

Direito à saúde das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

The Right to Health for Children with Autism Spectrum Disorder (ASD)

Mara Rúbia Rocha Pereira Sales *

Izaias Corrêa Barboza Junior **

RESUMO

O presente estudo analisa a aplicação do direito à saúde de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), focando na jurisprudência brasileira relacionada ao acesso a tratamentos especializados no âmbito da saúde suplementar. O objetivo é investigar a efetividade das decisões judiciais em assegurar a continuidade dos cuidados necessários para o desenvolvimento dessas crianças, considerando as especificidades de suas condições. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, realizando uma análise da jurisprudência, com ênfase em dois casos julgados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. Além disso, realiza uma revisão da literatura jurídica sobre direitos humanos, direito à saúde e Transtorno do Espectro Autista e identifica padrões nas decisões judiciais, avaliando se estas garantem efetivamente os direitos das crianças com Transtorno do Espectro Autista. Os resultados apontam para uma lacuna entre o direito formal e sua aplicação prática, evidenciando a necessidade de uma interpretação mais humanizada e sensível às necessidades dessas crianças. A pesquisa conclui que é imprescindível uma maior conscientização do judiciário para assegurar que o direito à saúde seja não apenas reconhecido, mas também efetivamente assegurado para essa população vulnerável. Revela, inclusive que, no Brasil, há inconsistências nas decisões judiciais sobre o direito a tratamentos especializados, como mostrado por casos divergentes no Tribunal de Justiça do Espírito Santo. Essas discrepâncias evidenciam a falta de uniformidade na aplicação dos direitos à saúde para pessoas com Transtorno do Espectro Autista, afetando negativamente o acesso a cuidados adequados.

Palavras-Chave: direitos humanos; direito à saúde; Transtorno do Espectro Autista (TEA); decisões judiciais.

ABSTRACT

This study analyzes the application of health rights in children with Autism Spectrum Disorder (ASD), focusing on Brazilian jurisprudence related to access to specialized treatments within the supplemental health system. The objective is to investigate the effectiveness of judicial decisions in ensuring the continuity of necessary care for the development of these children, considering the specifics of their conditions. The research adopts a qualitative approach, performing an analysis of case law with an emphasis on two cases adjudicated by the Court of Justice of the State of Espírito Santo. Additionally, it reviews legal literature on human rights, the health rights and Autism Spectrum Disorder, and identifies patterns in judicial decisions, assessing whether they effectively guarantee the rights of children with Autism Spectrum Disorder. The results indicate a gap between formal rights and their practical application,

Artigo submetido em 25 de agosto de 2024 e aprovado em 9 de julho de 2025.

* Mestre em Ciências Veterinárias pela Universidade Federal do Espírito Santo. Graduanda em Direito pela Faculdade de Direito de Cachoeiro de Itapemirim (FDCI), Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil. E-mail: mararrpsales@gmail.com

** Professor de Direito Humanos, Material e Processual Penal da Faculdade de Direito de Cachoeiro de Itapemirim (FDCI), Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil. Advogado. E-mail: izaiasadv@hotmail.com

highlighting the need for a more humanized and sensitive interpretation of these children's needs. The research concludes that increased judicial awareness is essential to ensure that the health rights is not only recognized but also effectively secured for this vulnerable population. It also reveals that in Brazil, there are inconsistencies in judicial decisions regarding the right to specialized treatments, as demonstrated by divergent cases in the Court of Justice of Espírito Santo. These discrepancies highlight the lack of uniformity in applying health rights for individuals with Autism Spectrum Disorder, negatively affecting access to appropriate care.

Keywords: human rights; health rights; Autism Spectrum Disorder (ASD); judicial decisions.

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, estabelecido como um direito fundamental pela Constituição Federal de 1988, é crucial, especialmente para populações vulneráveis como as crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Garantir este direito enfrenta desafios, particularmente na saúde suplementar, onde famílias frequentemente recorrem ao judiciário para obter tratamentos essenciais. A complexidade desse cenário destaca a necessidade de uma abordagem mais sensível às necessidades específicas dessas crianças, especialmente na continuidade dos cuidados e terapias.

A análise do direito à saúde não pode ser dissociada dos direitos humanos. Desde a segunda metade do século XX, a proteção jurídica passou a abranger não só a defesa contra abusos do Estado, mas também a promoção do bem-estar dos indivíduos. No Brasil, essa evolução culminou com a inclusão do direito à saúde como um direito social, demandando ações concretas do Estado e do setor privado para sua efetivação.

Para as crianças com TEA, o direito à saúde é ainda mais complexo. Diagnósticos precoces e intervenções eficazes são essenciais para seu desenvolvimento, e a falta desses cuidados pode causar danos irreparáveis. No entanto, a realização desse direito enfrenta obstáculos burocráticos e interpretações jurídicas que não consideram as necessidades específicas dessas crianças, como a inflexibilidade cognitiva, que pode ser severamente afetada por mudanças abruptas nos prestadores de serviços de saúde.

Este estudo busca avaliar a aplicação do direito à saúde para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) por meio de uma abordagem qualitativa. A pesquisa se concentra na análise da jurisprudência, com ênfase especial em dois casos julgados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. O objetivo é ilustrar a complexidade das demandas judiciais enfrentadas pelas famílias na busca por garantir o melhor interesse de seus filhos.

A pesquisa, inserida no campo dos direitos humanos, adota uma abordagem interdisciplinar que conecta o direito à saúde ao direito das crianças com deficiências, abordando especificadamente a lacuna entre o direito formal à saúde e sua aplicação prática para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Ao examinar os casos judiciais, o estudo pretende revelar falhas na proteção dos direitos dessas crianças, além de propor soluções jurídicas para orientar futuros julgamentos. A pesquisa pretende reforçar a importância de um sistema de saúde que atenda às necessidades específicas dessas crianças, promovendo cuidados contínuos em ambientes adaptados ao seu desenvolvimento.

2 A EVOLUÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E SUA REPERCUSSÃO NA SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS TRÊS GERAÇÕES DE DIREITOS E SEU IMPACTO NO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

A concepção de direitos humanos é fundamental para entender a saúde como uma expressão desses direitos. Para Piovesan (2019, p. 56) a concepção de direitos humanos, veio a

ser introduzida pela Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 e reiterada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993. Segundo este tratado, “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (ONU, 1948).

Os Direitos humanos são prerrogativas inalienáveis e universais que pertencem a todos os indivíduos, independentemente de qualquer condição. Para Ramos (2020, p. 40), “os direitos humanos consistem em um conjunto de direitos considerado indispensáveis para uma vida humana pautada na liberdade, igualdade e dignidade, sendo esses essenciais e indispensáveis à vida digna”.

Nesse sentido, afirma Mazzuoli (2019, p. 24) que os direitos humanos são, portanto, “direitos protegidos pela ordem internacional (especialmente por meio de tratados multilaterais, globais ou regionais) contra as violações e arbitrariedades que um Estado possa cometer às pessoas sujeitas à sua jurisdição”, pois o Estado é responsável por promovê-los, ao mesmo tempo que é limitado por eles, uma vez que não lhe é permitido cometer arbitrariedades.

Existe, no entanto, uma classificação doutrinária tradicional que distingue, com base em períodos históricos sucessivos, três categorias diferentes de direitos humanos fundamentais. O jurista Karel Vasak, em 1979, elaborou a teoria das gerações do direito, que se desenvolve por meio de um processo cumulativo e quantitativo em três gerações sucessivas: direito de liberdade, igualdade e fraternidade (Bonavides, 2010).

Os direitos fundamentais de primeira geração, ou direitos civis e políticos, surgiram durante as Revoluções Americana e Francesa no final do século XVII. Essas revoluções foram impulsionadas pela opressão do Estado Absolutista, onde os indivíduos tinham deveres, mas nenhum direito, e qualquer pensamento divergente era reprimido, com condenações penais sem direito à defesa. O povo, ainda, era responsável por sustentar a monarquia através do pagamento de impostos (Tramontina; Silva, 2013, p. 314).

Os direitos de primeira dimensão, são focados na proteção das liberdades individuais contra abusos do Estado e garantem a participação política. Eles são caracterizados pela sua natureza negativa, ou seja, exigem a abstenção do Estado em interferir nas liberdades individuais. Consequentemente, observa-se a declaração de Norberto Bobbio (1992, p. 32) de que entre eles estão “todos aqueles direitos que tendem a limitar o poder do Estado e a reservar para o indivíduo, ou para os grupos particulares, uma esfera de liberdade em relação ao Estado”.

Para Carlos Henrique Bezerra, em seu texto “As três dimensões dos direitos humanos e o novo conceito de cidadania”, a primeira geração dos direitos fundamentais:

Surgiu com as revoluções burguesas dos séculos XVII e XVIII. Esses direitos assentam-se no liberalismo clássico, encontrando, pois, inspiração no iluminismo racionalista, base do pensamento ocidental entre os séculos XVI e XIX. São também chamados de direitos individuais ou direitos de liberdade e têm por destinatários os indivíduos isoladamente considerados e são oponíveis ao Estado. Os direitos civis e políticos constituem, portanto, os direitos fundamentais de primeira geração (Leite, 2004, p. 104).

O liberalismo tinha por base as ideias de John Locke, segundo as quais os homens não estavam condenados à imobilidade social por determinação de nascimento. Locke dizia que, se não era Deus quem definia a posição social, a estrutura social não precisava ser eterna, e o homem podia alterá-la.

Assim, são valiosas as palavras de Bonavides (2010) ao fazer referência aos direitos de primeira dimensão quando afirma que “representam exatamente os direitos civis e políticos, que correspondem à fase inicial do constitucionalismo ocidental, mas que continuam a integrar os catálogos das Constituições atuais, o que demonstra a cumulatividade das dimensões.”

Os direitos de segunda geração, por sua vez, conforme Bonavides, surgiram no início do século XX, buscando igualdade material, e englobam os direitos de igualdade em sentido amplo, ou seja, os direitos econômicos, sociais e culturais, bem como os direitos coletivos ou de coletividades, introduzidos no constitucionalismo do Estado social, após germinarem pela ideologia e reflexão antiliberal do século XX (Mazzuoli, 2019, p. 50).

Diferente dos direitos de primeira dimensão, que são predominantemente defensivos, os direitos de segunda dimensão são proativos e exigem políticas públicas e investimentos estatais para sua efetivação. Esses direitos exigem uma ação positiva do Estado para garantir condições de vida digna e incluem o direito à saúde, e essa característica está intrinsecamente ligada ao conceito de Estado de Bem-Estar Social. Na verdade, a saúde torna-se um dos pilares do Estado de Bem-Estar Social. De acordo com Lafer (1988, p. 127) “os direitos de segunda geração, previstos pelo Welfare State, são direitos de crédito do indivíduo em relação à coletividade”.

Nesse contexto, Struze e Souza (2022, p. 126) descrevem que:

No mundo antigo e medieval a saúde era vista a partir das experiências e observações empíricas dos médicos. Por sua vez, no início da era moderna se olhou a saúde sob prisma uma ótica autoritária que evoluiu para os olhares do ponto de vista social. Essa evolução sistêmica e científica não foi suficiente para resolução dos problemas de saúde agravados pelas terríveis condições sociais da população urbana verificados com a Revolução Industrial e com o sistema de classe capitalista e acabou por alavancar um conjunto de medidas progressivas que culminaram com a implantação do Welfare State - o Estado do Bem-Estar Social em vários países da Europa após a Primeira Guerra Mundial, em decorrência dos agravamentos causados pelo colapso do sistema capitalista verificado na crise de 1929.

O Estado de Bem-Estar Social consiste na responsabilidade do Estado em suprir as necessidades básicas dos cidadãos (Marshall, 1967; Esping-Andersen, 1990 *apud* Botelho; Costa; Silva, 2021, p. 266), buscando assegurar que todos os cidadãos tenham acesso a um padrão mínimo de bem-estar e segurança. Cada cidadão nacional tem direito a serviços estatais essenciais ou fornecidos diretamente pelo Estado ou indiretamente mediante o poder de regulamentação sobre a sociedade civil (Struz; Souza, 2022, p. 137).

No contexto dos direitos humanos de segunda dimensão, a saúde é vista não apenas como a ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Isso requer uma infraestrutura de saúde robusta, financiamento adequado, profissionais de saúde qualificados e políticas públicas eficazes que promovam a saúde e previnam doenças.

O direito à saúde, possui uma característica importante de progressividade, pois implica que os Estados devem tomar medidas concretas e direcionadas para melhorar o acesso aos serviços de saúde e as condições de vida que influenciam a saúde. Isso significa que os Estados devem continuamente aprimorar seus sistemas de saúde, introduzindo inovações e adequando suas estratégias às necessidades da população.

O direito à saúde é um dos Direitos Humanos de segunda dimensão, vinculados ao princípio da igualdade. Os quais possuem caráter “positivo”, pois exigem atuação ativa do Estado na realização da justiça social (Sarlet, 2009, p. 48). Nesse contexto, Fachin (2019, p. 221), ressalta que “o Estado pode atuar diretamente em favor desses direitos, mas pode, também, ensejar a participação de outras instituições e mesmo de pessoas da coletividade, que deverão atuar com o propósito de concretizá-los”.

Após a Segunda Guerra Mundial, os direitos de igualdade foram consagrados nas Constituições e em acordos internacionais. A Proclamação de Teerã, da ONU em 1968, resultado da I Conferência Mundial de Direitos Humanos, destacou a indivisibilidade dos direitos, afirmando no artigo 13 que os direitos civis e políticos não podem ser realizados sem a promoção dos direitos econômicos, sociais e culturais (Ghetti; Bahdur, 2020, p. 140).

Ademais, o artigo 199 da Constituição Federal de 1988 dispõe que:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (Brasil, 2020, p. 83).

A promoção desses direitos requer um compromisso contínuo do Estado de Bem-Estar Social para garantir que todos os indivíduos tenham acesso aos cuidados de saúde necessários, e a progressividade desempenha um papel central nesse processo, assegurando que os direitos à saúde sejam realizados de maneira justa e equitativa ao longo do tempo.

Portanto, a eficácia “progressiva” dos direitos sociais está condicionada pela escassez; ou, em outras palavras, pela “medida do possível”. Não obstante, existe um conteúdo mínimo, diretamente vinculado à dignidade da pessoa humana, cuja implementação deve ser imediata. Esse mínimo existencial, acaso desrespeitado, enseja controle judicial (Leal, 2016, p. 161). Isso implica que esses direitos não podem ser plenamente efetivados de uma só vez, mas devem ser progressivamente atingidos, levando em consideração as limitações econômicas e sociais.

Com a necessidade de evolução, surgem os direitos de terceira geração, e conforme Bonavides (2010), são os que se assentam no princípio da fraternidade. Os direitos de terceira dimensão, ou direitos de solidariedade, surgiram mais recentemente e refletem preocupações globais e coletivas. Dessa forma, pode-se afirmar, conseqüentemente, que esta nova geração de direitos reflete não um legado do liberalismo ou do pensamento democrático, como ocorre com as duas primeiras gerações de direitos, mas sim “um legado do socialismo” (Lafer, 1988, p. 127).

Portanto, as lutas atuais pelos direitos humanos no Brasil estão mais focadas na implementação prática dos direitos já estabelecidos pelas legislações do que na criação de novas normas jurídicas. Desde o fim da ditadura militar de 1964 e com a promulgação da Constituição, houve diversos avanços nesse campo, incluindo o Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015), que resultam dos processos de resistência e luta pela dignidade humana. O que tem se mostrado absolutamente necessário para a concretização dos direitos humanos, especialmente os direitos sociais, é a criação de políticas públicas eficazes (Silveira; Alves, 2020, p. 125).

É possível evidenciar que a mencionada construção dos direitos humanos ainda está em desenvolvimento, impulsionada pela difusão de informações por meio das tecnologias atuais, que também possibilitam o surgimento de novos direitos. (Verdan, 2016).

3 O DIREITO AO MELHOR ESTADO DE SAÚDE POSSÍVEL À LUZ DO COMENTÁRIO GERAL DO CDESC Nº. 14

O Comentário Geral nº 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) oferece uma interpretação detalhada do direito à saúde conforme estipulado no Artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). Esse documento é essencial para esclarecer as obrigações dos Estados Partes na garantia desse direito, abrangendo tanto a saúde física quanto a mental, de maneira ampla e inclusiva. O CDESC, um órgão internacional do sistema ONU composto por 18 especialistas independentes, foi estabelecido pela resolução 1985/17 do Conselho Econômico e Social da ONU (ECOSOC) em 28 de maio de 1985, com a missão de aplicar, interpretar e monitorar o PIDESC (Leão, 2019, p. 180).

O CDESC busca garantir proteção jurídica aos direitos econômicos, sociais e culturais por meio de suas interpretações do PIDESC, como no caso do Comentário Geral nº 14 (Almeida, 2020, p. 153). As orientações fornecidas pelo Comitê não são meras recomendações, mas sim medidas que os Estados Partes, ao ratificarem o PIDESC, concordaram em

implementar para assegurar o cumprimento de suas obrigações (Oliveira; Souza; Lamy, 2016, p. 299). Além disso, essas orientações auxiliam os Estados na elaboração de seus relatórios, assegurando que sejam completos e apresentados de forma uniforme (Albuquerque; Evans, 2004, p. 134).

Além de definir o direito à saúde como essencial para a realização de outros direitos humanos, o Comentário Geral nº 14 esclarece que este direito deve garantir a todos o mais alto nível de saúde possível, contribuindo para uma vida digna. Isso vai além dos cuidados médicos, abrangendo determinantes sociais como nutrição, moradia, saneamento e condições de trabalho, além de fatores biológicos, socioeconômicos, genéticos e estilos de vida (CDESC, 2000, p. 1-2).

Rueda-Martínez (2017, p. 53) explica que o direito à saúde inclui componentes interrelacionados e essenciais, que se manifestam em todas suas formas e em todos seus níveis. Esses componentes foram elaborados para proporcionar uma compreensão mais precisa desse direito e ajudar os Estados Partes a garantir seu cumprimento por meio de políticas públicas de saúde. Os principais componentes desse direito, conforme elucidado pelo CDESC, são: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade.

Disponibilidade refere-se à existência de um número suficiente de instalações, bens e serviços, como a presença adequada de pessoal médico e profissionais de saúde (Oliveira; Souza; Lamy, 2016, p. 304). Acessibilidade implica que esses recursos estejam disponíveis para todos, sem discriminação, e abrange dimensões como não discriminação, acessibilidade física, econômica e à informação (CDESC, 2000, p. 4). No que tange à aceitabilidade, os serviços de saúde devem respeitar a cultura das minorias, povos ou comunidades, e ser sensíveis às questões de gênero e aos ciclos de vida (Oliveira; Souza; Lamy, 2016, p. 304). Por fim, a qualidade requer que os estabelecimentos, bens e serviços sejam apropriados do ponto de vista científico e médico, com equipes qualificadas e condições sanitárias adequadas (CDESC, 2000, p. 4).

O Artigo 12.2 do PIDESC detalha quatro medidas orientadoras que os Estados devem adotar: o “direito à saúde materna, infantil e reprodutiva”, que inclui a redução da mortalidade infantil e o desenvolvimento saudável das crianças; o “direito a um ambiente de trabalho saudável”, focando na melhoria das condições ambientais e da higiene industrial; o “direito à prevenção, tratamento e controle de doenças epidêmicas, endêmicas, ocupacionais e outras”; e, finalmente, o “direito a instalações, bens e serviços de saúde” que assegurem a todas as pessoas a assistência e os serviços médicos necessários em caso de enfermidade (CDESC, 2000, p. 5-6).

Para as pessoas com deficiência, o CDESC reafirma, conforme o Comentário Geral n. 5, o direito à sua saúde física e mental, destacando que serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem obedecer ao princípio da não discriminação (CDESC, 2000, p. 8). Esta consideração é parte da abordagem abrangente do CDESC para garantir que todos os aspectos do direito à saúde sejam respeitados.

Finalmente, Rueda-Martínez (2017, p. 57) destaca que a tripartição do conteúdo teórico-normativo do direito à saúde, configurada pelos elementos - acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e disponibilidade; as normas orientadoras aos Estados e os tópicos de alcance geral, possibilitam a realização desta ampla definição de direito, facilitando sua implementação.

Dessa forma, a interpretação do direito à saúde pelo CDESC, conforme explicitada no Comentário Geral nº 14, oferece uma estrutura robusta para que os Estados Partes promovam o mais alto nível de saúde possível, assegurando que esse direito seja efetivamente implementado e protegido para todos.

4 A SAÚDE COMO ELEMENTO CONSTITUINTE DO MÍNIMO EXISTENCIAL SOCIAL: PROGRESSIVIDADE E PROMOÇÃO NO CAMPO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Para Santiago e Gabriel (2021, p. 641) “a história das pessoas com deficiência é marcada por concepções e práticas que repercutiram em processos de exclusão, segregação, integração e, nos dias atuais, inclusão”. A saúde, intrinsecamente ligada à dignidade humana, configura-se como um direito fundamental e um elemento essencial do mínimo existencial social. No contexto do Transtorno do Espectro Autista (TEA), a garantia desse direito adquire contornos ainda mais complexos e desafiadores. A progressividade e a promoção da saúde no TEA demandam um olhar multidimensional, que englobe aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

O conceito de autismo foi introduzido por Eugen Bleuler em 1911 para descrever a perda de contato com a realidade, considerada um mecanismo de defesa na esquizofrenia. Em 1943, Léo Kanner redefiniu o autismo como uma condição clínica específica, baseada em observações de onze crianças diagnosticadas com síndrome autística. Simultaneamente a Kanner, o pediatra Hans Asperger publicou uma tese sobre a "personalidade autística", observando mais de duzentas crianças ao longo de dez anos. Ele identificou características como limitação das relações sociais, racionalidade extrema, dificuldade em compreender emoções e resistência à mudança (Ferreira, 2018, p. 113). Posteriormente em 1964, o Rimland de Bernard publicou: “Autismo infantil: A síndrome e suas implicações para uma teoria neural do comportamento” (Do Val, 2021, p. 170). No decorrer do tempo, foram adotadas diferentes nomenclaturas e descrições para abarcar o quadro clínico do Autismo (Araújo; Silva; Zanon, 2023, p. 2). Mas foi em 1978 que o psiquiatra Michael Rutter passou a classificar o autismo como um distúrbio do desenvolvimento cognitivo, sendo observado a partir de quatro critérios: atraso e desvio sociais; problemas de comunicação; comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismo; e início antes dos 30 meses de idade (Do Val, 2021, p. 170).

A pesquisa de Michel Rutter influenciou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM, o qual inicialmente, no DSM I, o autismo foi considerado um sintoma da "Reação Esquizofrênica, tipo infantil"; posteriormente, no DSM II, a categoria foi descrita como "Esquizofrenia, tipo infantil", mantendo o comportamento autístico como uma manifestação da esquizofrenia infantil. No DSM III, o diagnóstico de "Esquizofrenia, tipo infantil" desapareceu e foi realocado para "Distúrbios que habitualmente se manifestam na primeira infância ou adolescência". Dessa forma, o autismo deixou de ser um sintoma para ser nomeado Distúrbio Autista. No DSM IV, o autismo deixou de ser nomeado como distúrbio e passou à considerado um transtorno, mantendo-se como entidade nosográfica dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (Silva e Elias, 2020, p. 189-190). De acordo com APA (2015, p. 53 *apud* Mas, 2018, p. 67) na última edição do manual DSM V, o TEA englobou 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 Asperger”.

Silva e Elias (2020, p. 190) esclarecem que essas mudanças foram implementadas para melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios de diagnóstico do TEA, baseando-se em evidências clínicas e empíricas que destacavam a dimensionalidade de suas características cognitivas e psicológicas do transtorno.

O DSM-5 classifica o autismo como um espectro amplo, o TEA se apresenta desde dificuldades menores com preservação da autonomia até comprometimentos maiores. Sendo dividido nos níveis 1, 2 e 3 conforme a necessidade de suporte para as atividades diárias (Pereira et al., 2021, p. 11). Porém, o diagnóstico clínico no Brasil é realizado pela classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Santiago; Gabriel, 2021, p. 645). Este, por sua vez, aborda a proposta com ênfase nos especificadores, sendo eles: autismo com ou sem deficiência intelectual; com prejuízo na fala funcional ou ausente; e definição genética específica.

Cabe ressaltar, que os níveis de autismo importam para fins de intervenção. E em 31 de março de 2016, foi publicado a Portaria do Ministério da Saúde nº 324, o qual aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro Autismo, objetivando que o diagnóstico passasse a ser executado de forma clínica e individualizada. Contemplando, inclusive, que o tratamento de pessoas com TEA tenha como objetivo fundamental o de habilitá-las para participar de modo ativo e independente nas atividades que lhe são apresentadas. Também cita a Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo ao abordar os tipos de tratamento. A primeira opção seria o tratamento não medicamentoso, englobando as seguintes técnicas: tratamento clínico de base psicanalítica; Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavior Analysis, ABA); Comunicação Suplementar e Alternativa; Integração Sensorial; Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH); e Modelo DENVER de Intervenção Precoce (Early Start Denver Model, ESDM).

A progressividade no direito à saúde exige que os governos e instituições busquem constantemente aprimorar o acesso e a qualidade dos cuidados. No contexto do TEA, isso significa adotar abordagens evolutivas que respondam às necessidades em mudança dos indivíduos ao longo de suas vidas. De acordo com a Comentário Geral N. 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), "os Estados têm a obrigação de tomar medidas para garantir que o direito à saúde seja progressivamente realizado, de forma a garantir a equidade e a qualidade dos cuidados de saúde" (CDESC, 2000, p. 9).

No caso do TEA, a progressividade se reflete na ampliação do acesso a diagnósticos precoces, tratamentos especializados e serviços de apoio. Para Santiago e Gabriel (2021, p. 647), a literatura científica considera que o TEA é uma condição permanente, cuja intervenção precoce adequada nos primeiros anos de vida, devido à plasticidade cerebral, pode diminuir as barreiras sociocomunicativas, a fim de que não se tornem grandes obstáculos ao desenvolvimento da criança. As intervenções precoces proporcionam benefícios clínicos, pois durante a intervenção, uma área específica afetada pelo TEA é estimulada, e conforme vai aumentando a intensidade dessa estimulação a criança progride em cada habilidade. Em muitos casos, quando a criança é diagnosticada precocemente e recebe intervenções adequadas, ela pode eventualmente alcançar níveis de desenvolvimento e aprendizado mais adequados para a sua faixa etária, deixando de receber um diagnóstico de deficiência intelectual, e, inclusive, atingir níveis apropriados para sua idade. Pereira et al. (2021, p. 10) enfatizam que o diagnóstico tardio compromete a implementação de intervenções precoces, dificultando o prognóstico do paciente e resultando em prejuízos consideráveis nas habilidades sociais, nos aspectos cognitivos e em todo o desenvolvimento. Além disso, atrasa todo o processo de reabilitação dessas crianças, o que demonstra que um dos desafios mais significativos na promoção da saúde de pessoas com TEA é a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde.

A formação especializada é fundamental para o diagnóstico precoce e preciso, bem como para a implementação de intervenções eficazes. A equipe multidisciplinar tem como objetivo analisar cada elemento de forma individual, pois, cada profissional executa o parecer específico de sua especialidade. Já a equipe interdisciplinar tem o seu trabalho envolvendo todos os profissionais funcionando de maneira uniforme e colaborativa, ou seja, os integrantes da equipe interagem entre si em busca de uma melhor qualidade de vida para os pacientes (Zanchett & Dallacosta, 2015 *apud* Souza et al., 2021, p. 7).

Em relação ao trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, todos os profissionais que participam do processo de reabilitação são considerados fundamentais para o tratamento dos pacientes com autismo. Sem esse apoio especializado, seria mais desafiador alcançar os objetivos estabelecidos para um desenvolvimento mais integral (Fialho, 2015). O trabalho em equipe tem se destacado como um recurso essencial, visando desmistificar a ideia de que o

cuidado é centrado na figura do médico. Dessa forma, a colaboração entre profissionais promove uma integração em diversas áreas da saúde (Candido; Leite, 2020, p. 3).

As dificuldades encontradas dentro de uma equipe multidisciplinar mesmo com instrumentos adequados para o atendimento, é a inexperiência dos profissionais em saber manejar as crianças no dia a dia, pois é uma área que necessita de capacitação devido à complexidade do transtorno (Pereira et al., 2021; Candido; Leite, 2020). Entretanto, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), compete ao SUS promover estratégias e orientar os familiares que receberem o diagnóstico de TEA, encaminhando para locais especializados, onde profissionais habilitados irão auxiliar os cuidadores para melhor manejo dessas crianças. (Ministério da Saúde, 2013 apud Souza et al., 2021, p. 7).

Por fim, a promoção da saúde no contexto do TEA exige uma abordagem centrada na pessoa, que reconheça a individualidade e a diversidade de cada indivíduo no espectro.

5 REPERCUSSÕES DO DIREITO À SAÚDE PARA A CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): ESTUDO DE CASO

O direito à saúde é um dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988, e sua aplicação tem implicações significativas para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Na prática da saúde suplementar, as famílias frequentemente enfrentam desafios que resultam em disputas judiciais para garantir o acesso a tratamentos e terapias essenciais.

As decisões judiciais, neste contexto, são de vital importância, pois determinam como os direitos dessas crianças serão protegidos e garantidos. A jurisprudência tem se mostrado sensível às necessidades específicas das crianças com TEA, reconhecendo a importância de terapias como ABA (Análise do Comportamento Aplicada), fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e outras intervenções que visam promover o desenvolvimento cognitivo, social e comunicativo da criança.

Os tribunais têm analisado não apenas os aspectos contratuais dos planos de saúde, mas também a urgência e a essencialidade dos tratamentos prescritos por especialistas. Em muitos casos, os tribunais determinam que as operadoras de saúde cubram essas terapias, mesmo que não estejam explicitamente previstas nos contratos, com base no entendimento de que a recusa pode configurar violação ao direito fundamental à saúde.

Além disso, a concessão de medidas liminares tem se tornado uma prática comum em ações desse tipo, dado o impacto direto que a interrupção ou a demora no início das terapias pode ter sobre o desenvolvimento da criança com TEA. A jurisprudência reconhece que, no caso de crianças, o tempo é um fator crucial, e qualquer atraso pode causar danos irreparáveis ao desenvolvimento infantil.

5.1 Análise de Casos Judiciais

5.1.1 Agravo de Instrumento 5006570-15.2023.8.08.0000

A decisão do Tribunal de Justiça do Espírito Santo (TJES) no agravo de instrumento nº 5006570-15.2023.8.08.0000, que tratou da disputa entre os agravantes, representados por F.F.T., e a Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico. O caso envolveu o reembolso de tratamento para Transtorno do Espectro Autista (TEA) realizado em uma clínica não credenciada, localizada no município de Piúma, ES. O menor F.F.T., diagnosticado com TEA, recebia tratamento especializado nessa clínica, situada perto de sua residência em Marataízes, ES. Inicialmente, a Unimed reembolsava os valores do tratamento, mesmo a clínica não sendo credenciada. No entanto, a cooperativa passou a negar o reembolso após disponibilizar o

tratamento em municípios mais distantes, como Vila Velha, Vitória, Serra e Cariacica, a mais de 130 km da residência do menor, tornando o deslocamento inviável.

Em resposta, os agravantes argumentaram que o deslocamento para os municípios onde a Unimed oferecia o tratamento credenciado era impraticável devido à distância e ao impacto negativo do deslocamento no bem-estar do menor. Eles defendiam a continuidade do tratamento em Piúma, com o reembolso dos custos, dada a proximidade da clínica e a continuidade do tratamento já em curso.

O relator do caso, Desembargador Júlio César Costa de Oliveira, citou jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que admite o reembolso de despesas médicas fora da rede credenciada em situações excepcionais, como a inexistência ou insuficiência de estabelecimentos credenciados no local ou em casos de urgência ou emergência. Com base nessa jurisprudência, o TJES, por maioria, deu provimento ao recurso dos agravantes. O tribunal reconheceu a probabilidade do direito do menor ao reembolso do tratamento na clínica não credenciada em Piúma, considerando a inviabilidade do deslocamento para os municípios credenciados e o risco de prejuízo à continuidade do tratamento.

A decisão do TJES reflete a importância de se garantir que o tratamento do menor não seja interrompido, levando em conta a proximidade da clínica não credenciada e a gravidade do quadro clínico. Este caso exemplifica a tensão entre as exigências regulamentares dos planos de saúde e as necessidades práticas dos pacientes, especialmente em casos de tratamento contínuo e especializado, como o de crianças com TEA. A decisão reafirma o direito dos beneficiários de planos de saúde ao acesso ao tratamento adequado e próximo de suas residências, mesmo que realizado em clínicas não credenciadas, quando a rede credenciada oferecida não é viável para o paciente.

5.1.2 Agravo de Instrumento 5006411-72.2023.8.08.0000

A decisão do Tribunal de Justiça do Espírito Santo (TJES) no agravo de instrumento nº 5006411-72.2023.8.08.0000, envolvendo L.O.B.S., representado por L. A. da S., contra a Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico. O caso gira em torno da continuidade de tratamentos especializados para Transtorno do Espectro Autista (TEA) em uma clínica não credenciada, localizada no município de residência do menor, Itapemirim, ES.

Inicialmente, a Unimed custeava o tratamento do menor na Clínica Desenvolver, a única com expertise comprovada nas abordagens indicadas e situada no município de residência do beneficiário. No entanto, com o credenciamento de um novo prestador em Cachoeiro de Itapemirim, a cerca de 50 km de Itapemirim, a Unimed decidiu cessar o reembolso do tratamento na Clínica Desenvolver, direcionando o paciente ao prestador credenciado mais próximo.

O relator do caso, Desembargador Jorge Henrique Valle dos Santos, ao analisar o recurso, destacou que a concessão de medidas de urgência exige a presença de fundamentos relevantes e a demonstração de lesão grave iminente, o que não no seu entendimento não verificou no caso em tela. A decisão se baseou na Resolução nº 566/2022 da ANS, que regula as obrigações dos planos de saúde em garantir atendimento na ausência de prestadores credenciados. Segundo a resolução, a Unimed teria cumprido sua obrigação ao credenciar um prestador na mesma região de saúde, sendo a Clínica Nurse Care, em Cachoeiro de Itapemirim, considerada uma alternativa viável para o tratamento do menor.

Apesar de os agravantes questionarem a qualificação do novo prestador, o Tribunal entendeu que não havia provas suficientes para desqualificar o atendimento oferecido pela nova clínica credenciada. Dessa forma, foi negado o pedido de tutela de urgência para manter o tratamento na clínica não credenciada com reembolso pela Unimed.

5.2 Análise Crítica dos Acórdãos

Ambas as decisões ilustram o dilema entre as exigências regulatórias e as necessidades práticas dos pacientes com TEA. O primeiro caso reconhece a inviabilidade de deslocamento e a importância da continuidade do tratamento em uma clínica não credenciada, enquanto no segundo, o Tribunal priorizou o cumprimento das normas regulatórias da ANS e a existência de uma alternativa credenciada relativamente próxima, mesmo que o deslocamento fosse necessário. A decisão reflete uma interpretação mais restritiva do direito dos beneficiários à continuidade do tratamento em clínicas não credenciadas, quando existe uma opção credenciada disponível dentro da mesma região de saúde.

Ocorre que nenhuma das decisões foi observado o nível de inflexibilidade cognitiva do menor, característica comum em pessoas com TEA, manifestando-se como uma resistência a mudanças e preferências por rotinas estabelecidas, o que pode incluir dificuldade em aceitar novos ambientes e profissionais, impactando significativamente a eficácia de tratamentos terapêuticos.

A decisão judicial, ao desconsiderar a inflexibilidade cognitiva, pode não ter levado em conta a particularidade essencial das necessidades do menor com TEA. A mudança abrupta de prestadores de serviço pode desencadear crises de ansiedade e resistência ao tratamento, comprometendo a eficácia das terapias e o bem-estar do paciente.

A insistência do tribunal em seguir as normativas da ANS, sem uma análise mais aprofundada sobre a adequação das novas condições ao quadro clínico do menor, reflete uma aplicação rígida da legislação. O artigo 300 do CPC, utilizado na decisão, exige prova inequívoca para a concessão de tutela de urgência. No entanto, a exigência de uma prova incontestável de que a mudança traria prejuízos poderia ser desproporcional em casos envolvendo saúde mental e TEA, onde os impactos são, muitas vezes, subjetivos e de difícil mensuração.

Este caso evidencia a necessidade de um olhar mais sensível e especializado por parte do judiciário ao lidar com questões de saúde mental, especialmente em relação a condições como o TEA. A aplicação das normas deve ser ponderada com uma compreensão profunda das particularidades clínicas, como a inflexibilidade cognitiva, para garantir a efetivação do direito à saúde e o melhor interesse da criança.

Consequentemente, os casos analisados sublinham a necessidade de uma abordagem judicial que considere profundamente as especificidades das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para garantir a efetivação plena do direito à saúde, é essencial que os tribunais adotem uma postura mais flexível e adaptativa, que vá além da mera conformidade com regulamentações e leve em conta as particularidades individuais de cada paciente. A inflexibilidade cognitiva, comum em pessoas com TEA, pode ter um impacto significativo na eficácia dos tratamentos, especialmente em situações que envolvem mudanças abruptas de prestadores ou ambientes de tratamento. Portanto, é imperativo que as decisões judiciais busquem um equilíbrio entre o cumprimento das normas regulatórias e a consideração das necessidades clínicas específicas, garantindo que as intervenções terapêuticas sejam ajustadas para melhor atender ao desenvolvimento e bem-estar das crianças com TEA.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o presente estudo tem como finalidade esclarecer ao leitor que o tratamento com equipe interdisciplinar e método cientificamente comprovado auxilia o portador no TEA ao processo de reabilitação, com o objetivo da reintegração social daquele indivíduo. De tal forma, e considerando que são três os níveis de suporte no TEA, é de extrema relevância que as decisões judiciais das quais o litígio em questão se relacione a equipe

multidisciplinar de indivíduos no TEA, seja analisado em sua singularidade. Pois, há vários casos nos quais aquele indivíduo possui uma inflexibilidade cognitiva significativa que, ao ocorrer alterações de equipe interdisciplinar, se faz necessário a realização de um planejamento de transição para que habilidades ainda não consolidadas não se percam no processo.

A partir da observação e conhecimentos adquiridos através da pesquisa realizada, é notório que no Brasil, apesar dos avanços legislativos, ainda há um longo caminho a percorrer para garantir o pleno exercício dos direitos dessas pessoas, pois, nota-se uma disparidade nas decisões judiciais, mesmo em casos com circunstâncias idênticas. Um exemplo claro disso é a comparação entre duas decisões do Tribunal de Justiça do Espírito Santo, ambas envolvendo pedidos de liminar para garantir o reembolso de tratamentos em clínicas não credenciadas e a continuidade do atendimento na mesma clínica. Na 1ª Câmara Cível, a decisão foi favorável à concessão da liminar, reconhecendo a necessidade de manutenção do tratamento especializado próximo ao domicílio da criança e garantindo o reembolso das despesas com a clínica não credenciada. Essa decisão levou em consideração a importância da continuidade do tratamento e as especificidades do TEA, que demandam intervenções constantes e multidisciplinares. Por outro lado, na 3ª Câmara Cível, em um caso idêntico, o pedido de liminar foi indeferido, sob a justificativa de que o plano de saúde não estava obrigado a cobrir os custos de uma clínica não credenciada. Essa decisão ignorou as peculiaridades do TEA e a necessidade de um ambiente terapêutico consistente para o desenvolvimento da criança, resultando em um potencial retrocesso no tratamento.

Essa disparidade nas decisões e a falta de compreensão das necessidades específicas evidencia a falta de uniformidade na aplicação do direito à saúde para crianças com TEA, o que pode gerar insegurança jurídica e prejudicar o acesso a cuidados essenciais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline; EVANS, Dabney. Direito à saúde no Brasil: um estudo sobre o sistema de apresentação de relatórios para os comitês de monitoramento de tratados. **SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo: Sur – Rede Universitária de Direitos Humanos, v. 1, n. 1, jan. 2004. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur17-port-aline-albuquerque-and-dabney-evans.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2024.

ALMEIDA, Luiz Antônio Freitas de. Direito à saúde no Brasil: parâmetros normativos para densificação de um conteúdo mínimo. **Espaço Jurídico Journal of Law**, 21(1), 149–168, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/19621>. Acesso em: 23 jul. 2024. doi.10.18593/ejll.19621

ARAÚJO, Ana Gabriela Rocha; SILVA, Mônia Aparecida da; ZANON, Regina Basso. **Autismo, neurodiversidade e estigma: perspectivas políticas e de inclusão**. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 27, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/S5FdcTLWS9bPdJwPXcdmnHz/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jul. 2024. doi.10.1590/2175-35392023-247367

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 217p.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 25. ed. atual. São Paulo: Malheiros, 2010.

BOTELHO, Luciano Henrique Fialho; COSTA, Thiago de Melo Teixeira da; SILVA, Fernanda Cristina da. Custeio da seguridade social no Brasil e no Estado de bem-estar social. **Revista Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 57, n. 3, p. 1-18, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/csr/article/view/16685/11865>. Acesso em: 08 jul. 2024. doi: 10.4013/csu.2021.57.3.01.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. 56. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2020. 189 p.

CANDIDO, Melanie de Oliveira Santana; LEITE, Emilio Donizete. A percepção da equipe multiprofissional em saúde na assistência a crianças portadoras de TEA – transtorno do espectro autista. **Revista Científica UMC**, 5(3), 2020. Disponível em: <https://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/1409>. Acesso em: 22 jul. 2024.

CDESC. **Observación general nº 14**. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12). 11 ago. 2000. Disponível em: <https://acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

DO VAL, Renata. Direito à saúde para pacientes com transtorno do espectro autista. **Unisul de Fato e de Direito: revista jurídica da Universidade do Sul de Santa Catarina**, v. 11, n. 22, p. 169-180, 2021. Disponível em: https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/U_Fato_Direito/article/view/19928/13417. Acesso em: 23 jul. 2024.

FACHIN, Zulmar. **Curso de Direito Constitucional**. 8. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Verbatim, 2019.

FERREIRA, Luisa Beatriz Pacheco. Um percurso sobre o autismo: história, clínica e perspectivas. **Cadernos Deligny**, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <https://1library.org/document/qmv31x7q-um-percurso-sobre-o-autismo-historia-clinica-perspectivas.html>. Acesso em: 20 jul. 2024.

FIALHO, Juliana. Autismo: A importância da intervenção multidisciplinar. **Portal Comportese**, 29 jun. 2015. Disponível em: <https://comportese.com/2015/06/29/autismo-a-importancia-da-intervencao-multidisciplinar/>. Acesso em: 22 jul. 2024.

GHETTI, Beatriz Pristilo; BAHDUR, Daniela Hruschka. A dificuldade do acesso à saúde pelo grupo LGBTI no Brasil durante a pandemia: uma análise à luz da teoria da eficácia horizontal dos direitos humanos. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, [S.l.], v. 24, n. 49, p. 136-156, out. 2020. Disponível em: <http://lexcultcejf.trf2.jus.br/index.php/revistasjrj/article/view/447>. Acesso em: 11 jul. 2024. doi: [10.30749/2177-8337.v24n49p136-156](https://doi.org/10.30749/2177-8337.v24n49p136-156).

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. 406 p.

LEAL, Gabriel Prado. A (re)construção dos direitos sociais no século XXI: entre a progressividade, a estabilidade e o retrocesso. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília,

v. 53, n. 211, p. 143-166, jul./set. 2016. Disponível em:

http://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/53/211/ril_v53_n211_p143. Acesso em: 09 jul. 2024.

LEÃO, Renato Zerbini Ribeiro. O regime de proteção aos migrantes, refugiados e solicitantes de refúgio do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas. **REMHU, Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana**, v. 27, n. 57, set./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/remhu/a/XXZ9NFJwSRSVVyND7bHtNDy/>. Acesso em: 10 jul. 2024. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005711>.

LEITE, Carlos Henrique Bezerra. As três dimensões dos direitos humanos e o novo conceito de cidadania. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 13ª Região**, João Pessoa, v. 12, n. 9, p. 104-108, 2004. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/18247>. Acesso em: 08 jul. 2024.

MAS, Natalie Andrade. **Transtorno do Espectro Autista: história da construção de um diagnóstico**. 2018. 103 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102018-191739/publico/mas_me.pdf. Acesso em: 22 jul. 2024.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso de direitos humanos**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2019. 595 p.

OLIVEIRA, Danilo de; SOUZA, Luciano Pereira de; LAMY, Marcelo. Violação das obrigações estatais na área da saúde: a diferença entre as obrigações mínimas e as esperadas. **Caderno de Relações Internacionais**, v. 7, n. 13, p. 1-21, ago./dez. 2016. Disponível em: https://www.academia.edu/86150056/b_viola%C3%87%C3%83o_das_obriga%C3%87%C3%95es_estatais_na_%C3%81rea_da_sa%C3%9ade_a_diferen%C3%87a_entre_as_obriga%C3%87%C3%95es_m%C3%8Dnimas_e_as_esperadas_b_br_violation_of_state_obligations_in_the_health_area_the_difference_between_the_minimum_and_the_expected_obligations. Acesso em: 12 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas**. Nova Iorque, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 08 jul. 2024.

PEREIRA, Priscilla Letícia Sales et al. Importância da implantação de questionários para rastreamento e diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista (TEA) na atenção primária / Importance of implementing questionnaires for screening and early diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) in primary care. **Brazilian Journal of Health Review**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 8364–8377, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28223>. Acesso em: 5 jul. 2024. doi. 10.34119/bjhrv4n2-360.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e Justiça Internacional**. 9ª ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

RUEDA-MARTÍNEZ, Gabriela. **O direito à atenção em saúde bucal qualificada e segura: análise sob a perspectiva do direito humano à saúde**. 2017. 214 p. Tese (Doutorado em

Bioética) – Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Bioética, Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/31371>. Acesso em: 22 jul. 2024.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. 1.040 p.

SANTIAGO, Mylene Cristina; GABRIEL, Karla Aparecida. Práticas multidisciplinares de atenção à pessoa com transtorno do espectro autista (TEA). **Espaço Pedagógico**, Passo Fundo, v. 28, n. 2, p. 640-656, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rep/article/view/11736/114116356>. Acesso em: 23 jul. 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 10. ed. rev, atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

SILVEIRA, Jucimeri Isolda; ALVES, Verônica de Paula da Rocha. Os direitos humanos como processos de luta diante do programa neoliberal brasileiro: estratégias de resistência e a centralidade da comunicação. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos (RIDH)**, Bauru, v. 8, n. 1, p. 117-137, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/781>. Acesso em: 10 jul. 2024.

SOUSA, Caio Pereira de et al. The Role of the Neuropsychologist in the rehabilitation of children with Autistic Spectrum Disorder. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 8, p. e17010817047, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17047. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17047>. Acesso em: 21 jul. 2024.

STURZA, Janáina Machado; DE SOUZA, Ezequiel Cruz. Direito à saúde e políticas públicas: o estado de bem-estar social e a evolução no cuidado com a saúde pública. **Conpedi Law Review**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 202-222, 2022. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/9043/pdf>. Acesso em: 10 jul. 2024. doi: 10.26668/2448-3931_conpedilawreview/2022.v8i1.9043.

TRAMONTINA, Robison; DA SILVA, Paula Pires. A evolução do reconhecimento dos direitos humanos de primeira dimensão. **Unoesc International Legal Seminar**, 307–320. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/uils/article/view/4227>. Acesso em: 08 jul. 2024

VERDAN, Tauã Lima. **Singelos apontamentos ao Comentário Geral nº 14 acerca do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: O direito ao melhor estado de saúde possível de atingir**. Conteúdo Jurídico, 2016. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/46143/singelos-apontamentos-ao-comentario-geral-no-14-acerca-do-pacto-internacional-sobre-direitos-economicos-sociais-e-culturais-o-direito-ao-melhor-estado-de-saude-possivel-de-atingir>. Acesso em: 15 jul. 2024.