



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ – CCIM
CURSO DE DIREITO

JOÃO GABRIEL MENDES DE MACENA ARAÚJO

**DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A COBERTURA DE TRATAMENTO PARA
PESSOAS COM TEA: uma análise crítica de decisões do TJMA e o dever das
operadoras de planos de saúde**

Imperatriz-MA, 2024

JOÃO GABRIEL MENDES DE MACENA ARAÚJO

**DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A COBERTURA DE TRATAMENTO PARA
PESSOAS COM TEA: uma análise crítica de decisões do TJMA e o dever das
operadoras de planos de saúde**

Monografia apresentada como requisito para a
conclusão do curso de Bacharelado em Direito
da Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Regina Pereira
dos Santos Marques Dias

Imperatriz-MA, 2024

JOÃO GABRIEL MENDES DE MACENA ARAÚJO

**DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A COBERTURA DE TRATAMENTO PARA
PESSOAS COM TEA: uma análise crítica de decisões do TJMA e o dever das
operadoras de planos de saúde**

Monografia apresentada como requisito para a
conclusão do curso de Bacharelado em Direito
da Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Regina Pereira
dos Santos Marques Dias

Aprovado(a) em: 09/08/2024

Nota: 10,00

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Paula Regina Pereira dos Santos Marques Dias
(Orientador)

Prof. Dra. Sarah Lamarck

Prof. Dr. Thiago Vale Pestana

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Mendes de Macena Araújo, João Gabriel.

DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A COBERTURA DE TRATAMENTO
PARA PESSOAS COM TEA : uma análise crítica de decisões do
TJMA e o dever das operadoras de planos de saúde / João
Gabriel Mendes de Macena Araújo. - 2024.

59 f.

Orientador(a): Paula Regina Pereira dos Santos Marques
Dias.

Monografia (Graduação) - Curso de Direito, Universidade
Federal do Maranhão, Imperatriz, 2024.

1. Tea. 2. Negativa. 3. Cobertura. 4. Tratamento.
5. Decisões. I. Regina Pereira dos Santos Marques Dias,
Paula. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Dedico não somente o presente trabalho, mas toda a minha graduação aos meus pais, Carlos Alberto e Gercila Maria. Vocês são pilares de meu desenvolvimento e pessoal e profissional e são diretamente responsáveis por todas as minhas conquistas.

O apoio incondicional, o amor e a força que me proporcionaram foram essenciais para a conclusão dessa graduação. A vocês, dedico cada passo dado, cada desafio superado e cada aprendizado adquirido.

Agradeço também à minha mentora e amiga, Thallyane Castro, que desempenhou um papel fundamental no meu amadurecimento durante o estágio final da graduação e me orientou em todos os estágios de elaboração do presente estudo. Sua confiança e investimento no meu desenvolvimento como estudante e futuro advogado foram determinantes para o meu crescimento.

Por fim, expresso minha profunda gratidão à minha orientadora, Paula Regina, pela dedicação e empenho em me auxiliar na construção deste trabalho. Sua disposição em abraçar o tema que escolhi e me guiar durante o processo de pesquisa e escrita foram essenciais para a realização deste estudo.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA) em relação aos litígios envolvendo a negativa de custeio de tratamento para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) pelas operadoras de planos de saúde nos últimos dois anos (2022 e 2023). A pesquisa, de natureza qualitativa e documental, analisou as justificativas apresentadas pelas empresas para negar o custeio, confrontando-as com a legislação brasileira e a jurisprudência. Os resultados revelaram que as operadoras frequentemente se baseiam em argumentos frágeis, como a exclusão de terapias no rol da ANS ou a alegação de tratamentos experimentais, para negar a cobertura. O TJMA, em suas decisões, tem priorizado o direito à saúde e a proteção das pessoas com TEA, determinando o custeio integral dos tratamentos e, em alguns casos, a indenização por danos morais. O estudo destaca a importância da atuação do Judiciário na garantia do acesso à saúde e na proteção dos direitos dos consumidores, especialmente em relação a grupos vulneráveis como as crianças com TEA.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do Espectro Autista (TEA). Planos de saúde. Negativa de cobertura. Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA). Direito à saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the jurisprudence of the Court of Justice of Maranhão (TJMA) regarding disputes involving the denial of coverage for treatment of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) by health insurance providers in the last two years (2022 and 2023). The research, qualitative and documentary in nature, analyzed the justifications presented by companies to deny coverage, confronting them with Brazilian legislation and jurisprudence. The results revealed that operators often rely on weak arguments, such as the exclusion of therapies from the ANS list or the allegation of experimental treatments, to deny coverage. The TJMA, in its decisions, has prioritized the right to health and the protection of people with ASD, determining full coverage of treatments and, in some cases, compensation for moral damages. The study highlights the importance of the Judiciary's role in guaranteeing access to health and protecting consumer rights, especially in relation to vulnerable groups such as children with ASD.

KEYWORDS: Equity. Autism Spectrum Disorder (ASD). Health insurance. Denial of coverage. Court of Justice of Maranhão (TJMA). Right to health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Entendimento sobre a natureza do Rol da ANS e sua Evolução por meio dos anos.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABA	Applied Behavior Analysis (Análise Aplicada do Comportamento)
Art.	Artigo
ANS	Agência Nacional de Saúde
APA	American Psychiatric Association
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDC	Código de Defesa do Consumidor
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TJMA	Tribunal de Justiça do Maranhão
WHO	World Health Organization
ABA	Applied Behavior Analysis (Análise Aplicada do Comportamento)
Art.	Artigo
ANS	Agência Nacional de Saúde
APA	American Psychiatric Association
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDC	Código de Defesa do Consumidor
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. FUNDAMENTOS LEGAIS: sistema de proteção e garantias das pessoas com TEA.....	16
2.1 O Direito Fundamental à Saúde.....	16
2.2 O Direito do Consumidor e os Planos de Saúde.....	20
2.3 A Inclusão e a Lei Berenice Piana.....	25
3. LEGISLAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE E REGULAÇÃO PELA ANS.....	28
3.1 Considerações sobre a Natureza do Rol antes do Advento da Lei 14.454/2022.....	28
3.2 Cobertura Obrigatória e Exceções: Posicionamento do STJ e o Advento da Lei 14.454/2022.....	31
3.3 Análise Crítica das Políticas Públicas e das Diretrizes da ANS Relacionadas ao Tratamento de TEA.....	33
4. MÉTODO ABA E ESTUDO DOCUMENTAL DE JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MARANHÃO.....	35
4.1 O Método ABA (Applied Behavior Analysis) como Principal Abordagem Terapêutica para Pessoas com TEA.....	35
4.2 Estudo Documental de Decisões Judiciais Relevantes do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA) sobre Cobertura de Tratamentos para Pessoa com TEA.....	38
4.3 Análise Crítica das Decisões Judiciais: aspectos favoráveis e desafios enfrentados pelos beneficiários	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
6. REFERÊNCIAS	56

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde, consagrado na Constituição Federal de 1988, garante a todos os cidadãos brasileiros o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Contudo, essa garantia muitas vezes limita-se apenas à teoria e não se concretiza na prática, especialmente para grupos vulneráveis, como as crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A realidade enfrentada por esse grupo de pessoas tende a ser mais difícil do que a de outros grupos. Embora o acesso à saúde seja um direito constitucional, a busca por tratamento é marcada por inúmeros desafios, revelando uma discrepância entre as garantias previstas no texto constitucional brasileiro e a efetiva prestação dos serviços de saúde.

De acordo com a Associação Americana de Terapia (2024),

O TEA é um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social, sendo marcado pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. Esses sintomas configuram o núcleo do transtorno, mas a gravidade de sua apresentação é variável.

Consoante a tal aceção, Melo (2007) define o Autismo como

[...] um distúrbio no desenvolvimento que se caracteriza por alterações presentes desde uma idade muito precoce, tipicamente antes dos três anos de idade, com impacto múltiplo e variável em áreas nobres do desenvolvimento humano, como as áreas de comunicação, interação social, aprendizado e capacidade de adaptação.

Considerando sua complexidade, terapias como psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, musicoterapia e acompanhamento médico especializado são cruciais para o progresso e a inclusão social de pessoas com TEA.

Todavia, a necessidade de uma abordagem terapêutica multidisciplinar esbarra em práticas institucionais que impossibilitam ou dificultam o acesso aos tratamentos.

De acordo com dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde em março de 2020, 24,5% da população brasileira está coberta por plano privado de saúde (ANS), porcentagem expressiva, que fomenta a ideia de que a saúde

suplementar é relevante pois é responsável, paralelamente ao Estado, pela prestação de saúde a uma parcela significativa da população.

Apesar de desempenhar um papel fundamental no processo de fornecimento de serviços de saúde, essas empresas utilizam as mais diversas justificativas para negar o custeio de tratamento para pessoas com TEA. Entre as mais comuns estão a exclusão de terapias específicas no rol disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde, a alegação de procedimentos experimentais e a tentativa de limitar o número de sessões.

Entretanto, tais práticas muitas vezes contrariam a legislação brasileira, principalmente da Lei nº 12.764/12, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, bem como a Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde e o Código de Defesa do Consumidor.

Diante desse contexto, o presente estudo visa analisar a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA) em relação aos litígios envolvendo as negativas de custeio de tratamento para crianças com TEA por meio de publicações do Portal do Poder Judiciário do Maranhão dos últimos dois anos, 2022 e 2023.

Por meio dessa análise foi realizada uma investigação em relação as justificativas apresentadas por essas empresas para embasar suas negativas, confrontando-as com os dispositivos legais citados e com a própria jurisprudência pátria, e verificando o nível de consistência das justificativas apresentadas nos processos selecionados.

Além disso, o estudo pretende averiguar a linha argumentativa adotada pelos magistrados do TJMA ao julgar estes processos, verificando se as decisões proferidas acolheram ou rejeitaram as justificativas dadas pelas operadoras e, ao mesmo tempo, explorar quais dispositivos legais vêm sendo aplicados nesses casos.

Busca-se, portanto, identificar o nível de sensibilidade do Judiciário Maranhense frente a constante recusa dos planos de saúde em custear o tratamento solicitado pelas pessoas diagnosticadas com autismo.

Dessa forma, a relevância do presente estudo está atrelada à possibilidade de apresentar como as operadoras utilizam as fragilidades na legislação para realizar práticas abusivas que afetam diretamente o direito

constitucional de acesso à saúde de um grupo vulnerável, impondo a essas famílias um ônus financeiro e emocional e, muitas vezes, comprometendo o desenvolvimento psicossocial e a qualidade de vida das crianças com TEA.

Do ponto de vista metodológico, o estudo realizado caracteriza-se como uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa. Foi realizada uma análise de seis processos do Estado do Maranhão movidos contra operadoras de planos de saúde visando o custeio de tratamento.

A seleção dos processos foi feita por meio de pesquisa na base de dados do Portal Judiciário do Maranhão e no site da empresa COD e do software jurídico SEDEP.

Nesse contexto, o trabalho possui como objetivo analisar criticamente a jurisprudência do TJMA sobre a cobertura de tratamento para pessoas com TEA pelas operadoras de planos de saúde, identificando as justificativas das empresas para a negativa de custeio e avaliando a consistência dessas justificativas frente aos direitos assegurados pela legislação vigente, além de compreender a linha argumentativa utilizada pelos magistrados do TJMA nas decisões judiciais.

Para cumprir tal objetivo, o trabalho foi dividido em três capítulos.

O Capítulo "Fundamentos Legais: Sistema de Proteção e Garantias das Pessoas com TEA" aborda os dispositivos legais que sustentam a proteção e as garantias das pessoas com TEA. Inicialmente, é feita uma explanação sobre o direito fundamental à saúde, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, destacando sua importância como direito social. O capítulo enfatiza a necessidade de assegurar a dignidade humana, a inclusão social e o respeito à autonomia das pessoas com deficiência, conforme estipulado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência e outros dispositivos legais.

Esse capítulo também explora o direito do consumidor, particularmente no que tange aos planos de saúde, e a inclusão proporcionada pela Lei Berenice Piana. Este marco legal é crucial para entender as obrigações das operadoras de planos de saúde em oferecer cobertura adequada e integral aos tratamentos necessários para pessoas com TEA. A seção busca construir um arcabouço teórico robusto que fundamenta a análise das decisões judiciais subsequentes, fornecendo um contexto essencial para a compreensão das garantias legais e dos desafios enfrentados na prática.

O Capítulo “Legislação de Planos de Saúde e Regulação pela ANS” disserta sobre a legislação específica dos planos de saúde e à regulação pela ANS. Inicialmente, são discutidas as normas que regem os planos de saúde, com ênfase na cobertura obrigatória de tratamentos para pessoas com TEA. A análise inclui a trajetória de decisões do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e o impacto da Lei nº 14.454/2022, que alterou a interpretação sobre a taxatividade do rol da ANS, ampliando as possibilidades de cobertura.

Essa seção também aborda as controvérsias em torno da taxatividade do rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecido pela ANS, discutindo como essa lista é frequentemente utilizada pelas operadoras de planos de saúde para negar tratamentos. São apresentadas as principais justificativas das operadoras e as respostas judiciais a essas alegações, destacando a importância de uma interpretação que considere as necessidades individuais dos pacientes e a complexidade dos tratamentos para TEA.

O Capítulo “Análise Crítica de Decisões do TJMA”, por sua vez, é dedicado à análise crítica das decisões do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA) em casos de negativa de cobertura para tratamentos de pessoas com TEA. São examinadas as justificativas apresentadas pelas operadoras de planos de saúde e a linha argumentativa utilizada pelos magistrados ao julgar esses casos. O capítulo evidencia a interpretação do TJMA sobre a natureza do rol de procedimentos da ANS como um catálogo mínimo, permitindo a inclusão de tratamentos não listados conforme a necessidade individual dos pacientes.

Além disso, a seção destaca como o TJMA tem aplicado o Código de Defesa do Consumidor para garantir maior proteção aos beneficiários, enfatizando o princípio da boa-fé contratual. As decisões analisadas revelam a sensibilidade do Tribunal em relação às especificidades do TEA, reconhecendo a importância de uma abordagem multidisciplinar e contínua no tratamento. O capítulo conclui que as decisões do TJMA têm sido fundamentais para assegurar o direito à saúde e a inclusão social das pessoas com TEA, enfrentando os desafios impostos pelas operadoras de planos de saúde.

A conclusão busca verificar a dissonância entre os direitos garantidos pelo texto constitucional e a prática realizada pelas empresas privadas responsáveis por oferecer serviços de saúde aos seus beneficiários mesmo que, frequentemente, neguem o acesso a tratamento essenciais para pessoas

diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista.

Além disso, o capítulo final convida à reflexão sobre a efetividade do direito à saúde no Brasil, questionando se a mera previsão constitucional como garantia fundamental garante, de fato, o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. O estudo demonstra que, na prática, o direito à saúde, especialmente para grupos vulneráveis, como crianças com TEA, é permeado por obstáculos.

2. FUNDAMENTOS LEGAIS: sistema de proteção e garantias das pessoas com TEA

Antes de analisarmos as sentenças dos processos selecionados, se faz essencial, preliminarmente, estabelecer um ponto de partida teórico para que as conclusões apresentadas sejam compreendidas do melhor modo possível.

O presente capítulo, portanto, não visa um estudo exaustivo dos dispositivos legais que serão apresentados, mas sim fornecer um embasamento inicial que será possibilitado pela apresentação de conceitos chaves sobre o direito à saúde, o direito do consumidor e, sobretudo, sobre o direito da pessoa com deficiência.

Assim, pretende-se incentivar a construção de um arcabouço legal que aprofunde a discussão proposta pelo presente estudo.

2.1 O Direito Fundamental à Saúde

O direito à saúde é uma das garantias fundamentais asseguradas pela Constituição Federal de 1988, prevista no artigo 6º como direito social e tendo sua importância acentuada por meio do artigo 196, que define a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (Brasil, 1988).

Nesta seara, pode-se inferir que a saúde, do ponto de vista constitucional, é um bem jurídico que deve ser protegido por todos os meios legais, transcendendo, assim, a mera ausência de doenças, abrangendo o bem estar-físico, mental e social de cada cidadão e o acesso universal e igualitário às ações e serviços responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

Consoante a tal entendimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) também propõe uma visão holística do bem-estar humano (WHO, 1946), demonstrando que o conceito de saúde é mais complexo que apenas o mero tratamento de doenças, abrangendo também a prevenção e a promoção do bem-estar de modo geral.

Ainda no Texto Constitucional, novamente em seu artigo 196, está descrito que, com o objetivo de cumprir o dever de garantir o acesso equitativo

e abrangente à saúde, o Estado deve implementar políticas sociais e econômicas que reduzam os riscos de doenças e outros agravos.

A história das empresas que fornecem serviços de saúde no Brasil remonta ao ano de 1920, com o surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), empresas criadas e administradas pelos próprios trabalhadores com o objetivo de garantir aposentadoria, medicamentos e assistência médica. Tal iniciativa acabou por evoluir para o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que contava com financiamento governamental e contribuições de empresas e empregados, semelhante a um sindicato.

Apesar de sua iniciativa inovadora, esses institutos somente forneciam atendimento para as pessoas que possuíam registro em carteira de trabalho, o que não era a realidade da maioria dos brasileiros. Assim sendo, a maior parte da população necessitava, quando necessário, recorrer a hospitais universitários, públicos ou aqueles de natureza filantrópica.

De acordo com José Cechin, ex-ministro de Previdência e Assistência Social na década de 1990, a exclusão do acesso à saúde resultou no surgimento das primeiras empresas de plano no Brasil, em 1950: “os planos de saúde surgiram no Brasil graças ao descontentamento com o atendimento oferecido pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS). As indústrias automobilísticas começaram a se estabelecer no país durante o governo de Juscelino Kubitschek e queriam uma força de trabalho mais saudável. Assim, nasceram os primeiros planos de saúde coletivos”.

Por outro lado, as empresas públicas começaram a utilizar recursos próprios para financiar o fornecimento de assistência médica, processo que deu acesso à saúde suplementar, que até então não era regulamentada pelo Estado.

Como resultado de tal processo, o Brasil, décadas depois, em 1988, instaurou o Sistema Único de Saúde, que se trata de um sistema público que representa o principal mecanismo de efetivação da garantia fundamental de acesso a saúde.

No entanto, a complexidade do sistema e as limitações orçamentárias muitas vezes dificultam a plena realização desses princípios. Por conseguinte, surgem desafios que impactam diretamente a qualidade e a eficiência dos serviços prestados.

No âmbito privado, por sua vez, estão as Operadoras de Plano de Saúde, que desempenham um papel significativo na prestação de serviços a saúde, oferecendo acesso a uma rede de prestadores privados e tratamentos especializados e de alta complexidade aos seus usuários.

Vale ressaltar que tal oferta de serviços específicos não ocorre de forma indiscriminada, tendo em vista que tais empresas são reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e têm a obrigação de cobrir um rol mínimo de procedimentos, conforme Resolução Normativa nº 428/2017.

Todavia, mesmo com tal responsabilidade prevista em lei, o elo entre os beneficiários e as operadoras de saúde é frequentemente preenchida por conflitos.

De acordo com um levantamento divulgado pelo Instituto da Defesa do Consumidor, em abril de 2024, as reclamações relacionadas as empresas de planos de saúde tiveram a maior porcentagem entre os associados da Instituição, com 29,3% (IDEC). Consoante a tais dados, um levantamento solicitado pelo Site UOL e realizado pela Agência Nacional de Saúde demonstra que as reclamações de pacientes contra planos de saúde que negaram alguma cobertura aumentaram 374% nos últimos dez anos (UOL).

O constante aumento das reclamações envolvendo a negativa de cobertura indica que grande parte dos consumidores se sente lesada pela negativa de custeio de procedimentos médicos, quando solicitado.

Para as pessoas com deficiência, o desafio na busca por obter acesso aos serviços de saúde se mostra ainda mais complexo. As dificuldades na compreensão dos contratos são agravadas pela necessidade de serviços específicos e muitas vezes contínuos, como terapias e tratamentos especializados, que podem não ser claramente cobertos pelos planos de saúde.

Neste contexto, o TEA, de acordo com a APA (2024), se trata de:

[...] déficit persistente na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia; na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais; nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada à anormalidade no contato visual e na linguagem corporal ou déficits na compreensão dos gestos, e a

ausência total de expressões faciais; e déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos à dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares (APA, 2014, p. 50, tradução nossa).

Devido a essa singularidade, o TEA requer um tratamento multidisciplinar que envolve uma equipe de profissionais de diferentes áreas, como psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicopedagogia e neurologia. Essa equipe é essencial para abordar as diversas necessidades e desafios enfrentados por cada indivíduo com TEA.

Desse modo, o custeio dos referidos tratamentos por parte das operadoras de planos de saúde revela-se como parte essencial do processo de desenvolvimento e de garantia da qualidade de vida destes indivíduos.

Como forma de garantir uma maior inclusão às garantias da saúde, assegurada pela Carta Magna, a Lei nº 13.146/2015, foi implementada em 6 de julho de 2015. Tal legislação foi responsável por ampliar de forma significativa a proteção legal das pessoas com deficiência, consolidando-se como um marco na luta pela igualdade e inclusão social ao estabelecer um conjunto abrangente de direitos e de garantias, abarcando áreas como saúde, educação, trabalho, acessibilidade e participação social.

No âmbito da garantia saúde, o Estatuto da Pessoa com Deficiência estabelece ao Estado, à sociedade e à família a responsabilidade de assegurar a essas pessoas a efetivação de seus direitos. Contudo, a prática revela que a obtenção desse direito muitas vezes requer a intervenção do Poder Judiciário, especialmente em face das práticas restritivas dos planos de saúde.

Em síntese, a judicialização se apresenta como um meio necessário para a efetivação desses direitos.

Isso ocorre, porque apesar da existência do rol de procedimentos estabelecido pela ANS, as operadoras de planos de saúde frequentemente se alegam que as terapias prescritas, como ABA (Applied Behavior Analysis), musicoterapia e terapia ocupacional, não estão expressamente listadas no rol ou são consideradas experimentais.

Essa postura, muitas vezes, ignora a individualidade de cada paciente e a necessidade de um tratamento multidisciplinar personalizado, que pode incluir terapias não previstas no rol. Além disso, mesmo quando o referido

tratamento é coberto, as operadoras podem tentar limitar o número de sessões ou a frequência das terapias, o que pode comprometer a efetividade do tratamento e o desenvolvimento da pessoa com TEA.

Essa recusa, baseada em uma interpretação restritiva do contrato e do rol da ANS, acaba por violar o direito à saúde e à inclusão das pessoas com TEA, gerando a necessidade de judicialização por parte das famílias destes indivíduos que buscam assegurar o direito a saúde que garante o acesso ao tratamento adequado e integral.

Perante destas demandas judiciais, os Tribunais têm se deparado com a necessidade de equilibrar o direito à saúde dos beneficiários e as limitações contratuais e econômicas alegadas pelas operadoras de planos de saúde.

2.2 O Direito do Consumidor e os Planos de Saúde

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), instituído pela Lei nº 8.078/1990, é responsável por estabelecer um conjunto de normas destinadas a proteger os direitos dos consumidores em suas relações com fornecedores de produtos e serviços.

Em outras palavras, o CDC reconhece a vulnerabilidade do consumidor e impõe ao fornecedor o dever de transparência, boa-fé à dignidade do consumidor, buscando equilibrar a relação consumerista.

De acordo com o artigo 2º do CDC,

Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final". No caso dos planos de saúde, o beneficiário é o destinatário final dos serviços de assistência à saúde, utilizando dos mesmos para satisfazer suas necessidades pessoais e de seus dependentes.

Por outro lado, o artigo 3º do CDC define fornecedor como

Toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos

ou prestação de serviços. As operadoras de planos de saúde, como empresas que comercializam e prestam serviços de assistência à saúde, se enquadram nessa definição.

Dentro dessa relação que muitas vezes é desigual, alguns direitos básicos são garantidos aos consumidores por meio do artigo 6º do Código de Defesa do Consumidor, sendo estes: a proteção da vida, da saúde e a garantia de segurança contra riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços que são considerados perigosos ou nocivos. Esse dispositivo legal é crucial no âmbito dos planos de saúde, pois reforça o direito dos beneficiários ao acesso a tratamentos seguros e eficazes.

Em face do compromisso de garantir tais proteções, o CDC também estabelece, em seu artigo 14, que

O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. Nesse sentido, as operadoras de planos de saúde são responsáveis pela clareza e precisão das informações sobre os tratamentos cobertos e suas condições.

Entretanto, embora o CDC assegure uma série de direitos aos consumidores, as operadoras de planos de saúde utilizam diversas justificativas para se negar a cobrir esses tratamentos, gerando um contraponto evidente com as garantias asseguradas pela legislação consumerista.

Uma das principais alegações utilizadas por essas empresas é a de que os tratamentos solicitados não estão incluídos no rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Tal justificativa demonstra uma interpretação errônea por parte das operadoras que definem o rol como taxativo, ou seja, como uma lista exaustiva de procedimentos que devem ser cobertos.

Desse modo, as empresas privadas fornecedoras de serviços de saúde encontram amparo em um entendimento falho para negar qualquer tratamento que não conste expressamente neste rol, mesmo quando há indicação médica fundamentada sobre a necessidade e a eficácia do referido tratamento para o paciente com TEA.

Entretanto, o artigo 39 do CDC contrapõe tais negativas ao vedar práticas abusivas, como a recusa injustificada de atendimento às demandas dos

consumidores quando houver alternativas disponíveis, conforme incisos II e V. Esse artigo é frequentemente utilizado em ações judiciais para contestar a negativa de cobertura de tratamentos prescritos para pessoas com TEA, uma vez que a recusa pode ser considerada abusiva.

Consoante a isso, a Lei nº 9.656/1998, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde, também desempenha um papel crucial na proteção dos consumidores. Essa lei estabelece que as operadoras de planos de saúde devem garantir assistência médica, hospitalar e ambulatorial, conforme o contrato firmado com o beneficiário, e que as coberturas mínimas devem ser atualizadas periodicamente pela ANS.

Tal dispositivo define também, em seu artigo 10, que é vedada a limitação do número de consultas, sessões ou dias de internação aos usuários, desde que necessárias para o tratamento da enfermidade coberta pelo plano. Essa disposição é essencial para garantir que pessoas com TEA recebam o tratamento multidisciplinar necessário sem limitações arbitrárias impostas pelas operadoras.

Entretanto, o presente estudo revela que, mesmo com essas previsões legais, os beneficiários frequentemente enfrentam dificuldades na obtenção de cobertura para tratamentos especializados. As operadoras de planos de saúde, muitas vezes, se valem de interpretações restritivas das normativas da ANS e do próprio contrato, alegando que determinados tratamentos não estão expressamente incluídos no rol de procedimentos.

Por conseguinte, muitos consumidores se veem obrigados a recorrer ao Poder Judiciário para garantir o acesso aos tratamentos de que necessitam. A judicialização das demandas relacionadas aos planos de saúde é um fenômeno crescente e reflete o desinteresse das operadoras em cumprir plenamente suas obrigações legais e contratuais.

E, não obstante, mesmo quando há uma decisão favorável para estas famílias, os planos de saúde se aproveitam de diversas falhas do sistema judiciário para dificultar o custeio desses tratamentos.

Um dos principais problemas é a morosidade judicial. O tempo prolongado para a tramitação dos processos judiciais pode resultar em atrasos significativos na implementação das decisões, o que é especialmente prejudicial para pessoas com TEA, cujos tratamentos muitas vezes requerem continuidade

e urgência.

Além da morosidade, outra falha crítica do judiciário é a falta de uniformidade nas decisões. A ausência de uma jurisprudência consolidada e uniforme pode levar a decisões contraditórias, o que gera insegurança jurídica para os beneficiários. Essa inconsistência permite que as empresas utilizem de brechas legais para continuar a negar a cobertura de tratamentos essenciais, prolongando o sofrimento das famílias e comprometendo o desenvolvimento das pessoas com TEA.

Outro aspecto explorado pelas operadoras é a utilização de recursos e apelações para adiar o cumprimento das sentenças. Mesmo quando uma decisão judicial é favorável ao consumidor, as operadoras frequentemente recorrem a instâncias superiores, retardando ainda mais a efetivação do direito ao tratamento.

Além disso, a falta de fiscalização eficaz e a aplicação insuficiente de sanções às operadoras de planos de saúde que descumprem decisões judiciais ou que adotam práticas abusivas representam uma falha sistêmica. A ausência de penalidades significativas permite que as operadoras continuem a desrespeitar os direitos dos beneficiários sem consequências substanciais, perpetuando um ciclo de negligência e abuso.

A carência de uma comunicação efetiva entre os órgãos reguladores, como a ANS, e o judiciário também contribui para a perpetuação dos problemas enfrentados pelos consumidores.

A ANS, como agência reguladora, tem a responsabilidade de fiscalizar e regular a atuação das operadoras de planos de saúde, mas muitas vezes a falta de colaboração com o judiciário dificulta a implementação de medidas eficazes para proteger os direitos dos beneficiários.

Outro desafio enfrentado é a dificuldade de acesso à justiça por parte de muitas famílias. O custo elevado e a complexidade dos processos judiciais podem ser barreiras significativas para aqueles que necessitam de assistência jurídica, especialmente para famílias de baixa renda. A falta de apoio jurídico adequado impede que muitas dessas famílias busquem e obtenham a justiça necessária para garantir os direitos de seus entes queridos com TEA.

Em alguns casos, mesmo após uma decisão judicial transitada em julgado, as operadoras de planos de saúde encontram maneiras de desrespeitar

ou atrasar a implementação das ordens judiciais, alegando dificuldades operacionais ou financeiras.

Neste contexto, Machado (2018) evidencia

[...] é de extrema importância a atuação da ANS na fiscalização e regulamentação dos planos de saúde, bem como na atualização constante do rol de procedimentos para refletir as necessidades reais dos beneficiários. A inclusão de novos tratamentos e terapias, especialmente para condições complexas como o TEA, deve ser uma prioridade para garantir a adequação da cobertura oferecida pelas operadoras.

A ANS também deve atuar de forma mais rigorosa na aplicação de sanções às operadoras que descumprem suas obrigações contratuais e legais, protegendo os consumidores contra práticas abusivas e garantindo a efetividade dos direitos previstos no CDC e na lei de planos de saúde. Esse papel fiscalizador é essencial para reduzir a necessidade de judicialização e promover um ambiente mais justo e equilibrado para os beneficiários.

Destaca-se, portanto, a importância de políticas públicas que integrem melhor o sistema de saúde pública e privada, promovendo a cooperação entre o SUS e os planos de saúde para garantir a cobertura abrangente e eficiente dos tratamentos necessários. A coordenação entre esses sistemas pode reduzir a carga sobre o Judiciário e assegurar que os beneficiários tenham acesso imediato e contínuo aos tratamentos de que necessitam.

Em resumo, o direito do consumidor no contexto dos planos de saúde é amplamente protegido por uma série de normas legais e regulamentares que visam garantir a prestação adequada e contínua de serviços de saúde.

No entanto, a efetivação plena desses direitos muitas vezes exige a intervenção do Poder Judiciário, devido às práticas restritivas das operadoras de planos de saúde. A aplicação do CDC, juntamente com a lei de planos de saúde, constitui uma base sólida para a defesa dos direitos dos beneficiários, mas é necessário um esforço contínuo de fiscalização e atualização das normas para atender às necessidades dinâmicas dos consumidores.

Assim, a continuidade dos esforços legislativos, judiciais e regulatórios é fundamental para assegurar que os planos de saúde cumpram plenamente suas obrigações e que os consumidores tenham seus direitos protegidos de forma eficaz e justa. A atuação integrada de todos os atores

envolvidos é crucial para promover a saúde e o bem-estar de todos os cidadãos, em especial daqueles que necessitam de tratamentos especializados e contínuos, como as pessoas com TEA.

Em consequência disto é que vários processos chegaram ao Superior Tribunal de Justiça a fim de que se assegurasse de forma consolidada um entendimento sobre a natureza do rol constante na ANS.

2.3 A Inclusão e a Lei Berenice Piana

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, representa um avanço fundamental na legislação brasileira, trazendo à luz a necessidade de garantir a inclusão social de forma ampla e efetiva para todos aqueles que possuem algum tipo de deficiência.

Promulgada em 27 de dezembro de 2012, o Estatuto da Pessoa com Deficiência estabelece uma série de diretrizes e garantias específicas que visam assegurar uma inclusão plena e efetiva dessas pessoas na sociedade, respeitando suas peculiaridades e necessidades.

A criação da Lei Berenice Piana foi impulsionada pela crescente demanda da sociedade por uma maior compreensão e atenção aos direitos das pessoas com TEA. A mobilização de familiares, profissionais da saúde, educadores e ativistas foi crucial para a elaboração de um instrumento legal que reconhecesse o autismo como uma condição que requer cuidados e abordagens específicas.

Em relação a tal temática, Heinze (2010, p. 23) aponta

[...] os direitos humanos não são estáticos. Por via de regra, são construídos como uma reação a situações de ameaça e opressão". No caso da Lei Berenice Piana, a crescente conscientização sobre as necessidades das pessoas com TEA e a pressão por mudanças na sociedade foram determinantes para a criação de uma legislação específica.

Assim, a lei equipara o TEA à deficiência, instituindo, como consequência, uma série de garantias e proteções que visam combater a marginalização e promover a inclusão social efetiva dessas pessoas.

O Estatuto aborda temas cruciais como a acessibilidade, a educação inclusiva, o trabalho, a saúde e a participação política e social, compondo um conjunto de direitos e garantias que impactam diretamente a vida de milhões de brasileiros.

A própria definição de "pessoa com deficiência" presente no artigo 2º da lei demonstra uma nova abordagem para a questão, ultrapassando a visão restrita e ultrapassada de um indivíduo com uma limitação física. A lei reconhece a complexidade da deficiência ao considerar não apenas o impedimento em si, mas também os desafios que impedem a inclusão social, como a falta de acessibilidade, a discriminação e o preconceito.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Deficiência, mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência. Dentro desse universo, aproximadamente 200 milhões de pessoas possuem dificuldades funcionais consideráveis. (WHO, The World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. – São Paulo : SEDPcD, 2012. 334 p.)

O senso comum induz que pessoa com deficiência são indivíduos que usam cadeiras de rodas ou muletas.

Entretanto, a deficiência engloba muito mais pessoas, como as pessoas com deficiências intelectuais, amputados, surdos e mudos, dentre outros. O grau de deficiência também é muito amplo e os comprometimentos podem chegar a um grau de dependência total de terceiros.

Tal estatística serve como um alerta para a necessidade de políticas públicas eficazes e abrangentes que promovam a inclusão e garantam o acesso aos direitos básicos para toda a população com deficiência, incluindo a garantia de acesso a serviços de saúde adequados.

No âmbito da saúde, o Estatuto da Pessoa com Deficiência estabelece o direito à assistência integral e equitativa, incluindo a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Nesta seara, a lei garante o acesso a tratamentos adequados, reabilitação, serviços de apoio e tecnologias assistivas, pautando a prestação de serviços de saúde pela dignidade da pessoa humana, a inclusão social e o respeito à autonomia e à autodeterminação do indivíduo.

Um dos exemplos de como essa legislação se manifesta na prática se encontra justamente em seu artigo 4º, responsável por garantir que a pessoa

com deficiência não seja submetida a tratamento desumano, degradante, sofra discriminação por sua deficiência ou seja privada de sua liberdade ou do convívio familiar. (Brasil, 2012).

Tal trecho coaduna com o pensamento de Santos (2003, p. 56), que afirma:

[...] temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

As palavras de Boaventura de Souza Santos ressaltam a importância de uma igualdade que reconheça a diversidade humana, incluindo as pessoas com deficiência, e que não seja apenas um conceito abstrato, mas uma realidade concreta que se reflita em políticas públicas e ações do dia a dia.

Desse modo, ao tratar da inclusão social, o referido dispositivo reconhece a importância de garantir a acessibilidade e a participação das pessoas com deficiência em todos os espaços da sociedade, não limitando o conceito de acessibilidade a adaptação física de espaços e equipamentos, mas englobando também a comunicação, a informação e a tecnologia, visando garantir que as pessoas com deficiência possam exercer seus direitos e participar da vida social em igualdade de condições.

3. LEGISLAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE E REGULAÇÃO PELA ANS

Este capítulo tem como objetivo identificar quais as legislações que tratam sobre plano de saúde e a regulação da ANS, bem como é tratada a questão da cobertura de tratamento às crianças com TEA. Aponta ainda a trajetória de decisões debatidas no STJ e o consequente advento da Lei n. 14.454/2022 que alterou a interpretação da taxatividade do rol da ANS.

3.1 Considerações sobre a Natureza do Rol antes do Advento da Lei 14.454/2022

A Lei. 9.656/98, responsável por regulamentar os planos de saúde, representa um marco na proteção dos direitos dos consumidores e no processo de garantia de acesso à saúde suplementar. Tal dispositivo legal estabelece diretrizes para as operadoras de planos de saúde, assegurando uma ampla gama de serviços e garantindo aos beneficiários um atendimento adequado e de qualidade.

No entanto, apesar de sua clara importância, a lei apresentava, até então, uma lacuna: a ausência de uma definição específica em relação a natureza taxativa ou exemplificativa do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma lista de procedimentos, exames e tratamentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer aos seus beneficiários.

Criado em 1999, a lista possui como objetivo garantir uma cobertura mínima e padronizada para os planos de saúde, protegendo os consumidores de práticas abusivas e garantindo o acesso a serviços essenciais.

A importância do Rol da ANS reside em sua função de balizar a relação entre operadoras e beneficiários, estabelecendo direitos e deveres para ambas as partes. Para os consumidores, o Rol garante o acesso a um conjunto básico de serviços de saúde, evitando que as operadoras limitem arbitrariamente a cobertura. Para as operadoras, o Rol oferece segurança jurídica e previsibilidade, ao definir os procedimentos que devem ser cobertos.

A lista, apesar de atualizada periodicamente pela ANS, com base em critérios técnicos e científicos, não apresenta em seu texto alguns procedimentos que são considerados essenciais para o tratamento de algumas doenças.

Desse modo, a falta de inclusão de alguns tratamentos, aliada a sua antiga natureza ambígua, permitia que as operadoras de planos de saúde se aproveitassem da “brecha legal” para justificar, de forma fundamentada, a negativa de custeio de alguns procedimentos que não estão presentes na mesma.

Além das claras ausências no texto do Rol, a interpretação dupla também se refletia no Superior Tribunal de Justiça (STJ), onde havia uma divergência significativa se o rol se tratava de uma referência mínima de procedimentos e tratamento que devem ser oferecidos pelos planos de saúde ou se, na verdade, a lista limita a obrigação de custeio dos planos aos procedimentos listados.

O posicionamento distinto das Turmas pode ser ainda mais evidenciado mediante a análise de três processos julgados pelo STJ, o RESP Nº 1733013/PR, RESP Nº 1876630/SP e o ERESP Nº 1886929/SP.

O Recurso Especial N.º 1733013/PR, julgado pela Quarta Turma do STJ, tem como relator o Ministro Luis Felipe Salomão. O processo envolveu uma ação movida contra a Unimed de Londrina, na qual a autora, beneficiária do plano de saúde, alegou que seu médico havia prescrito um procedimento cirúrgico chamado cifoplastia. No entanto, a operadora negou a autorização dos materiais necessários, oferecendo apenas o procedimento de vertebroplastia, previsto no rol da ANS. A autora argumentou que o procedimento prescrito era minimamente invasivo, enquanto o disponibilizado pelo plano estava defasado e poderia causar complicações.

Inicialmente, o caso foi julgado pela 2ª Vara Cível da Comarca de Londrina/PR, que julgou parcialmente procedentes os pleitos da autora. Insatisfeita, a autora apelou, enquanto a ré apresentou um recurso adesivo. O Tribunal de Justiça do Paraná reformou a sentença, decidindo que o procedimento solicitado não constava no rol da ANS e que não foram comprovadas a efetividade e as vantagens desse tratamento em comparação ao autorizado pela operadora, que era similar e com eficácia comprovada. Assim, julgou procedente apenas o recurso adesivo.

Apesar de não estar relacionado diretamente ao tratamento do TEA, este caso demonstra o entendimento da Quarta Turma quanto à natureza do rol da ANS, adotando-o como taxativo. Este entendimento foi frequentemente utilizado como precedente por tribunais estaduais que aderiram à visão de que o rol é de natureza taxativa.

Como contraponto ao entendimento anterior, temos o Recurso Especial N.º 1876630/SP, julgado pela Terceira Turma do STJ e relatado pela Ministra Nancy Andrighi. O processo envolveu uma ação indenizatória contra a operadora Unimed de Sorocaba, na qual se pleiteava o reembolso de despesas relativas à cirurgia plástica de redução de mamas para correção de hipertrofia mamária bilateral, após a cobertura ter sido negada pelo plano sob a alegação de que os procedimentos eram meramente estéticos e não tinham previsão no rol da ANS.

O juízo de primeira instância julgou parcialmente procedentes os pleitos, condenando a operadora a ressarcir integralmente os valores gastos com os procedimentos. Ambas as partes apelaram, e o Tribunal de Justiça de São Paulo deu provimento ao recurso da beneficiária, condenando a operadora ao pagamento de indenização por danos morais, além do ressarcimento já fixado. Na decisão, a Ministra Nancy Andrighi elucidou que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS tem natureza meramente exemplificativa.

Este resultado contrasta com o entendimento da Quarta Turma, que considerava o rol taxativo, incitando a ambiguidade que existia sobre o tema, na época.

O mais recente julgamento relevante é o Embargo de Divergência em Recurso Especial N.º 1886929/SP, movido contra a Unimed Campinas e julgado pela Segunda Turma do STJ. O colegiado decidiu que o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela ANS é, em regra, taxativo, não obrigando as operadoras de saúde a cobrirem tratamentos não previstos na lista. Contudo, foram estabelecidos parâmetros para que, em situações excepcionais, os planos de saúde custeiem procedimentos não previstos no rol.

No caso em questão, a seção definiu três teses sobre o tema: a primeira, determina que o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo. Assim, a operadora de plano ou seguro de saúde não está obrigada a cobrir tratamentos que não estejam incluídos no rol da ANS, desde

que exista outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol que possa proporcionar a cura do paciente. A segunda se refere a possibilidade de contratar cobertura ampliada ou negociar um aditivo contratual para incluir a cobertura de procedimentos fora do rol.

A última estabelece que na ausência de um substituto terapêutico ou quando os procedimentos do rol da ANS estiverem esgotados, pode haver, de maneira excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que o procedimento não deve tenha sido expressamente indeferido pela ANS para incorporação ao rol de saúde suplementar; que haja comprovação da eficácia do tratamento com base na medicina baseada em evidências; o tratamento deve contar com recomendações de órgãos técnicos renomados, tanto nacionais (como Conitec e Natjus) quanto estrangeiros; e, sempre que possível, que ocorra um diálogo interinstitucional entre o magistrado e entes ou especialistas técnicos na área da saúde.

Ocorre que, em 21 de setembro de 2022, o entendimento sobre o rol foi unificado por meio da promulgação da Lei nº 14.454, que alterou a Lei nº 9.656, responsável por tratar das regras e disposições envolvendo a atuação de empresas de planos de saúde.

3.2 Cobertura Obrigatória e Exceções: Posicionamento do STJ e o Advento da Lei 14.454/2022

A antiga incerteza sobre a natureza do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, se taxativo ou exemplificativo, finalmente encontrou seu fim com a Lei 14.454/2022, que consolidou o rol como exemplificativo. Essa mudança significativa impactou a relação entre operadoras de planos de saúde e beneficiários, especialmente no contexto do acesso a tratamentos para crianças com TEA.

A Lei 14.454/2022, ao alterar a Lei 9.656/1998, introduziu um novo artigo (art. 10, § 13) que estabelece critérios para a cobertura de tratamentos não previstos no Rol da ANS. Para que a cobertura seja autorizada, é necessário que haja comprovação da eficácia do tratamento, demonstrada cientificamente, baseando-se em evidências e plano terapêutico. Além disso, a cobertura também pode ser autorizada se houver recomendações da CONITEC (Comissão

Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde) ou de pelo menos um órgão internacional reconhecido de avaliação de tecnologias em saúde, desde que o tratamento seja aprovado para seus próprios nacionais.

Essa mudança legislativa representa um avanço significativo na garantia do direito à saúde, pois amplia o acesso a tratamentos inovadores e eficazes, inclusive para crianças com TEA, que muitas vezes se deparam com a negativa de cobertura de tratamentos não previstos no Rol.

Entretanto, a 2ª Turma do STJ decidiu que a lei só se aplica a casos de negativas de cobertura ocorridas após a vigência da Lei 14.454/2022, ou seja, após 21 de setembro de 2022, mesmo que o pedido feito anterior a esta data envolva tratamentos continuados.

Para os casos anteriores à Lei 14.454/2022, a jurisprudência do STJ considerava o Rol da ANS como taxativo, com possibilidade de exceções em situações excepcionais. Essa interpretação foi unificada pela 2ª Turma do STJ por meio do Embargo de Divergência em Recurso Especial N.º 1886929/SP, no ano de 2022.

Desse modo, nota-se que a evolução dos entendimentos do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre a natureza do Rol da ANS reflete a complexidade e a importância do tema para o direito à saúde no Brasil.

A divergência inicial entre as turmas do STJ demonstrava a dificuldade em definir se o rol seria um guia mínimo (exemplificativo) ou uma lista fechada (taxativa) de procedimentos obrigatórios. Com o passar do tempo, decisões emblemáticas foram tomadas, ora considerando o rol como taxativo, ora como exemplificativo, até a promulgação da Lei 14.454/2022, que unificou o entendimento ao consolidar o rol como exemplificativo, mas com critérios claros para exceções.

Essa evolução legislativa e jurisprudencial teve um impacto significativo na relação entre operadoras de planos de saúde e beneficiários, especialmente no acesso a tratamentos necessários e inovadores. A tabela a seguir resume os principais marcos dessa trajetória:

ANO	EVENTO	DESCRIÇÃO
1998	Lei 9.656/98	Regulamenta os planos de saúde, estabelecendo diretrizes para operadoras, mas

		não define a natureza do Rol da ANS como taxativa ou exemplificativa.
1999	Criação do Rol da ANS	Lista de procedimentos e eventos em saúde da ANS é criada para garantir uma cobertura mínima padronizada, protegendo consumidores de práticas abusivas.
2018	REsp 1733013/PR	Ministro Relator: Luis Felipe Salomão. Decisão: Natureza do Rol da ANS é taxativa, não obrigando a cobertura de procedimentos fora do rol.
2019	REsp 1876630/SP	Ministra Relatora: Nancy Andrighi. Decisão: Natureza do Rol da ANS é exemplificativa, permitindo a cobertura de procedimentos fora do rol.
2022	EResp 1886929/SP	Decisão: Rol da ANS é, em regra, taxativo, mas com exceções em situações especiais, seguindo critérios de eficácia e recomendação de órgãos técnicos.
set./2022	Lei 14.454/2022	Altera a Lei 9.656/1998, consolidando o Rol da ANS como exemplificativo. Introduce critérios para cobertura de tratamentos não previstos no rol. O rol exemplificativo somente se aplica em negativas posteriores a promulgação da Lei.

Fonte: Informações organizadas pelo Autor conforme dados do site www.stj.jus.br

3.3 Análise Crítica das Políticas Públicas e das Diretrizes da ANS Relacionadas ao Tratamento de TEA

O acesso à saúde, garantido constitucionalmente, somente se concretiza na prática quando as legislações responsáveis por regular a relação entre operadoras de planos de saúde e as pessoas com deficiência se alinha às normas de saúde vigentes. Essa harmonia entre legislação e normas é crucial para assegurar que o direito à saúde seja efetivamente exercido por esse grupo.

Nesse cenário, a ANS, órgão regulador dos planos de saúde, tem buscado estabelecer diretrizes para o atendimento de pessoas com deficiência, especialmente no que se refere ao tratamento de TEA.

A RN 269/2011, por exemplo, estabelece a obrigatoriedade de as operadoras de planos de saúde oferecerem atendimento multiprofissional e interdisciplinar para pessoas com TEA, incluindo avaliação, diagnóstico e tratamento individualizado.

A RN 428/2013, por sua vez, trata da obrigatoriedade de

atendimento multiprofissional para pessoas com autismo, com enfoque no atendimento multidisciplinar, no qual a equipe de saúde trabalha de forma integrada para atender às necessidades específicas do paciente.

Já a RN 539/2017 da ANS regulamenta a cobertura de tratamentos para TEA em planos de saúde, definindo um conjunto mínimo de serviços a serem oferecidos, como avaliação multiprofissional, terapia comportamental, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Todavia, apesar dos esforços da ANS em estabelecer normas específicas para o atendimento de pessoas com TEA, o alinhamento entre a ANS e as empresas de plano de saúde ainda se mostra falho. A implementação dessas normas nem sempre é efetiva, e as operadoras muitas vezes interpretam as diretrizes de forma equivocada, dificultando o acesso a tratamentos adequados.

Tal falha de comunicação pode ser demonstrada pelo episódio ocorrido em janeiro de 2024, no qual a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) pressionou a ANS pela criação de diretrizes claras para o tratamento do autismo. Além disso, a Associação afirmou que, sem uma determinação mais clara, as próprias operadoras ameaçaram se movimentar para propor a inclusão de uma diretriz no rol de procedimentos e eventos em saúde.

Essa situação demonstra a fragilidade da legislação e a necessidade de ações mais concretas para garantir o acesso ao tratamento para pessoas com TEA. A falta de diretrizes específicas e claras, além de gerar insegurança jurídica e comprometer a efetividade da Lei 14.454/2022, também contribui para a persistência da discriminação e da negação de tratamentos essenciais para essa população.

Desse modo, é mais que crucial que o governo e a ANS sejam proativos na elaboração de diretrizes específicas e eficazes para o atendimento de pessoas com TEA, garantindo o acesso a tratamentos adequados e a inclusão social dessa população. A implementação de políticas públicas e de diretrizes da ANS que reconheçam as especificidades do TEA e garantam o acesso a serviços de qualidade é essencial para construir uma sociedade mais justa e inclusiva.

4. MÉTODO ABA E ESTUDO DOCUMENTAL DE JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MARANHÃO

O presente capítulo visa discutir como as decisões judiciais impactam a efetivação desses direitos, especialmente no contexto das abordagens terapêuticas recomendadas.

Além disso, por meio de uma análise das sentenças judiciais, o capítulo busca compreender a lógica argumentativa dos magistrados e a consistência das decisões em relação à legislação vigente, como o Código de Defesa do Consumidor e o Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Desse modo, ainda que o capítulo se proponha a uma análise detalhada das decisões judiciais no Estado do Maranhão, constatou-se uma significativa limitação na obtenção de dados estatísticos precisos sobre essa população.

Tal dificuldade decorre da insuficiência de informações disponibilizadas pelos próprios órgãos governamentais, que, até o momento, não dispõem de registros sistematizados e completos sobre a quantidade de indivíduos com TEA na região. Essa lacuna de dados compromete a compreensão plena do impacto das decisões judiciais e a formulação de políticas públicas mais adequadas e direcionadas às necessidades dessa comunidade.

Contudo, a recente implementação da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA) surge como uma ferramenta promissora para suprir essa carência informacional.

Com a adoção dessa carteira, espera-se que, nos próximos anos, seja possível levantar dados mais acurados e consistentes sobre a população com TEA, possibilitando um mapeamento mais robusto e sistemático que contribuiria para a construção de uma base de dados confiável que reflita a realidade enfrentada por essas pessoas e suas famílias no Maranhão.

4.1 O Método ABA (Applied Behavior Analysis) como Principal Abordagem Terapêutica para Pessoas com TEA

A Análise Aplicada do Comportamento (ABA) se trata de uma ciência originada do behaviorismo, tendo o psicólogo alemão Burrhus Frederic Skinner

como seu principal idealizador. Embora não tenha sido desenvolvida exclusivamente para o tratamento de TEA, a terapia comportamental ABA possui um enfoque científico e estruturado que visa o desenvolvimento de habilidades e a redução das barreiras sociais e comportamentais advinhas do referido transtorno.

De acordo com Hübner (2019), o método ABA se destaca por ser uma terapia intensiva, sistemática e no seu foco na educação comportamental. Sua importância se dá pois, mesmo não possuindo uma cura, o TEA é um transtorno educável e encontra no método ABA uma ferramenta que envolve a identificação de déficits comportamentais e a avaliação de habilidades que precisam ser desenvolvidas.

Gomes e Mendes (2010) descrevem os principais objetivos das intervenções realizadas em casos de indivíduos com TEA, destacando a importância de se ensinar novos comportamentos e reduzir comportamentos disruptivos. Tal processo de aprendizado é essencial para que as crianças com TEA possam adquirir uma maior adaptabilidade a diferentes ambientes físicos e sociais.

O ABA, desse modo, busca a identificação de comportamentos e habilidades que precisam ser melhorados, seleção e descrição dos objetivos, e delineamento de uma intervenção que envolve estratégias comprovadamente efetivas para modificação do comportamento. Ao final, a intenção é que as condutas aprendidas e modificadas sejam generalizadas para diversas áreas da vida do indivíduo (Camargo, Rispoli, 2013; Cartagenes et al., 2016; Fisher, Piazza, 2015).

A Análise do Comportamento também é caracterizado por um processo intenso de coleta dados que ocorre antes, durante e após o processo de intervenção. Essa coleta visa analisar de forma individual e aprofundada o progresso do paciente o que proporciona a possibilidade da criação de um programa de acompanhamento individual e, conseqüentemente, mais assertivo, que considera as especificidades de cada caso.

De acordo com Guerra e Verdu (2013):

[...] o levantamento de informações sobre o paciente, permite a criação de programas de ensino seguem uma sequência curricular individualizada e composta pelos comportamentos-alvo a serem

ensinados para um determinado indivíduo. Cada programa delinea uma medida do repertório inicial do paciente, o comportamento alvo a ser alcançado, os comportamentos pré-requisitos ou necessários para se atingir os objetivos, os procedimentos a serem aplicados e os materiais a serem utilizados.

Diante disso, observa-se que a individualização do tratamento proporcionada pelo método ABA reconhece as necessidades específicas de cada indivíduo e permite que o profissional identifique área que necessitam de uma maior atenção no processo de intervenção e a possibilidade de ajustar técnicas de acordo com o ritmo de cada criança.

Devido a sua complexidade, a intensidade da intervenção ABA varia conforme as especificidades de cada caso, como por exemplo: intervenções focadas em fortalecer aptidões sociais específicas e minimizar limitações comportamentais podem demandar terapias que variam de 10 a 25 horas por semana. Tratamentos mais abrangentes que possuem como objetivo o aprimoramento de mais áreas, geralmente requerem de 30 a 40 horas semanais de terapia.

Apesar de sua importância reconhecida, o método ABA enfrenta o obstáculo de não estar presente no rol de procedimentos da ANS. Tal ausência possibilita que as empresas de plano de saúde se neguem a custear tratamentos baseados nesse método, gerando uma série de litígios judiciais nos quais pacientes e familiares buscam garantir o custeio do tratamento que se demonstra tão essencial para o desenvolvimento e o bem-estar de pessoas que possuem esse transtorno.

Ocorre que, em 21 de setembro de 2022, foi promulgada a Lei 14.454, que trouxe importantes alterações na Lei nº 9.656, dispositivo legal responsável por regular a atuação dos planos de saúde no Brasil.

Graças ao advento dessa lei, os planos de saúde passam a ser obrigados a cobrir tratamentos e procedimentos prescritos por médicos, mesmo que esses não estejam incluídos no rol de procedimentos da ANS, desde que haja comprovação de eficácia científica ou recomendação de órgãos de avaliação de tecnologias em saúde reconhecidos internacionalmente (BRASIL, 2024).

Tal alteração apresenta um impacto direto no que se refere a cobertura de tratamentos baseados no método ABA para pessoas com TEA,

uma vez que, não é mais necessário que esses tratamentos estejam listados no rol de procedimentos da ANS para serem obrigatoriamente cobertos pelos planos de saúde. Bastando que haja uma prescrição médica respaldada por evidências científicas da eficácia do tratamento (BRASIL, 2024).

4.2 Estudo Documental de Decisões Judiciais Relevantes do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA) sobre Cobertura de Tratamentos para Pessoa com TEA

A análise dos processos selecionados abrangerá não apenas as justificativas utilizadas pelas operadoras, mas também irá confrontar tais argumentos com os dispositivos legais que foram destacados no capítulo de fundamentação teórica do presente estudo.

Tal abordagem multifacetada irá permitir uma compreensão mais abrangente da problemática, destacando a consistência de tais argumentos dentro do devido processo legal e, sobretudo, como o Poder Judiciário Maranhense atua diante dessas demandas.

A presente pesquisa possui natureza qualitativa e documental, tendo como objetivo analisar documentos originais que, no caso em questão, tratam-se de sentenças judiciais, que ainda não receberam tratamento analítico aprofundado, alinhando-se à perspectiva de Helder (2006) que afirma que a técnica documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor, é uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas.

A análise documental, como aponta Caulley (apud Lüdke e André, 1986), "busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse".

No contexto desta pesquisa, essa metodologia permite examinar as justificativas apresentadas pelas operadoras de planos de saúde para negar o custeio de tratamento solicitado por familiares e responsáveis de crianças que possuem Transtorno do Espectro Autista e, ao mesmo tempo, confrontar tais argumentos com os diretos assegurados pela legislação brasileira, avaliando também, as sentenças proferidas pelo Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão nos últimos dois anos.

No entanto, devido ao sigilo processual que assegura a privacidade e a proteção de informações de crianças e adolescentes, a fonte de pesquisa jurisdicional mostrou-se extremamente limitada, havendo uma considerável dificuldade na seleção de processos que continham informações suficientes e disponíveis para análise.

Como ressalta Goldenberg (2004, p. 14), "o que determina como trabalhar é o problema que se quer trabalhar: só se escolhe o caminho quando se sabe aonde se quer chegar". Diante dessa realidade, a pesquisa precisou adaptar sua metodologia para alcançar seus objetivos.

Tendo em vista tal limitação, a metodologia adotada concentrou-se, principalmente, na utilização de três sites de notícias relacionados ao tema: o Portal Judiciário do Maranhão, o site SEDEP e o site COAD. Esses portais publicavam notícias que incluíam o número do processo associado ao caso em questão, permitindo a sua futura consulta.

Para a seleção das notícias, foram definidas palavras-chave relevantes para a pesquisa: "autismo," "negativa," "custeio," "tratamento," "TEA" e "operadoras." Com essas palavras-chave, foi possível identificar notícias nos sites mencionados que abordavam especificamente a temática deste trabalho: a negativa de custeio de tratamento para crianças com transtorno do espectro autista (TEA) pelas operadoras de planos de saúde.

A busca resultou em seis notícias relevantes, sendo três delas publicadas em 2022 e as outras três em 2023. Cada uma dessas notícias incluía o número dos processos envolvidos, o que permitiu a consulta desses processos por meio da ferramenta de consulta pública do PJe (Processo Judicial Eletrônico).

É importante notar que, embora as notícias tenham sido publicadas em 2022 e 2023, todas as negativas de custeio dos tratamentos solicitados judicialmente ocorreram antes da promulgação da Lei 14.454/2022, que alterou a Lei 9.656/1998 e consolidou o Rol da ANS como exemplificativo.

Desse modo, a análise se concentra nos entendimentos jurisprudenciais anteriores à lei, período no qual a taxatividade do rol da ANS ainda era objeto de controvérsia e interpretação.

Além disso, tendo em vista a natureza delicada e sensível dos processos selecionados, não foi possível ter um acesso integral aos autos

processuais, sendo necessário, portanto, o uso da ferramenta de consulta pública do sistema de Processo Judicial Eletrônico para acessar as sentenças dos processos que foram selecionados.

Tal limitação ao acesso dos autos processuais na íntegra reduziu a profundidade da análise, fazendo com que dados essenciais, como: petições completas, provas documentais, pedidos realizados pelos representados das partes, período de tempo do decurso processual e outros elementos cruciais não fossem incluídos na análise que é objeto do presente estudo.

De acordo com Gaio, Carvalho e Simões (2009, p. 148):

Para pesquisar precisamos de métodos e técnicas que nos levem criteriosamente a resolver problemas. [...] é pertinente que a pesquisa científica esteja alicerçada pelo método, o que significa elucidar a capacidade de observar, selecionar e organizar cientificamente os caminhos que devem ser percorridos para que a investigação se concretize.

Aplicando este princípio, a pesquisa foi estruturada com base em uma metodologia sistemática e criteriosa, mesmo diante das limitações de acesso.

O presente estudo, diante do contexto supracitado, foi baseado nas principais sentenças do processo que estavam disponíveis por meio do sistema de consulta público, sendo examinado, de forma conjunta, o resumo da demanda disponível nos sites utilizados.

Neste contexto, a abordagem utilizada, apesar de limitada, permitiu uma avaliação substantiva das decisões judiciais e das justificativas utilizadas pelas empresas em questão para negar o custeio solicitado judicialmente, fornecendo uma visão geral que viabiliza a análise do objeto presente estudo.

Diante disso, as conclusões do presente estudo devem ser entendidas dentro das suas limitações, reconhecendo que a ausência de acesso completo aos autos processuais pode ter influenciado algumas conclusões, já que a visão holística e detalhada de cada caso específico não foi totalmente possível.

Apesar das limitações inerentes, foi possível obter acesso a informações relevantes que permitiram alcançar o objetivo deste estudo. A primeira informação analisada foi o tipo de ação que originou cada processo. Tal identificação foi crucial para a compreensão do contexto jurídico no qual a

demanda está inserida e, principalmente dos pedidos realizados pela parte autora.

Normalmente, demandas judiciais relacionadas à negativa de custeio de tratamento são classificadas com ações de obrigação de fazer (inserir o artigo e explicar brevemente sobre este tipo de ação), nas quais o autor buscar compeli a empresa ré a cumprir com suas obrigações contratuais, neste caso, realizar o custeio do tratamento solicitado.

Outro tipo comum de ação que, por muitas vezes é cumulada (trocar o termo) com a ação de obrigação de fazer, é a ação de indenização por danos morais. Este tipo de ação, previsto no artigo (inserir o artigo e explicar brevemente sobre este tipo de ação) possui como objetivo a reparação por prejuízos não patrimoniais que atinge a esfera emocional, psicológica ou moral e, ao mesmo tempo, punir a conduta abusiva da empresa ré.

Nos processos nos quais houve a solicitação de indenização por danos morais, foi registrado o valor pedido pela parte autora e o valor concedido nas sentenças. A análise dos valores citados permitiu examinar o nível de gravidade atribuídas pelos magistrados à conduta abusiva das operadoras, servindo como uma régua para medida a sensibilidade do judiciário do Estado do Maranhão em relação ao sofrimento das famílias afetadas.

Verificar os valores envolvidos nessas indenizações proporciona a oportunidade de evidenciar como o sistema judiciário do maranhão se porta e reage aos impactos pessoas das disputas judiciais envolvendo as ações contra as negativas praticadas pelas operadoras de planos de saúde.

Aliado a isto, compreender o tipo de ação utilizada em cada caso permitirá não apenas contextualizar juridicamente as demandas, mas também avaliar a eficácia das estratégias adotadas pelos autores na defesa dos direitos das crianças com TEA.

Além disso, por meio da ferramenta de consulta do PJE foi possível ter acesso ao nome da empresa ré que se negou a custear o tratamento solicitado em cada um dos processos selecionados. Tal identificação possibilitou verificar se, entre as ações escolhidas, alguma das empresas foi citada em mais de um processo, demonstrando que tal conduta era comum e recorrente.

O texto publicado em formato de notícia possibilitou analisar se os processos selecionados foram resolvidos em primeira instância ou se houve

algum recurso interposto pela empresa ré que fez com que a demanda necessitasse de ser julgada por uma instância superior.

A partir desta investigação foi possível avaliar a resistência das empresas em relação às decisões judiciais, tendo em vista que uma resolução em primeira instância normalmente indica a imediata obrigatoriedade de cumprimento da decisão proferida, enquanto a utilização de recursos, neste contexto, pode indicar que as empresas em questão possuem a intenção de prolongar o processo ou reverter decisões desfavoráveis e como o judiciário se comporta (trocar o termo se comporta) nos dois cenários.

Tendo em vista o objetivo do presente estudo, o foco principal da análise foram as sentenças (preencher com os outros nomes) em domínio público referentes a cada processo. O estudo das sentenças proferidas pelo TJMA permitiu compreender a linguagem argumentativa utilizada pelos magistrados para aplicar decisões nos casos de negativa de custeio de tratamento para pessoa com TEA.

A investigação buscou determinar se os juízes acolheram ou rejeitaram as justificativas apresentadas pelas empresas rés e quais fundamentos legais foram utilizados para embasar suas decisões. Essa análise permitiu avaliar como a legislação vigente está sendo aplicada em casos dessa natureza e, ao mesmo tempo, o nível de consistência das decisões judiciais referentes às constantes violações dos direitos assegurados por lei, que estão sendo praticadas pelas operadoras de planos de saúde.

Alinhada as decisões emitidas pelo TJ do Estado do Maranhão, foi verificado (encontrar um sinônimo para verificado) cada uma das justificativas utilizadas pelas empresas de saúde para a prática de negativa de custeio, contrapondo tais argumentos com os dispositivos legais presentes no Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei dos Planos de Saúde, Código de Defesa do Consumidor e na Constituição Federal.

Com este estudo, foi possível identificar os principais argumentos utilizados e verificar se as justificativas apresentadas são padronizadas, analisando assim a legalidade das negativas ou concluir que se tratam apenas de estratégias questionáveis para evitar o custeio dos tratamentos solicitados, o que pode revelar uma possível negligência do sistema judiciário ao lidar com essas questões.

4.3 Análise Crítica das Decisões Judiciais: aspectos favoráveis e desafios enfrentados pelos beneficiários

O primeiro caso de 2022 trata-se de uma ação movida por H. D. L. B. C., representado por sua mãe, Paula de Luca Barros Barbosa, contra a Sul América Companhia de Seguro Saúde. O objetivo da ação era garantir o custeio integral das terapias necessárias para o tratamento de autismo da criança.

A Autora buscava que o plano de saúde cobrisse os custos das terapias prescritas pelo médico, incluindo a terapia ABA, considerada essencial para o tratamento. Inicialmente, a decisão da 14ª Vara Cível da Comarca da Ilha de São Luís determinou que a Sul América autorizasse e custeasse as terapias, incluindo o pagamento direto aos profissionais, e que realizasse o reembolso das despesas após a apresentação das notas fiscais.

A decisão permitiu que o plano de saúde arcasse com os custos mesmo que os profissionais não estivessem na rede credenciada, devido à adaptação da criança aos terapeutas. A Sul América recorreu, alegando que o tratamento não estava coberto pela apólice e que não havia urgência que justificasse a decisão.

O plano também argumentou que a decisão extrapolava os termos do contrato e que as terapias, especialmente o método ABA, não estavam previstas na lista de procedimentos da ANS. Contudo, o desembargador Jamil de Miranda Gedeon Neto manteve a decisão original, reconhecendo a necessidade de continuidade do tratamento e a cobertura contratual para as terapias essenciais.

Em outro caso de 2022, a Autora ajuizou uma ação contra o Fundo de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) motiva pela recusa da operadora em cobrir o tratamento prescrito para a sua filha que possui TEA.

Ocorre que, neste caso, a criança já estava sendo atendida em uma Clínica que não era credenciado à CASSI, e a Autora, por meio da ação, solicitou o reembolso dos valores que estavam sendo gastos, esclarecendo, por meio de uma audiência de conciliação, como a mudança no atendimento prejudicaria o tratamento.

A Empresa Ré justificou a negativa afirmando que sua cobertura estava em conformidade com as diretrizes da ANS, que limitam o número de

sessões de fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional. A Amill também argumentou a existência de clínicas credenciadas disponíveis para oferecer os tratamentos, mas, informou também, que haveriam restrições referentes a duração de sessões.

A juíza da 9ª Vara Cível de São Luís, reformou a decisão anterior que havia negado o pedido da Autora, determinado, portanto, que a CASSI realizasse o reembolso dos valores gastos com profissionais de terapia ocupacional e fonoaudiologia credenciados e seguindo a quantidade de sessões necessárias.

Todavia, a magistrada manteve a negativa em relação ao custeio de atendimentos realizados por psicólogos e neuropediatras. Essa decisão foi possui como fundamento a Lei nº 12.764/12, que assegura o atendimento multiprofissional para pessoas com TEA, ao mesmo tempo que permite abordagens individualizadas e adaptadas às características de cada paciente.

O terceiro e último caso de 2022 se trata de uma ação ajuizada contra a empresa Bradesco Saúde, na qual a Autora, representando seu filho adolescente diagnosticado com TEA, buscava garantir a cobertura do tratamento multidisciplinar recomendado pelos médicos. O tratamento em questão incluía sessões com fonoaudióloga, terapeuta ocupacional psicóloga, baseadas na intervenção da Análise Aplicada do Comportamento (ABA).

Em sua defesa, o Bradesco Saúde argumentou que sua negativa diante da solicitação da Autora não era ilegal e, tampouco, representava uma quebra de contrato, tendo em vista que o procedimento baseado em intervenção ABA não estava previsto rol da ANS.

Em decisão unânime, TJMA sentenciou que o Bradesco Saúde autorizasse e custeasse integralmente o tratamento multidisciplinar solicitado, conforme indicação médica, incluindo a terapia ABA. Além disso, de acordo com o Tribunal Maranhense, a conduta da empresa foi considerada uma violação dos direitos do consumidor, assumindo o rol da ANS como uma referência dos tratamentos que precisam ser oferecidos pelas operadoras, e não uma lista exaustiva.

Os princípios da dignidade humana e da garantia à saúde, amparados pela Constituição Federal e pelo CDC, fundamentaram a decisão proferida. Diante dessas fundamentações, a negativa de cobertura foi considerada um dano moral, resultando na responsabilidade da empresa em indenizar a Autora

no valor de R\$ 10 mil reais.

No primeiro caso de 2023, a Autora, mãe de uma criança de seis anos com TEA, moveu uma Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada em desfavor da empresa Unihosp Serviços de Saúde.

O ajuizamento da ação foi motivado pela recusa da empresa em autorizar e custear o tratamento psicológico da criança que possuía ligação com o método ABA, seguindo a prescrição médica.

A Empresa Ré, neste caso, argumentou que não era obrigada a custear esse tratamento específico, alegando que a escolha do tratamento adequado era de responsabilidade do profissional de saúde e que não havia qualquer obrigatoriedade em custear terapias “alternativas” como a fornecida pela intervenção ABA.

Nesse contexto, a 5ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Maranhão considerou a conduta da empresa abusiva. O desembargador Raimundo Bogéa, destacou que, embora os prestadores de saúde possam escolher os tratamentos que serão oferecidos pelo plano, não podem definir os meios para tratar a doença.

A decisão proferida foi fundamentada na Resolução Normativa nº 469/2021 da ANS que regulamenta a obrigatoriedade de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de TEA.

Não obstante, o magistrado destacou a importância das terapias multidisciplinares no tratamento do TEA e a importância de acompanhamento e tratamento precoce para pessoas diagnosticadas com esse transtorno.

Devido à conduta abusiva, a empresa foi sentenciada a indenizar a autora e sua filha em R\$ 10.000,00 por danos morais. A decisão proferida neste caso em específico acaba por reforçar a importância do acesso a tratamentos adequados para pessoas com TEA e a responsabilidade das operadoras de saúde em garantir a cobertura integral dos tratamentos que possuam a eficácia médica comprovada.

No segundo caso de 2023, uma mãe ajuizou uma Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada em desfavor a empresa Amil Assistência Médica Internacional, pleiteando a cobertura integral do tratamento para sua filha.

O tratamento solicitado, indicado por profissionais médicos, incluía Integração Sensorial, Psicomotricidade, Musicoterapia e Terapia Ocupacional, modalidades que não estavam sendo fornecidas adequadamente pela empresa.

A autora requereu a concessão de tutela de urgência para obrigar a operadora a custear todas as despesas decorrentes do tratamento indicado. Para fundamentar seus pedidos, anexou ao processo evidências da relação jurídica entre as partes e a indicação médica que destacava a necessidade do tratamento multidisciplinar para o quadro clínico da criança.

Diante das provas apresentadas, a 1ª Vara Cível de São Luís deferiu o pedido da autora e determinou que a Amil, no prazo de 5 dias, autorizasse e custeasse integralmente o tratamento multidisciplinar, seguindo as indicações do laudo médico.

A decisão judicial fundamentou-se na proteção dos direitos à vida e à saúde, enfatizando a necessidade de proporcionar segurança jurídica e dignidade à paciente, garantindo o acesso aos recursos necessários para seu desenvolvimento e bem-estar.

A determinação da cobertura integral do tratamento multidisciplinar pela Amil demonstra a importância de garantir o acesso a terapias adequadas para crianças com TEA, especialmente quando indicadas por profissionais médicos.

No último caso analisado de 2023, uma ação de obrigação de fazer foi movida contra a Geap Autogestão em Saúde, visando a autorização e cobertura integral do tratamento para uma menor diagnosticada com TEA.

A ação foi motivada pela recusa da empresa em cobrir o tratamento multidisciplinar solicitado, incluindo o método ABA, alegando que não estava previsto no rol da ANS. A 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA) manteve a sentença da 9ª Vara Cível de São Luís, determinando que a Geap custeasse integralmente o tratamento da criança com a equipe multidisciplinar solicitada.

A decisão foi baseada na Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS, que estendeu as regras de cobertura aos usuários com deficiência global de desenvolvimento, incluindo o TEA. Além disso, o TJMA considerou o entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que considera abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde do

beneficiário.

A Geap foi condenada a arcar com o tratamento e a pagar R\$ 10 mil em indenização por danos morais devido à sua recusa injustificada em cobrir o tratamento.

A decisão do TJMA reforça a importância da cobertura integral de tratamentos multidisciplinares para crianças com TEA, independentemente de constarem ou não no rol da ANS, e a necessidade de as operadoras de saúde cumprirem seus deveres contratuais e legais.

O segundo caso de 2022 se trata de uma ação judicial que foi movida por uma mãe em nome de seu filho, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA), contra a operadora de plano de saúde Amil Assistência Médica Internacional. A mãe, autora da ação, buscou a obrigação de fazer, com pedido de tutela antecipada, para que a Amil custeasse o tratamento terapêutico multidisciplinar necessário para o seu filho.

A autora alegou que o diagnóstico médico de TEA do seu filho requeria um tratamento multidisciplinar abrangente, incluindo Terapia Ocupacional, Integração Sensorial, Psicomotricidade e Musicoterapia. No entanto, ela afirmou que a Amil não estava oferecendo todos os procedimentos indicados de forma adequada, o que justificava a necessidade da intervenção judicial.

A Amil, parte ré na ação, apresentou sua defesa argumentando que o plano de saúde oferecia cobertura para os tratamentos necessários ao filho da autora, dentro dos limites e condições estabelecidas no contrato. A operadora provavelmente alegou que os tratamentos solicitados pela autora não estavam inclusos no rol de procedimentos cobertos pelo plano contratado ou que existiam alternativas terapêuticas mais adequadas e economicamente viáveis.

O Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA), analisando as alegações de ambas as partes, decidiu favoravelmente à autora. O TJMA, ao analisar o pedido de tutela antecipada, considerou a probabilidade do direito da autora, baseada na necessidade do tratamento para a saúde do filho, e o perigo de dano caso o tratamento não fosse iniciado imediatamente.

O TJMA, em sua decisão, destacou a importância da proteção à saúde e à vida, direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal de 1988. O tribunal também enfatizou a relevância da jurisprudência do Superior

Tribunal de Justiça (STJ) que reconhece a necessidade de cobertura de tratamentos para TEA por planos de saúde.

Além disso, ao deferir o pedido de tutela antecipada, determinou que a Amil autorizasse e custeasse integralmente o tratamento multidisciplinar para o filho da autora, nos moldes do laudo médico apresentado. A operadora foi obrigada a cumprir a decisão judicial no prazo de 5 dias, a contar do recebimento da decisão.

O terceiro caso de 2023 se trata de uma ação judicial contra a Geap Autogestão em Saúde, buscando a cobertura integral do tratamento multidisciplinar para seu filho.

A ação foi ajuizada pelos pais da criança diagnosticada com TEA, com o objetivo de garantir que o filho tivesse acesso aos profissionais especializados e às terapias necessárias para seu desenvolvimento e bem-estar.

Os pais alegaram que o plano de saúde não estava oferecendo cobertura adequada para o tratamento do TEA de seu filho, recusando-se a custear o método ABA (Applied Behavior Analysis), considerado fundamental para o tratamento de crianças com autismo. Eles também afirmaram que a Geap não estava disponibilizando todos os profissionais necessários, como terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e outros especialistas, para atender às necessidades específicas do seu filho.

A Geap, em sua defesa, argumentou que não havia obrigação de custear o tratamento pelo método ABA, alegando que este método era altamente dispendioso, não estava coberto pelo plano de saúde e não constava no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A operadora também afirmou que os pais não haviam contratado a extensão de tratamento para o TEA e que, embora garantisse a assistência de terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, não estava obrigada a fornecer outras subespecialidades, como as elencadas para o tratamento de autismo, baseando-se no rol de cobertura obrigatória da ANS. O caso foi julgado pela 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA), que, por decisão unânime, confirmou a sentença da 9ª Vara Cível de São Luís, determinando que a Geap autorize e custeie integralmente o tratamento da criança, incluindo o método ABA.

A decisão do TJMA também condenou a Geap a pagar R\$ 10 mil a

título de indenização por danos morais aos pais da criança, reconhecendo o sofrimento e as dificuldades enfrentadas pela família devido à negativa indevida de cobertura pelo plano de saúde. Cabe recurso da decisão.

As decisões proferidas pelo TJMA demonstram um entendimento sólido sobre a natureza do rol de procedimentos da ANS, assumindo-o como um catálogo mínimo de serviços que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer, tendo em vista que ainda cambia uma interpretação ambígua uma vez que todos os casos são anteriores a Lei 14.454.

Tal interpretação, presente nas decisões do TJMA, possibilitou que o acesso ao tratamento para pessoas com TEA não fosse limitado à lista preestabelecida pela ANS, reconhecendo as necessidades individuais e a complexidade do transtorno.

O TJMA enfatizou a importância da análise caso a caso, considerando as particularidades de cada paciente e a necessidade médica do tratamento prescrito. Essa postura, além de garantir a individualização do tratamento, demonstra a sensibilidade do Tribunal em relação às necessidades específicas de pessoas com TEA, reconhecendo a diversidade de manifestações do transtorno.

Em consonância com essa interpretação abrangente do rol da ANS, o TJMA comumente fundamenta suas decisões utilizando o Código de Defesa do Consumidor, aplicando o princípio da boa-fé contratual aos contratos firmados entre beneficiário e operadora de plano de saúde. Essa aplicação do Código de Defesa do Consumidor garante maior proteção aos consumidores, reconhecendo a vulnerabilidade dos beneficiários em relação às operadoras de planos de saúde.

Além da justificativa da taxatividade do rol da ANS, a análise dos processos selecionados revelou também a tentativa de limitar o número de sessões de tratamento para pessoas com TEA. Essa postura, entretanto, desconsidera a complexidade e a individualidade do TEA, que exige um tratamento contínuo e multidisciplinar para promover um desenvolvimento adequado e, desse modo, aumentar a qualidade de vida dos pacientes.

O tratamento em questão normalmente envolve uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de diversas especialidades, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros profissionais. A

abordagem abrangente, realizada por meio da integração de diferentes estratégias terapêuticas que atuam de forma conjunta, possui como objetivo atender às necessidades individuais e específicas de cada caso, tendo em vista as inúmeras limitações ocasionadas pelo TEA.

A tentativa de fixar um determinado número de sessões de tratamento sem antes verificar as necessidades do paciente significa, muitas vezes, comprometer o desenvolvimento da criança a longo prazo e prejudicar a aquisição de novas habilidades e a generalização das já aprendidas.

As decisões analisadas demonstraram que os magistrados do TJMA invalidaram as condutas das operadoras, ressaltando que a tentativa de impor um limite para o número de sessões custeadas é ilegal e prejudica, de maneira direta, a eficácia do tratamento de TEA.

Para justificar tais decisões, o Tribunal de Justiça do Maranhão utilizou como fundamentação as resoluções nº 469/2021 e nº 539/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A resolução nº 469/2021 foi responsável por estabelecer novas diretrizes para a cobertura dos serviços de saúde nos planos de saúde no Brasil, representando um marco histórico no que tange à cobertura de tratamentos por operadores de plano de saúde.

Essa resolução oficializou a obrigação dos planos de saúde em oferecer aos seus beneficiários uma cobertura total para o tratamento do TEA, sem limites de número de sessões ou duração do tratamento, desde que sejam subscritos por um profissional de saúde qualificado. Desse modo, esse dispositivo torna qualquer tentativa de limitar o número de sessões de tratamento para pessoas com TEA não só uma violação legal, mas também uma conduta abusiva. Tal dispositivo é claro ao afirmar que o tratamento deve ser integralmente financiado, tendo em conta as necessidades terapêuticas individuais de cada paciente.

A Resolução Normativa nº. 539, por sua vez, reforçou as disposições da resolução anterior, ampliando ainda mais a cobertura médica obrigatória para condições específicas, incluindo o TEA. Esta resolução reitera a proibição da limitação de sessões terapêuticas e amplia a lista de procedimentos que devem ser abrangidos, garantindo que as pessoas com TEA tenham acesso a uma gama mais ampla de tratamentos multidisciplinares adaptados às necessidades individuais.

A postura do Tribunal de Justiça do Maranhão diante das demandas analisadas, demonstra um compromisso com a garantia do acesso à saúde e em assegurar os direitos dos consumidores frente as práticas restritivas dos planos de saúde. A interpretação praticada por esses magistrados evidencia um posicionamento que demonstra proatividade e atenção aos direitos das pessoas quem foram diagnosticadas com o transtorno de espectro autista.

As decisões do TJMA apresentam um avanço importante na garantia do acesso ao tratamento para pessoas com TEA, demonstrando um entendimento profundo sobre a complexidade do transtorno e uma sensibilidade em relação às necessidades individuais de cada paciente. As sentenças analisadas reforçam a importância da aplicação do Código de Defesa do Consumidor e da interpretação abrangente do rol da ANS para assegurar o direito à saúde para essa população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo almejou, por meio de uma pesquisa documental, investigar as justificativas apresentadas pelas operadoras de planos de saúde para a negativa de custeio de tratamentos para crianças com TEA, confrontando-as com a legislação brasileira e com a jurisprudência do TJMA.

Em um primeiro momento, é importante destacar que a Lei 14.454/2022, promulgada em setembro de 2022, não foi considerada nos resultados deste estudo, uma vez que os processos analisados se referem a negativas de custeio ocorridas antes dessa data. A referida lei, ao consolidar o rol da ANS como exemplificativo, representa um marco importante na proteção do direito à saúde, mas sua aplicação não se aplica a casos anteriores à sua vigência.

Isto posto, a análise dos processos revelou uma tendência presente

entre todas as justificativas que foram objeto do presente estudo: a tentativa de controlar, de maneira arbitrária, a forma como o tratamento dos pacientes deve ser conduzido, condicionado o reembolso dos valores gastos à conformidade dessas especificidades.

Essa imposição está presente em todos os casos que foram selecionados, mesmo que de forma diferente. Seja tentando fixar o número de sessões que serão custeadas ou delimitar quais tratamentos poderão ser realizados ou não – mesmo que estes possuam prescrição médica – se observa, de maneira clara, a prepotência dessas empresas para com as pessoas diagnosticadas com TEA e seus familiares.

Tal postura demonstra que há uma preferência pelo lucro em detrimento de uma prestação de serviços de qualidade para seus beneficiários que, inclusive, pode ser evidenciada na justificativa dela pela empresa Geap Autogestão em Saúde que definiu o método ABA como "altamente dispendioso".

Além de priorizar seu financeiro, ao tentar fixar condições para que o custeio dos tratamentos seja efetuado, as operadoras desconsideram as necessidades individuais dos pacientes, correndo o risco de atrasar o desenvolvimento psicossocial e comprometendo todo o tratamento em prol do lucro financeiro.

Por meio do estudo em questão, também foi possível observar que, quando confrontadas com a legislação vigente, tais justificativas revelaram-se inconsistentes e frágeis. A análise das sentenças proferidas pelo TJMA demonstrou que os argumentos utilizados nos processos por cada uma das empresas ré foram facilmente refutados, resultando em decisões favoráveis à parte Autora.

O Tribunal de Justiça do Maranhão, em todas as suas decisões que foram analisadas para o presente estudo, condenou as empresas a custear – mesmo que apenas parcialmente – o tratamento solicitado. Os argumentos usados nas sentenças também possuem um ponto em comum: a necessidade de priorizar o acesso a saúde.

A análise realizada permitiu verificar uma interpretação dinâmica, por parte dos Magistrados Maranhenses, das constantes atualizações na área da saúde, reconhecendo o rol da ANS como uma base norteadora e não como uma lista restritiva e imutável. Tal entendimento evidencia a prioridade do acesso à

saúde e um desapego de convenções médicas ultrapassadas que impossibilitam que os beneficiários tenham acesso a tratamento atuais e eficazes.

Não obstante, nota-se também a proteção dos direitos dos beneficiários na esfera consumerista, uma vez que o Tribunal Maranhense desqualifica os argumentos das operadoras que utilizam o contrato entre a empresa e o beneficiário como um fator limitador dos atendimentos que serão custeados.

O resguardo dos direitos dos consumidores se mostra ainda mais contundente em alguns casos nos quais o TJMA, além de obrigar o custeio dos tratamentos solicitados, condenou as empresas a indenizar a Parte Autora por danos morais advindos da negativa não justificada. Esse tipo de condenação revela que o Tribunal reconhece o desgaste psicológico e a angústia causados pela negativa de um tratamento médico essencial, reforçando o entendimento da saúde não como um produto, mas como direito fundamental.

Consoante a isso, vale reconhecer que condenar tais empresas no que tange a danos morais causados pela sua má conduta, possui uma importância sócio pedagógica fundamental que envia uma mensagem clara a outras empresas do ramo de saúde de que o desrespeito aos direitos constitucionais, quando percebido, não será tolerado.

Desse modo, como conclusão do presente estudo pode-se inferir que o Tribunal de Justiça do Maranhão, no que se refere as sentenças analisadas, cumpriu seu papel em assegurar os direitos dos consumidores e, sobretudo, das pessoas com TEA, priorizando o fornecimento universal de serviços de saúde ao condenar as empresas a custear o tratamento e, em certos casos, exigir a indenização por danos morais.

Mas será que apenas proferir sentenças favoráveis aos Autores é suficiente para garantir o pleno acesso à saúde a esse grupo vulnerável?

Apesar de que, para responder tal questionamento de maneira adequada, seja necessária uma análise mais profunda envolvendo um acesso total a processos e a realização de entrevistas com os responsáveis por solicitar judicialmente os tratamentos em questão, o conhecimento de causa aliado ao raciocínio lógico pode nos possibilitar algumas conclusões que merecem ser debatidas.

Em primeiro lugar, um dos argumentos que podem ser usados em

desfavor do pleno acesso a saúde refere-se a morosidade processual. A lentidão do Poder Judiciário, um problema crônico do sistema judicial brasileiro, afeta de forma direta o custeio de tratamento que inicialmente foram negados na esfera administrativa.

A demora na tramitação dos processos judiciais acaba por resultar em atrasos significados na condenação dessas empresas, prejudicando o desenvolvimento psicossocial das crianças diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista, tendo em vista que, muitas vezes, os procedimentos terapêuticos solicitados requerem grande urgência e possuem uma importância fundamental no processo de desenvolvimento dessas pessoas.

Além disso, mesmo nos casos em que tal custeio é fornecido por lei, a forma de ressarcimento por meio de reembolso dos valores que já foram gastos também se mostra um problema que merece ser debatido. No Brasil, a realidade socioeconômica de muitas famílias impede o pagamento prévio de tratamentos multidisciplinares tão caros, com as especificidades exigidas pela complexidade do TEA, mesmo que seja garantido o reembolso posterior.

Dentro dessa realidade, a espera pelo reembolso pode ser demorada e gerar um grande estresse financeiro para as famílias, além de comprometer o andamento do tratamento.

Diante disso, surge mais uma questão: se, mesmo que por um milagre, uma família classe-média consiga se organizar financeiramente e adiantar o valor necessário para custear um tratamento tão complexo, qual é a garantia que o reembolso necessário seja efetuado da maneira correta?

Reitera-se que, para responder essa pergunta, seria necessária uma análise mais aprofundada dos movimentos processuais que ocorreram após a sentença e verificar se as operadoras de fato cumpriram as determinações judiciais.

Entretanto, vale também remorar que, tais empresas utilizaram, diante da lei, de justificativas frágeis que nada mais são que meras estratégias empregadas para descumprir com suas obrigações, tanto quanto empresas como quanto fornecedoras de serviços de saúde.

Desse modo, nada impede o uso de outros métodos para dificultar o custeio definido nas sentenças a não ser uma fiscalização atenta por parte do Poder Judiciário e uma rapidez processual em julgar a demanda em questão e

emitir uma condenação condizente com a conduta em uma velocidade que não afete a continuidade do tratamento da pessoa diagnosticada com TEA.

Novamente, o raciocínio lógico aliado ao conhecimento da realidade processual brasileira nos mostra que nenhuma das características acima se faz presente no nosso Sistema Judiciário.

Por fim, constata-se que embora as decisões do TJMA sejam importantes para a defesa dos direitos das pessoas com TEA, é preciso ir além da mera condenação. É necessário garantir que o acesso à saúde seja efetivo, com mecanismos de fiscalização e acompanhamento para assegurar que as operadoras cumpram com suas obrigações e que as famílias não sejam prejudicadas pela burocracia e pela realidade financeira que assola nosso país.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa n. 428, de 7 de novembro de 2017. Dispõe sobre a regulamentação de planos de saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/legislacao/legislacao-da-ans/resolucoes-normativas/2021/rn428>. Acesso em: 11 de junho de 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa n. 469, de 9 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/legislacao/legislacao-da-ans/resolucoes-normativas/2021/rn469>. Acesso em: 10 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa n. 539, de 3 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/legislacao/legislacao-da-ans/resolucoes-normativas/2022/rn539>. Acesso em: 10 jul. 2024.

American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2024. 848 p.

APA. Children Diagnosed with Autism at Earlier Age More Likely to Receive Evidence-Based Treatments. APA, 2014. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/children-diagnosed-with-autism-at-earlier-age-more-likely-to-receive-evidence-based-treatments>. Acesso em: 14 de abril de 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados Gerais. Brasília: ANS. Geral. Disponível em: ANS Dados.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 de junho de 2024.

BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 02 de julho de 2024.

BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências (Código de Defesa do Consumidor). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 18 de março de 2024.

BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos de saúde individuais ou familiares, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 10 de junho.

BRASIL. Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 10 de junho de 2024.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 15 de março de 2024.

HEINZE, Hans-Joaquin. Manual Prático de Direitos Humanos Internacionais. Disponível em: https://www.ufrgs.br/cedop/wpcontent/uploads/2014/04/Manual_Pratico_Direitos_Humanos_Internacionais-1.pdf. Acesso em: 14 de junho de 2024.

HELDER, R. Como fazer análise documental. Porto, Universidade de Algarve, 2006.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

MACHADO, M. S.; LONDERO, A. D.; PEREIRA, C. R. R. Tornar-se família de uma criança com Transtorno do Espectro Autista. Contextos Clínicos, v. 11, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.05>. Acesso em: 03 jul. 2024.

MELLO, Ana Maria S. Ros de. Autismo: guia prático. 5 ed. São Paulo: AMA. Brasília: CORDE, 2007.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Poderá o direito ser emancipatório? Revista Crítica de Ciências Sociais, n. 65, p. 3-76, 2003.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 1.733.013 - PR (2018/0074061-5). Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Revista Eletrônica de Jurisprudência. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/858176650/inteiro-teor-858176658#:~:text=O%20Rol%20garante%20e%20faz,a%20ClasSifica%C3%A7%C3%A3o%20Estat%C3%ADstica%20Internacional%20de> Acesso em: 17 de março de 2024.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. (09 de março de 2021). Recurso Especial nº 1.876.630/SP. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. (DJe: 11 de março de 2021). Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=122761985&tipo=5&nreg=202001255040&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20210311&formato=PDF&salvar=false> Acesso em: 17 de março de 2024.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 1.886.929 SP (2020/0191677-6). Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. (DJ: 31 de agosto de 2020). Disponível em:

<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=EResp%201886929> Acesso em: 17 de março de 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO MARANHÃO. Apelação Cível nº 0826457-82.2020.8.10.0001. Relator: Desembargador Raimundo Bogéa. Decisão unânime da 5ª Câmara Cível. (Fonte: COAD). Disponível em: <https://www.coad.com.br/home/noticias-detalle/118441/tjma-condena-plano-de-saude-por-negar-tratamento-psicologico-a-crianca-autista> Acesso em: 22 de março de 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO MARANHÃO. Apelação nº 0838765-87.2019.8.10.0001. Relatora: Desembargadora Nelma Sarney. (Decisão unânime da 2ª Câmara Cível). Agência TJMA de Notícias. Disponível em: <https://www.tjma.jus.br/midia/portal/noticia/507843/tjma-mantem-condenacao-de-plano-por-negar-autizacao-de-tratamento> Acesso em: 22 de março de 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO MARANHÃO. Processo nº 0818836-34.2020.8.10.0001. Juíza: Jaqueline Reis Caracas. Decisão: Reconsideração parcial da decisão da 9ª Vara Cível de São Luís. Assessoria de Comunicação, Corregedoria Geral da Justiça do Maranhão. Disponível em: <https://www.tjma.jus.br/midia/portal/noticia/501471> Acesso em: 22 de março de 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MARANHÃO. Agravo de Instrumento nº 0807075-38.2022.8.10.0000. Relator: Desembargador Jamil de Miranda Gedeon Neto. Foi mantida a decisão que obriga plano de saúde a custear tratamento de criança com TEA. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tjma/2208894967/inteiro-teor-2208894970> Acesso em: 22 de março de 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MARANHÃO. Processo nº 0821342-46.2021.8.10.0001. Relator: Desembargador Guerreiro Júnior. Decisão que determina o custeio integral do tratamento de criança com Transtorno do Espectro Autista e condena o plano de saúde ao pagamento de R\$ 10 mil em danos morais. (Fonte: TJMA). Disponível em: <https://www.tjma.jus.br/midia/portal/noticia/508337/common> Acesso em: 22 de março de 2024.

1ª VARA CÍVEL DE SÃO LUÍS. Processo nº 0869401-31.2022.8.10.0001. Relatora: Katia de Souza. Decisão que determina o custeio de tratamento terapêutico multidisciplinar para criança com Transtorno do Espectro Autista. (Fonte: SEDEP). Disponível em: <https://www.sedep.com.br/noticias/tj-ma-plano-de-saude-amil-deve-custear-tratamento-multidisciplinar-de-crianca-autista/> Acesso em: 22 de março de 2024.

TEIXEIRA, M. C. T. V. et al. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 607-614, 2010.

