

A Judicialização do Direito Constitucional à Saúde das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista

The Judicialization of the Constitutional Right to Health for People with Autism Spectrum Disorder

Mara Regina Pimenta¹

André Murilo Parente Nogueira²

RESUMO

O presente artigo examina as recorrentes demandas judiciais movidas por famílias de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em busca de tratamento adequado. O tratamento do TEA é individualizado, contínuo e multidisciplinar, pois o espectro é amplo, devendo ser feito o uso de medicamentos para controle das comorbidades e sintomas associados, bem como são necessárias intervenções semanais com profissionais como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, etc.. A temática tem como objeto central a busca por resposta à principal indagação da pesquisa, há efetivação do direito fundamental à saúde às pessoas no espectro autista? É a partir dessa indagação que se escreve todo o texto, havendo espaço para a compreensão dos direitos fundamentais, do direito social à saúde às pessoas no TEA, a eficácia e efetividade deste direito na sociedade brasileira e a judicialização no caso concreto, encerrando com uma visão geral de quais têm sido as posições mais relevantes e atuais dos nossos tribunais sobre o tema. Verifica-se na pesquisa a ineficiência do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede de saúde suplementar, pela inexistência de medicamento, negativa ou limitação de sessões de

1 1 Discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito (Área de Concentração: Sistema Constitucional de Garantia de Direitos), Centro Universitário de Bauru/SP. E-mail: marareginapimenta94@gmail.com

2 Pós-Doutor em Democracia e Direitos Humanos pelo Ius Gentium Conimbrigae – Universidade de Coimbra; Doutor e Mestre em Sistema Constitucional de Garantia de Direitos pelo Centro Universitário de Bauru – Instituição Toledo de Ensino – ITE; Professor de Direito Processual Civil da ITE/Botucatu e Bauru. Advogado. Email: andrenogueira@afn.com.br do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito (Área de Concentração: Sistema Constitucional de Garantia de Direitos), Centro Universitário de Bauru/SP. E-mail: andrenogueira@afn.com.br

atendimento aos usuários, que veem na judicialização a resposta aos seus clamores.

Palavras-Chave: Saúde; Deficiência-Transtorno do Espectro Autista-TEA; Judicialização.

ABSTRACT

This article examines the recurring lawsuits filed by families of people with Autism Spectrum Disorder (ASD) seeking adequate treatment. ASD treatment is individualized, continuous, and multidisciplinary, as the spectrum is broad, requiring the use of medication to control comorbidities and associated symptoms, as well as weekly interventions with professionals such as psychologists, psychiatrists, occupational therapists, etc. The central theme seeks to answer the main research question: is the fundamental right to health for people on the autism spectrum being effectively guaranteed? The entire text is written from this question, providing space for understanding fundamental rights, the social right to health for people with ASD, the efficacy and effectiveness of this right in Brazilian society, and the judicialization of specific cases, concluding with an overview of the most relevant and current positions of our courts on the subject. The research reveals the inefficiency of the Unified Health System (SUS) and the supplementary health network, due to the lack of medication, denial or limitation of care sessions for users, who see litigation as the answer to their demands.

KEYWORDS: Health; Disability; Autism Spectrum Disorder (ASD); Judicialization.

1 INTRODUÇÃO

O direito fundamental à saúde previsto nos arts. 6º e 196 da Constituição Federal, integra o mínimo existencial necessário à vida digna. Contudo, sua efetivação é rotineiramente comprometida por políticas públicas insuficientes e descontínuas, a judicialização surge como alternativa recorrente às pessoas no Transtorno do Espectro Autista como forma de obter saúde.

O tratamento despendido em diversas intervenções recomendadas para pessoas com Transtorno do Espectro Autista envolvem terapias multidisciplinares diárias e, por vezes, uso de medicamentos. Dentre os atendimentos necessários estão o acompanhamento com psicólogos com aplicação de protocolo (ABA), terapeutas ocupacionais para os transtornos sensoriais, fisioterapeutas para os comprometimentos físicos, fonoaudiólogos para as dificuldades da fala, sem os quais há comprometimento severo na evolução do paciente, que reforça a vulnerabilidade deste grupo e a dependência de ações estatais indispensáveis.

A pesquisa, de natureza bibliográfica e jurisprudencial, busca compreender como se concretiza o direito à saúde desse grupo no Brasil, evidenciando a necessidade de políticas públicas universais, equitativas e integral no modelo desenhado para que o Sistema Único de Saúde (SUS) entregue, mas que somente se efetivam via decisão judicial.

É visto no texto um esboço das dificuldades experimentadas pelas pessoas no TEA, e aclarado o que vem a ser esta condição do neurodesenvolvimento, o estudo demonstra que as políticas públicas são vistas como ineficientes, fragmentadas, e incompetentes na concretização do direito à saúde, todavia são apontadas como a forma mais democrática e justa para se chegar a sua universalização, entretanto para se chegar a este resultado positivo é listado um caminho a ser percorrido e fiscalizado.

O artigo explica que enquanto essa efetivação não se opera espontaneamente é recorrente a busca pelo judiciário, e narra como os tribunais superiores e a corte constitucional tem interpretado essa falta de efetivação do direito à saúde e as soluções ofertadas, deixando evidente a parametrização de alguns requisitos básicos para o deferimento da tutela jurisdicional em saúde, que surge como uma forma de equilíbrio entre o direito fundamental à saúde e a teoria da reserva do possível dos Entes Federativos solidariamente responsáveis.

2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DAS PESSOAS NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - (TEA)

Os direitos fundamentais são fruto de um processo histórico e social contínuo, sem origem única ou conceito estático. Nascido como fonte de limitação do poder estatal absoluto e sob a influência das revoluções inglesa (A Carta de Direitos Inglesa de 1689), americana (Declaração de Virgínia de 1776) e francesa (Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão 1789), os direitos fundamentais não possuem conceito único e fechado, é compreendido pela doutrina como sendo resultado dos direitos e garantias mais essenciais à pessoa humana, indeclinável à vida digna.

No plano internacional, os direitos humanos ganharam destaque a partir do século XIX e no Brasil foi a Carta Magna de 1988 que os sistematizou no art. 6º, o direito à saúde encontra-se neste dileto rol.

As gerações/dimensões dos direitos fundamentais divide-se em 1ª geração ligada às liberdades individuais; 2ª diz respeito aos direitos sociais e econômicos, exigem prestações positivas do Estado; e os de 3ª geração aos direitos coletivos e de solidariedade. O direito à saúde insere-se na 2ª dimensão.

Flávia Piovesan afirma que a Constituição Federal de 1988 declarou os direitos sociais como direitos fundamentais, e com isso deu-lhe aplicabilidade imediata. (PIOVESAN, 2010, p. 173)

Segundo Sarlet os direitos sociais possuem dupla natureza: subjetiva, que permite sua exigibilidade perante o Estado, e objetiva, de elemento estruturante da ordem constitucional democrática, tese frequentemente utilizada em decisões do STF.

Diante deste quadro conceitual, os cidadãos têm legitimidade para reivindicar prestações positivas e materiais do Estado para a garantia de cumprimento desses direitos, sendo o judiciário um destes instrumentos de efetivação.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”

O direito fundamental à saúde é indissociável da própria vida e da dignidade da pessoa humana, bem essencial que não pode ser comprometido (Araujo e Bezerra, 2021; Brito e Araujo Filho, 2025; Correia, Amaral e Marquesi, 2021). E, para as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o direito à saúde é adicionalmente reforçado por uma série de legislações específicas que reconhecem as particularidades e as necessidades dessa população (Magalhaes; Amorim, 2024).

“Mister” uma breve incursão histórica do direito à saúde em nosso país. No Brasil Imperial inexistiam políticas públicas de saúde, sendo a assistência prestada por instituições filantrópicas, religiosas ou por serviços privados, enquanto a população vulnerável recorria a curandeiros e farmacêuticos. As altas taxas de mortalidade por doenças simples e graves evidenciavam a precariedade sanitária.

As primeiras políticas públicas surgiram no início da República, com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1897, sob destaque da atuação de Oswaldo Cruz, que implementou campanhas sanitárias e vacinação obrigatória no Rio de Janeiro. Posteriormente, em 1923, foi criado o Departamento Nacional de Saúde, ainda restrito a ações sanitárias e financiado pela previdência social, sem acesso universal.

O modelo previdenciário se consolidou com o INPS em 1966, garantindo assistência médica apenas aos trabalhadores formais, excluindo grande parte da população (fragmentação da saúde).

A universalização do direito à saúde somente ganhou relevo com a redemocratização e a Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) Lei nº 8080/90, delineado na Constituição de 1988, sob a influência do movimento sanitarista e pelas Conferências Nacionais de Saúde, especialmente a VIII Conferência de 1986. A principiologia do SUS labora pela universalidade dos serviços (todos têm direito a atendimento médico-hospitalar), em equidade, isto é, primazia de atenção às pessoas mais vulneráveis (populações de baixa renda, idosos, portadores de necessidades especiais, portadores de doenças crônicas, portadores de doenças sistêmicas, pacientes em tratamento do câncer, portadores de HIV, gestantes, crianças etc.) de forma integral, a saúde deve ser um serviço entregue tanto na prevenção como nos cuidados paliativos e de tratamento das doenças.

O sistema único de saúde está separado em três vetores: 1) a atenção primária/básica, que atua no contato direto e regular com a população, realizando consultas e visitas de atendimento domiciliar, campanhas de vacinação e campanhas de conscientização, serviço que é feito nas unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de pronto atendimento (UPA); 2) A atenção secundária é oferecida a pacientes que têm uma doença diagnosticada ou sob suspeita e precisam de tratamento ou investigação de médicos especializados; 3) Atenção terciária é aquela que dá suporte a pacientes mais graves que precisam de internação ou de tratamentos intensivos oferecidos em UTI (unidade de tratamento intensivo) em hospitais. A reabilitação é o acompanhamento e o cuidado posterior que o sistema

oferece para quem já se tratou de uma doença, mas precisa de avaliações ou até mesmo reabilitação motora fornecida por fisioterapeutas.

Segundo Holanda, a assistência à saúde das pessoas com deficiência ainda está muito restrita aos centros de reabilitação e outros serviços de atenção secundária, comprometendo o acesso e não garantindo a integralidade da atenção. (HOLANDA, 2015, p.175-184).

A Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência conta com mecanismos de financiamento para custeio e estruturação de Serviços de Reabilitação. Os detalhes estão disponíveis na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, 28 de setembro de 2017, Título VIII, Capítulo IV, Seção II, do Ministério da Saúde.

O Sistema único de saúde pública é descentralizado e cooperativo, com competências e financiamento distribuídas entre União, Estados e Municípios, que respondem solidariamente pela prestação do serviço, inspirado em modelos universais como o britânico.

A proteção especial às pessoas com deficiência tem previsão constitucional no art. 23, II, CF/88, com análise constitucional pelo STF através da ADPF 672, vejamos:

“Art. 23. 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.

...”

O financiamento público da saúde tem previsão constitucional com vinculação de quantidade mínima de recursos a ser despendido, mesmo assim, a execução dessas normas revela-se frequentemente inobservada, sobretudo pela União e Estados, o que sobrecarrega em demasia os Municípios comprometendo a eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em consulta ao SIOPS (Nota Técnica nº 10/2004), constata-se que dos 27 Estados brasileiros 17 (63%) deles não aplicaram recursos próprios nos percentuais devidos e determinados pelo art. 198 da CF. Já nos Municípios a situação é bem diferente, há uma sobrecarrega de investimentos (insuficientes), resultado do processo de descentralização desarticulado do SUS. Cerca de 65% dos municípios

brasileiros vêm cumprindo a EC nº 29/00, 18,7% não, e outros 17,6% não vêm informando e/ou enviando os dados adequadamente ao SIOPS.

O SUS é referência em ações como o Programa Nacional de Imunizações (abrange 98% do mercado nacional), o maior sistema público de transplantes do mundo (96% dos procedimentos de transplantes, e o tratamento gratuito de doenças graves (HIV, câncer, etc.) e crônicas. Entretanto, o SUS apresenta graves problemas estruturais, tais como: subfinanciamento, falta de hospitais, escassez de profissionais, ineficiência na gestão administrativa, corrupção, o que gera filas de espera, e a demora por atendimento pode resultar no agravamento de doenças ou até na morte.

No Brasil, o perfil da assistência à saúde da pessoa com deficiência é frágil e desarticulado nas ações das esferas privadas e públicas. Sendo assim imprescindível a implementação de políticas que garanta a ampliação no acesso aos serviços. Pois apesar das políticas assistenciais, os usuários com deficiência não conseguem encontrar um acesso dentro da unidade básica de saúde. (DE CARVALHO, 2020, p. 1767).

Assim, quando se isola um grupo de vulneráveis como as pessoas no transtorno do espectro autista fica mais clara as falhas do SUS, entendamos o tema: o TEA é classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento. Isso significa que algumas funções neurológicas não se desenvolvem como deveriam nas respectivas áreas cerebrais das pessoas acometidas por ele. É uma condição complexa. (Gaiato, Mayra, S.O.S Autismo: Guia Completo para Entender o Transtorno do Espectro do Autismo, São Paulo: n verso, 2018, 2ª edição).

A denominação espectro vem da ideia de que o transtorno é visto dentro de uma régua (espectro), no qual as pessoas se enquadram de acordo com o grau de suporte alheio que necessita para atividades diárias, oscilando entre os graus leve (atualmente denominado nível 1 de suporte), grau moderado (denominado nível 2 de suporte) e o grau severo (nível 3 de suporte), podendo de acordo com as intervenções contínuas e precoce transitar dentro desta regra ascendendo ou decrescendo nos graus, logo o tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é individualizado, contínuo e multidisciplinar.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência,

ratificada e recepcionada no Brasil através do Decreto nº 6.949/2009, afirma a responsabilidade estatal em fornecer suporte integral a pacientes com deficiência. (Magalhaes; Amorim, 2024; Thamay;Gomes;Magnussum, 2024).

A Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei nº 12.764/2012) tornou-se o marco legal na garantia de direitos às pessoas no TEA, determina acesso a um diagnóstico precoce, tratamento, terapias e medicamentos pelo SUS. E reconhece a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.145/2015) definiu pessoa com deficiência como sendo “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial”. O Estatuto é um símbolo importante na defesa da igualdade de direitos dos deficientes, do combate à discriminação e da regulamentação da acessibilidade e do atendimento prioritário. (Magalhaes;Amorim, 2024).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.526/2023, tem como objetivo assegurar o acesso integral ao SUS, promovendo autonomia, qualidade de vida e inclusão social.

A Portaria nº 324/2016 do Ministério da Saúde apresenta protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas específicas para as pessoas no TEA,e reforça a necessidade de atuação multiprofissional.

Todavia, estudos indicam que a assistência à saúde, ainda, se concentra na atenção secundária em centros de habilitação e reabilitação, que demandam equipes multiprofissionais financiadas por meio da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, nos termos da Portaria de Consolidação nº 6/2017, porém as fragilidades estruturais e carência de profissionais qualificados comprometem a integralidade do cuidado e a plena universal, equitativa e integral saúde não é uma realidade no SUS.

A intervenção precoce por meio de terapias multidisciplinares, como a psicológica via Análise Comportamental Aplicada (ABA), a terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia, além de medicamentos são amplamente defendidas por profissionais de saúde no tratamento do TEA, destacando a importância de

estímulos desde os primeiros anos de vida. (Magalhaes; Amorim, 2024).

No entanto, esse tipo de atendimento ainda não é uma realidade plenamente efetivada no SUS, seja pela escassez de profissionais capacitados, seja pela falta de recursos financeiros, ou até mesmo por falta de uma gestão eficiente.

A falta de políticas públicas estruturadas, personalizadas, de longo prazo, e realizadas precocemente pelo SUS compromete tanto o desenvolvimento da pessoa no TEA, quanto implicam em maiores agravamentos das comorbidades que derivam dele. Diferentemente de países que adotam programas individualizados e integrados de atenção ao autismo (EUA), o Brasil apresenta atuação fragmentada e insuficiente, aumentando as filas de esperas por atendimento, forçando o ingresso na rede privada de saúde em busca de maior eficiência, mas que também se mostra ineficaz, levando as crescentes demandas judiciais em busca de saúde.

Assim, embora a legislação assegure cuidados integrais, a omissão ou ineficiência do Estado transforma o direito à saúde das pessoas com TEA em uma promessa diariamente não realizada.

Segundo Piovesan, a história dos direitos das pessoas com deficiência segue quatro etapas: da intolerância, invisibilidade e assistencialismo e, por fim, a fase orientada pelos Direitos Humanos, marcada pela inclusão social (PIOVESAN, 2011, p. 277-278).

A proteção a grupos vulneráveis fundado na dignidade da pessoa humana foi garantida constitucionalmente em 1988, submetendo governantes e governados à efetividade dos direitos fundamentais. Contudo, na prática, o acesso ao direito fundamental à saúde falha repetidamente, em razão da falta de condições estruturais, planejamento, financiamento, políticas públicas contínuas e de resultado, o que perpetua a exclusão social e a vulnerabilidade desses grupos.

Nesse cenário, a judicialização do direito à saúde emerge como resposta à efetivação dos direitos fundamentais constitucionais à saúde. A ineficácia do Poder Executivo na implementação das garantias constitucionais tem ampliado a atuação do Judiciário como garantidor do direito à saúde (ARAUJO; BEZERRA, 2021; BRITO; ARAUJO FILHO, 2025).

3 A JUDICIALIZAÇÃO EFETIVANDO O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE

DAS PESSOAS NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Verifica-se, com recorrência, a negativa de cobertura, tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quanto por operadoras de planos privados de saúde, de terapias indispensáveis ao desenvolvimento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), tais como: Psicólogos que apliquem Análise Comportamental Aplicada (ABA), terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia (Magalhaes; Amorim, 2024).

As justificativas usualmente apresentadas para a recusa ao direito à saúde no âmbito da saúde suplementar são alegações de restrições orçamentárias ou em cláusulas limitativas de natureza contratual (Magalhaes; Amorim, 2024). Essa realidade é particularmente grave no caso das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), cuja condição exige terapias multidisciplinares diárias essenciais ao desenvolvimento,

No âmbito do SUS, a excessiva burocratização dos procedimentos administrativos, caracterizada pela exigência de formulários extensos e múltiplos documentos comprobatórios, aliado à morosidade na tramitação dos pedidos, configura obstáculo relevante ao acesso efetivo aos serviços, sobretudo para famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica (Brachtvogel et al., 2025).

Assim, a insuficiência das políticas públicas (omissão estatal), o alto custo e à complexidade das terapias indicadas para o TEA são fatores determinantes para a judicialização das demandas por tratamento (MAGALHÃES; AMORIM, 2024). No que concerne aos medicamentos de alto custo, frequentemente indicados para doenças raras ou crônicas, observa-se impacto financeiro expressivo, agravado pela falta de produção nacional e pelos elevados investimentos em pesquisa e tecnologia, o que repercute diretamente no preço final (BRACHTVOGEL et al., 2025).

É válido mencionar que a não uniformização entre os Entes Federativos e a defasagem dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do SUS dificultam a incorporação e a prescrição de fármacos modernos, ainda que respaldados cientificamente, impulsionando pacientes e familiares a buscarem tutela jurisdicional (BRACHTVOGEL et al., 2025; RIBAS; CARMO, 2023).

Dessa forma, a falta de estrutura do SUS para acolher demandas relacionadas ao TEA acaba por deslocar para o Poder Judiciário a efetivação do direito fundamental à saúde (BRITO; ARAÚJO FILHO, 2025; CARVALHO; SOUZA; NETO, 2025).

Nesse contexto, não se surpreende com a crescente busca pela via judicial para obter acesso à saúde, o que levou os tribunais a estabelecerem critérios e parâmetros para sua concessão, com o objetivo de padronizar decisões e reduzir conflitos.

As cortes superiores conforme a evolução social e o aumento das demandas tem alterado seu posicionamento no que concerne ao fornecimento de medicamento e saúde, inicialmente, pedidos de medicamentos eram deferidos independentemente de defesas como a reserva do possível, pois o direito à vida e à saúde prevalecem sobre questões financeiras (AI 238328 AgR/RS – 1999; RE 195192/RS – 2000). Contudo, o STF, ao analisar a ADPF 45, sedimentou que a reserva do possível pode justificar o indeferimento da tutela, desde que objetiva e concretamente demonstrada.

Em 2010, o Ministro Gilmar Mendes defendeu a criação de parâmetros para a judicialização da saúde, como a existência ou não de políticas públicas. Posteriormente, no RE nº 1.657.156 (Tema 106), o STJ estabeleceu requisitos cumulativos para concessão de medicamentos não incorporados ao SUS, como: 1) laudo médico fundamentado; 2) incapacidade financeira; 3) registro na ANVISA e; 4) ausência ou ineficiência de política pública.

A criação de critérios recebeu críticas de ativismo judicial, por supostamente usurpar competências legislativas e limitar o direito constitucional à saúde. Nesse sentido, surgiu a Resolução nº 238/2016 do CNJ, que instituiu o NATJUS (Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário), com o objetivo de fornecer subsídios técnicos aos julgadores.

O Plenário do STF decidiu, em 20 de setembro de 2024, em regime de repercussão geral, que o fornecimento de medicamento registrado na ANVS, mas não incluído nas listas do SUS (Rename, Resme e Remune), só pode ser determinado judicialmente em caráter excepcional, independentemente do custo. Para isso, o autor da ação deve comprovar: 1) incapacidade financeira para adquirir

o medicamento; 2) inexistência de substituto disponível no SUS; 3) eficácia comprovada com base em evidências científicas; e 4) imprescindibilidade do fármaco para o tratamento.

Ademais, a justiça social permanece como vetor interpretativo essencial, exigindo equilíbrio entre direitos individuais, coletivos e a sustentabilidade do sistema de saúde, especialmente no delicado limiar entre judicialização e ativismo judicial.

Dentre os temas de destaque na efetivação do direito à saúde podemos citar a importante decisão do STF/2011 no RE nº 607.381/SC, Rel. Min. Luiz Fux que firmou a responsabilidade solidária dos entes federados na prestação de serviços de saúde, inclusive no fornecimento de medicamentos.

Assim, ações cobrando medicamentos podem ser propostas contra qualquer ente federativo, salvo quando se trate de competência exclusiva da União para remédios não aprovados pela ANVISA.

Há, ainda, a declaração da constitucionalidade do ressarcimento previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998, na análise do RE 597.064/RJ/2018/RG (TEMA 345-STF), definiu que as operadoras de planos de saúde devem ressarcir ao Sistema Único de Saúde (SUS) as despesas com atendimento prestado a seus beneficiários em unidades públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS, quando tais serviços forem cobertos pelos respectivos contrato.

O STF confirmou, também, a competência comum de todos os Entes Federados em prestar saúde, mas autorizou a cobrança de acordo com a repartição de competências constitucionais, de forma que cabe ressarcimento do Ente que suportou a despesa por aquele que era o responsável primário. **(Tema 793-RE 855.178).**

O Ministro Dias Toffoli, em decisão monocrática, suspendeu parcialmente a ordem proferida no Agravo de Instrumento nº 5002921-89.2018.4.03.000, desobrigando apenas o Município de fornecer o medicamento Spinraza a paciente com Atrofia Muscular Espinhal (AME). A decisão fundamentou-se na complexidade técnica da doença e no alto custo do medicamento.

O Ministro Barroso (STF) sugeriu que as ações que tutelam a saúde, quando de alto custo, sejam propostas contra a União, em razão de sua capacidade

financeira.

O STF, ao analisar o RE 566.471, tema 006, ADI 7265, tema 500-RE 657.718, decidiu que o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS exige a inexistência de alternativa terapêutica, comprovação científica de eficácia e incapacidade financeira do paciente, estabelecendo novo parâmetro para a judicialização.

Seguindo essa contextualização de julgados importantes quando a judicialização do direito fundamental à saúde reservamos um espaço mais especificamente a decisões envolvendo à saúde da pessoa com TEA.

Merece destaque a decisão do presidente do STF, ministro Ricardo Lewandowski, que manteve decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região que garante o fornecimento de fraldas pelo programa Farmácia Popular a pessoas com deficiência, nos mesmos termos já assegurados aos idosos.(STA) 818,

A 3ª Turma do STJ, sob relatoria da ministra Nancy Andrighi, ao julgar recurso especial da Amil Assistência Médica Internacional (saúde suplementar), decidiu que a operadora deve custear tratamento multidisciplinar para pessoa com TEA (Transtorno do Espectro Autista), incluindo musicoterapia, bem como reembolsar integralmente as despesas realizadas fora da rede credenciada. No julgamento, destacou-se que, embora a 2ª Seção do STJ considere taxativo o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o colegiado, no ERESP 1.889.704, manteve o entendimento da 3ª Turma de que é abusiva a recusa de cobertura de terapias especializadas para o tratamento de TEA.

A Resolução Normativa nº 539/22 da agência nacional de saúde ampliou a assistência e reconheceu a necessidade de ampliação da cobertura de quaisquer métodos ou técnicas indicadas por médico para transtornos globais do desenvolvimento.

Os Tribunais fixaram as seguintes teses jurídicas (tese 1.0, 1.1, 1.2, 1.3,1.4, 2.0, 2.1. 2.2, 2.3) em prol da defesa dos interesses das pessoas no transtorno do espectro autista:

a) que as operadoras de planos de saúde devem garantir o custeio e a cobertura de tratamento multidisciplinar para TEA, incluindo os métodos ABA, Bobath, Hanen, PECS, Prompt, Teacch e Integração Sensorial, bem como terapias

como hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade;

b) A cobertura deve assegurar atendimento por profissional habilitado a aplicar o método indicado pelo médico ou dentista assistente, nos termos da Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (com redação da RN nº 539/2022), inclusive em ambiente escolar ou domiciliar, conforme o art. 3º da Lei nº 12.764/2012;

c) O profissional deve atender aos requisitos previstos no art. 6º da RN nº 465/2021 da ANS, observando a legislação da respectiva profissão e as normas do conselho profissional competente;

d) Se a rede credenciada não dispuser de profissional apto a aplicar o método indicado, o plano deve custear o tratamento na rede particular, conforme a RN nº 539/2022 da ANS e o reembolso ocorrerá: 1) conforme o contrato e o art. 12, VI, da Lei nº 9.656/1998, quando o beneficiário optar pela rede particular apesar da oferta adequada na rede credenciada; 2) de forma integral, em até 30 dias, se houver indisponibilidade de prestador na rede, nos termos do art. 9º da RN nº 259/2011 da ANS; 3) de forma integral, em até 30 dias, se houver recusa indevida de cobertura pela operadora.

e) A negativa de cobertura de terapias multidisciplinares obrigatórias para tratamento do TEA pode gerar indenização por danos morais, inclusive antes da vigência da RN nº 539/2022 da ANS.

Em suma, viu-se que na saúde suplementar, a jurisprudência do STJ e as normas da ANS, especialmente a RN nº 539/2022, ampliaram a cobertura obrigatória de tratamentos multidisciplinares para pessoas com TEA, reconhecendo a abusividade da negativa de terapias especializadas e suas limitações.

Ainda na saúde suplementar, cláusulas contratuais que limitam sessões terapêuticas ou preveem reembolso parcial violam a boa-fé objetiva e são nulas, conforme art. 51, incisos IV e X, do Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990). Tais restrições também contrariam a Lei nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana) e a Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que asseguram tratamento multidisciplinar adequado às pessoas com TEA, fortalecendo argumentos para judicialização.

A RN 539/2022 da ANS exige que planos de saúde ofereçam tratamento para

pacientes com TEA, mas a fragilidade da fiscalização (ANS/PROCON) e a resistência das operadoras contribuem para a manutenção destas práticas (MAUÉS, 2024).

Em 2023, o STJ, no REsp n. 2.043.003/SP, determinou a cobertura ampla e ilimitada de tratamentos multidisciplinares pelos planos de saúde, incluindo terapias como musicoterapia, fonoaudiologia e psicoterapia, desde que prescritas pelo médico assistente, reforçando que o rol da ANS não pode ser usado como barreira para negar terapias essenciais.

O entendimento do STF sobre a judicialização da saúde evoluiu para um modelo de contenção, harmonizando o direito à saúde com a sustentabilidade financeira do sistema público e suplementar, com base em parâmetros técnico-científicos e evidências médicas.

Enfim, a ausência de atuação efetiva do Poder Executivo na efetivação do direito à saúde impôs a judicialização do tema, e o Judiciário tem se mostrado instrumento relevante para concretizar deste direito às pessoas com TEA, e isto tem gerado inúmeros desafios à gestão pública, com impacto orçamentário, fragmentação das políticas e risco à isonomia no acesso aos serviços.

Embora a tutela judicial seja necessária e urgente, sua utilização excessiva compromete a democratização do SUS, pois o paciente que obtém atendimento por meio da Justiça é privilegiado em detrimento de quem aguarda na fila.

Portanto, o que se exige é um agir estatal capaz de minimizar a necessidade de ações judiciais, por meio de políticas públicas eficientes, planejamento orçamentário responsável e coordenação entre Executivo e Legislativo. A justiça social permanece como vetor interpretativo essencial para o acesso à saúde, exigindo equilíbrio entre direitos individuais, coletivos e a sustentabilidade do sistema, especialmente no delicado limiar entre judicialização e ativismo judicial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetivação do direito fundamental à saúde das pessoas com Transtorno do Espectro Autista revela-se, no Brasil, como um desafio persistente e multifacetado. Embora o ordenamento jurídico-constitucional e legislações específicas como a Lei

nº 12.764/2012 e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) reconheçam o direito universal, equitativo e integral à saúde como um dever do Estado, a concretização desse direito esbarra em limitações estruturais e financeiras que comprometem o acesso a tratamentos multidisciplinares essenciais.

A análise da realidade evidencia a insuficiência do Sistema Único de Saúde (SUS), que somada à fragilidade da regulação e fiscalização da saúde suplementar, resultam na negação ou limitação de terapias indispensáveis ao desenvolvimento de pessoas com TEA e entrega de medicamentos. Outros elementos que reforçam a desigualdade de acesso à saúde são a burocratização, a falta de profissionais, o subfinanciamento e a defasagem dos protocolos clínicos, o que intensifica a vulnerabilidade dessa população. Os planos de saúde sustentam suas recusas em atendimento em cláusulas contratuais restritivas e a ausência de tratamentos no rol da ANS, e a violação ao direito fundamental à saúde persiste.

Face a essas dificuldades, a judicialização se consolidou como um mecanismo recorrente de proteção do direito à saúde, garantindo tratamentos e medicamentos quando o Estado e as operadoras de planos de saúde falham em sua obrigação. No entanto, essa dinâmica traz consigo impactos significativos ao sistema de saúde, como o aumento de gastos públicos, a fragmentação de políticas e a desigualdade no acesso, na medida em que favorece aqueles que têm maior capacidade de buscar a efetivação de seu direito junto ao Judiciário.

A jurisprudência nacional quando chamada a se pronunciar tem respaldado o direito constitucional fundamental à saúde das pessoas com TEA, porém não tem o feito sem parâmetros ou critérios, assim a análise passa pelos estudos técnicos do NATJUS como subsídio para suas decisões, bem como pelas decisões com repercussão geral do Supremo Tribunal Federal, em uma dinâmica utilizada como uma forma de minimizar impactos nas alegações de ofensa à separação de poderes.

Enfim, a efetivação plena do direito à saúde para pessoas com TEA depende não apenas da atuação jurisdicional, mas, sobretudo, de uma resposta estatal estruturada e coordenada. É essencial que o Estado fortaleça políticas públicas específicas, amplie a oferta de serviços e terapias, atualize protocolos e garanta financiamento adequado e contínuo. A universalização e a equidade no tratamento só serão alcançadas com ações preventivas e estruturais, que reduzam a

necessidade de demandas judiciais e promovam a inclusão social de forma efetiva.

Em síntese, a proteção constitucional à saúde das pessoas com TEA exige uma atuação integrada entre Executivo, Legislativo e Judiciário, orientada pelos princípios da dignidade humana, da igualdade e da justiça social, somente assim será possível assegurar que o direito fundamental à saúde deixe de ser um ideal e passe a ser uma realidade concreta para essa população, garantindo-lhes autonomia, qualidade de vida e pleno desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

ACHOCHE, M. S. **A garantia constitucionalmente assegurada do direito à saúde e o cumprimento das decisões judiciais**. Jus Navigandi, Teresina, ano 13, n. 2102, 3 abr. 2009. Disponível em: Acesso em: 24 jul. 2009.

BAHIA, L. **Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro**: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.

BARBOSA, Elizabeth Valente et al. **Educação em Saúde sobre rede de cuidados à pessoa com deficiência**: relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 4, p. 8644-8649, 2020.

BERNARDES, L.C.G., MAIOR, I.M.M.L., SPEZIA, C.H., ARAÚJO, T.C.C.F. **Pessoas com Deficiência e Políticas de saúde no Brasil**: Reflexões Bioéticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, janeiro-fevereiro, ano/vol. 14, nº001. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil, 2009, p. 30.

BRACHTVOGEL, Vanessa et al. **Direito à saúde**: judicialização e os desafios ao acesso a medicamentos de alto custo pelo Sistema Público de Saúde. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)*, [s. l.], v. 27, n. 6, p. 25-29, jun. 2025. DOI: 10.9790/487X-2706012529.

BRITO, Ariel da Mata; ARAÚJO FILHO, Francisco Macedo de. **A judicialização e a responsabilidade civil do Estado brasileiro diante da omissão no fornecimento de tratamentos e medicamentos de alto custo indispensáveis à manutenção da vida e da saúde de pacientes em situação de vulnerabilidade**. [S. l.: s. n.], 2025.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CARVALHO, Karlla Natielly Felix de et al. **Acesso a medicamentos de alto custo**: judicialização e atuação do farmacêutico no núcleo de apoio técnico ao judiciário. [S. l.], 2025. DOI: 10.55905/revconv.18n.4-043.

COMPARATO, Fábio Konder. **“A afirmação dos Direitos Humanos.”** 12ª Edição 2019, São Paulo:SaraivaJur.)

CORRÊA, Daniel Marinho; AMARAL, Ana Cláudia Zuin Mattos do; MARQUESI, Roberto Wagner. **A judicialização das questões relativas à recusa do Estado em fornecer medicamentos de alto custo.** Scientia Iuris, Londrina, v. 25, n. 1, p. 49-67, mar. 2021. DOI: 10.5433/2178-8189.2021v25n1p49.

COSTA, Fabricio Veiga; MOTTA, Ivan Dias da; ARAÚJO, Dalvaney Aparecida de. **Judicialization of health: the dignity of the human person and the acting of the Supreme Federal Court in the case of high cost medicines.** Revista Brasileira de Políticas Públicas, Brasília, v. 7, n. 3, p. 844-874, 2017.

DE CARVALHO, M. E. L. et al. **A acessibilidade nos serviços de saúde sob a perspectiva da pessoa com deficiência.** Recife-PE. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 1, p. e 1767-e1767, 2020.

DRUMOND, A. C. **A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Barbacena e o atendimento às pessoas com Síndrome de Down (1962-1976):** Diálogos compestalozzianos. 2015.

GADELHA, C. A.G. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.521-535, 2003.

HOLANDA, C. M. de A. et al. **Redes de apoio às pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p.175-184,2015.

MACHADO, W. C. A.et al. **Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 27, n. 3, 2018.

MAGALHÃES, Lucca Everson Lima; AMORIM, Isabella Fernandes. **A judicialização e o direito à saúde: desafios e impactos para tratamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista.** Revista Gestão e Conhecimento, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 01-11, 2024. DOI: 10.55908/RGCV18N2-014. Aceite para publicação: 11 jan. 2024.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011.** Geneva: OMS. [acessado 2013 Jul 15]. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006_to2011.pdf.
» http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006_to2011.pdf

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e direito constitucional internacional.** 12 ed. São Paulo:Saraiva, 2011, p. 277-278).

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 10 ed. rev. atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

TEIXEIRA, C. F. **A mudança do modelo de atenção de saúde no SUS:** desatando nós, criando laços. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.