprimento dos direitos fundamentais à saúde e à dignidade humana.

## CONCLUSÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), identificado pelo código 6A02 na CID-11, é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por demonstrações atípicas comportamentais, com paradigmas estereotipados e repetitivos, englobando alterações quantitativas e qualitativas na interação social e comunicação.

O quadro clínico do TEA envolve a complexidade e singularidade de cada pessoa. Para identificação do nível e, conseqüentemente, do tratamento devido, havendo em níveis diferenciados déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos.

A relação contratual dos acometidos pelo distúrbio faz surgir celeuma, vez que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) cunhou importante marco decisório no AgInt no Recurso Especial nº 2085472 - MT (2023/0244579-8). No julgado analisou sobre a legalidade, ou não, da cobrança de coparticipação na conjuntura da saúde suplementar diante de tratamento de pessoas diagnosticadas com TEA.

O tema resguarda importante relevância na medida em que discute a imperatividade da

manutenção de valores pré-fixados em contratos e possibilidade de cobrança abusiva dos planos de saúde de tratamentos continuados e A Constituição Federal de 1988 traz, em sua essência e de forma vital, a garantia dos direitos fundamentais para todos os cidadãos, sem distinção de qualquer natureza, elencando, em seu artigo 5º, que todos gozam de igualdade de condições e direitos.

De forma incontestada, embora exista o direito social à saúde, a rede pública é deficitária em estrutura e, conseqüentemente, na disponibilização do tratamento adequado para o autismo.

Desse modo, a saúde suplementar adentra o meio constitucional com claro viés financeiro em seu escopo particular, entretanto com matriz e responsabilidade social de implementar a ampliação do acesso à saúde. O contexto se materializa com a obrigação de oferecimento de cobertura abrangente, qualidade e segurança, tudo em harmonia para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Nesse contexto, a Resolução Normativa da ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, patenteou a obrigação de cobertura assistencial multidisciplinar para os diagnosticados com TEA, alargando os tratamentos referentes e regulamentando obrigação constitucional.

Em busca de equilibrar a relação econômico-financeira contratual, as operadoras de saúde incluíram medida contratual denominada de coparticipação, mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora.

Sendo assim, a imposição contratual ao portador de TEA muitas vezes inviabiliza o núcleo do objeto contratual, pautado no acesso à saúde, uma vez que excede os postulados normativos da razoabilidade e proporcionalidade, impondo alto valor por tratamento a beneficiário vulnerável.

Nesse contexto, a matiz do acesso ao tratamento se torna afastada na medida em que há restrições de números de seções, imposição de valores exorbitantes e cobrança de coparticipação a beneficiário que faz tratamento continuado e necessita da contraprestação no acordo sinalagmático entabulado.

Conseqüentemente, quando se está diante do esvaziamento do objeto contratual, que é direito resguardado constitucionalmente e viabilizado por entidade que possui caráter social complementar, vê-se a abusividade da cobrança por aquele que se apresenta como “mão do Estado”, entretanto, não corrobora para a cobrança devida pela concessão da utilização do serviço, tornando ilegal a cobrança de coparticipação de beneficiários autistas.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAMSON, B. S.; GESCHWIND, D. H. Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. **Nature Reviews Genetics**. v. 9, p. 341, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/nrg2346>. Acesso em: 07 de ago. 2024.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV– Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- \_\_\_\_\_. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASPERGER, H. **Autistic psychopathy in childhood**. In U. Frith (Ed.). **Autism and Asperger syndrome**. Londres: Cambridge University Press, 1991, p. 37-92.
- \_\_\_\_\_. Die "Autistischen Psychopathen" in kindesalter. **Archiv f. Psychiatrie**. v. 117, n. 110, 1944, p. 76-136.
- \_\_\_\_\_. Die Autistischen Psychopathen in kindesalter. **Arch Psychiatr Nervenkr**. n. 110, 1944, p. 76-136.
- ASSUMPTÃO JUNIOR, F. B PIMENTEL, A. A. C. M. Autismo infantil. **Revista brasileira psiquiatria**. Belo Horizonte: v. 22, 2001, p. 37-9.
- BARBARESI WJ, Katusic SK, Voigt RG. Autism: a review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians. **Arch Pediatr Adolesc Med**. 2006. Disponível em: Autism: A Review of the State of the Science for Pediatric Primary Health Care Clinicians | Autism Spectrum Disorders | JAMA Pediatrics | JAMA Network. Acesso em: 10 ago. 2024.
- BATISTA, C., & Bosa, C. **Autismo e educação**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2002.
- BELANDI, Caio. **IBGE divulga resultado final da seleção do Censo e vai convocar aprovados para treinamento**. Agência IBGE notícias. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33769-ibge-divulga-resultado-final-da-selecao-do-censo-e-vai-convocar-aprovados-para-treinamento>>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- BOSA, Cleonice. Autismo: atuais interpretações para antigas observações. **Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção**, v. 1, 2002, p. 21-39.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa ANS nº 539**, de 23 de junho de 2023. Estabelece novas regras para o setor de planos de saúde. Disponível em: ANS - LEGISLAÇÃO. Acesso em 23 ago. 2024.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa ANS nº 465**, de 24 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre o rol de procedimentos e eventos em saúde, estabelecendo a cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde. Disponível em ANS - LEGISLAÇÃO. Acesso em 23 ago. 2024.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.627, de 11 de outubro de 2001.** Estabelece critérios para a elaboração do prontuário médico e define sua guarda, com o objetivo de assegurar o direito à informação ao paciente. Disponível em: Resolução CFM nº 1.627 de 23/10/2001 - Federal - LegisWeb. Acesso em 23 ago. 2024.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: Constituição (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.048**, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em: L10048 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.098**, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: L10098 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: L10216 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **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; altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Disponível em: L12764 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: L13146 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.861**, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para determinar a inclusão de informações específicas sobre pessoas com deficiência nos censos demográficos. Disponível em: L13861 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.977**, de 8 de janeiro de 2020. Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Disponível em: L13977 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: L7853 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: L8069 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.899**, de 29 de junho de 1994. Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual e dá outras providências. Disponível em: L8899 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: L9656 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Disponível em: L9961 (planalto.gov.br). Acesso em: 02 set. 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.** Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_caps.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf). Acesso em: 20 ago. 2024.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Habeas-corpus nº 181.636-1, da 6ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, Brasília, DF, 6 de dezembro de 1994. Lex: jurisprudência do STJ e Tribunais Regionais Federais, São Paulo, v. 10, n. 103, p.236-240, mar. 1998.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 2001108 – Proc. 2022/0133339-5. Recorrente: E. N. M. G. C. T. M. Recorrido: E. R. B. B. (Menor). Relatora: Min. Nancy Andrighi. Brasília, DJ 09 out. 2023. Disponível em: GetInteiroTeorDoAcordao (stj.jus.br). Acesso em: 25 ago. 2024.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 2085472 – Proc. 2023/0244579-8. Recorrente: Unimed Norte Mato Grosso Cooperativa Trabalho Médico. Recorrido: Livia Vitoria Groth Diehl. Relator: Min. Raul Araújo. Brasília, DJ 21 nov. 2023. Disponível em: GetInteiroTeorDoAcordao (stj.jus.br). Acesso em: 25 ago. 2024.

CAVALCANTE, Rodrigo Arantes; DO VAL, Renata. **Direito Médico e da saúde: manual prático**. 2 ed. Leme: Mizuno, 2023.

CHARMAN, T., & Baird, G. Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v. 43, n. 3, 2002.

DIAS, S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 18, n. 2, 2015. p. 307–313. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/9WR3H6wHtdktmJpPkyLcJYs/>. Acesso em: 08 ago. 2024.

FACION, J. R. **Transtornos invasivos do desenvolvimento e transtornos de comportamento disruptivo**. ed 2. Curitiba: IBPEX, 2005.

FERREIRA FILHO, Manoel. **Reforma do Estado: o papel das agências reguladoras e fiscalizadoras**. Belo Horizonte, 2002, p. 138.

FILIPEK, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B., et al. The screening diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 29, n. 6, 1999. p. 439-484.

FRITH, U. Asperger and his syndrome. **Cambridge University Press**. Londres: 1991, p. 1-36.

GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 2, p. 83–94, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300011>. Acesso em 01 set. 2024.

KANNER, L. **Autistic disturbances of affective contact**. **Nervous children**. Baltimore: v. 2, 1943, p. 250.

\_\_\_\_\_. **Autistic Disturbances of Affective Contact**. **Nervous Child**. v. 2, 1943, p. 217-250. Disponível em: [kanner.1943.pdf \(th-hoffmann.eu\)](#). Acesso em 23 ago. 2024.

\_\_\_\_\_. Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In P. S. Rocha (Org.). **Autismos**. São Paulo, SP: Escuta, 2012, p. 111-170).

\_\_\_\_\_. Os distúrbios do contato afetivo. In P.S. Rocha (Org.). **Autismos**. São Paulo: Escuta, 1997, p. 111-170.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. D. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, n. 40, 2013, p. 87–101. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100008](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008). Acesso em: 15 ago. 2024.

MAENNER, M. J. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2020. **Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries: MMWR**, v. 72, n. 2, 2023, p. 1–14. Disponível em: Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020 | MMWR (cdc.gov). Acesso em 11 ago. 2024.

MARFINATI, A. C.; ABRÃO, J. L. F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos da Clínica**, v. 19, n. 2, 2014, p. 244. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282014000200002#:~:text=Assim%2C%20podemos%20dizer%20que%20o,um%20dos%20sintomas%20da%20esquizofrenia](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282014000200002#:~:text=Assim%2C%20podemos%20dizer%20que%20o,um%20dos%20sintomas%20da%20esquizofrenia). Acesso em: 09 ago. 2024.

MARTINHAGO, F., & Caponi, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019, p. 1-19.

MAYES, R. e H ORWITZ, A.V. **DSM-III and the revolution in the classification of mental illness**. **J. Hist. Behav. Sci.**, v. 3, n. 41, 2005, p. 249-67. Disponível em [http://www.worldcat.org/title/dsm-iii-and-the-revolution-in-the-classification-of-mental-illness.oclc/110617347&referer=brief\\_results](http://www.worldcat.org/title/dsm-iii-and-the-revolution-in-the-classification-of-mental-illness.oclc/110617347&referer=brief_results). Acesso em 14 ago. 2024.

MELO, Mariana Lourenço. **O direito e o autismo: uma análise a luz do princípio da igualdade material**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC, Goiás. Orientadora Ms. Larissa de

Oliveira Costa Borges. Disponível em:

[https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/6136/1/A07-](https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/6136/1/A07-ARTIGO%20CIENTIFICO%20MARIANA%20LOUREN%C3%87O%20MELO.pdf)

ARTIGO%20CIENTIFICO%20MARIANA%20LOUREN%C3%87O%20MELO.pdf. Acesso em: 05 ago. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. Apelação Cível n. 1.0514.08.035309-7/003. Apelante: Instituto de Previdência Municipal de Conceição Pará. Apelado: Enoch Leonardo Santos, Relator: Des. Moreira Diniz. Belo Horizonte, 8 ago. 2013. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/portal/jurisprudencia/consulta-de-jurisprudencia>. Acesso em: 28 ago. 2024.

NASH, P. L., & Coury, D. L. Screening tools assist with diagnosis of autism spectrum disorders. **Pediatric Annals**, v. 32, n. 10, 2003, p. 664-670.

NEWSOM, C., & Hovanitiz, C. A. Autistic spectrum disorders. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders*. **Guilford Press**. New York: 3 ed., 2006, p. 455-511.

NUSSBAUM, Martha C. **Fronteiras da justiça: nacionalidade, pertencimento à espécie**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.

PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. **Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos**. 4 ed., ver., atual., e ampl. São Paulo: Editora JusPodivm, 2024.

REGIER, D.A., Kuhl, E.A., Kupfer, D.J. The DSM-5: Classification and criteria changes. **World Psychiatry**. v. 12, n. 2, 2013, p. 92-98. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683251/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

SIQUEIRA, Breno. **Censo 2022: IBGE divulga tipos de domicílios coletivos, improvisados, de uso ocasional e vagos na Casa Brasil IBGE**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41220-censo-2022-ibge-divulga-tipos-de-domicilios-coletivos-improvisados-de-uso-ocasional-e-vagos-na-casa-brasil-ibge>. Acesso em: 10 ago. 2024.

STELZER, Fernando Gustavo. **Aspectos Neurobiológicos do Autismo**. São Leopoldo: Oikos, 2012.

TAMANHA, A. C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v. 13, n. 3, 2008, p. 296–299. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/4R3nNtz8j9R9kgRLnb5JNrv/>. Acesso em: 20 ago. 2024.

TARTUCE, Flávio. **Direito civil: Lei de Introdução e Parte Geral**: v.1, 13. Ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

TAVARES, R. C. & Sousa, S. M. G. (2009). Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 82, 2009, p. 252-263.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>. Acesso em 23 ago. 2024.