



UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

EVELYN SIQUEIRA LIMA

OS LIMITES DA COBERTURA DO TRATAMENTO DO
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA PELOS PLANOS DE
SAÚDE: UMA ANÁLISE JURISPRUDENCIAL

SANTOS/SP

2025

EVELYN SIQUEIRA LIMA

**OS LIMITES DA COBERTURA DO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA PELOS PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE
JURISPRUDENCIAL**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília
como parte dos requisitos para obtenção de título de
mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da
Saúde, sob orientação do(a) Prof. Dr. Luciano Pereira
de Souza.

SANTOS/SP

2025

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

(Ficha catalográfica)

Lima, Evelyn Siqueira.
OS LIMITES DA COBERTURA DO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA PELOS PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE JURISPRUDENCIAL / Evelyn Siqueira Lima.
Santos, 2025.
n. de f.(143)
Orientador: Luciano Pereira de Souza

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília,
Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Santos,
SP, 2025.
1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Planos de Saúde. 3. Tratamento Multidisciplinar. 4. Cobertura Assistencial. 5. Jurisprudência do STJ
I. Lima, Evelyn Siqueira
II. OS LIMITES DA COBERTURA DO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA PELOS PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE JURISPRUDENCIAL.
Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta

EVELYN SIQUEIRA LIMA

**OS LIMITES DA COBERTURA DO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA PELOS PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE
JURISPRUDENCIAL**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas.

Aprovado(a)

Santos, _08_ de dezembro de 2025.

Banca Examinadora:

Luciano Pereira de Souza

Prof. Dr. (orientador)

Universidade Santa Cecília

Renata Salgado Leme

Prof^a. Dra.

Universidade Santa Cecília (avaliador interno)

Alder Thiago Bastos

Prof. Dr.

Faculdade Bertogã - FABE (avaliador externo)

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho representa o encerramento de uma etapa fundamental em minha trajetória acadêmica e profissional, marcada por desafios, aprendizados e muito crescimento pessoal. Este percurso não teria sido possível sem o apoio, a orientação e o incentivo de diversas pessoas e instituições, às quais registro minha profunda gratidão.

Primeiramente, agradeço ao meu orientador, pela paciência, dedicação e valiosas contribuições ao longo de todo o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação, expresso minha admiração e reconhecimento pelos conhecimentos compartilhados durante as disciplinas.

À minha família, alicerce incondicional de todas as minhas conquistas, agradeço pelo amor, apoio e compreensão nos momentos de ausência e dedicação exclusiva aos estudos.

Aos amigos e colegas de mestrado, agradeço pela parceria, pelas trocas de experiências e pelo apoio mútuo durante este período.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. Cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio e cada momento de compreensão foram fundamentais para que este objetivo fosse alcançado.

Agradeço, ainda, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro concedido por meio da bolsa de estudos, fundamental para a realização deste trabalho.

A todos, minha sincera gratidão.

RESUMO

O presente estudo analisa os limites da cobertura assistencial do tratamento do transtorno do espectro autista (TEA) pelos planos de saúde, mediante análise jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça (STJ). A pesquisa justifica-se pelo impacto das alterações regulatórias recentes, especialmente a Resolução Normativa nº 539/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que ampliou significativamente as obrigações de cobertura para tratamentos multidisciplinares destinados a pacientes com transtornos globais de desenvolvimento. O trabalho adota metodologia exploratória e descritiva, privilegiando a pesquisa jurisprudencial junto ao STJ, com análise de precedentes posteriores às alterações normativas de 2022, que constituem o marco temporal da investigação. O estudo demonstra que o TEA caracteriza-se como distúrbio de neurodesenvolvimento que demanda intervenção multidisciplinar intensiva, envolvendo terapias diversas. A análise revelou que o STJ já tem sido provocado a se manifestar sobre diversos aspectos da cobertura assistencial de tratamentos do transtorno do espectro autista, já tendo, inclusive, firmado alguns posicionamentos bem consolidados sobre a matéria. Quanto à rede assistencial, verificou-se que as operadoras devem indicar prestadores aptos a executar os métodos prescritos, sendo devido o reembolso integral quando comprovada a inexistência ou indisponibilidade de profissionais credenciados. A jurisprudência da Corte Superior se inclina, ainda, ao entendimento de que o tempo de deslocamento até o prestador não pode inviabilizar a continuidade do tratamento, impondo às operadoras o dever de garantir acesso próximo à residência do beneficiário. Relativamente às metodologias terapêuticas, a pesquisa identificou posicionamento consolidado do STJ pela obrigatoriedade de cobertura da musicoterapia e das terapias com *suits* (*Therasuit* e *Pediasuit*), enquanto o entendimento acerca da equoterapia sofreu alguma mudança após o julgamento da ADI 7.265 pelo Supremo Tribunal Federal. Quanto à estabilidade contratual, o estudo demonstrou que o STJ tem aplicado extensivamente o Tema Repetitivo 1.082 aos pacientes com TEA, vedando a rescisão unilateral durante tratamento multidisciplinar, inclusive após o prazo do artigo 30 da Lei 9.656/98. Por fim, identificou-se que a negativa indevida de cobertura de tratamentos multidisciplinares, segundo entendimento do STJ, não configuraria dano moral presumido. A pesquisa conclui pela existência de jurisprudência predominantemente protetiva aos direitos dos pacientes com TEA, embora persistam lacunas e divergências que demandam aprofundamento.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Planos de Saúde. Tratamento Multidisciplinar. Cobertura Assistencial. Jurisprudência do STJ.

ABSTRACT

This study analyzes the limits of healthcare coverage for the treatment of Autism Spectrum Disorder (ASD) by private health insurance plans, based on jurisprudential analysis from the Superior Court of Justice (STJ) of Brazil. The research is justified by the impact of recent regulatory changes, particularly Normative Resolution No. 539/2022 from the National Supplementary Health Agency (ANS), which significantly expanded the mandatory coverage for multidisciplinary treatments aimed at patients with global developmental disorders. The study adopts an exploratory and descriptive methodology, prioritizing case law research from the STJ, focusing on precedents issued after the 2022 regulatory amendments, which serve as the temporal benchmark for the investigation. The study shows that ASD is a neurodevelopmental disorder requiring intensive multidisciplinary intervention involving various therapies. The analysis revealed that the STJ has been called upon to address several aspects of healthcare coverage for ASD treatments and has already established some well-settled positions on the matter. Regarding healthcare networks, it was found that insurers must indicate providers qualified to perform the prescribed methods, and full reimbursement is due when the absence or unavailability of accredited professionals is proven. The Court's jurisprudence also leans toward the understanding that travel time to the provider cannot hinder treatment continuity, thus requiring insurers to ensure access near the beneficiary's residence. As for therapeutic methodologies, the research identified a consolidated position from the STJ on the mandatory coverage of music therapy and suit therapies (Therasuit and Pediasuit), while the understanding regarding equine-assisted therapy (hippotherapy) shifted somewhat after the Supreme Federal Court's ruling in ADI 7.265. Regarding contract stability, the study showed that the STJ has extensively applied Binding Precedent No. 1,082 to ASD patients, prohibiting unilateral termination of contracts during multidisciplinary treatment, even after the period set out in Article 30 of Law No. 9.656/98. Lastly, it was found that, according to the STJ, the improper denial of coverage for multidisciplinary treatments does not constitute presumed moral damage. The research concludes that there is a predominantly protective jurisprudence in favor of the rights of individuals with ASD, although gaps and divergences remain that warrant further analysis.

Keywords: *Autism Spectrum Disorder. Health Insurance Plans. Multidisciplinary Treatment. Healthcare Coverage. STJ Case Law.*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|---------|--|
| ABA | <i>Applied Behavior Analysis</i> |
| ADI | Ação Direta de Inconstitucionalidade |
| AgInt | Agravo interno |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| COFFITO | Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional |
| CONITEC | Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde |
| DIPRO | Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos |
| EDcl | Embargos de Declaração |
| EREsp | Embargos em Recurso Especial |
| GCITS | Gerência de Cobertura Assistencial e Incorporação de Tecnologias em Saúde |
| GGRAS | Gerência-Geral de Regulação Assistencial |
| RESP | Recurso Especial |
| RN | Resolução Normativa |
| STF | Superior Tribunal Federal |
| STJ | Superior Tribunal de Justiça |
| TDAH | Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade |
| TEA | Transtorno do Espectro Autista |
| TJSP | Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo |
| TNMI | Terapia Neuromotora Intensiva |
| PCDT | Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1. ATENÇÃO AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO SISTEMA DA SAÚDE SUPLEMENTAR..... | 16 |
| 1.1 O transtorno do espectro autista: caracterização, condição psíquicas e abordagens terapêuticas | 16 |
| 1.2. Panorama da judicialização do tratamento das pessoas com TEA | 21 |
| 1.3. Marcos regulatórios da saúde suplementar relacionados com o TEA e os demais Transtornos Globais do Desenvolvimento | 23 |
| 1.3.1. Obrigação de fornecer sessões ilimitadas de terapias e ofertar metodologias estabelecidas pelo médico assistente prevista no marco regulatório da saúde suplementar | 27 |
| 1.4. Aspectos essenciais das coberturas assistenciais nos contratos de plano privado de assistência à saúde e seguro saúde | 34 |
| 2. REDE ASSISTENCIAL | 36 |
| 2.1. Aptidão técnica e disponibilidade de prestadores da rede assistencial | 37 |
| 2.1.1. Indicação e exigência de prestadores com habilitação e qualificações específicas..... | 39 |
| 2.1.2. Reembolso custeio integral de despesas com prestadores não credenciados . | 43 |
| 2.2. Mudanças de prestador de serviço em razão de descredenciamento. | 48 |
| 2.3. Utilização de prestadores não credenciados em razão da distância e tempo de deslocamento até o local do atendimento. | 54 |
| 3. METODOLOGIA, LOCAL E AMPLITUDE DOS TRATAMENTOS | 67 |
| 3.1. Abordagens terapêuticas e metodologias para o tratamento da pessoa com transtorno do espectro autista | 69 |
| 3.1.1. Musicoterapia | 70 |
| 3.1.2. Equoterapia | 79 |
| 3.1.3. Terapias com <i>suits</i> | 85 |
| 3.2. Psicopedagogia, acompanhamento escolar e atendimento por profissionais da educação. | 96 |

| | |
|--|-----|
| 3.3. Atendimento em ambiente natural (domiciliar ou escolar) | 111 |
| 4. RESCISÃO DO PLANO DE SAÚDE, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO E QUESTÕES DIVERSAS | 119 |
| 4.1. Rescisão imotivada pela operadora de saúde e o Tema 1.082 do STJ..... | 120 |
| 4.2. Manutenção de dependentes de ex-empregado após o prazo do artigo 30 da lei 9656/98 | 128 |
| 4.3. Condenação em danos morais | 137 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 146 |

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa trata da judicialização de demandas de saúde envolvendo pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista (TEA), com o intuito de analisar as problemáticas relativas à cobertura assistencial de tratamentos multidisciplinares, no âmbito da saúde suplementar, oferecida por operadoras planos de saúde.

O estudo do tema se justifica diante da recente incorporação dos tratamentos multiprofissionais para beneficiários de planos de saúde diagnosticados com TEA nos contratos de plano de saúde que atendem a praticamente 25% da população brasileira. Diante desse novo paradigma assistencial, a judicialização da saúde suplementar sofreu impacto significativo, em razão da alta demanda de cobertura de tratamentos multidisciplinares pelas operadoras de saúde, o que justifica a relevância do presente estudo.

O estudo também possui relevância pessoal, tendo em vista que a autora ocupa o cargo de escrevente técnico judiciário do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, com lotação em gabinete de segunda instância, e lida diariamente com questões relacionadas ao Direito da Saúde, sendo a cobertura assistencial do tratamento do transtorno do espectro autista um tema de grande relevância e recorrência nas Câmaras de Direito Privado. O estudo aprofundado sobre o entendimento atual do Superior Tribunal de Justiça em casos desta natureza certamente contribuirá para a elaboração de minutas de votos, despachos e decisões monocráticas relativas à cobertura assistencial de tratamentos multidisciplinares destinados ao manejo de pacientes diagnosticados com TEA.

O presente estudo tem como objetivo a análise das decisões proferidas pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) após a entrada em vigor da Resolução Normativa nº 539/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), marco regulatório que trouxe importantes modificações no âmbito da saúde suplementar. A escolha desse recorte temporal justifica-se pelas relevantes transformações legislativas e jurisprudenciais ocorridas a partir da referida normativa, especialmente no que se refere à cobertura (assistencial, temporal e geográfica) dos tratamentos voltados a pessoas com transtorno do espectro autista.

A pesquisa busca, assim, mapear o entendimento atual da Corte Superior sobre os principais pontos controvertidos relacionados à cobertura do TEA pelos planos de saúde, identificando possíveis avanços na interpretação normativa, lacunas ainda existentes ou eventuais divergências jurisprudenciais. Para tanto, serão analisados julgados que versem sobre reembolso, exigência de qualificações específicas de profissionais credenciados, limitação de

sessões, indicação de técnicas terapêuticas e outros aspectos que afetam diretamente a efetividade ou a continuidade do tratamento.

Importa destacar que a compreensão adequada das demandas judiciais que envolvem o tratamento do TEA exige, necessariamente, uma abordagem interdisciplinar, uma vez que os aspectos jurídicos se entrelaçam com fundamentos técnicos da área médica, especialmente no que tange às terapias indicadas, à individualização do tratamento e às exigências de qualificação profissional. Assim, ao longo da pesquisa, serão oportunamente introduzidos elementos conceituais e científicos da área da saúde, com o objetivo de contextualizar juridicamente os temas debatidos e oferecer uma análise mais completa e fundamentada.

Dentro da temática da judicialização, as principais divergências que abordaremos, disponibilidade, existência e substituição (rescisão contratual) de prestadores na rede assistencial, as metodologias prescritas pelos médicos assistentes, o deslocamento dos pacientes aos prestadores e a amplitude dos tratamentos. Hipótese de custeio e reembolso integral ou limitado e, por fim, danos morais e honorários.

Assim, o objetivo geral do trabalho é analisar quais são os posicionamentos do Superior Tribunal de Justiça sobre as questões atinentes à cobertura do tratamento do transtorno do espectro autista, na saúde suplementar, em relação à: cobertura assistencial obrigatória, limitação de número de sessões, carga horária de terapias, modalidades terapêuticas, direito de reembolso, distância de prestadores e danos morais.

O presente trabalho insere-se na linha de pesquisa do mestrado voltada à proteção do direito à saúde, na medida em que analisa os regimes de responsabilidade das operadoras, os limites e deveres impostos à prestação de serviços de saúde suplementar, e os impactos desses fatores na garantia do acesso e da efetividade do tratamento destinado às pessoas com TEA. Ao abordar a cobertura assistencial sob a perspectiva da legalidade, da jurisprudência e das diretrizes da saúde pública e suplementar, o estudo contribui para o fortalecimento das notas características do direito à saúde enquanto direito humano e fundamental, especialmente em sua dimensão individual.

Levando em conta o objetivo acima traçado foram estabelecidas as seguintes hipóteses de pesquisa:

- I. A partir da RN 539/22 da ANS, a prescrição médica, pela metodologia indicada, passou a fazer parte do rol de eventos e procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar, salvo sentido contrário.

II. O tempo de deslocamento do beneficiário até a clínica credenciada indicada pela operadora de saúde não pode se tornar um fator impeditivo dos tratamentos.

III. Serviços de acompanhante terapêutico em ambiente escolar são estranhos aos contratos de assistência à saúde e não devem ser cobertos pelas operadoras de saúde.

IV. Aplica-se o Tema Repetitivo 1.082 aos pacientes com TEA.

V. Deve ser assegurada a continuidade dos tratamentos realizados pelos pacientes com TEA, que figurem como dependentes do plano de saúde de ex-empregados, mesmo após o escoamento do prazo legal previsto pelo art. 30 da Lei 9.656/98.

VI. O descredenciamento de clínicas pela operadora de saúde, no curso de tratamento multidisciplinar, é lícito, desde que seja indicado prestador substituto com equivalência de atendimento; cabendo à operadora de saúde, ainda, traçar um plano de transição das terapias ao novo prestador, de maneira segura e gradual.

VII. A negativa indevida de cobertura de tratamento multidisciplinar pela operadora de saúde, em razão do risco de comprometimento do desenvolvimento neurológico dos pacientes com TEA, configura dano moral presumido.

Por meio de pesquisa exploratória interdisciplinar da ciência médica (níveis de evidência) e descritiva no plano normativo, buscar-se-á refutar as hipóteses acima formuladas, tomando-as como perguntas disparadoras que nortearão o conteúdo da pesquisa a ser desenvolvida.

Empregou-se a técnica de pesquisa documental e bibliográfica, mas principalmente a pesquisa jurisprudencial, para buscar resposta às indagações acima, conforme o procedimento a seguir descrito.

O estudo priorizou a análise do entendimento jurisprudencial atualmente adotado pelo Superior Tribunal de Justiça. No entanto, excepcionalmente, quando inexistente ou insuficiente a jurisprudência da Corte Superior para confrontar determinada hipótese, foi adotada a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo – o maior do país – como parâmetro para possíveis respostas às indagações.

A pesquisa jurisprudencial foi realizada a partir de busca virtual ao banco de jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, através do *site* “<https://processo.stj.jus.br/SCON/>”. A pesquisa será realizada por “termos livres” e combinação de marcadores (e, ou, adj, não, prox, mesmo, com).

Como critério de seleção, foram descartados aqueles julgados em que a solução dada se referia apenas aos pressupostos de admissibilidade recursal, sem enfrentamento do mérito. Os critérios específicos de pesquisa, como data de consulta e os termos adotados para encontrar julgados pertinentes ao estudo, foram também indicados ao longo do trabalho, em cada capítulo.

À guisa de exemplo, para viabilizar o estudo acerca do posicionamento do Superior Tribunal de Justiça, a respeito da musicoterapia, foi realizada pesquisa jurisprudencial, no dia 1 de novembro de 2025, a partir da combinação dos termos “transtorno do espectro autista” e “musicoterapia”, resultando em 21 acórdãos. Deste resultado, apenas 1 (um) acórdão não foi analisado, uma vez que proferido antes das alterações regulatórias instituídas como marco teórico do presente estudo.

Acerca do descredenciamento de clínicas, ao adotar os critérios de busca “autismo” e “descredenciamento”, em consulta realizada no dia 20 de setembro de 2025, foi identificado um único acórdão pertinente à matéria, de relatoria do Ministro Moura Ribeiro, integrante da Terceira Turma daquela Corte Superior.

Para tratar da distância entre prestadores credenciados, foram utilizados os termos de busca “transtorno do espectro autista” AND “município”, na data de 20 de setembro de 2025, localizando quatro julgados pertinentes. Deste total, excluiu-se apenas um acórdão, por ter sido proferido anteriormente às alterações normativas que compõem o marco teórico do presente estudo. Assim, restaram três decisões analisadas, das quais duas foram proferidas pela Terceira Turma e uma pela Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça.

Para a realização de pesquisas interdisciplinares na área médica, foi utilizado o portal “PubMed”, com utilização do termo “*autism spectrum disorder*”, para localização de artigos atualizados sobre a matéria.

No primeiro capítulo, foram abordados alguns aspectos gerais sobre o transtorno do espectro autista, sob à luz da ciência médica, abrangendo desde a evolução do entendimento deste transtorno como um distúrbio autônomo, até as modalidades de tratamento da doença. Buscou-se, ainda, apresentar o panorama geral da judicialização de demandas que envolvem tratamentos para pacientes com TEA, no âmbito da saúde suplementar, indicando quais os

principais marcos normativos e regulatórios que se aplicam a estes casos. Ao final deste capítulo, foi feita uma breve análise dos precedentes do Superior Tribunal de Justiça, para compreender qual a interpretação conferida pela Corte Superior aos marcos regulatórios em questão.

No segundo capítulo deste trabalho, foram enfrentadas questões relacionadas à rede assistencial das operadoras de saúde. Discute-se a aptidão técnica e a disponibilidade de prestadores, considerando a indicação médica e exigência de qualificações específicas. Além disso, são abordadas situações de mudanças de prestadores, decorrentes de descredenciamento, migração de carteira ou troca de operadoras. Também é examinada a utilização de prestadores não credenciados, especialmente em casos em que a distância ou o tempo de deslocamento inviabilizam a continuidade dos tratamentos multidisciplinares pelos beneficiários diagnosticados com TEA.

O terceiro capítulo trata das abordagens terapêuticas e metodologias voltadas ao tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista. Foi analisado o entendimento do Superior Tribunal de Justiça sobre determinadas modalidades terapêuticas específicas, como a musicoterapia, equoterapia e terapias com uso de exoesqueletos (*therasuit* e *pediasuit*). Outras questões, como a obrigatoriedade de fornecimento de acompanhamento escolar e/ou atendimento por profissionais da educação, bem como a prestação de serviços em ambientes naturais, também foram abordados neste terceiro capítulo.

No quarto capítulo, indaga-se a possibilidade de rescisão unilateral imotivada de contratos de plano de saúde pelas operadoras, enquanto houver beneficiário em realização de tratamento multidisciplinar, conforme dispõe o Tema 1.082 do Superior Tribunal de Justiça. Discute-se também a manutenção de dependentes de ex-empregados após o prazo estipulado pelo artigo 30 da Lei nº 9.656/98, para que se garanta a continuidade das terapias realizadas. Por fim, são exploradas questões relacionadas à condenação por danos morais em litígios desta natureza.

1. ATENÇÃO AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO SISTEMA DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O primeiro capítulo do trabalho busca realizar uma análise sobre as principais características do transtorno do espectro autista, suas manifestações clínicas e o impacto nas condições psíquicas das pessoas diagnosticadas. No tópico 1.2, se apresentará o panorama atual da judicialização relacionada do tratamento do TEA, no âmbito da saúde suplementar, abordando-se os conflitos mais recorrentes entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, como negativas de cobertura e/ou restrições no número de sessões terapêuticas.

Já no tópico 1.3, será realizada uma discussão sobre os marcos regulatórios aplicáveis ao transtorno do espectro autista e a outros Transtornos Globais do Desenvolvimento, na esfera saúde suplementar, evidenciando quais os direitos atualmente assegurados a estes pacientes.

Também serão analisados alguns precedentes do Superior Tribunal de Justiça que tratam da aplicação ou interpretação dos marcos regulatórios explorados. Por fim, o tópico 1.4 examinará os aspectos essenciais das coberturas assistenciais previstas nos contratos de planos privados de saúde e seguro saúde.

1.1 O transtorno do espectro autista: caracterização, condição psíquicas e abordagens terapêuticas

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, o transtorno do espectro autista (TEA) pode ser definido como um distúrbio de neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes de comunicação, interação social, além de comportamentos repetitivos e restritivos, como movimentos motores reiterados, apego a rotinas rígidas, interesses limitados e/ou reações sensoriais atípicas, seja em forma de hipersensibilidade ou hipossensibilidade a determinados estímulos.

No entanto, o que se entende por transtorno do espectro autista, nos dias atuais, muito se difere das definições adotadas pela literatura médica, em décadas passadas. Um estudo realizado por Tavares (2025) traça um importante panorama com relação à evolução histórica da compreensão do transtorno do espectro autista. O autor (2025) afirma que as doenças mentais passaram a ser compreendidas, na história, de forma gradual. Até o ano de 1943, por exemplo, o transtorno do espectro autista era compreendido como um sintoma de esquizofrenia, não sendo reconhecido como um distúrbio autônomo. O termo “autismo”, segundo Sharma, Gonda e Tarazi (2018), teria sido adotado pela primeira vez em 1908, pelo psiquiatra suíço Eugen

Bleuler, que se utilizava deste vocábulo para descrever crianças, com esquizofrenia infantil, que aparentavam estar desconectadas da realidade.

Posteriormente, no ano de 1943, o psiquiatra austríaco Leo Kanner, conhecido como o “pai do autismo”, desenvolveu um estudo denominado “os distúrbios autísticos de contato afetivo”, onde foram analisadas onze crianças com sintomas de autismo infantil. Segundo Dias (2015), foi a partir deste estudo que Kanner identificou algumas diferenças entre a esquizofrenia infantil e aquilo que se passava a denominar de “distúrbio autístico”. Para Kanner, o autista não estabelecia contato com a realidade desde o início de sua vida e não apresentava pensamentos fantasiosos, diferentemente do que se verificava em casos de esquizofrenia infantil, em que o rompimento com a realidade externa ocorria apenas após terceiro ano de vida.

Nessa mesma época, por volta de 1944, outro estudo sobre o autismo foi desenvolvido pelo psiquiatra Hans Asperger. No entanto, ao contrário de Kanner, que estudava casos de autismo severo, Asperger descrevia em seus estudos alguns casos de crianças que apresentavam dificuldades sociais, mas que possuíam suas habilidades verbais e intelectuais plenamente preservadas. Asperger observou, ainda, que esses indivíduos podiam demonstrar interesses intensos e focados em áreas específicas, mesmo que enfrentassem grandes desafios de interação social. Esses pacientes eram apelidados pelo estudioso de “pequenos professores”.

Dias (2015) explica, no entanto, que os estudos de Asperger somente teriam ganhado visibilidade a partir de 1981, graças à ação da psiquiatra inglesa Lorna Wing que traduziu os escritos de Hans Asperger para o inglês, dando maior visibilidade ao estudo por ele desenvolvido anos atrás. O autor (2015) relata, ainda, que a Lorna Wing teria contribuído significativamente para o avanço dos estudos relacionados ao autismo, após publicar um estudo comparativo entre o distúrbio autístico do contato afetivo, de Leo Kanner, e aquilo que denominou de “síndrome de Asperger”, em homenagem ao autor do estudo original.

Segundo Dias (2015), Lorna Wing teria sido a primeira estudiosa a compreender o distúrbio autístico e a chamada “síndrome de Asperger” como variedades de uma mesma patologia, apenas com a diferença de que a primeira seria representativa de um grau mais elevado da doença, enquanto a segunda seria sua versão mais branda. Daí a ideia preliminar de espectro do autismo, em razão da possibilidade de variação dos sinais de autismo em cada paciente.

O reconhecimento do autismo como um distúrbio autônomo, desassociado da esquizofrenia infantil, contudo, só ocorreu no ano de 1980, com a atualização do DSM-III

(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que classificou o autismo como um transtorno do desenvolvimento infantil, que possui critérios diagnósticos próprios. Assim, com o impulsionamento dos estudos científicos sobre a moléstia, chegou-se à definição atual de transtorno do espectro autista, segundo o *DSM-5-TR* (2022), que enfim caracteriza o autismo como um distúrbio de neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes de comunicação, interação social, além de apresentação de comportamentos repetitivos e restritivos.

Embora não seja este o enfoque do presente estudo, a compreensão do transtorno do espectro autista, à luz da ciência médica, mostra-se fundamental para estabelecer um debate jurídico compatível com as necessidades específicas destes pacientes, observando os desafios relacionados ao tratamento deste distúrbio que afeta, simultaneamente, tantas esferas do desenvolvimento (cognitivo, motor, neurológico, psíquico, etc.). Não à toa a classificação do TEA como uma espécie de transtorno global de desenvolvimento, seja pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), seja pelo nosso próprio ordenamento jurídico interno.

É justamente pela complexidade do tratamento deste transtorno que surgem as terapias multidisciplinares, que visam atender às necessidades múltiplas destes pacientes, estimulando as áreas mais afetadas pelo distúrbio e garantindo o melhor desenvolvimento neurológico de cada um deles. Segundo Andrade *et al.* (2024), o tratamento multidisciplinar do TEA tem por objetivo reduzir *deficits* em interação social e comunicação; controlar alterações de comportamento e prejuízos associados, além de maximizar a independência funcional dos pacientes através de métodos facilitadores de aprendizagem.

Por tais motivos é que as terapias multidisciplinares possuem focos distintos a depender da faixa etária e do grau de autismo apresentado por cada paciente. Ainda segundo Andrade *et al.* (2024), as terapias realizadas na primeira infância seriam mais destinadas ao desenvolvimento da fala, interação social e técnicas de adaptação familiar e escolar, enquanto na adolescência os focos seriam, por exemplo, o desenvolvimento de habilidades sociais e manejo de questões ligadas à sexualidade, com ênfase em terapias comportamentais.

Segundo estudo publicado pela Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBNi), no ano de 2021, a avaliação de pacientes com suspeita de transtorno do espectro autista envolve, além das diretrizes previstas pelo DSM-5, uma análise completa do paciente, abrangendo antecedentes gestacionais, comportamentos do sono, seletividade alimentar, investigação de possíveis comorbidades, convulsões, doenças gastrointestinais, além de investigação de

histórico familiar, a fim de documentar a presença de eventuais parentes com TEA ou deficiências intelectuais. O estudo indica, ainda, que não existem exames laboratoriais capazes de fornecer um diagnóstico certo e preciso sobre o autismo, embora exames complementares de mapeamento genético, como *CGH-array* e *SNP-array*, possam auxiliar na investigação da etiologia da doença.

Em razão da complexidade de sintomas, o tratamento do transtorno do espectro autista se utiliza da combinação de diversas especialidades médicas, envolvendo terapias básicas como terapia ocupacional, psicoterapia, fonoaudiologia e fisioterapia, sem prejuízos de técnicas alternativas, como musicoterapia, equoterapia, hidroterapia, arteterapia, *pet* terapia, psicopedagogia, dentre outras abordagens complementares, que variam conforme o método terapêutico adotado pelo médico assistente. Segundo a SBNi (2021), as terapias com maior nível de eficácia científica são baseadas no método de Análise do Comportamento Aplicada (ABA - *Applied Behavior Analysis*).

A análise do comportamento aplicada (ABA) tem por objetivo estudar as bases do comportamento humano e sua relação com o ambiente externo. Segundo Miltenberger (2015), este método busca analisar os comportamentos do paciente em seu ambiente cotidiano, a fim de proporcionar a redução de reações ou estímulos indesejados, como comportamentos agressivos, autolesivos e/ou movimentos estereotipados. Em síntese, este esforço multidisciplinar visa moldar o comportamento do paciente diagnosticado com TEA, a fim melhorar seu “convívio social e sua autonomia” (Rezende e Souza, 2021).

O alcance desses resultados através da terapia comportamental é possível através do que se denomina de “condicionamento operante”, que consiste em fortalecer ou reduzir comportamentos, através da técnica de reforço positivo. Assim, quando o paciente apresenta um comportamento positivo, este é reforçado e recompensado de alguma forma, para incentivar a sua repetição. Segundo Junior, Oliveira e Silveira (2023), o reforço positivo seria responsável por gerar prazer ao indivíduo, fazendo com que este se sinta estimulado a aumentar a frequência ou intensidade de comportamentos agradáveis em determinado contexto. Segundo os autores (2023), no ensino para pessoas com autismo, o conceito de reforço é fundamental para promover a consistência e a manutenção de comportamentos desejados.

O método de Análise Comportamental Aplicada (ABA), no entanto, não é o único indicado para o tratamento de pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista. Atualmente, diversas são as modalidades terapêuticas prescritas pelos médicos assistentes, podendo citar, dentre elas, os métodos *PECS*, *TEACCH*, *BOBATH*, *DENVER*, *AYRES* e *MIG*.

Todas essas modalidades abrangem as terapias basais do tratamento multidisciplinar (fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia), embora cada qual com suas especificidades, conforme se enfrentará neste estudo, em momento posterior.

Fato é que o tratamento do transtorno do espectro autista, por exigir um esforço conjunto de diversas especialidades médicas, possui um custo muito elevado, sobretudo se considerado que essas terapias acompanharão o indivíduo por grande parte de sua vida. Segundo, Ribeiro *et al.* (2023), cuidar de crianças com transtorno do espectro autista “é um trabalho caro e desafiador, com um custo vitalício estimado de US\$ 2,4 milhões, por criança afetada, nos EUA.” No Brasil, em clínicas particulares, esses tratamentos podem facilmente ultrapassar o valor de R\$30.000,00 (trinta mil reais) por mês, a depender da carga horária dos atendimentos e das especialidades eleitas pelo médico assistente.

Esses valores se mostram ainda mais preocupantes se comparado o número de crianças diagnosticadas com autismo atualmente com a realidade da média dos brasileiros, que certamente não teria condição de arcar financeiramente com tratamentos desta magnitude. Segundo Braz (2023), o relatório publicado pelo *Centers for Disease Control and Prevention*, no ano de 2023, atestou que atualmente uma a cada trinta e seis crianças é diagnosticada com a prevalência do autismo. A partir destes dados, estima a autora (2023) que, atualmente, teriam cerca de 5.641.132 pessoas diagnosticadas com autismo, no Brasil.

Nesse cenário, é inevitável que operadoras de planos privados de assistência à saúde sejam diretamente afetadas pelo aumento das demandas por tratamentos dessa natureza, notadamente por aquela parcela da população que é contratante de tais serviços. No entanto, diversas são as discussões relativas aos limites de cobertura assistencial do tratamento do transtorno do espectro autista pelos planos de saúde, justamente por ser este um tratamento de alto custo, de manutenção por tempo indeterminado e que envolve inúmeras modalidades de intervenção.

Aliás, este seria o grande desafio da assistência à saúde, em geral, segundo Esmeraldi e Lopes (2015). Segundo os autores (2015), a assistência à saúde é uma atividade altamente dispendiosa e com valoração e custeio tão dinâmico quanto imprevisível, uma vez que constantemente surgem novas tecnologias e descobertas na área médica, que são rapidamente implantados e disponibilizados para garantir o acesso dos pacientes a tratamentos cada vez mais seguros e eficientes. Este seria “o maior dos desafios, responsável pelo quadro permanente de tensão vivenciado pelo setor da saúde, seja pública ou privada” (Esmeraldi e Lopes, 2015).

Tais conflitos, evidentemente, deságuam no poder judiciário, que tem enfrentado inúmeras questões relativas ao tratamento multidisciplinar de pacientes diagnosticados com TEA, sopesando os direitos de ambos os pólos desta relação jurídica. O presente estudo, portanto, busca realizar uma análise do entendimento jurisprudencial atualmente adotado pelo Superior Tribunal de Justiça, no tocante à cobertura do tratamento do transtorno do espectro autista pelos planos de saúde, a fim de garantir maior segurança jurídica aos casos desta natureza e identificar quais as lacunas jurisprudenciais ainda existentes sobre o assunto.

1.2. Panorama da judicialização do tratamento das pessoas com TEA

Segundo o painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o número de ações envolvendo questões de saúde tem aumentado significativamente ao longo dos últimos três anos. Analisando as estatísticas publicadas pelo referido órgão, é possível verificar que, no ano de 2023, foram registradas mais de 570.000 (quinhentos e setenta mil) novas ações relativas a direito da saúde, sendo que, dentre essas demandas, cerca de 219.000 (duzentos e dezenove mil) foram relativas à saúde suplementar.

Os dados relativos à judicialização na área da saúde suplementar, no ano de 2023, representam um aumento de 30% com relação à quantidade de processos contabilizados no ano de 2022. Dentre as demandas envolvendo planos de saúde, nota-se também um aumento considerável dos pedidos de cobertura assistencial de tratamentos médicos, que passaram de 28.300 (vinte e oito mil e trezentos) casos em 2022, para 35.830 (trinta e cinco mil, oitocentos e trinta) novos processos, no ano de 2023.

A crescente judicialização de questões envolvendo direito à saúde também foi objeto de recentes reuniões realizadas pelo Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), em março de 2024, onde representantes do Conselho Nacional de Justiça manifestaram uma expectativa de pelo menos 20% de aumento dessas demandas, para o ano de 2024.

Estudos sugerem, ainda, um aumento radical dos diagnósticos de transtorno do espectro autista nos dias atuais, sendo esta uma das grandes causas de judicialização da saúde dos últimos anos. Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), estima-se que, no ano de 2023, mais de 12.000 processos foram instaurados por famílias de crianças diagnosticadas com transtorno do espectro autista, em busca de tratamentos multidisciplinares.

Um estudo realizado por Boarati *et al.*, no ano de 2023, denominado “A judicialização da Saúde Infantil: um estudo das decisões judiciais do Estado de São Paulo”, buscou justamente

mapear qual o perfil dos litigantes que ingressam com ações envolvendo o direito à saúde de crianças e adolescentes. O estudo analisou 290 (duzentos e noventa) decisões judiciais proferidas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, apurando que, na área da saúde suplementar, “a maior parte dos demandantes são crianças jovens, do gênero masculino, representadas por advogados privados, e requerendo acompanhamento e tratamento para TEA e TDAH” (Boarati *et al.*, 2023, p. 1).

Os processos selecionados naquela amostra envolviam tanto processos relativos à saúde suplementar quanto à saúde pública, chegando-se à conclusão de que 40% dos pedidos analisados envolviam tratamentos voltados ao manejo de pacientes com TEA ou Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). No entanto, especificamente com relação à saúde suplementar, foi identificado que 51,1% dos casos possuíam o TEA como principal causa de saúde que motivava a judicialização.

Outro dado interessante mencionado pelo referido estudo, diz respeito aos pedidos complementares, em casos de judicialização do transtorno do espectro autista. Isso porque, segundo Boarati *et al* (2023), nos casos de saúde pública, apenas um dos processos analisados cumulava o pedido de acesso ao tratamento com pedido pecuniário de indenização por danos morais. Já nos casos envolvendo assistência privada à saúde, 30% dos processos envolviam pedidos indenizatórios e 17% incluíam pedido de reembolso por despesas médicas havidas fora da cobertura contratual.

Segundo o estudo (2023), considerando a parcela da amostra relativa à saúde suplementar, pôde-se notar que em 37 (trinta e sete) casos houve a demanda de um serviço ou insumo cumulada com indenização; em 15 (quinze) a requisição de um bem ou serviço cumulado com pedido de reembolso; e em 11 (onze) havia a demanda de um serviço ou insumo, cumulado com pedidos de indenização e reembolso simultaneamente.

Com relação ao perfil dos serviços de saúde mais judicializados, por crianças e adolescentes, no Estado de São Paulo, o estudo (2023) aponta que 43% dos pedidos analisados (entre saúde pública e suplementar) se referem a tratamentos multidisciplinares contínuos, em sua maioria pelo método ABA, sendo que, especificamente na área de saúde suplementar, este percentual seria de 64% dos casos.

Estes dados revelam, ainda que sucintamente, o panorama da judicialização do tratamento do transtorno do espectro autista no país, demonstrando a crescente procura por tratamentos multidisciplinares pelas operadoras de saúde.

Esta realidade pode também ser verificada através da preocupação manifestada pelo Conselho Nacional de Justiça, com relação a adoção de diversas medidas para capacitação dos servidores da justiça para que as pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista tenham um tratamento adequado e inclusivo na esfera judicial, tal como se depreende do recente Manual de Atendimento à Pessoa com transtorno do espectro autista e do programa de capacitação denominado “Polícia Judicial Amiga dos Autistas”.

Movimentos dessa natureza deixam claro que as questões envolvendo o manejo de pessoas com transtorno do espectro autista estão no foco do poder judiciário atual, seja no âmbito processual, seja no âmbito estrutural, demonstrando a relevância social da presente pesquisa.

1.3. Marcos regulatórios da saúde suplementar relacionados com o TEA e os demais Transtornos Globais do Desenvolvimento

A regulamentação da saúde suplementar no Brasil é exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, que detém competência para normatizar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos de saúde. No exercício de sua função regulatória, a ANS utiliza diversos instrumentos normativos, dentre os quais se destacam as Resoluções Normativas (RN).

Conforme estabelecido no artigo 42, inciso IV, da Resolução Regimental da ANS, a Resolução Normativa constitui "ato normativo que disciplina matérias de competência legal normativa da ANS, sem inovar em relação às resoluções regimentais". Trata-se, portanto, de instrumento infralegal que tem por finalidade regulamentar e detalhar disposições já previstas em lei, conferindo-lhes aplicabilidade prática e operacional no âmbito do setor de saúde suplementar.

No que concerne especificamente ao Transtorno do Espectro Autista, diversas Resoluções Normativas foram editadas pela ANS com o objetivo de assegurar a cobertura assistencial adequada, disciplinar procedimentos obrigatórios e garantir os direitos dos beneficiários diagnosticados com essa condição. Essas normas representam marcos regulatórios fundamentais para a efetivação do acesso à saúde das pessoas com TEA no âmbito da saúde suplementar, estabelecendo diretrizes importantes acerca da cobertura dos tratamentos multidisciplinares prescritos a este grupo específico.

Com a edição da Resolução Normativa nº 539 de 2022 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ficou determinado que as operadoras deveriam fornecer ampla cobertura às

terapias multidisciplinares prescritas aos beneficiários de plano de saúde diagnosticados com transtornos globais de desenvolvimento, o que inclui os pacientes com transtorno do espectro autista. A referida normativa estabeleceu, ainda, que as operadoras deveriam indicar prestadores de serviço aptos a fornecer o método ou a técnica específica prescritos pelo médico assistente.

A Resolução nº 539/22 representou um ponto de virada no tocante às coberturas assistenciais de tratamentos multidisciplinares, tendo em vista que meses antes de sua edição, o Superior Tribunal de Justiça havia reconhecido que os planos de saúde estariam obrigados a fornecer cobertura apenas aos tratamentos que estivessem devidamente previstos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Na ocasião do julgamento dos Embargos de divergência em Recurso Especial nº 1.886.929 e 1.889.704, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça enfrentou o debate relativo à natureza do rol de eventos e procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pacificando o entendimento de que a referida listagem teria natureza taxativa mitigada, isto é, de observância obrigatória, comportando exceção em determinados casos.

O posicionamento adotado pela Corte Superior teve por fundamento o fato de que o rol da ANS, embora frequentemente atualizado, nem sempre consegue acompanhar a frenética evolução dos métodos e tecnologias emergentes na área da saúde, devendo ser assegurado o acesso dos beneficiários a determinados tratamentos de saúde que, eventualmente, não estejam contemplados pelo rol, mas possuam eficácia científica comprovada, bem como recomendação de órgãos técnicos de renome nacionais ou estrangeiros, e não tenham sido expressamente indeferidos pela ANS para incorporação ao rol.

No entanto, logo após o referido julgamento, ocorrido em 8 de junho de 2022, sobreveio a publicação da Resolução Normativa nº 539 de 1º de julho de 2022 da ANS, que acrescentou o §4º ao art. 6º da Resolução nº 465. Essa normativa (RN 465/21) estabelece o plano de referência básica dos planos de saúde, estabelecendo quais são os eventos e procedimentos de cobertura obrigatória em contratos de assistência privada à saúde. Com a alteração promovida pela RN 539/22, portanto, o art. 6º da RN 465 passou a vigorar com a seguinte redação:

Para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 465, de 24 fev. 2021. Art. 6º, §4º).

A partir da RN 539/22, portanto, os tratamentos multidisciplinares prescritos aos pacientes com TEA, bem como a técnica ou o método específicos adotados pelo médico assistente, passaram a integrar o rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar, já que contemplados expressamente pela Resolução Normativa nº 465/21.

O parecer técnico nº 39 de 2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar esclarece que a RN 539/22 visou ampliar a cobertura assistencial destinada aos pacientes com transtornos globais de desenvolvimento, reforçando a ideia de que cabe ao médico assistente a prerrogativa de escolher o método ou a técnica mais adequados ao tratamento destes pacientes. Assim, segundo o parecer, restaria à operadora de saúde unicamente o dever de disponibilizar prestadores aptos a desenvolver o método de tratamento prescrito pelo profissional assistente.

Ademais, embora não conste expressamente na legislação, a Agência Reguladora esclareceu que a cobertura integral de que trata a RN 539/22 estaria condicionada a demonstração de determinados requisitos, dentre os quais, i) a apresentação de prescrição médica; ii) a execução em estabelecimento de saúde ou telessaúde; iii) execução durante a realização de procedimentos com cobertura obrigatória prevista pelo rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (como sessões com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos ou outros) e iv) execução por profissional de saúde habilitado para a sua realização.

O estabelecimento de tais critérios, por si só, funciona como uma delimitação da obrigação de cobertura tratamento do transtorno do espectro autista pelas operadoras de saúde, tendo em vista que estes atendimentos envolvem inúmeras formas de abordagem terapêutica, incluindo acompanhamentos em ambiente natural (escolar, domiciliar ou outros) e atividades pedagógicas, que, segundo o referido parecer técnico emitido pela ANS, não possuem “cobertura obrigatória pelas operadoras, seja por meio de rede própria/credenciada, seja por meio de reembolso”, naqueles planos que possuam opção de livre escolha de prestador.

Em se tratando de cobertura de tratamento multidisciplinar, é recorrente, ainda, a discussão relativa à eficácia científica dos métodos terapêuticos prescritos pelos médicos assistentes. Isso porque, como já mencionado anteriormente, após o entendimento firmado pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, através do julgamento dos Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929 e 1.889.704, restou firmado o entendimento de que tratamentos não previstos expressamente no rol da ANS não seriam de cobertura obrigatória pelas operadoras de saúde, senão em casos específicos e desde que observados os critérios estabelecidos naquele julgamento.

Para além da edição da Resolução Normativa nº 539/22 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o entendimento firmado pela Corte Superior ainda sofreu alterações por força da entrada em vigor da Lei 14.454/22, que alterou a Lei 9.656/98, pontuando que o rol de eventos e procedimentos da ANS constitui “referência básica” a ser observada pelos planos de saúde, sendo possível a cobertura de tratamentos não previstos na referida listagem, desde que o procedimento possua “eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico” ou “existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais” (§§12 e 13 do art. 10 da Lei 9.656/98).

Com a alteração legislativa, portanto, o rol de eventos e procedimentos em saúde suplementar passou a ser reconhecido como de caráter exemplificativo condicionado, já que, se existem parâmetros de flexibilização, não poderia ser reconhecido como taxativo, tal como anteriormente definido pelo Superior Tribunal de Justiça.

Fato é que, tanto no entendimento firmado pelo Superior Tribunal de Justiça, quanto no texto adotado pela Lei 14.454/22, um dos requisitos essenciais para a cobertura de tratamentos não previstos expressamente no rol da ANS seria a demonstração da eficácia do tratamento prescrito, sob à luz da medicina baseada em evidências. Daí a razão da recorrência, em âmbito judicial, das discussões relativas à eficácia científica dos diversos métodos terapêuticos prescritos para o tratamento de pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista.

Tais discussões, no entanto, não encontrariam qualquer fundamento, se considerado que, a partir da Resolução Normativa nº 539/22, o método terapêutico prescrito pelo médico assistente, seja ele qual for, passou a integrar o rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar, já que reconhecida a obrigatoriedade de cobertura pela operadora de saúde. Portanto, se os tratamentos multidisciplinares possuem previsão pelo rol da ANS, presume-se que estes possuem eficácia científica, não havendo fundamento para discussões desta natureza, conforme se explorará em capítulos futuros.

Outro marco regulatório também se mostra importante para a compreensão do presente estudo. A Resolução Normativa nº 541 de 11 de julho de 2022 também modificou o rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (RN 465/21), revogando as diretrizes de utilização nº 102, 104, 105, 106, 107, 108, 136, 137 e 138 do Anexo II, da RN nº 465/21, que antes restringiam o acesso dos beneficiários a serviços de psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Antes da referida alteração, por exemplo, os contratos de plano de saúde estavam obrigados a fornecer apenas 48 (quarenta e oito) sessões de fonoaudiologia por ano, para pacientes com transtornos específicos de desenvolvimento de fala. Pacientes com transtornos específicos de desenvolvimento, tinham garantidas apenas 12 (doze) sessões de terapia ocupacional por ano, segundo a cobertura básica obrigatória estabelecida na referida Resolução.

Contudo, a partir da RN 541 de julho de 2022, todos os beneficiários passaram a possuir acesso ilimitado a sessões de psicologia, psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. Cumpre registrar que os pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista, em específico, já possuíam direito à cobertura integral e ilimitada de tais serviços de saúde, desde o ano de 2021, por força da Resolução Normativa nº 469 da ANS. Tal benefício, a partir da RN 541/22, foi estendido a todo beneficiário, seja qual for a sua condição de saúde.

O emblemático julgamento proferido pelo Superior Tribunal de Justiça, associado às diversas alterações promovidas pelos novos regulamentos editados pela ANS e pela Lei 14.454/22, influenciaram diretamente no entendimento jurisprudencial relativo à cobertura dos tratamentos destinados ao manejo de pacientes com transtorno do espectro autista, sobretudo na esfera dos entendimentos da própria Corte Superior, como se verá no próximo capítulo.

1.3.1. Obrigação de fornecer sessões ilimitadas de terapias e ofertar metodologias estabelecidas pelo médico assistente prevista no marco regulatório da saúde suplementar

A cobertura assistencial dos tratamentos destinados aos pacientes com transtornos globais de desenvolvimento foi significativamente ampliada a partir da edição da Resolução Normativa 541 de 2022, que entrou em vigor em julho do referido ano. Antes da referida alteração, o acesso a sessões e consultas com profissionais como psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas estava submetido às Diretrizes de Utilização (DUT), que impunham critérios clínicos e administrativos específicos para a autorização destes atendimentos pela operadora de saúde. Tais critérios, muitas vezes, limitavam o número de sessões de terapia autorizadas a cada beneficiário, por exigir comprovações técnicas específicas, como laudos detalhados ou reavaliações periódicas.

As Diretrizes de Utilização (DUT), exigidas para a autorização de diversas modalidades terapêuticas, funcionavam como instrumentos normativos que delimitavam os critérios clínicos e quantitativos para a cobertura assistencial pelos planos de saúde. No entanto, embora essas diretrizes tenham sido criadas com o objetivo de racionalizar os recursos e padronizar o uso dos serviços de saúde suplementar, na prática, os critérios acabavam por impor barreiras de acesso

à saúde, especialmente em casos que exigem planos terapêuticos individualizados e de longa duração, como é o caso do tratamento do transtorno do espectro autista.

Exemplo disso seria a DUT nº 104, relativa a sessões de fonoaudiologia, que estabelecia quantidades mínimas de cobertura obrigatória, por ano, a depender do quadro clínico apresentado pelo paciente. Para pacientes diagnosticados com TEA, em regra, a referida diretriz autorizava até 96 sessões de fonoaudiologia por ano. O modelo assistencial centrado em diretrizes de utilização, no entanto, se mostrava problemático aos usuários neurodivergentes, por estabelecer limites genéricos e padronizados de sessões terapêuticas, desconsiderando a heterogeneidade clínica dos pacientes com TEA. A imposição de um número padronizado de sessões, muitas vezes, não alcançava as necessidades reais de cada paciente, comprometendo a continuidade terapêutica e restringindo a adaptação do plano de cuidados à evolução clínica do indivíduo.

A Resolução Normativa nº 541 de 2022, no entanto, revogou a exigência de cumprimento de diretrizes de utilização para consultas e sessões de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, o que representou um avanço importante na assistência a pacientes com TEA. A partir de então, os usuários passaram a ter direito a um número ilimitado de sessões terapêuticas, cabendo ao profissional assistente indicar a carga horária mais adequada a cada paciente. Vale dizer, no entanto, que a referida normativa não enfrenta a questão da obrigatoriedade ou não de cobertura de metodologias específicas eventualmente prescritas pelos médicos assistentes.

Tanto é assim, que o parecer técnico nº 39 da Agência Nacional de Saúde Suplementar aponta que, de acordo com a RN 541/22, não é necessário que os prestadores credenciados à operadora de saúde possuam profissionais habilitados em todo e qualquer método terapêutico indicado pelo profissional assistente. No entanto, caso possuam, “tal abordagem terapêutica poderá ser empregada pelo profissional no âmbito do atendimento ao beneficiário, durante a realização de procedimento coberto” (Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar, p. 3, 2024).

A resolução normativa nº 539 de 2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, por sua vez, trouxe diretrizes específicas para a cobertura assistencial dos tratamentos multidisciplinares prescritos aos pacientes diagnosticados com transtornos globais de desenvolvimento. E, um dos pontos relevantes da referida regulamentação diz respeito, justamente, à parte final do §4º do artigo 6º da RN 465/21, que impõe às operadoras de saúde o

dever de oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica específicos indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente.

No entanto, tal inovação regulatória desencadeou divergências importantes com relação à razoabilidade da determinação de custeio obrigatório de qualquer técnica ou método indicados pelo médico assistente. Tanto é assim que, recentemente, o Superior Tribunal de Justiça afetou o Tema 1.295, que busca dirimir a controvérsia a respeito da possibilidade ou não de o plano de saúde limitar ou recusar a cobertura de terapia multidisciplinar prescrita a pacientes diagnosticados com transtornos globais do desenvolvimento.

A própria decisão de afetação do Recurso Especial nº 2153672/SP já revela, de forma expressa, o posicionamento consolidado daquela Corte. Conforme destacado no acórdão, há sólida e reiterada jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que a recusa ou a limitação da cobertura de tratamento multidisciplinar prescrito a pacientes com transtorno do espectro autista configura prática abusiva, especialmente à luz do que dispõe a Resolução Normativa nº 539/22 da ANS.

Apesar da existência de centenas de decisões proferidas pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça reconhecendo como abusiva a limitação ou negativa de cobertura de tratamentos multidisciplinares prescritos a pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista, a Corte observou a persistência de expressiva dispersão jurisprudencial em instâncias ordinárias. Essa heterogeneidade de entendimentos estaria provocando uma multiplicidade de recursos especiais sobre a matéria, comprometendo a uniformidade jurisprudencial. Em razão desse cenário, entendeu-se necessária a afetação da controvérsia ao rito dos recursos repetitivos, nos termos do art. 1.037 do Código de Processo Civil, a fim de firmar tese jurídica vinculante sobre a possibilidade de planos de saúde imporem limites ou recusas a terapias multidisciplinares prescritas por profissionais de saúde a pacientes com transtornos do desenvolvimento.

O caso paradigma em questão envolve uma criança diagnosticada com TEA, com sintomas como seletividade alimentar, ausência de fala expressiva e dificuldades de contato ocular. O tratamento recomendado incluía psicologia comportamental (com preferência pelo método ABA), fonoterapia e terapia ocupacional. No entanto, a operadora de plano de saúde recusou parte da cobertura, sob o argumento de que não havia previsão expressa no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O Tribunal de Justiça de São Paulo deu provimento parcial ao recurso, limitando a cobertura a 18 sessões anuais, com coparticipação em sessões excedentes.

O autor interpôs recurso especial ao Superior Tribunal de Justiça sustentando que a limitação imposta pelo plano de saúde seria manifestamente abusiva, uma vez que restringiria o acesso a terapias essenciais para o desenvolvimento de criança diagnosticada com transtorno do espectro autista. Em sua argumentação, destacou que a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa nº 539/2022, havia eliminado qualquer limitação quanto ao número de sessões para terapias multidisciplinares indicadas a pacientes com transtornos globais do desenvolvimento, como o TEA, reforçando a obrigatoriedade de cobertura integral e contínua desses tratamentos pelas operadoras de planos de saúde.

O acórdão de afetação do Tema n.º 1.295 destaca que ambas as turmas da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça mantêm entendimento pacífico quanto à obrigatoriedade de cobertura integral das terapias prescritas a usuários diagnosticados com transtorno do espectro autista. Ressalte-se, inclusive, que a matéria foi objeto de apreciação pela própria Segunda Seção, na ocasião do julgamento dos Embargos de Divergência no Recurso Especial n.º 1.889.704/SP, que definiu o posicionamento daquela Corte Superior com relação à taxatividade do rol da ANS.

Sabe-se que grande parte das demandas judiciais relativas à cobertura de tratamentos multidisciplinares envolvem discussões referentes à natureza do rol de eventos e procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Isso porque, como visto no capítulo anterior, uma vez reconhecida a taxatividade do rol, as operadoras de saúde não estariam obrigadas a fornecer cobertura a tratamentos que não estejam expressamente previstos na referida listagem. Por outro lado, se considerada a natureza exemplificativa da listagem, adotaria-se o entendimento de que o rol da ANS constitui apenas uma referência básica de cobertura, não excluindo a obrigação de fornecimento de tratamentos diversos daqueles expressamente elencados pela agência reguladora.

As diversas alterações jurisprudenciais, legislativas e regulatórias, relativas à cobertura assistencial de tratamentos multidisciplinares, influenciaram diretamente na evolução do posicionamento adotado pelo Superior Tribunal de Justiça, ao analisar demandas desta natureza. À guisa de exemplo, foram selecionados 5 (cinco) decisões recentes proferidas pelos membros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, sendo todas elas de relatorias distintas e posteriores ao advento da RN 539/22, a fim de avaliar quais os fundamentos atualmente adotados pelos julgadores, para deferir ou indeferir os pedidos de cobertura assistencial de tratamentos multidisciplinares para pacientes com TEA.

Assim, foram selecionados os seguintes recursos: AgInt no Agravo em Recurso Especial nº 2489290/SP, de relatoria do Ministro Humberto Martins; AgInt nos Edcl no Recurso Especial nº 1934385/SP, do Ministro Moura Ribeiro; AgInt no Agravo em Recurso Especial nº 2623971/SP, de relatoria da Ministra Nancy Andrichi; AgInt no Agravo Em Recurso Especial nº 2560764/SP, de relatoria do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, e AgInt no Recurso Especial nº 2127169/RS de relatoria do Ministro Marco Aurélio Belizze.

É possível verificar que todas as decisões selecionadas para análise, mesmo sendo de relatorias distintas, ainda adotam como fundamento a decisão de relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão, proferida nos autos do EREsp n. 1.889.704/SP, que se refere ao julgamento do Superior Tribunal de Justiça sobre o rol da ANS. Isso porque, naquela ocasião, ao analisar o caso concreto, o relator reconheceu que, embora considerada a taxatividade mitigada do rol, deveria ser mantido o dever de cobertura do tratamento multidisciplinar prescrito ao autor daquela demanda.

O caso analisado nos Embargos de Divergência em Recurso Especial n. 1.889.704/SP possuía como pedido mediato a cobertura integral de tratamento multidisciplinar pelo método ABA (Applied Behavior Analysis), sem limitação de número de sessões, para paciente diagnosticado com transtorno do espectro autista. No entanto, tal tratamento não estaria expressamente previsto no rol da ANS, atraindo, portanto, a observância dos critérios jurisprudenciais fixados naquele julgamento, para flexibilização do rol.

Durante o julgamento do referido recurso, no entanto, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça reconheceu a perda parcial do objeto recursal, por força do advento da Resolução Normativa nº 469/21, que alterou o rol da ANS para revogar as diretrizes de utilização que impunham limites de sessões de psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, exclusivamente para pacientes com TEA. Assim, foi reconhecido, por maioria de votos, que, a partir da referida resolução, passou a ser evidentemente abusiva a limitação do número de sessões de tais especialidades pela operadora de saúde.

Ainda, com relação à metodologia prescrita pelo médico assistente, verifica-se que o voto-vista proferido pelo Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva foi acolhido pelos demais membros da Segunda Seção, para reconhecer que a metodologia ABA (*Applied Behavior Analysis*) já teria sido mencionada pelo CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde) como uma alternativa não farmacológica para tratamento de determinados graus de autismo, em seu Relatório de Recomendação para a

revisão e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Comportamento Agressivo no TEA, emitido em novembro de 2021.

Interessante mencionar, nesse aspecto, que a proposta apresentada pelo CONITEC, reforça a ideia de que a escolha do método terapêutico a ser utilizado no tratamento, não medicamentoso, da pessoa com TEA “deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios do tratamento, bem como favorecendo a implicação e a corresponsabilidade pelo cuidado” (CONITEC, 2021, p. 16). Este posicionamento, desde o ano de 2021, já favorecia a autonomia do médico assistente na escolha do método terapêutico mais adequado a cada paciente, o que, posteriormente, foi confirmado pela RN 539/22.

O voto-vista proferido pelo Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva ressaltou, ainda, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar já teria reconhecido que as psicoterapias pela metodologia ABA estão contempladas nas sessões de psicoterapias em geral, que encontram previsão no rol da saúde suplementar, e, portanto, seriam de cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

Por tais fundamentos, a turma colegiada negou provimento aos embargos de divergência, mantendo o entendimento de que, embora fixada a tese quanto à taxatividade mitigada do rol de procedimentos e eventos obrigatórios em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, deve ser considerada abusiva a recusa de cobertura de sessões de terapias especializadas prescritas para o tratamento de pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista.

Isso tudo para demonstrar que, mesmo diante das alterações trazidas pela Lei 14.454/22, os fundamentos adotados pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento dos Embargos de Divergência supramencionados, ainda são constantemente adotados pelos membros da Terceira Turma como razões para reconhecer a abusividade da negativa de cobertura de tratamentos multidisciplinares pelas operadoras de saúde, ficando claro o posicionamento daquela Corte com relação à obrigatoriedade de fornecimento de número ilimitado de sessões nas especialidades de psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia, em respeito à RN 469/21.

Dentre os julgados selecionados para a elaboração do presente capítulo, é possível identificar, ainda, que todos os membros da terceira turma do Superior Tribunal de Justiça, ao analisar demandas relativas à cobertura de tratamentos multidisciplinares para pacientes com

TEA, mencionam, ainda que indiretamente, a Resolução Normativa n. 539/22 como fundamento para reconhecer a obrigatoriedade da cobertura dessas terapias pelas operadoras de plano de saúde.

Nos autos do Agravo Interno no Recurso Especial n. 2127169/RS, por exemplo, é possível verificar que o Ministro Marco Aurélio Belizze reconheceu que a Resolução Normativa 539/2022 alterou as diretrizes da RN 465/21, impondo às operadoras de saúde a obrigação de oferecer atendimento por profissional apto a executar a terapia específica prescrita pelo médico assistente, o que, na visão do relator, indica que “a terapia multidisciplinar está abarcada pelo rol da ANS, cabendo ao médico assistente indicar o método adequado” ao seu paciente.

A Ministra Nancy Andrichi, nos autos do Agint no Agravo em Recurso Especial nº 2623971/SP, já se posicionou no sentido de que a Resolução Normativa n. 539 da ANS teria provocado mudanças significativas no cenário da saúde suplementar, o que, inclusive, teria sido objeto de nota pelo Ministério da Saúde, que divulgou que a Agência Nacional de Saúde Suplementar teria ampliado a cobertura para tratamento de transtornos globais de desenvolvimento, tornando obrigatória a cobertura de todo e qualquer método ou técnica prescrita pelo médico assistente, para o tratamento do agravo do paciente.

Assim, pode-se verificar que as inovações (jurisprudenciais, legislativas e regulatórias) no âmbito da saúde suplementar, sobretudo no tocante à cobertura do tratamento do transtorno do espectro autista, foram rapidamente incorporadas pelos membros do Superior Tribunal de Justiça, que, aparentemente, têm apresentado postura pacífica e uniforme com relação à obrigatoriedade de custeio das terapias multidisciplinares pelas operadoras de saúde, em número ilimitado de sessões, independentemente do método ou técnica prescrito pelo médico assistente.

Para os fins da presente pesquisa, portanto, é possível afirmar que o entendimento majoritariamente adotado pelo Superior Tribunal de Justiça, atualmente, é no sentido de reconhecer a abusividade da limitação, pelas operadoras de planos de saúde, do número de sessões de terapias prescritas a pacientes com transtorno do espectro autista. Contudo, em razão da elevada litigiosidade envolvendo a matéria e das persistentes divergências nos tribunais de origem, a afetação do Tema n.º 1.295 revela a necessidade de eventual reavaliação do entendimento firmado, o que poderá resultar em modulação ou alteração da jurisprudência atualmente vigente.

1.4. Aspectos essenciais das coberturas assistenciais nos contratos de plano privado de assistência à saúde e seguro saúde

Segundo a Constituição Federal brasileira, a saúde é um direito de todos, sendo dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário a esses serviços, mediante adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (art. 196 da CF/88). Embora trata-se de um serviço de relevância pública, a própria Constituição Federal estabeleceu que os serviços de assistência à saúde podem ser prestados pela iniciativa privada (art. 197 e 199 da CF/88), daí o surgimento do setor de saúde suplementar.

Os contratos de seguro ou plano de saúde, em geral, são regulados pela Lei 9.656/98, que estatui que a assistência à saúde deve compreender todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os limites legais e contratuais (art. 35-F da Lei 9.656/98). Antes da edição da referida Lei, eram aplicáveis as regras previstas pelo Código Civil e, a partir de 1990, passaram a vigorar também aquelas estabelecidas pelo Código de Defesa do Consumidor, especialmente no tocante aos princípios norteadores das relações consumeristas (boa-fé objetiva, informação, equidade, entre outros).

Segundo Esmeraldi e Lopes (2015), embora inovadora e necessária, a chamada Lei dos Planos de Saúde (9.656/98) ainda apresenta diversas lacunas a serem superadas, mesmo já tendo sofrido alterações por meio de 44 (quarenta e quatro) medidas provisórias desde a sua edição. Essas lacunas legislativas, somadas às diversas alterações sofridas ao longo dos autos, seriam responsáveis pelo aumento substancial de ações na área de saúde suplementar, compelindo o poder judiciário “a exercer verdadeira missão assistencial de socorro público em favor de pessoas em situações emergenciais de saúde” (Esmeraldi e Lopes, 2015, p. 14).

É importante compreender que os serviços de assistência à saúde envolvem não apenas consultas e eventuais internações hospitalares, mas também a disponibilização de “profissionais das áreas médica, paramédica e afins e respectivos quadros profissionais de apoio, instalações, clínicas ambulatoriais e hospitalares, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, instrumentos e equipamentos específicos, insumos e medicamentos, além de serviços de hotelaria nos casos de internações hospitalares”(Esmeraldi e Lopes, 2015, p.19), tratando-se de uma atividade extremamente complexa e dispendiosa.

Em essência, os contratos de assistência à saúde possuem natureza aleatória, uma vez que as mensalidades são devidas independentemente da utilização dos serviços de saúde disponibilizados, o que se justifica pela organização de um fundo financeiro comum, para o

qual contribuem todos os beneficiários, tornando viável a manutenção das despesas assistenciais de toda a cadeia de beneficiários. Contudo, existem algumas distinções importantes entre os planos privados de assistência à saúde e os seguros-saúde, que influem diretamente nos direitos do consumidor que contrata serviços dessa natureza.

Segundo Scaff (2010), a principal distinção entre um plano de saúde e um seguro-saúde estaria relacionada à rede assistencial. Isso porque, em um plano de saúde, a operadora de saúde se compromete a prestar todos os serviços assistenciais de saúde previstos em contrato, por meio de profissionais, estabelecimentos e recursos hospitalares e laboratoriais próprios ou credenciados. Já o seguro saúde, segundo Marques (2019), enquadraria-se genericamente à definição de contrato de seguro prevista pelo art. 757 do Código Civil, destinando-se a cobrir os riscos de saúde dos segurados, arcando com o pagamento de despesas médicas do consumidor e seus dependentes, por meio de reembolso, quando se fizer necessário.

Essas distinções são fundamentais para delimitar o direito dos beneficiários dentro desta relação jurídica, já que, em um plano de saúde, os usuários estão restritos à rede credenciada disponibilizada pela operadora, não podendo, em regra, exigir cobertura de procedimentos realizados fora da rede conveniada, senão por meio do sistema de reembolso, quando houver cláusula contratual neste sentido, ou nos demais casos expressamente previstos em lei, conforme será abordado nos próximos capítulos.

Os contratos de plano de saúde ou seguro saúde se submetem, ainda, às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que detém os poderes de regulação e fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus contratos, cabendo a ela criar mecanismos que assegurem a devida aplicação da Lei 9.656/98 e que, eventualmente, reprimam a violação de suas diretrizes. Assim, embora a iniciativa privada esteja autorizada a prestar serviços de saúde, sua atuação deve atender aos parâmetros fixados pela legislação específica, bem como aos marcos regulatórios estabelecidos pela Agência reguladora.

Um dos principais parâmetros a ser observado nos contratos de plano de saúde diz respeito ao plano-referência, que representa o objeto mínimo de qualquer contrato assistencial de saúde celebrado em regime de pré-pagamento. Segundo o §12 do art. 10 da Lei 9.656/98, a referência básica de planos de saúde é definida pelo rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, editado e constantemente atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conhecido como “rol da ANS”.

2. REDE ASSISTENCIAL

Os tratamentos prescritos aos pacientes com transtorno do espectro autista, via de regra, envolvem uma abordagem terapêutica multidisciplinar, composta por diversas modalidades voltadas ao estímulo de diferentes áreas do desenvolvimento neurológico. Essa complexidade terapêutica decorre das particularidades do transtorno, que exige intervenções simultâneas nas esferas cognitiva, motora, comportamental, sensorial e da linguagem. Por essa razão, é comum que os planos terapêuticos incluam atendimentos com profissionais de áreas distintas, como psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicopedagogia e fisioterapia, muitas vezes com uma carga horária elevada e periodicidade semanal.

Dada essa exigência intensiva de cuidados, é recorrente que os responsáveis legais dos beneficiários com TEA busquem por estabelecimentos que concentrem, em um único local, todas as especialidades prescritas. Essa centralização dos serviços não apenas facilita a logística familiar, como também se mostra essencial diante das dificuldades comportamentais comumente apresentadas por pacientes com TEA, para os quais a previsibilidade, a rotina e a estabilidade de ambiente são fatores determinantes para o sucesso terapêutico. O deslocamento frequente entre diferentes unidades ou prestadores, por sua vez, pode representar um fator de estresse e desorganização emocional, comprometendo o andamento do tratamento.

É nesse contexto que se inserem os litígios judiciais envolvendo planos de saúde, sobretudo nos casos em que os beneficiários, diante da ausência de prestadores credenciados aptos a ofertar o tratamento de forma integral, buscam a autorização para a realização das terapias fora da rede assistencial. As demandas judiciais surgem, em geral, diante de três situações recorrentes: (i) inexistência de estabelecimentos credenciados no município de demanda ou em região próxima à residência do beneficiário; (ii) incapacidade técnica dos profissionais credenciados para ofertar métodos terapêuticos específicos; e (iii) indisponibilidade de agenda ou de horários compatíveis com a necessidade do tratamento intensivo.

À vista dessa realidade, o presente capítulo tem por objetivo examinar as hipóteses em que o Superior Tribunal de Justiça tem admitido o custeio de tratamentos multidisciplinares fora da rede assistencial da operadora de saúde, identificando os fundamentos jurídicos mais frequentemente invocados pelas decisões judiciais. A análise busca compreender os limites da atuação das operadoras, os deveres de cobertura e os critérios de excepcionalidade que justificam o custeio de terapias fora da rede referenciada em prol do atendimento integral das necessidades terapêuticas dos beneficiários com TEA.

2.1. Aptidão técnica e disponibilidade de prestadores da rede assistencial

A Resolução Normativa nº 566/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regula a garantia de atendimento aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. O artigo 2º da referida resolução estabelece que as operadoras devem assegurar a cobertura de procedimentos obrigatórios listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, no município onde houver demanda do beneficiário, desde que tal localidade esteja compreendida na área de abrangência geográfica do plano contratado. Essa norma tem como objetivo garantir a efetividade do direito à saúde suplementar, nos termos da legislação vigente, impondo às operadoras a obrigação de estruturar redes assistenciais compatíveis com as coberturas contratuais ofertadas aos seus consumidores.

Conforme explorado no capítulo anterior, com a entrada em vigor da Resolução Normativa nº 539/2022, os tratamentos multiprofissionais (ou multidisciplinares) passaram a ser incorporados ao rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar de forma genérica, isto é, sem vinculação a determinadas especialidades terapêuticas, ficando a cargo do médico assistente a escolha do método ou técnica mais adequados a cada paciente. Essa normativa conferiu maior flexibilidade e amplitude à cobertura assistencial dos tratamentos prescritos aos beneficiários diagnosticados com transtornos globais de desenvolvimento.

Dessa forma, em uma interpretação regulatória conjunta, é possível compreender que, em regra, as operadoras de planos de saúde estão obrigadas a indicar prestadores credenciados aptos a oferecer o tratamento multidisciplinar prescrito pelo médico assistente e na localidade demandada pelo beneficiário, desde que esse município esteja incluído na área de abrangência geográfica do contrato. Logo, a indicação de prestadores credenciados deveria garantir não apenas a disponibilidade do serviço, no local de demanda, mas também a adequação a abordagem terapêutica prescrita pelo médico assistente.

Frequentes são as demandas judiciais, no entanto, ajuizadas por beneficiários de plano de saúde, sob o fundamento de que os prestadores indicados pela operadora não dispõem de janela de atendimento suficiente para cumprir com a carga horária do tratamento prescrito ou fornecer a integralidade das modalidades terapêuticas indicadas pelo médico assistente. Este cenário, naturalmente, leva à discussão acerca da legitimidade dos pedidos de custeio integral de tratamentos em clínicas particulares por parte das operadoras de saúde.

Uma solução regulatória preliminar para a hipótese pode ser extraída a partir do artigo 4º da Resolução Normativa 566/2022, que prevê algumas exceções à regra de cobertura

assistencial por prestadores integrantes da rede credenciada. Segundo o referido artigo, em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador credenciado, no município de demanda, cabe à operadora de saúde garantir o atendimento pleiteado em prestadores particulares, situados no local de demanda, ou em prestadores credenciados situados em municípios limítrofes.

Vale dizer, que, segundo os incisos VI e VII da RN 566/2022, entende-se por “indisponibilidade” a hipótese em que, no município da demanda, existe prestador na rede assistencial da operadora de planos de saúde que ofereça o serviço ou procedimento demandado, mas este prestador não se encontra disponível para atendimento; enquanto o termo de “inexistência” seria utilizado para definir os casos em que não há qualquer prestador habilitado na rede assistencial da operadora no município de demanda, apto a realizar o procedimento prescrito.

Em ambos os casos, a operadora deverá oferecer alternativas viáveis ao beneficiário, seja por meio da autorização de atendimento fora da rede credenciada ou por prestadores credenciados situados em municípios limítrofes. Ocorre que o modelo de tratamento multidisciplinar usualmente prescrito aos pacientes diagnosticados com TEA envolve terapias diárias, com carga horária significativa e por tempo indeterminado. Evidentemente, a indicação de um prestador de serviço em município limítrofe, para fins de realização de uma consulta médica esporádica, não traria prejuízo a certos beneficiários. No entanto, se considerada a periodicidade das terapias realizadas pelos pacientes com TEA, bem como as dificuldades comportamentais inerentes à condição neurológica destes, parece claro que a inexistência de prestadores credenciados, no município demandado pelo beneficiário, pode inviabilizar a realização do tratamento prescrito.

Assim, tem-se que a interpretação conjunta das RN 566/2022 e RN 539/2022, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conduz à conclusão de que a prioridade deve ser sempre a garantia de atendimento dos beneficiários dentro da rede credenciada da operadora de saúde, sendo o custeio de atendimentos em prestadores não credenciados uma medida excepcional, condicionada à comprovação das hipóteses legais de inexistência ou indisponibilidade dos prestadores de serviço.

Conforme se demonstrará nos próximos subcapítulos, em consulta ao banco de jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, é possível notar que o entendimento adotado por aquela Corte é unânime ao reconhecer a obrigação da operadora de saúde de arcar com os custos dos tratamentos multidisciplinares realizados pelos beneficiários fora da rede credenciada, quando comprovada a impossibilidade de utilização da rede credenciada, em razão

de indisponibilidade ou inexistência de prestadores de serviço. No entanto, paira certa divergência com relação aos limites do reembolso devido em casos excepcionais como estes.

Outra questão frequentemente enfrentada pelo Superior Tribunal de Justiça diz respeito à legitimidade ou não dos pedidos de reembolso integral pleiteados em razão de inaptidão técnica dos profissionais credenciados eventualmente indicados pela operadora de saúde. Isso porque, atualmente, diversas são as abordagens terapêuticas disponíveis para tratamentos de pacientes diagnosticados com transtornos globais de desenvolvimento (ABA, DENVER, BOBATH, SCERTS, MIG, entre outros), o que faz com que as operadoras de saúde tenham dificuldade de ofertar todas as possibilidades terapêuticas dentro de sua rede credenciada. Daí as discussões a respeito da obrigatoriedade ou não de cobertura assistencial dos mais variados métodos terapêuticos eventualmente prescritos pelos médicos assistentes, sobretudo quando houver demonstração de que a rede credenciada possui capacidade técnica para prestar o tratamento multidisciplinar prescrito, mediante abordagens alternativas.

Neste contexto, vale mencionar que o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, recentemente, revogou entendimento firmado pela súmula nº 102 daquela Corte, que declarava como abusiva toda negativa assistencial apresentada pela operadora de saúde, que tivesse por fundamento o caráter experimental do tratamento prescrito pelo médico assistente. A decisão tomada pelo Órgão Especial sugere um alinhamento do tribunal bandeirante às alterações decorrentes dos parâmetros fixados pela Lei nº 14.454/22 e posteriormente pela ADI nº 7265 do Supremo Tribunal Federal, que, de certa forma, enfraquecem a ideia de inquestionabilidade dos laudos médicos, em busca de um equilíbrio na relação contratual existente entre usuário e operadora de saúde.

Por outro lado, segue em vigor a Resolução Normativa nº 539/22, que atribui peso significativo às prescrições médicas, sobretudo no tocante ao método específico do tratamento multidisciplinar indicado aos pacientes com TEA. Assim, de rigor a análise do entendimento jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça, a fim de analisar qual a postura majoritariamente adotada por aquela Corte com relação à exigência de qualificações específicas por parte dos prestadores credenciados e os limites do direito de reembolso de despesas médicas em caso de impossibilidade de utilização da rede referenciada da operadora de saúde.

2.1.1. Indicação e exigência de prestadores com habilitação e qualificações específicas

O presente tópico tem por objetivo analisar se o Superior Tribunal de Justiça (STJ) reconhece a possibilidade de se exigir das operadoras de planos de saúde a indicação de

prestadores credenciados que possuam habilitação e qualificações específicas para a realização do método terapêutico prescrito a pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista (TEA). A investigação deste tema mostra-se relevante na medida em que tal exigência tem sido frequentemente invocada como fundamento jurídico em ações judiciais que pleiteiam o custeio de terapias fora da rede credenciada, conforme demonstram os julgados que serão explorados a seguir.

A discussão relativa a custeio de tratamentos fora da rede credenciada, no entanto, será aprofundada no capítulo seguinte, dedicado à análise da jurisprudência da Corte Superior acerca dos limites de reembolso de despesas médicas havidas com tratamentos multidisciplinares realizados por profissionais não integrantes da rede conveniada. Para os fins do presente tópico, portanto, busca-se apenas mapear o entendimento do Tribunal Superior a respeito do direito dos beneficiários de exigirem prestadores credenciados com habilitação e qualificações específicas para aplicar determinado método terapêutico prescrito pelos médicos assistentes.

Para alcançar este objetivo foi realizada uma pesquisa ao banco de jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, disponível no site oficial daquela Corte, utilizando-se os seguintes critérios de busca: "transtorno do espectro autista" AND "método" AND "rede credenciada". A pesquisa, realizada em outubro de 2025, resultou em 12 (doze) acórdãos, dos quais 10 (dez) foram selecionados para análise. Como critério de seleção dos julgados, foram analisadas as ementas das decisões, sendo consideradas apenas aquelas que faziam menção expressa à discussão sobre a obrigatoriedade de as operadoras de saúde indicarem profissionais credenciados e devidamente habilitados para a aplicação do método terapêutico prescrito.

Dentre os 10 (dez) acórdãos selecionados, observou-se que, em 8 (oito) deles, o Superior Tribunal de Justiça reconheceu o dever das operadoras de planos de saúde de indicar prestadores credenciados devidamente habilitados para a execução do tratamento prescrito aos beneficiários, de acordo com as especificações constantes no laudo médico. Conforme entendimento da Corte, a edição de normas regulamentares e determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) teria tornado obrigatória a cobertura de qualquer método ou técnica indicada pelo médico assistente, com número ilimitado de sessões com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, voltadas ao tratamento ou manejo do transtorno do espectro autista (AgInt no AREsp n. 2.342.168/RJ, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 21/8/2023, DJe de 23/8/2023).

Em um destes precedentes, de relatoria do Ministro Humberto Martins, ficou consignado que, com a edição da Resolução Normativa nº 539 de 2022 da Agência Nacional

de Saúde Suplementar, os profissionais de saúde passaram a dispor de autonomia para indicar o método ou a técnica terapêutica mais adequada aos seus pacientes. Assim, a omissão da operadora na indicação de profissionais credenciados aptos à execução do tratamento recomendado serviria, inclusive, de fundamento para o deferimento de pedido de reembolso integral de despesas médicas havidas fora da rede conveniada (AgInt no REsp n. 1.969.846/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 18/9/2023, DJe de 20/9/2023).

Ainda, em julgado mais recente, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, sob a relatoria do Ministro Moura Ribeiro, determinou a manutenção da ordem de reembolso integral das despesas médicas efetuadas pelo autor em clínica particular, em razão da omissão da operadora de saúde em indicar prestadores credenciados aptos a realizar o atendimento prescrito ao usuário. Na ocasião do referido julgamento, a Corte pontou que a possibilidade de reversão da ordem de reembolso integral estaria expressamente condicionada à comprovação, por parte da operadora de saúde, da existência de profissional credenciado habilitado para a realizar o tratamento prescrito pelo médico assistente, inclusive no que tange à carga horária recomendada (AREsp n. 2.852.660/SE, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 31/3/2025, DJEN de 3/4/2025).

Nesta amostragem, identificaram-se apenas dois acórdãos que se distanciam do entendimento dominante anteriormente citado, sendo ambos proferidos sob a relatoria da Ministra Maria Isabel Gallotti, integrante da Quarta Turma. Tais julgados adotam uma interpretação mais restritiva quanto à obrigação das operadoras de planos de saúde de disponibilizarem profissionais credenciados com formação específica em métodos terapêuticos como o ABA (Análise do Comportamento Aplicada), comumente utilizado no tratamento de pacientes com transtorno do espectro autista.

No julgamento dos Embargos de Declaração no Agravo Interno no Recurso Especial n.º 1.875.980/SP, a ministra relatora ressaltou que, conforme o Parecer Técnico n.º 39/2021 da ANS e a Resolução Normativa n.º 469/2021, as operadoras de planos de saúde teriam a obrigação de garantir atendimento com profissional habilitado, mas essa obrigação estaria limitada a certos critérios. Segundo seu entendimento, o profissional indicado pela operadora deve estar legalmente capacitado para tratar a doença do paciente e apto a realizar o procedimento terapêutico prescrito, de acordo com as competências definidas pelos conselhos profissionais da área, como o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) ou o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa).

No entanto, as decisões proferidas pela Ministra Isabel Gallotti são firmes no posicionamento de que não há qualquer dever jurídico de garantir, dentro da rede credenciada, profissional especializado em uma técnica terapêutica específica, como o método ABA. Conforme exposto em seu voto, o custeio de métodos terapêuticos específicos somente seria exigível nas hipóteses em que o contrato celebrado entre as partes preveja cláusula de livre escolha de prestadores, ou, alternativamente, quando a operadora de saúde já disponha, em sua rede credenciada, de profissional habilitado na técnica indicada pelo médico assistente.

Os julgados de relatoria da Ministra Isabel Gallotti, entretanto, aparentam divergir do entendimento mais recente consolidado pela Corte Superior. Tal conclusão se extrai da análise da decisão proferida em abril de 2025, no âmbito do Recurso Especial n.º 2.125.696/SP, pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, a qual abordou a obrigatoriedade de cobertura, por operadora de plano de saúde, de tratamento multidisciplinar realizado pelo método *Bobath*. Embora o caso concreto envolvesse uma paciente diagnosticada com paralisia cerebral, e não com transtorno do espectro autista, o entendimento exarado naquele julgado reveste-se de especial relevância, considerando que a Segunda Seção congrega os ministros da Terceira e da Quarta Turmas do STJ, responsáveis por matérias de direito privado, o que confere maior peso à uniformização jurisprudencial.

O julgado, de relatoria da Ministra Nancy Andrichi, foi claro ao consignar que as alterações regulamentares promovidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar conduzem a duas premissas: “a primeira, de que as sessões com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas são ilimitadas para todos os beneficiários, independentemente da doença que os acomete” e, a segunda, no sentido de “que a operadora deverá garantir a realização do procedimento previsto no rol e indicado pelo profissional assistente, cabendo ao prestador executá-lo a escolha da técnica, método, terapia, abordagem ou manejo empregado” (REsp n. 2.125.696/SP, relatora Ministra Nancy Andrichi, Segunda Seção, julgado em 3/4/2025, DJEN de 23/4/2025).

Assim, conclui a relatora, que a ausência de previsão expressa de determinada técnica, método, terapia ou abordagem, no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar, não deve ser utilizada como fundamento para eximir a operadora de saúde de seu dever de cobertura assistencial.

É dizer, se a operadora tem a obrigação de cobrir consulta/avaliação com fisioterapeuta, deverá custear as sessões de fisioterapia indicadas pelo profissional assistente, independentemente da técnica, método, terapia, abordagem ou manejo que o fisioterapeuta venha a utilizar; se a operadora tem a obrigação de cobrir

consulta/avaliação com terapeuta ocupacional, deverá custear as sessões de terapia ocupacional indicadas pelo profissional assistente, independentemente da técnica, método, terapia, abordagem ou manejo que o terapeuta ocupacional venha a utilizar; e assim também com relação ao fonoaudiólogo e demais profissionais de saúde. (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp n. 2.125.696/SP, relatora Ministra Nancy Andrigli, Segunda Seção, julgado em 3 abr. 2025. DJe de 23 abr. 2025).

O posicionamento jurisprudencial mencionado conduz ao entendimento de que o foco da cobertura obrigatória não recai sobre o método terapêutico específico, mas sim sobre a especialidade profissional prevista no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a prescrição clínica devidamente fundamentada por profissional habilitado. O Superior Tribunal de Justiça, ao reconhecer que a técnica utilizada (seja *Bobath*, *Pediasuit*, ABA, Denver, ou outra) integra a autonomia técnica do profissional assistente, reforça a ideia de que a operadora não pode restringir o acesso ao tratamento com base em critérios meramente administrativos ou financeiros. Assim, a escolha do método a ser empregado deve ser guiada exclusivamente pela eficácia terapêutica e pela adequação clínica ao caso concreto, cabendo à operadora o dever de garantir a integralidade da cobertura assistencial pretendida pelo beneficiário.

Portanto, transportando o referido entendimento para os casos de cobertura de tratamento multidisciplinar prescritos a pacientes diagnosticados com TEA, pode-se afirmar que a jurisprudência majoritária do Superior Tribunal de Justiça se inclina ao entendimento de que é direito do beneficiário exigir que a operadora de saúde indique prestadores de serviço que possuam habilitação e qualificação específicas para realizar o método ou técnica eventualmente prescritos pelo médico assistente.

2.1.2. Reembolso custeio integral de despesas com prestadores não credenciados

Nos contratos de seguro saúde, os pedidos de reembolso geralmente se baseiam em cláusulas contratuais que garantem ao segurado o direito à livre escolha dos prestadores de serviços de saúde. Nessa modalidade, é facultado ao beneficiário optar por médicos, clínicas ou hospitais de sua preferência, ainda que não integrem a rede indicada pela seguradora. O segurado arca inicialmente com os custos da assistência prestada e, posteriormente, solicita o reembolso das despesas, conforme os critérios e limites estabelecidos na apólice contratada.

Cabe observar que a redação original do art. 1º, §1º, II, da Lei nº 9.656/1998 — posteriormente revogada — fazia expressa distinção entre os planos de saúde e os seguros saúde, atribuindo a estes últimos a característica de garantir cobertura por meio da livre escolha do prestador e do correspondente reembolso de despesas, sem exigência de vinculação à rede referenciada. Tal previsão reforçava a natureza indenizatória típica dos contratos de seguro, em contraste com a lógica assistencial predominante nos planos de saúde.

Por outro lado, essa dinâmica não se aplica, como regra geral, aos planos privados de assistência à saúde, cuja estrutura baseia-se na disponibilização de serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais dentro de uma rede credenciada, própria ou conveniada, mantida pela operadora. Nesses casos, o beneficiário paga uma contraprestação mensal para usufruir dos serviços oferecidos pela rede contratada. O reembolso de despesas, nesses contratos, não é regra, mas sim a exceção, estando, em geral, limitado às hipóteses de ausência ou indisponibilidade de prestadores de serviço na localidade ou dentro dos prazos regulamentares.

Tais exceções à regra da utilização exclusiva da rede credenciada nos planos de assistência à saúde encontram respaldo na Resolução Normativa n.º 566/2022 da ANS, que disciplina as hipóteses em que o reembolso é devido mesmo nos contratos sem cláusula expressa de livre escolha. De acordo com essa normativa, o reembolso se torna obrigatório em casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede credenciada, referenciada ou contratada na localidade do beneficiário, dentro dos prazos máximos de atendimento regulamentados. Nessas situações, é assegurado ao consumidor o direito de buscar atendimento fora da rede e ser ressarcido pelas despesas havidas.

Ao se realizar uma análise mais aprofundada dos casos judicializados, observa-se que os conceitos de indisponibilidade e inexistência de prestadores credenciados, definidos pela agência reguladora, têm sido interpretados de forma ampliada. Em vez de se limitarem à ausência total de clínicas credenciadas junto à operadora de saúde, esses conceitos têm sido utilizados para fundamentar pedidos de reembolso integral de despesas médicas nos casos em que os prestadores indicados, embora formalmente habilitados para tratamentos multidisciplinares, não detêm a aptidão técnica necessária para oferecer o método ou técnica específicos prescritos pelo médico assistente.

No entanto, à luz da conclusão apresentada no subcapítulo anterior, é possível sustentar que, quando a operadora de saúde tem o dever de garantir a cobertura do tratamento prescrito ao beneficiário – incluindo o respeito ao método ou técnica específicos indicados pelo médico ou terapeuta assistente –, a indicação de prestadores credenciados que não estejam tecnicamente habilitados para realizar o procedimento recomendado deve ser equiparada à inexistência de prestadores aptos. Isso porque a simples habilitação genérica para tratamentos multidisciplinares não supre a exigência da qualificação específica necessária para a execução do tratamento indicado.

Nessa perspectiva, a ausência de prestadores devidamente capacitados comprometeria a efetividade da cobertura contratual, configurando uma hipótese de inexecução parcial ou total

do contrato de plano de saúde. Tal entendimento, aliás, encontra respaldo na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, que tem reconhecido que a inexistência de prestadores credenciados aptos para o tratamento prescrito justifica o pedido de reembolso integral das despesas assumidas pelo beneficiário, por configurar falha na prestação do serviço contratado, como será analisado nos tópicos seguintes.

Para estruturar o presente capítulo, foi realizada pesquisa jurisprudencial, junto ao site do referido tribunal, a partir dos comandos “*TRANSTORNO AND DO AND ESPECTRO AND AUTISTA AND REEMBOLSO*”, resultando em 48 (quarenta e oito) acórdãos, em 20 de setembro de 2025. Destes julgados, foram prontamente descartados 7 (sete) acórdãos cuja data de publicação era anterior à entrada em vigor da Resolução Normativa nº 539/22 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, adotada como marco temporal para os fins da presente pesquisa.

A análise das ementas dos 41 (quarenta e um) acórdãos remanescentes revelou, de imediato, certa divergência jurisprudencial entre os julgados da Terceira e da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça quanto aos limites do reembolso contratual em casos de tratamentos multidisciplinares realizados por prestadores de serviços não pertencentes à rede credenciada. Verificou-se que, enquanto alguns acórdãos adotam posicionamento firme no sentido de que o reembolso deve ser integral, outros se inclinam à tese de que os valores reembolsáveis devem respeitar os limites previstos na tabela contratual estabelecida pela operadora de saúde.

Em termos quantitativos, foi identificado que 8 (oito) acórdãos adotaram a tese de que os reembolsos de despesas médicas realizadas por beneficiários, em decorrência da utilização de prestadores não credenciados, devem ser efetuados nos limites dos valores previstos na tabela contratual da operadora de saúde. Dentre esses acórdãos, ainda, verifica-se que 7 (sete) foram proferidos por ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, ao passo que apenas 1 (um) foi proferido por integrante da Terceira Turma da mesma Corte.

Cumpre salientar que todos os julgados analisados foram uníssomos quanto ao reconhecimento de que a inexistência ou a indisponibilidade de prestadores credenciados impõe à operadora de saúde o dever de reembolsar as despesas médicas suportadas pelo beneficiário, quando este recorre a prestadores não conveniados para a realização do tratamento necessário. A divergência jurisprudencial identificada recai exclusivamente sobre a extensão desse reembolso, ou seja, se ele deve ocorrer de forma integral ou se deve observar os limites previstos na tabela contratual da operadora.

Pode-se afirmar, ainda, que a amostra analisada revela que o entendimento favorável ao reembolso parcial das despesas médicas, nos casos de inexistência ou indisponibilidade de prestadores credenciados, configura posição minoritária no âmbito do Superior Tribunal de Justiça. Tal interpretação foi identificada em apenas 8 (oito) dos 41 (quarenta e um) acórdãos examinados, o que demonstra a prevalência do entendimento de que, nessas hipóteses, o reembolso integral é a medida mais compatível com a finalidade do contrato e com a proteção dos direitos do consumidor.

Observa-se que os acórdãos que adotam essa linha de entendimento fundamentam-se, em regra, na interpretação do art. 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/1998, o qual dispõe que os contratos de plano de saúde devem assegurar o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário, respeitados os limites das obrigações contratuais. Essa norma legal, por sua vez, é frequentemente invocada em conjunto com o entendimento consolidado pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do EAREsp 1.459.849/ES, ocorrido em 2021. Nesse precedente, os integrantes da Terceira e da Quarta Turmas do STJ firmaram posicionamento no sentido de que “o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento”.

Por ocasião do referido julgamento, também ficou reconhecido que, mesmo diante de casos de urgência ou emergência, os tratamentos realizados por beneficiários fora da rede credenciada da operadora de saúde, devem ser reembolsados de forma limitada, restringindo-se aos preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto. Daí o posicionamento adotado por membros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, que entendem que os reembolsos de terapias realizadas em clínicas particulares devem ser limitados aos valores praticados pela operadora de saúde e não de forma integral.

Cumprе destacar que o entendimento firmado no EAREsp n. 1.459.849/ES – frequentemente utilizado como fundamento para o indeferimento de pedidos de reembolso integral – foi proferido pelo Superior Tribunal de Justiça no ano de 2021, ou seja, em momento anterior à edição da Resolução Normativa nº 539/2022 e à promulgação da Lei nº 14.454/2022. Ocorre que essas inovações normativas introduziram mudanças significativas quanto à obrigatoriedade de cobertura assistencial para tratamentos multidisciplinares prescritos a pacientes diagnosticados com transtornos do espectro autista e outros transtornos globais do desenvolvimento, o que impacta substancialmente na interpretação atual da matéria.

Tanto é assim que, ao analisar os precedentes da Terceira Turma do Supremo Tribunal Federal, é possível encontrar fundamentação diametralmente oposta, e aparentemente majoritária, com relação à legitimidade dos pedidos de reembolso integral, em caso impossibilidade de utilização da rede credenciada da operadora de saúde, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestadores de serviço. Para os membros da Terceira Turma, as hipóteses de reembolso parcial, nos limites do contrato, distinguem-se cabalmente das situações em que a operadora de saúde descumpre decisões judiciais, viola atos normativos da agência reguladora ou, ainda, se omite com relação às obrigações contratualmente assumidas.

Distinguem-se, da hipótese tratada na orientação jurisprudencial sobre o reembolso nos limites do contrato, as situações em que se caracteriza a inexecução do contrato pela operadora, causadora de danos materiais ao beneficiário, a ensejar o direito ao reembolso integral das despesas realizadas por este, a saber: inobservância de prestação assumida no contrato, descumprimento de ordem judicial que determina a cobertura do tratamento ou violação de atos normativos da ANS. (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp n. 2.043.003/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 21 mar. 2023. DJe de 23 mar. 2023)

Este mesmo entendimento pode ser extraído dos votos de relatoria do Ministro Marco Aurélio Bellizze, que entende que, nos casos de omissão da operadora na indicação de prestador credenciado, apto a realizar o atendimento do beneficiário, “faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial” (AgInt no AREsp n. 2.617.643/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 11/11/2024, DJe de 25/11/2024.).

Sendo assim, embora verificada alguma divergência de posicionamento entre as turmas julgadoras, é certo afirmar que o Superior Tribunal de Justiça reconhece o dever da operadora de saúde de reembolsar as despesas médicas havidas em decorrência da realização de tratamentos multidisciplinares em clínicas particulares, em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestadores credenciados, repousando a divergência apenas com relação ao quantum devido, excepcionalmente, nestes casos.

Embora haja um número mais expressivo de julgados da Terceira Turma, reconhecendo a obrigação de reembolso integral de despesas médicas, em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestadores credenciados, é possível concluir que o Superior Tribunal de Justiça ainda tem enfrentado certa divergência com relação aos limites do reembolso devido, em caso de utilização de prestadores não pertencentes à rede credenciada.

2.2. Mudanças de prestador de serviço em razão de credenciamento.

Sabe-se que a relação entre operadoras de planos de saúde, prestadores credenciados e beneficiários é permeada por complexidades jurídicas que exigem equilíbrio entre interesses empresariais e direitos fundamentais à saúde. O artigo 17 da Lei 9.656/98, neste sentido, representa um dos pilares desta relação ao estabelecer as condições sob as quais a operadora de saúde está autorizada a promover a substituição dos prestadores de serviço integrantes da sua rede credenciada. No presente estudo, a questão ganha especial relevância, na medida em que alterações abruptas na rede credenciada, podem impactar diretamente a continuidade de tratamentos e a relação estabelecida entre pacientes e profissionais de saúde.

O *caput* do artigo 17 da Lei nº 9.656/1998 consagra o princípio da continuidade do atendimento assistencial, ao estabelecer que a inclusão de prestadores de serviços de saúde na rede credenciada representa um compromisso contratual com os consumidores quanto à sua manutenção durante toda a vigência do contrato. Todavia, o dispositivo legal também reconhece a possibilidade de substituição desses prestadores pela operadora de saúde, desde que observados cumulativamente dois requisitos: a indicação de outro prestador equivalente e a comunicação prévia aos consumidores, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Vale dizer que o conceito de “equivalência”, exigido pelo artigo 17 da Lei nº 9.656/1998 como condição para a substituição de prestadores na rede credenciada, não se restringe à simples existência de outro prestador disponível. Trata-se de um critério multidimensional que deve assegurar a preservação integral da qualidade e da acessibilidade dos serviços originalmente contratados. Assim, para que seja considerada lícita a substituição de prestadores credenciados, é essencial a demonstração de equivalência técnica, no tocante à capacidade do novo prestador em realizar os mesmos procedimentos com padrão de qualidade compatível; a equivalência de especialidades, referente à manutenção da mesma gama de profissionais e serviços anteriormente oferecidos; e, ainda, a equivalência de estrutura, que envolve a existência de recursos materiais, equipamentos e tecnologia compatíveis com os do prestador substituído.

Tal entendimento, aliás, pode ser extraído de diversos julgados do Superior Tribunal de Justiça, que reconhecem que, nas hipóteses de credenciamento de clínicas, hospitais ou profissionais autorizados, as operadoras de saúde são obrigadas a manter uma rede de estabelecimentos conveniados compatível com os serviços contratados e apta a oferecer tratamento equivalente àquele encontrado no estabelecimento de saúde que foi credenciado, conforme se extrai do REsp n. 1.119.044/SP de relatoria da Ministra Nancy Andrighi, da

Terceira Turma. Naquele julgado, aliás, consignou a ministra relatora que “o consumidor não é obrigado a tolerar a diminuição da qualidade dos serviços contratados e não deve ver frustrada sua legítima expectativa de poder contar, em caso de necessidade, com os serviços colocados à sua disposição no momento da celebração do contrato de assistência médica” (REsp n. 1.119.044/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 22/2/2011).

Um levantamento realizado a partir de consulta ao banco de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, a partir dos termos “transtorno do espectro autista” e “descredenciamento”, revelou que a controvérsia acerca dos limites da substituição de prestadores de serviços por operadoras de planos de saúde tem sido recorrentemente debatida em ações judiciais envolvendo beneficiários com TEA, que se encontram em tratamento multidisciplinar. Em termos quantitativos, foram identificados 27 (vinte e sete) acórdãos proferidos por aquele tribunal, apenas no mês de outubro de 2025, todos relacionados a demandas que questionavam a licitude do descredenciamento de clínicas credenciadas promovido pelas operadoras de saúde.

Necessário considerar que esta discussão, de fato, assume importância distinta nos casos que envolvem pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista, tendo em vista que, embora os critérios previstos no artigo 17 da Lei nº 9.656/1998 tenham como finalidade assegurar a continuidade e a qualidade do atendimento prestado aos beneficiários, sua aplicação uniforme a toda cadeia de usuários, muitas vezes, mostra-se insuficiente para proteger de forma efetiva os direitos e as necessidades específicas dos pacientes com TEA, cuja condição clínica exige abordagem individualizada e estabilidade das relações terapêuticas.

Conforme explorado nos primeiros capítulos deste estudo, o transtorno do espectro autista caracteriza-se, entre outros aspectos, por comportamentos estereotipados, rigidez em relação a mudanças e uma adesão excessiva a rotinas (Ataide, et. al., 2021). Uma das manifestações clínicas de maior relevância para a análise jurídica da substituição de prestadores de saúde, portanto, é a dificuldade acentuada de relacionamento interpessoal dos pacientes com TEA, especialmente durante processo terapêutico. Devido à condição neurológica destes beneficiários, a construção de um vínculo com os profissionais responsáveis pelas terapias (como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros), não representa mero fator de conforto ou preferência individual, mas sim um elemento terapêutico fundamental.

Um estudo realizado por profissionais especialistas em musicoterapia, por exemplo, demonstrou que os pacientes com transtorno do espectro autista, em geral, possuem especial apego com seus cuidadores, por vislumbrarem um porto-seguro nestas relações. A pesquisa

relata, inclusive, que um dos passos essenciais para o sucesso das terapias, seria justamente o processo de desapego com os familiares ou cuidadores e construção gradual de um vínculo de confiança com os terapeutas. Para isso, são realizadas diversas atividades para a inserção do paciente em um ambiente confortável, seguro e prazeroso para ele. Assim, afirmam os autores que “o sucesso e consistência destas intervenções estão intimamente atrelados ao estabelecimento do vínculo terapêutico terapeuta-paciente” (Gonçalves, et. al, 2022).

A literatura especializada demonstra que a construção de confiança com o terapeuta pode levar meses para ser efetivamente consolidada. Logo, a substituição abrupta de profissionais credenciados pela operadora de saúde, ainda que formalmente atendidos os critérios previstos pelo artigo 17, poderia causar prejuízos clínicos aos pacientes com TEA, como regressão no desenvolvimento, sofrimento psíquico, crises comportamentais e perda significativa dos ganhos terapêuticos já acumulados. Além disso, a adaptação a novos ambientes e pessoas, que é um desafio aos pacientes neuroatípicos, tende a ser agravada por mudanças inesperadas ou impostas com prazos muito reduzidos.

Tais discussões têm sido frequentemente levadas ao poder judiciário, que tem sido provocado a se manifestar sobre a obrigatoriedade de manutenção do custeio de tratamentos multidisciplinares de pacientes com TEA, junto ao prestador de serviço descredenciado, a fim de preservar os vínculos terapêuticos já firmados entre beneficiários e os profissionais terapeutas. Para identificar o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça sobre a matéria, portanto, foram realizadas pesquisas junto ao banco de jurisprudência daquela Corte.

A partir da pesquisa realizada com os termos “transtorno do espectro autista” e “descredenciamento”, não foi possível localizar qualquer julgado no Superior Tribunal de Justiça que tratasse especificamente da substituição de clínicas prestadoras de tratamento multidisciplinar para pacientes com TEA. Contudo, ao se alterar os critérios de busca para os termos “autismo” e “descredenciamento”, em consulta realizada no dia 20 de setembro de 2025, foi identificado um único acórdão pertinente à matéria, de relatoria do Ministro Moura Ribeiro, integrante da Terceira Turma daquela Corte Superior.

O AgInt no AREsp 2660463/RJ, encontrado a partir dos critérios supramencionados, trata de um agravo interno interposto por uma operadora de plano de saúde contra decisão monocrática de não conhecimento proferida no agravo em recurso especial, originário do Estado do Rio de Janeiro. A situação concreta que deu origem ao processo envolvia uma criança diagnosticada com transtorno do espectro autista, que estava recebendo tratamento multidisciplinar em estabelecimento credenciado pela operadora de plano de saúde. No entanto,

a operadora teria noticiado o credenciamento da clínica onde o menor era atendido, oferecendo disponibilidade de atendimento em outro estabelecimento apenas 2 (dois) meses depois. Durante esse período, o tratamento da criança teria ficado interrompido, em razão da omissão da operadora de saúde.

A sentença proferida em primeira instância, neste sentido, reconheceu que a operadora não comprovou ter enviado a notificação prévia aos consumidores conforme exigido pela legislação, nem realizou a substituição imediata do estabelecimento credenciado por outro com condições equivalentes de atendimento. Diante de tais irregularidades, o juízo de primeiro grau condenou a operadora por danos morais, decisão que foi mantida pelo Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. A operadora então recorreu ao Superior Tribunal de Justiça alegando violação dos artigos 186 e 927 do Código Civil, sustentando que não houve ato ilícito a justificar a condenação ou, alternativamente, que o valor indenizatório deveria ser reduzido.

Inicialmente, o recurso especial não foi conhecido em razão da aplicação da Súmula 7 do Superior Tribunal de Justiça, que impede o reexame de matéria fático-probatória por meio daquela via recursal. No entanto, o ministro relator reconsiderou sua decisão após a interposição de agravo interno pela operadora de saúde, passando a conhecer do agravo em recurso especial para, então, analisar o mérito da controvérsia.

Ressalte-se que, embora o recurso em questão tratasse, essencialmente, do pedido de afastamento da condenação por danos morais, a análise da pretensão recursal exigiu que o Superior Tribunal de Justiça se manifestasse sobre o alegado ato ilícito – qual seja, o credenciamento da clínica responsável pelo tratamento multidisciplinar de paciente com transtorno do espectro autista. Tal circunstância justifica a escolha do referido julgado como objeto da presente pesquisa.

Ao analisar o recurso, o Superior Tribunal de Justiça afirmou possuir entendimento consolidado com relação aos requisitos necessários para que uma operadora de plano de saúde realize o credenciamento de estabelecimentos de saúde de forma válida. Segundo a jurisprudência da Corte, fundamentada no artigo 17 e seus parágrafos 1º e 2º da Lei 9.656/98, a operadora deve obrigatoriamente proceder à substituição imediata da entidade credenciada por outra com condições equivalentes de atendimento, além de enviar comunicação prévia tanto aos consumidores quanto à Agência Nacional de Saúde Suplementar com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

No caso concreto analisado, o acórdão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro teria concluído pela ausência de preenchimento desses requisitos legais. O tribunal estadual verificou que não houve comprovação do envio da notificação prévia exigida, que a substituição não ocorreu de forma imediata e que houve um intervalo de mais de dois meses entre o descredenciamento e a disponibilização de um prestador alternativo, período durante o qual o tratamento do beneficiário ficou prejudicado. O ministro relator do Recurso Especial interposto pela operadora de saúde entendeu que a conclusão extraída do julgado da corte estadual estaria em perfeita consonância com a jurisprudência consolidada da Corte Superior, naquele caso concreto.

Para fundamentar sua decisão, o Ministro Relator citou precedentes importantes da própria Terceira Turma, especialmente julgados relatados pela Ministra Nancy Andrighi. No Recurso Especial 1.119.044/SP, julgado em 2011, ficou estabelecido que o descredenciamento sem observância dos requisitos legais configuraria prática abusiva e atentatória ao princípio da boa-fé objetiva que deve guiar todos os contratos. Outro precedente relevante mencionado foi o Recurso Especial 1.144.840/SP, também de relatoria da Ministra Nancy Andrighi, julgado em 2012, que tratava especificamente do dever de informação adequada ao consumidor. Nesse julgado, o Superior Tribunal de Justiça estabeleceu que a operadora somente cumpre o dever de informação se comunicar individualmente cada associado sobre o descredenciamento de médicos e hospitais.

Quanto à extensão dos danos morais, no entanto, o Ministro Relator consignou que rever o posicionamento adotado pelas instâncias ordinárias quanto ao valor da condenação demandaria o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, especialmente do contrato e das provas produzidas, o que seria vedado em recurso especial pelo óbice da Súmula 7 do STJ. Assim, ao final do julgamento, o Superior Tribunal de Justiça deu provimento ao agravo interno para conhecer do agravo em recurso especial, mas negou provimento ao recurso especial propriamente dito, mantendo integralmente a condenação imposta à operadora de saúde. A referida decisão foi unânime, tendo votado com o Ministro Relator Moura Ribeiro os Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Daniela Teixeira, que compõem a Terceira Turma daquela Corte.

Verifica-se que o referido julgado do Superior Tribunal de Justiça sugere que o descredenciamento de prestadores de serviço pela operadora de saúde é considerado lícito, mesmo quando houver beneficiários em realização de tratamento multidisciplinar contínuo junto ao prestador excluído, desde que atendidos os critérios legais previstos pelo art. 17 da Lei

nº 9.656/98. No caso concreto analisado, por exemplo, nota-se que a manutenção da indenização por danos morais se deu justamente em razão da demonstração de descumprimento dos critérios legais, uma vez que a operadora de saúde não teria promovido a imediata indicação de prestadores alternativos e equivalentes.

É bem verdade que o acórdão mencionado não trata, especificamente, das possíveis consequências do descumprimento dos critérios legais exigidos para credenciamento válido de prestadores de serviço, tais como eventual a obrigatoriedade de manutenção de custeio das terapias junto à entidade excluída ou quiçá o dever de reembolso integral das terapias, em clínicas particulares, até que haja a devida indicação de prestadores equivalentes àquele que fora credenciado.

No entanto, é possível afirmar que o referido julgado revela uma inclinação, ao menos por parte da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, no sentido de reconhecer a licitude do credenciamento de clínicas responsáveis por tratamentos multidisciplinares de pacientes com transtorno do espectro autista, desde que haja prévia comunicação ao consumidor e indicação de prestador substituto que assegure a equivalência no padrão de atendimento.

Vale dizer, que a existência de tal precedente, não se mostra suficiente para exaurir as questões controvertidas a respeito da alteração de prestadores credenciados, durante a realização de tratamentos multidisciplinares. Conforme explorado no início do presente capítulo, é robusta a literatura médica que trata da complexidade e essencialidade da criação de vínculos terapêuticos para o sucesso do tratamento de pacientes neuroatípicos.

O presente estudo adota o entendimento de que a escassez de julgados acerca desta matéria, no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, permite a construção futura de um entendimento jurisprudencial capaz de proteger as necessidades específicas destes pacientes, de maneira equilibrada. É bem possível que o prazo de 30 (trinta) dias, previstos pelo *caput* do art. 17 da Lei nº 9.656/98, não seja suficiente para garantir uma transição gradual e segura dos pacientes com transtorno do espectro autista a um novo prestador de serviço.

Assim, embora a operadora de saúde possa, legitimamente, alterar os prestadores integrantes de sua rede assistencial, parece justo reconhecer que este direito deve ser exercido de maneira a preservar os interesses dos beneficiários em tratamento multidisciplinar, seja mediante ampliação do prazo concedido para a transição de atendimento entre prestadores, seja através de apresentação de planos detalhados de transição terapêutica, para assegurar que estes

pacientes não sejam impactados de maneira tão severa, por decisões meramente administrativas.

2.3. Utilização de prestadores não credenciados em razão da distância e tempo de deslocamento até o local do atendimento.

O sistema de saúde suplementar brasileiro estabelece, como regra geral, que os tratamentos contratados pelos beneficiários devem ser realizados dentro da rede credenciada da operadora de plano de saúde. Essa diretriz decorre da própria natureza do contrato de plano de saúde, que prevê a prestação de serviços mediante a utilização de uma rede referenciada de profissionais, clínicas e hospitais previamente selecionados e cadastrados pela operadora. A disponibilização dessa rede credenciada constitui, inclusive, um dos principais elementos que fundamentam a escolha do consumidor no momento da contratação do plano, conforme reconhecido pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça.

Ocorre que, em determinadas situações, a rede credenciada pode não oferecer cobertura adequada e suficiente para determinadas especialidades ou procedimentos, especialmente em municípios de menor porte ou regiões com menor densidade de profissionais especializados. Para enfrentar essa realidade e garantir o acesso dos beneficiários aos tratamentos necessários, a Agência Nacional de Saúde Suplementar editou a Resolução Normativa 566, que estabelece diretrizes para a garantia de atendimento aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

A referida resolução normativa autoriza expressamente que, na inexistência de prestadores credenciados no município de residência do beneficiário, a operadora pode indicar profissionais e estabelecimentos localizados em municípios limítrofes. Essa previsão regulamentar busca equilibrar a obrigação da operadora de garantir o atendimento contratado com a realidade da distribuição geográfica dos serviços de saúde no território nacional, reconhecendo que nem sempre é possível ou economicamente viável manter uma rede completa de profissionais em todos os municípios cobertos pelo plano.

No entanto, quando se trata especificamente do tratamento do transtorno do espectro autista, essa solução prevista na normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar encontra limitações práticas importantes que precisam ser cuidadosamente consideradas. O TEA demanda uma abordagem terapêutica multidisciplinar intensiva, envolvendo profissionais de diversas áreas como psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, fisioterapeutas e médicos especializados. Além da multiplicidade de profissionais envolvidos,

o tratamento caracteriza-se pela necessidade de sessões frequentes, muitas vezes diárias ou em dias alternados, com carga horária elevada que pode alcançar várias horas semanais de terapias combinadas.

Essa particularidade do tratamento do autismo torna a questão do deslocamento um fator crítico que impacta diretamente a qualidade de vida do paciente e a própria eficácia terapêutica. Os pacientes com TEA frequentemente apresentam dificuldades comportamentais significativas, incluindo hipersensibilidade a estímulos sensoriais, dificuldades de adaptação a mudanças de rotina, baixa tolerância a ambientes com muitas pessoas, ansiedade em situações de espera e imprevisibilidade. Essas características podem se agravar consideravelmente quando o paciente é submetido a longos períodos de deslocamento para acessar os tratamentos, especialmente quando esse deslocamento envolve a utilização de transportes públicos com suas inerentes variações de horário, lotação, ruídos e demais estímulos potencialmente estressantes.

O trajeto prolongado até o local de atendimento pode gerar um estado de agitação, estresse ou esgotamento no paciente que compromete substancialmente o aproveitamento da sessão terapêutica. Uma criança ou adolescente com TEA que precisa enfrentar uma ou duas horas de deslocamento, muitas vezes em múltiplos modais de transporte, pode chegar ao consultório em estado de desregulação emocional que inviabiliza ou prejudica drasticamente o trabalho do profissional. Além disso, a necessidade de retornar para casa após a sessão, enfrentando novamente todo o trajeto, potencializa o desgaste físico e emocional tanto do paciente quanto de seus acompanhantes, geralmente os pais ou responsáveis que precisam conciliar essa rotina com suas demais atividades.

Considerando que o tratamento do TEA não é pontual, mas sim um acompanhamento contínuo que se estende por anos e exige frequência regular, a imposição de deslocamentos prolongados representa uma sobrecarga insustentável para as famílias. Diferentemente de uma consulta médica ocasional ou de um procedimento específico e isolado, que podem justificar um deslocamento excepcional a município limítrofe, as terapias para autismo demandam uma rotina estabelecida e previsível, que seja compatível com a manutenção da qualidade de vida e da saúde mental de todos os envolvidos.

Essa problemática tem gerado um número crescente de demandas judiciais em que beneficiários de planos de saúde pleiteiam o custeio de tratamentos em rede privada, com profissionais não credenciados pela operadora, sob o argumento de que a rede credenciada, embora formalmente existente, não oferece condições práticas adequadas de acesso em razão da distância e dos impactos do deslocamento sobre a saúde do paciente. Os autores dessas ações

sustentam que a indicação de prestadores em municípios distantes, ainda que formalmente em conformidade com a RN 566 da ANS, representa, no caso concreto do tratamento do transtorno do espectro autista, uma prestação inadequada do serviço contratado.

Cumpra observar que essa problemática não se restringe apenas aos casos de indicação de prestadores situados em municípios limítrofes. Mesmo dentro de grandes centros urbanos, como a capital de São Paulo, é possível que a indicação de prestadores localizados em região distinta daquela em que reside o beneficiário represente um tempo significativo de deslocamento diário. Sabe-se que em uma metrópole com as dimensões de São Paulo, por exemplo, o trajeto entre bairros de extremos opostos pode facilmente ultrapassar duas horas de deslocamento, considerando o trânsito intenso e as condições inerentes ao transporte público. Essa realidade torna a questão da distância e acessibilidade igualmente relevante, mesmo quando tecnicamente o prestador está localizado no município da demanda, mas em região que do beneficiário um deslocamento diário, prolongado e desgastante, que pode prejudicar a continuidade do tratamento prescrito.

O poder judiciário tem sido frequentemente chamado a se manifestar sobre essa matéria, analisando em cada caso concreto se a distância e o tempo de deslocamento impostos pela localização dos prestadores credenciados tornam inviável ou excessivamente oneroso o tratamento, a ponto de justificar a determinação de custeio de profissionais particulares escolhidos pela família. As decisões judiciais têm considerado não apenas a distância objetiva em quilômetros, mas também fatores como o tempo efetivo de deslocamento, a disponibilidade e qualidade do transporte público, a frequência necessária das sessões, a idade e as condições específicas do paciente, e os impactos psicológicos e comportamentais do deslocamento sobre a criança ou adolescente com TEA.

A 14ª edição do Anuário da Justiça São Paulo, *publicada pelo* Consultor Jurídico, confirma que as Câmaras de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo têm sido frequentemente provocadas a julgar recursos relacionados à indicação de prestadores credenciados situados em local próximo à residência dos beneficiários. A partir da análise de diversos julgados daquele tribunal, o relatório aponta que a maioria das Câmaras integrantes da Primeira Subseção de Direito Privado entende que as operadoras de planos de saúde têm o dever de indicar clínicas credenciadas aptas a prestar tratamento multidisciplinar em localidade próxima à residência de beneficiários diagnosticados com transtorno do espectro autista.

O estudo também revela que a jurisprudência majoritária considera razoável a indicação de prestadores situados em um raio de até 10 km da residência do beneficiário, ou que exijam,

no máximo, 30 (trinta) minutos de deslocamento diário. O relatório anual indica, contudo, que a 6ª Câmara de Direito Privado seria a única a adotar entendimento jurisprudencial divergente, por considerar que os tratamentos multidisciplinares devem ser realizados exclusivamente dentro da rede credenciada disponibilizada pela operadora, independentemente do tempo de deslocamento necessário para o acesso ao prestador indicado.

Diante desse cenário, foram realizadas consultas ao banco de jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, com o objetivo de verificar como a Corte tem se posicionado em relação a litígios dessa natureza. Utilizando os termos de busca “transtorno do espectro autista” AND “município”, na data de 20 de setembro de 2025, foram localizados quatro julgados pertinentes. Deste total, excluiu-se apenas um acórdão, por ter sido proferido anteriormente às alterações normativas que compõem o marco teórico do presente estudo. Assim, restaram três decisões analisadas, das quais duas foram proferidas pela Terceira Turma e uma pela Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça. Portanto, de rigor a análise dos três julgados selecionados, a fim de identificar o posicionamento daquela Corte Superior, a respeito dos pontos anteriormente citados.

O Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial nº 2.732.138/SP, de relatoria do Ministro Raul Araújo, foi o único julgado da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça encontrado a partir dos critérios de pesquisa supramencionados. O acórdão, publicado em agosto de 2025, envolvia um menor diagnosticado com transtorno do espectro autista, residente no município de Campinas/SP, que buscava a cobertura de tratamento multidisciplinar pela operadora de saúde. A questão central do litígio girava em torno da definição do local do tratamento a ser realizado e da eventual responsabilidade da operadora de saúde de custear as terapias em clínicas particulares caso não houvesse estabelecimentos credenciados adequados no município de residência do beneficiário.

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em sede de agravo de instrumento, manteve decisão de primeira instância que concedeu tutela provisória pleiteada à inicial, determinando que a operadora deveria custear o tratamento do menor em estabelecimento credenciado localizado no município de residência do beneficiário (Campinas/SP). O acórdão confirmou a decisão de primeira instância, reconhecendo que, a princípio, o atendimento pleiteado pelo beneficiário deveria ocorrer na rede credenciada da operadora, cabendo a ela indicar clínicas aptas a prestar o tratamento em questão. No entanto, caso não houvesse estabelecimentos credenciados com as características descritas no laudo médico, no município de residência do paciente, a operadora estaria obrigada a custear integralmente o tratamento,

em instituição não credenciada, no município onde o beneficiário reside, com fundamento no artigo 4º, *caput*, inciso I e parágrafo 1º da Resolução Normativa 566/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A operadora de saúde interpôs recurso especial ao Superior Tribunal de Justiça alegando violação ao artigo 300 do Código de Processo Civil, ao artigo 422 do Código Civil e ao artigo 12 da Lei 9.656/98, sustentando que não estariam preenchidos os requisitos legais necessários à concessão da tutela provisória e que sua obrigação se limitaria ao custeio de tratamentos prestados por sua rede credenciada. O recurso especial inicialmente não foi admitido no juízo de admissibilidade do Tribunal de origem, o que levou a operadora a interpor agravo em recurso especial. A Presidência do Superior Tribunal de Justiça também não conheceu deste agravo, levando a operadora a manejar agravo interno.

Neste último recurso, o Ministro Relator Raul Araújo reconsiderou a decisão da Presidência e passou a analisar o mérito do recurso especial interposto. Ao examinar a questão, o Superior Tribunal de Justiça afirmou possuir entendimento consolidado no sentido de que, em casos dessa natureza, é devido o reembolso integral das despesas pela operadora de plano de saúde quando houver impossibilidade de atendimento na rede credenciada no município de residência do beneficiário. O Tribunal fundamentou sua decisão citando expressamente precedente da Quarta Turma, o REsp 1.842.475/SP, relatado originalmente pelo Ministro Luis Felipe Salomão e para acórdão pelo Ministro Marco Buzzi, que estabeleceu o seguinte entendimento:

Seja em razão da primazia do atendimento no município pertencente à área geográfica de abrangência, ainda que por prestador não integrante da rede credenciada, seja em virtude da não indicação pela operadora de prestador junto ao qual tenha firmado acordo, bem como diante da impossibilidade de a parte autora se locomover a município limítrofe, afigura-se devido o reembolso integral das despesas realizadas, no prazo de 30 dias, contado da data da solicitação de reembolso, conforme previsão expressa do artigo 9º da RN nº 259/11 da ANS. (BRASIL, Superior Tribunal de Justiça. REsp nº 1.842.475/SP, relator Ministro Marco Buzzi, DJe 16/02/2023)

O Superior Tribunal de Justiça destacou, naquela ocasião, que o acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo estaria em perfeita conformidade com a jurisprudência consolidada da Corte Superior, aplicando a Súmula 83/STJ, que dispõe que não se conhece de recurso especial pela divergência quando a orientação do tribunal se firmou no mesmo sentido da decisão recorrida.

O segundo julgado localizado junto ao banco de jurisprudência da Corte Superior trata de uma Petição no Recurso Especial nº 2.064.850/SP, relatado pelo Ministro Moura Ribeiro e julgado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça. O caso concreto envolvia uma

criança diagnosticada com transtorno do espectro autista, residente no município de Peruíbe/SP, que necessitava de tratamento multidisciplinar pelo método ABA, inicialmente prescrito com carga horária de 10 horas semanais, o que demandaria comparecimento pelo menos três vezes por semana à clínica de tratamento. A operadora do plano de saúde teria autorizado o tratamento apenas em sua rede credenciada na cidade de Santos, localizada a aproximadamente 78 quilômetros da residência da paciente. A família da criança solicitou que o tratamento fosse realizado em Itanhaém, cidade situada a apenas 27 quilômetros de Peruíbe, argumentando que o deslocamento mais curto seria essencial para a eficácia do tratamento, considerando as características do transtorno autista e a necessidade de frequência elevada das sessões terapêuticas.

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, decidiu favoravelmente ao pleito da autora, determinando que a operadora deveria custear o tratamento em cidade próxima à residência da paciente. O acórdão do tribunal de origem destacou que, embora a operadora disponibilizasse transporte para acesso à clínica credenciada em Santos, a criança autista poderia passar mais de três horas na estrada por dia de tratamento, o que certamente comprometeria a eficácia terapêutica. O tribunal paulista enfatizou que, se o tratamento da doença está coberto pelo contrato, é razoável que seja realizado em cidade próxima à residência do paciente diante do possível comprometimento da eficácia do tratamento disponibilizado em cidade distante mais de 70 quilômetros. A Corte Estadual considerou que a negativa de cobertura do tratamento na cidade de Itanhaém restringia direito inerente à natureza do contrato, caracterizando abusividade nos termos do artigo 51, parágrafo 1º, inciso II, do Código de Defesa do Consumidor.

Insatisfeita com a decisão, a operadora de saúde interpôs recurso especial ao Superior Tribunal de Justiça alegando violação a diversos dispositivos legais, entre eles os artigos 1º, 8, 12 e 16 da Lei 9.656/98, artigo 1.022 do Código de Processo Civil, e artigos 86, 149, 156, 421, 422 e 464 do Código Civil. A operadora sustentou três teses principais: primeiro, que teria ocorrido cerceamento de defesa porque o julgamento antecipado do feito teria impedido a produção de provas, especialmente perícia médica que seria essencial para verificar a possibilidade de locomoção da paciente até Santos; segundo, que não haveria obrigatoriedade de fornecer tratamento no município da autora, pois a operadora dispunha de rede credenciada em cidade vizinha; e terceiro, subsidiariamente, que caso mantida a obrigação de custear tratamento fora da rede credenciada, o reembolso deveria ser limitado ao valor que seria pago na rede credenciada.

Inicialmente, o Ministro Relator havia proferido decisão monocrática determinando a suspensão do feito em razão da afetação da matéria para julgamento sob o rito dos recursos repetitivos no REsp 2.153.672/SP (Tema 1.295), que trata da limitação de sessões terapêuticas para pacientes com TEA. Contudo, a operadora protocolou petição demonstrando que a controvérsia debatida no seu recurso não guardava identidade com a matéria afetada, pois não discutia limitação de sessões, mas sim o reembolso de tratamento realizado fora da rede credenciada. O ministro relator então recebeu a petição como agravo interno, reconsiderou sua decisão anterior e passou à análise do mérito do recurso especial.

Quanto à alegação de cerceamento de defesa, o Superior Tribunal de Justiça houve por bem não conhecer deste ponto do recurso por aplicação da Súmula 284 do Supremo Tribunal Federal, que trata da fundamentação deficiente. O ministro relator destacou que, comparando as alegações trazidas pela recorrente com os dispositivos legais apontados como violados, percebeu-se que estes não possuíam conteúdo normativo apto a amparar a tese de cerceamento de defesa. Em razão da inviabilização da compreensão da controvérsia quanto a esse ponto específico, o recurso não pôde ser conhecido em virtude da deficiência na sua fundamentação.

O segundo ponto da tese recursal, relativo à possibilidade de indicação de prestadores em município vizinho, também não foi conhecido pelo Superior Tribunal de Justiça. O Ministro Relator destacou que o tribunal de origem havia concluído, com base nas provas dos autos, especialmente nas trocas de e-mails entre as partes, que o tratamento autorizado na cidade de Santos poderia comprometer a eficácia terapêutica, já que a paciente residia em Peruíbe e teria que se deslocar mais de 70 quilômetros. O Tribunal paulista considerou a distância entre as cidades (Santos a 78 km versus Itanhaém a 27 km) e o fato de que o tratamento inicial prescrito demandava 10 horas semanais de terapia ABA, o que significava pelo menos três deslocamentos semanais. Ocorre que, segundo entendimento do Superior Tribunal de Justiça, rever as conclusões do tribunal de origem quanto à inviabilidade de tratamento em outro município que não seja o da residência da autora demandaria necessariamente o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que é vedado pela Súmula 7 daquela Corte.

Quanto à terceira tese recursal, sobre o reembolso integral ou parcial das despesas médicas do beneficiário, o Superior Tribunal de Justiça foi categórico ao acompanhar a jurisprudência já consolidada por aquele Tribunal. O Ministro Relator citou expressamente o precedente do REsp 1.842.475/SP, que estabeleceu que, diante da impossibilidade de a parte autora se locomover a município limítrofe, afigura-se devido o reembolso integral das despesas realizadas, no prazo de 30 (trinta) dias, conforme previsão expressa do artigo 9º da Resolução

Normativa nº 259/11¹ da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O Superior Tribunal de Justiça reforçou esse entendimento citando diversos precedentes recentes da própria Corte, incluindo julgados específicos sobre tratamento de TEA, como o AgInt no REsp 2.113.334/SC, relatado pelo Ministro Humberto Martins e julgado em dezembro de 2024, que reconheceu a obrigatoriedade de custeio de terapias envolvendo equipes multidisciplinares para o tratamento de TEA e o reembolso integral quando há impossibilidade de locomoção do paciente a município limítrofe.

Dessa forma, o Superior Tribunal de Justiça conheceu em parte do recurso especial, tendo não conhecido da alegação de cerceamento de defesa por deficiência de fundamentação, e na extensão conhecida negou provimento ao recurso, mantendo integralmente a decisão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que determinou o custeio integral do tratamento da menor em clínica situada em município limítrofe mais próximo de sua residência. A decisão foi unânime, tendo votado com o ministro relator os ministros Nancy Andrigli, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Daniela Teixeira.

O último julgado da Terceira Turma encontrado trata de um Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.113.334/SC, relatado pelo Ministro Humberto Martins e julgado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, em dezembro de 2024. O caso concreto envolvia criança diagnosticada com transtorno do espectro autista, residente no município de Palhoça, estado de Santa Catarina, que necessitava de tratamento multidisciplinar que incluía diversas terapias especializadas, entre elas equoterapia, musicoterapia e hidroterapia. A operadora de plano de saúde, neste caso, teria negado a cobertura integral ao tratamento prescrito, tanto no que se refere ao número de sessões quanto em relação ao reembolso das despesas médicas decorrentes de realização de tratamentos em clínica particular não credenciada.

O Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina decidiu favoravelmente ao pedido inicial, mantendo sentença de primeira instância que já havia determinado que a operadora deveria custear o tratamento multidisciplinar sem limitação de sessões e realizar o custeio das terapias na cidade de domicílio do menor. O acórdão do tribunal de origem fundamentou-se em vários aspectos relevantes. Primeiro, reconheceu a relação de consumo existente entre as partes e a necessidade de análise do caso sob a ótica da legislação consumerista, em conformidade com a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça. Segundo, destacou a superveniência da Lei

¹ A Resolução Normativa nº 259/11, frequentemente mencionada nos julgados do Superior Tribunal de Justiça, foi revogada pela Resolução Normativa 566/22, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

14.454/2022, que alterou a Lei 9.656/98 e estabeleceu que o rol de procedimentos da ANS constitui referência básica, não mais taxativa, mas exemplificativa, para os planos de saúde. Terceiro, o Tribunal catarinense enfatizou que a operadora não havia indicado qualquer prestador credenciado na cidade de Palhoça, onde residia o autor, oferecendo apenas uma clínica em Florianópolis, sem sequer disponibilizar transporte para os deslocamentos diários do beneficiário.

O tribunal estadual considerou que, embora não tenha havido negativa expressa formal, estaria comprovado através das trocas de e-mails entre as partes que o tratamento requerido pelo beneficiário não foi autorizado na forma adequada, especialmente porque não foi oferecida opção de estabelecimento que atendesse no município de residência do paciente. O tribunal de origem aplicou o artigo 4º da Resolução Normativa 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que prevê a viabilidade de atendimento por profissional fora da cobertura do plano em caso de inexistência de profissional habilitado na região, determinando o custeio integral das despesas havidas pelo beneficiário junto à clínica particular.

Insatisfeita com a decisão, a operadora interpôs recurso especial ao Superior Tribunal de Justiça alegando, preliminarmente, que houve negativa de prestação jurisdicional por parte do Tribunal estadual, violando o artigo 1.022 do Código de Processo Civil. No mérito, a operadora sustentou que o contrato firmado entre as partes não previa o custeio dos tratamentos mencionados, que a legislação vigente não obrigaria os planos de saúde a cobri-los, e que não poderia haver reembolso integral, uma vez que as despesas contraídas pelo segurado que utiliza serviço médico-hospitalar fora da rede deveriam ser por ele custeadas.

O Ministro Relator não conheceu do recurso especial em decisão monocrática, aplicando a Súmula 83 do Superior Tribunal de Justiça, que estabelece que um recurso especial não deve ser conhecido quando a jurisprudência do tribunal superior já se consolidou no mesmo sentido da decisão recorrida. A operadora de saúde interpôs agravo interno contra esta decisão monocrática, insistindo nas mesmas teses recursais e alegando que teria havido omissão do Tribunal de origem.

Ao analisar o agravo interno, o Superior Tribunal de Justiça manteve integralmente a decisão monocrática proferida pelo relator e negou provimento ao recurso da operadora. Quanto à preliminar de negativa de prestação jurisdicional, o ministro relator foi categórico ao afirmar que inexistia a alegada violação do artigo 1.022 do Código de Processo Civil, uma vez que o tribunal de origem teria se manifestado de forma clara e fundamentada sobre se o plano de saúde tem obrigação legal e contratual de custear o tratamento.

No mérito, quanto à obrigatoriedade de cobertura das terapias multidisciplinares, o Superior Tribunal de Justiça reafirmou seu entendimento no sentido de que é abusiva a negativa de cobertura de tratamento do transtorno do espectro autista pelo método escolhido pela equipe de profissionais da saúde assistente com a família do paciente como mais adequado ao caso concreto. O relator enfatizou, ainda, que a escolha do método mais adequado para abordagem dos transtornos globais do desenvolvimento deve ser feita pela equipe de profissionais de saúde assistente, com a família do paciente, não cabendo ao plano de saúde intervir nessa decisão médica.

O julgado destacou especificamente a obrigatoriedade de cobertura de cada uma das terapias prescritas. Quanto à equoterapia, a Corte Superior mencionou a Lei nº 13.830/2019, que reconhece expressamente a equoterapia como método de reabilitação que utiliza o cavalo em abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, voltada ao desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência. Relativamente à musicoterapia, o acórdão mencionou que essa terapia já teria sido incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde por meio da Portaria 849/2017 do Ministério da Saúde, sendo de cobertura obrigatória no tratamento multidisciplinar quando prescrita pelo médico assistente. No tocante à hidroterapia, o tribunal reforçou que constitui técnica a ser utilizada pelo profissional habilitado quando indicada pelo médico assistente, sem limites do número de sessões.

O Ministro Relator enfatizou que a jurisprudência mais recente da Corte reconhece a obrigatoriedade de custeio de terapias envolvendo equipes multidisciplinares para o tratamento de transtorno do espectro autista, inclusive no que tange à prescrição de sessões de equoterapia, musicoterapia e hidroterapia, todas reconhecidas como métodos eficazes para tratamento de pacientes diagnosticados com transtornos globais do desenvolvimento. O acórdão citou diversos precedentes recentes nesse sentido, demonstrando a consolidação da jurisprudência sobre o tema.

Quanto ao reembolso integral das despesas realizadas em clínica não credenciada, o Superior Tribunal de Justiça, novamente, valeu-se de seu entendimento firmado no REsp 1.842.475/SP, da Quarta Turma, que assegura que, diante da impossibilidade de a parte autora se locomover a município limítrofe, afigura-se devido o custeio integral das despesas havidas pelo beneficiário, em razão da necessidade de realização dos tratamentos fora da rede credenciada, conforme previsão expressa do artigo 9º da Resolução Normativa nº 259/11 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O Ministro Humberto Martins destacou que, conforme evidenciado pelo Tribunal de origem, a escolha pela clínica não credenciada ao plano de saúde não ocorreu por mera liberalidade da família do menor segurado, mas por falta de indicação e de disponibilização de profissionais credenciados na comarca de residência do paciente. A Corte Superior enfatizou que a operadora não teria mencionado qualquer prestador na cidade de Palhoça e sequer teria oferecido o pagamento de transporte para viabilizar a realização dos atendimentos no município de Florianópolis. Essa situação caracteriza a inexistência ou indisponibilidade de serviço credenciado no município de residência do beneficiário, hipótese em que seria obrigatório o reembolso integral das despesas.

O acórdão ressaltou que o entendimento do STJ é no sentido de que, em caso de tratamento de cobertura obrigatória em que não sejam ofertados serviços médicos próprios ou credenciados no local da demanda, a operadora do plano de saúde se torna responsável pelo custeio ou reembolso integral das despesas médicas realizadas pelo beneficiário. Neste cenário, considerando que o acórdão do tribunal estadual teria seguido exatamente o entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça, aplicou-se a Súmula 83 da Corte, que impede o conhecimento de recurso especial quando a decisão recorrida está em plena conformidade com a jurisprudência do tribunal.

Dessa forma, o Superior Tribunal de Justiça negou provimento ao agravo interno por unanimidade, mantendo integralmente a decisão do Tribunal de Justiça de Santa Catarina que determinou a cobertura do tratamento multidisciplinar para o menor com TEA, sem limitação de sessões, e o reembolso integral das despesas realizadas em clínica particular em razão da ausência de prestadores credenciados no município de residência do paciente. Votaram com o Ministro Relator Humberto Martins os Ministros Nancy Andrigli, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro.

A análise dos três julgados mencionados revelou que, em todos os casos concretos, o Superior Tribunal de Justiça se absteve de se manifestar expressamente sobre a eventual abusividade da conduta da operadora de saúde ao indicar prestadores credenciados situados a longa distância da residência dos beneficiários. Tal omissão fundamentou-se na impossibilidade de reexame de matéria fático-probatória, o que extrapola os limites de cognição dos recursos especiais, nos termos da jurisprudência consolidada da Corte. Apesar disso, é relevante destacar que, em todas as decisões, reconheceu-se o dever da operadora de custear integralmente os tratamentos multidisciplinares, em rede privada, sempre que demonstrado que o tempo de

deslocamento diário até o prestador credenciado compromete a continuidade do tratamento necessário ao paciente.

Neste sentido, embora os referidos julgados não fixem parâmetros exatos do que se entende por razoável em termos de tempo de deslocamento do beneficiário, fato é que o Superior Tribunal de Justiça parece validar os julgados proferidos pelos tribunais estaduais, que reconhecem expressamente que a distância entre a residência do beneficiário com TEA e o local de realização de seus tratamentos multidisciplinares não pode ser tamanha a ponto de inviabilizar o acesso do paciente às terapias ou até mesmo prejudicar os resultados de seu tratamento.

Parece razoável considerar, ainda, que a previsão contida na Resolução Normativa 566 de 2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ao permitir a indicação de prestadores em municípios limítrofes na ausência de rede credenciada local, foi concebida para atender situações pontuais e procedimentos de menor frequência. A lógica da norma se aplica adequadamente a consultas médicas ocasionais, exames periódicos, procedimentos cirúrgicos específicos ou outras situações pontuais em que o deslocamento representa um evento isolado ou de baixa recorrência na vida do beneficiário. Nesses casos, espera-se razoavelmente que o paciente se desloque eventualmente a outro município para receber o atendimento necessário, sem que isso represente um ônus desproporcional ou inviável.

Todavia, quando se trata de tratamentos contínuos que exigem o comparecimento frequente, muitas vezes diário ou várias vezes por semana, a aplicação literal deste dispositivo legal pode conduzir a situações incompatíveis com os direitos fundamentais à saúde e ao desenvolvimento adequado da pessoa com deficiência. A manutenção de tratamentos de alta intensidade em prestadores geograficamente distantes, exigindo deslocamentos repetidos e prolongados, pode prejudicar a saúde psíquica dos pacientes com transtornos do espectro autista, agravando sintomas como ansiedade, irritabilidade, alterações de sono e comportamentos disruptivos.

Além disso, o desgaste imposto pela rotina de deslocamentos pode levar à descontinuidade do tratamento, seja porque a família não consegue manter a frequência necessária diante das dificuldades logísticas e financeiras envolvidas, seja porque o próprio paciente desenvolve resistência a comparecer às sessões em razão do sofrimento associado ao trajeto. Essa descontinuidade, por sua vez, compromete severamente a eficácia do tratamento do TEA, que depende fundamentalmente da regularidade e consistência das intervenções terapêuticas para produzir resultados significativos no desenvolvimento da criança.

A natureza contínua, intensiva e multidisciplinar desse tratamento, combinada com as particularidades comportamentais e sensoriais dos pacientes com TEA, demanda que se considere não apenas a existência formal de prestadores credenciados, mas também a real viabilidade de acesso a esses profissionais sem prejuízo à saúde integral do paciente. Portanto, embora a regra geral de utilização da rede credenciada deva ser preservada como princípio estruturante do sistema de saúde suplementar, e embora a solução de encaminhamento a municípios limítrofes seja válida e adequada para diversas situações, é necessário reconhecer que o tratamento do transtorno do espectro autista apresenta características específicas que podem exigir uma análise jurisprudencial diferenciada.

3. METODOLOGIA, LOCAL E AMPLITUDE DOS TRATAMENTOS

O tratamento do transtorno do espectro autista caracteriza-se pela necessidade de abordagem terapêutica multidisciplinar, envolvendo diversos profissionais de saúde que atuam de forma integrada e coordenada para promover o desenvolvimento global do paciente. A complexidade e heterogeneidade das manifestações clínicas do TEA demandam intervenções personalizadas, adaptadas às necessidades específicas de cada indivíduo, o que resulta na utilização de diferentes metodologias e abordagens terapêuticas pela equipe assistente. Essa diversidade de métodos disponíveis, aliada às particularidades de cada caso concreto, tem gerado intensos debates sobre os limites da cobertura assistencial que as operadoras de planos de saúde devem garantir aos seus beneficiários.

Neste capítulo, serão discutidos os contornos jurídicos da obrigação das operadoras de planos de saúde em custear tratamentos multidisciplinares para pacientes com transtorno do espectro autista, com enfoque especial nas metodologias específicas prescritas pelo médico assistente e nas diferentes modalidades e locais de atendimento. A análise parte da compreensão de que a escolha do método terapêutico mais adequado constitui prerrogativa do profissional de saúde habilitado, em conjunto com a família do paciente, não cabendo à operadora interferir nessa decisão eminentemente técnica e científica.

A Resolução Normativa 539/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar representou um marco regulatório importante ao estabelecer expressamente que as operadoras devem fornecer cobertura integral aos tratamentos dos pacientes com Transtornos Globais do Desenvolvimento, observado o método específico prescrito pelo médico assistente. Essa previsão normativa consolidou o entendimento de que a autonomia do profissional de saúde para indicar a melhor abordagem terapêutica deve ser respeitada, não podendo a operadora restringir ou limitar arbitrariamente as terapias necessárias ao tratamento do paciente sob o argumento de ausência de previsão contratual ou de que determinada metodologia não constaria do rol de procedimentos da ANS.

No entanto, a aplicação prática dessa diretriz regulatória tem enfrentado resistências por parte das operadoras de planos de saúde, especialmente em relação a determinadas modalidades terapêuticas que, embora reconhecidas cientificamente como eficazes no tratamento do TEA, ainda geram controvérsias quanto à sua natureza jurídica e enquadramento nas coberturas obrigatórias. Diante da multiplicidade de métodos e abordagens terapêuticas existentes atualmente no campo do tratamento do autismo, que abrangem desde as terapias comportamentais tradicionais até intervenções mais inovadoras e complementares, torna-se

necessário examinar criteriosamente o posicionamento do poder judiciário, em especial do Superior Tribunal de Justiça, sobre as principais modalidades que têm sido objeto de litígio entre beneficiários e operadoras.

Para fins de análise sistemática da jurisprudência do STJ, foram selecionadas aquelas metodologias que apresentam maior índice de litigiosidade e relevância prática, a saber: musicoterapia, que utiliza elementos musicais como recurso terapêutico para promover o desenvolvimento da comunicação, interação social e expressão emocional; equoterapia, método que emprega o cavalo como agente facilitador do desenvolvimento biopsicossocial em abordagem interdisciplinar; e terapias com *suit*, que consistem na utilização de vestes terapêuticas especiais para potencializar os ganhos motores e proprioceptivos durante as sessões de fisioterapia. Essas três modalidades terapêuticas têm sido objeto de recusa recorrente por parte das operadoras, que frequentemente alegam tratar-se de práticas experimentais, não convencionais ou não previstas expressamente no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Além da discussão acerca das metodologias terapêuticas específicas destinadas ao tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista, o presente capítulo também se debruçará sobre a controvérsia envolvendo a cobertura das sessões de psicopedagogia pelos planos de saúde. Trata-se de uma área de atuação que ocupa uma posição limítrofe entre os campos da educação e da saúde, o que gera algumas divergências quanto à sua natureza jurídica. Tal indefinição reflete-se diretamente na discussão sobre a obrigatoriedade de cobertura desse tipo de intervenção pelas operadoras de saúde, suscitando debates jurisprudenciais quanto ao seu enquadramento como procedimento de caráter exclusivamente educacional ou também terapêutico.

Por fim, será objeto de análise o posicionamento adotado pelo Superior Tribunal de Justiça em relação à obrigatoriedade de cobertura assistencial das terapias realizadas em ambientes naturais. Esse tipo de abordagem terapêutica contempla atendimentos prestados fora do espaço convencional de clínicas e consultórios, abrangendo, por exemplo, sessões realizadas em ambiente escolar, domiciliar ou até mesmo em locais públicos, para estimular a inclusão social do paciente, simulando situações da vida cotidiana.

3.1. Abordagens terapêuticas e metodologias para o tratamento da pessoa com transtorno do espectro autista

O transtorno do espectro autista caracteriza-se como “um distúrbio do neurodesenvolvimento de cunho multifatorial” (Duarte, *et. al*, 2023, p. 2), demandando intervenções terapêuticas individualizadas e multidisciplinares que considerem as particularidades de cada indivíduo. A complexidade clínica do TEA, com suas manifestações diversificadas nos aspectos comunicacionais, comportamentais e de interação social, impulsionou o desenvolvimento de múltiplas abordagens terapêuticas que buscam promover o desenvolvimento integral da pessoa autista, “considerando os diferentes graus de diagnóstico na escolha da melhor intervenção para abrandar os sintomas característicos da desordem” (Duarte, *et. al*, 2023, p. 2).

Nas últimas décadas, observou-se significativa expansão das modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento de pessoas com TEA, sobretudo em razão evolução progressiva dos estudos relativos a este transtorno, “devido a melhora da conscientização e políticas internacionais em defesa dos direitos humanos” (Duarte, *et al*, 2023, p. 2). Essa diversificação de alternativas terapêuticas reflete não apenas os avanços das ciências da saúde na compreensão da neurobiologia do autismo, mas também o reconhecimento de que intervenções eficazes devem contemplar múltiplas dimensões do desenvolvimento humano, incluindo aspectos motores, sensoriais, cognitivos, emocionais e relacionais. Entre essas modalidades emergentes, destacam-se a musicoterapia, que utiliza elementos musicais como ferramentas terapêuticas para promover comunicação e expressão emocional; a equoterapia, método que emprega o cavalo em abordagem interdisciplinar voltada ao desenvolvimento biopsicossocial; e as terapias com *suits*, tecnologia que utiliza órteses dinâmicas para estimulação neuromuscular e proprioceptiva.

A institucionalização dessas abordagens terapêuticas no sistema de saúde suplementar brasileiro, contudo, tem suscitado intensos debates jurídicos acerca dos limites da cobertura assistencial obrigatória pelas operadoras de planos de saúde. A tensão entre o direito fundamental à saúde, a autonomia médica na prescrição terapêutica, os limites da cobertura assistencial oferecida pelos planos de saúde e os marcos regulatórios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar configura um campo de complexas controvérsias que tem demandado a intervenção do poder judiciário para a delimitação precisa das responsabilidades contratuais assumidas pelas operadoras.

Este capítulo propõe-se a examinar as abordagens terapêuticas representadas pela musicoterapia, equoterapia e terapias com *suits*, analisando seus fundamentos científicos, suas indicações clínicas no tratamento de pessoas com TEA e, principalmente, identificar os contornos jurídicos que delimitam a obrigatoriedade de sua cobertura de tais modalidades pelas operadoras de planos de saúde, à luz da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça.

3.1.1. Musicoterapia

A musicoterapia constitui modalidade terapêutica que utiliza a música e seus elementos constitutivos – ritmo, melodia, harmonia e timbre – como ferramentas de intervenção clínica para promover comunicação, expressão emocional, desenvolvimento cognitivo e interação social. Trata-se de abordagem científica fundamentada na neurociência, que reconhece a capacidade da música de ativar múltiplas áreas cerebrais simultaneamente, estimulando circuitos neurais relacionados à linguagem, memória, emoção e coordenação motora. No contexto do tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista, a musicoterapia revela-se particularmente eficaz em razão da preservação, e frequentemente do aprimoramento, das habilidades de processamento musical nesses indivíduos, permitindo que a música funcione como canal alternativo de comunicação e expressão quando as vias tradicionais de interação encontram-se comprometidas.

Segundo Brandalise (2013) a musicoterapia tem sido uma das modalidades terapêuticas mais utilizadas no tratamento da população diagnosticada com transtorno do espectro autista visando o estímulo e a melhora em várias áreas de desenvolvimento. As sessões são planejadas individualmente, considerando as necessidades, preferências e potencialidades de cada paciente, visando desenvolver habilidades comunicativas, promover regulação emocional, estimular interação social, melhorar coordenação motora e ampliar a capacidade de atenção e concentração.

No entanto, o estudo jurisprudencial revela que as sessões de musicoterapia têm sido frequentemente negadas pelas operadoras de saúde, que afirmam que tal modalidade estaria inserida no campo das atividades de lazer, fugindo dos limites do contrato de assistência à saúde. Portanto, para viabilizar o estudo acerca do posicionamento do Superior Tribunal de Justiça, a respeito da matéria, foi realizada pesquisa jurisprudencial, no dia 1 de novembro de 2025, a partir da combinação dos termos “transtorno do espectro autista” e “musicoterapia”, resultando em 21 acórdãos. Deste resultado, apenas 1 (um) acórdão não foi analisado, uma vez que proferido antes das alterações regulatórias instituídas como marco teórico do presente estudo. Desde logo, foi possível notar, a partir das ementas dos julgados, que todos os recursos

analisados foram favoráveis à cobertura de sessões de musicoterapia pelas operadoras de saúde, representando, assim, um entendimento uniforme entre as duas Turmas da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça.

Portanto, considerando a unanimidade do posicionamento adotado pelo Superior Tribunal de Justiça, foram selecionados apenas os três últimos julgados daquela Corte, considerando votos de relatorias e turmas distintas, a fim de viabilizar o estudo acerca dos fundamentos adotados pelos ministros para justificar a obrigatoriedade de cobertura de sessões de musicoterapia pelas operadoras de plano de saúde.

O primeiro recurso analisado foi o Agravo Interno no Recurso Especial 2.029.237/SP, julgado pela Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça em outubro de 2025. O recurso teve como relator originário o Ministro Antonio Carlos Ferreira, sendo o acórdão lavrado pelo Ministro Raul Araújo, que proferiu voto divergente acolhido pela maioria dos julgadores. O caso concreto analisado envolvia litígio entre a operadora de plano de saúde e um beneficiário diagnosticado com transtorno do espectro autista, em demanda que discutia a obrigatoriedade de cobertura de tratamentos multidisciplinares específicos.

A ação originária referia-se à necessidade de tratamento amplo e multidisciplinar para o autor, conforme prescrição médica que indicava a realização de diversas terapias, incluindo psicologia com metodologia ABA, fonoaudiologia, terapia ocupacional, musicoterapia, fisioterapia, psicopedagogia e equoterapia. Nesse sentido, cumpre registrar que o presente julgado, devido a sua relevância, também será utilizado para tratar, no tópico seguinte, das discussões relativas à obrigatoriedade de cobertura de sessões de equoterapia. No entanto, no presente capítulo, o acórdão será analisado com foco nos argumentos relacionados especificamente à modalidade de musicoterapia.

Pois bem. O litígio teria se instaurado devido à negativa de cobertura integral das modalidades terapêuticas pela operadora de saúde, que fundamentava sua negativa especialmente quanto à musicoterapia e à equoterapia, sob o argumento de que tais tratamentos não constavam expressamente do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A discussão central, portanto, girava em torno dos limites da obrigatoriedade de cobertura pelos planos de saúde de procedimentos não explicitamente listados no referido rol, mas prescritos por profissional médico como necessários ao tratamento do transtorno do espectro autista.

O Tribunal de Justiça de São Paulo, em segunda instância, havia mantido a sentença de parcial procedência proferida em primeiro grau, determinando que a operadora do plano de saúde deveria arcar com todos os tratamentos prescritos pelo médico assistente, incluindo a musicoterapia e a equoterapia, sem limitação do número de sessões. O acórdão estadual fundamentou-se na abusividade da recusa baseada unicamente na ausência de previsão específica no Rol da ANS, aplicando a Súmula 102 daquele Tribunal, que reconhecia como abusiva a negativa de cobertura de tratamento prescrito por médico para doença coberta pelo contrato (atualmente revogada). Além disso, o TJSP condenou a operadora ao reembolso integral dos atendimentos realizados de forma particular pelo autor, por não ter sido demonstrada a existência de prestadores credenciados capazes de realizar os tratamentos necessários.

Ao analisar o recurso especial interposto pela operadora do plano de saúde, o Superior Tribunal de Justiça realizou profunda análise da evolução legislativa e jurisprudencial acerca da cobertura de tratamentos para pessoas com transtorno do espectro autista. O Ministro Raul Araújo, em extenso voto-vista, traçou minucioso panorama histórico da proteção legal às pessoas com TEA no Brasil, partindo da Lei 12.764/2012, conhecida como Lei Berenice Piana, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com transtorno do espectro autista e estabeleceu a necessidade de atendimento multiprofissional. O voto destacou também a Lei 13.146/2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência, que reforçou a importância do diagnóstico precoce e da abordagem multidisciplinar no tratamento de pessoas com deficiência.

No tocante ao arcabouço regulatório específico da saúde suplementar, o acórdão examinou detidamente as sucessivas Resoluções Normativas da ANS, desde a RN 211/2010 até as mais recentes RN 539/2022 e RN 541/2022. Particular atenção foi dedicada à Resolução Normativa 539/2022, que acrescentou o parágrafo 4º ao artigo 6º da RN 465/2021, estabelecendo que, para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento ou manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente.

O julgamento também considerou o impacto da Lei 14.454/2022, que alterou a Lei 9.656/1998 para estabelecer critérios específicos que permitem a cobertura de tratamentos não previstos no Rol da ANS. Segundo o novo parágrafo 13 do artigo 10 da Lei 9.656/1998, em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente não previsto no rol, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora desde que exista comprovação da

eficácia à luz das ciências da saúde baseada em evidências científicas e plano terapêutico, ou existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), ou exista recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional. O voto destacou ainda a relevância da recente decisão do Supremo Tribunal Federal na ADI 7.265/DF, que conferiu interpretação conforme à Constituição ao referido parágrafo 13, estabelecendo requisitos cumulativos para a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos não listados.

Especificamente quanto à musicoterapia, o Superior Tribunal de Justiça concluiu pela obrigatoriedade de sua cobertura pelos planos de saúde. O acórdão fundamentou esta conclusão em diversos elementos normativos e técnicos. Primeiramente, destacou-se que a musicoterapia foi incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria 849/2017 do Ministério da Saúde, sendo reconhecida como método terapêutico que utiliza a música e seus elementos para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização e expressão, objetivando desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo. Além disso, a Portaria Conjunta 7/2022, das Secretarias de Atenção Especializada à Saúde e de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo, incluindo explicitamente a musicoterapia entre as intervenções não medicamentosas recomendadas.

O julgado ressaltou que a própria ANS, em outubro de 2023, teria atualizado a Tabela 22 da TUISS, incluindo a musicoterapia como procedimento de saúde que deve ser custeado pelos planos de saúde, especialmente para pacientes com transtornos globais do desenvolvimento, sob o código TUISS 50001213. Esta conduta da agência reguladora, aliada à recente regulamentação da profissão de musicoterapeuta pela Lei 14.842/2024, que estabeleceu as competências e requisitos para o exercício profissional da musicoterapia, consolidou o entendimento quanto à obrigatoriedade da cobertura. O acórdão esclareceu ainda que a musicoterapia pode ser realizada não apenas por musicoterapeutas devidamente formados, mas também por psicólogos, fonoaudiólogos ou terapeutas ocupacionais que possuam formação específica nesta técnica, especialmente quando aplicada pelo método ABA, já amplamente reconhecido pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça como de cobertura obrigatória para o tratamento de TEA.

O segundo julgado analisado foi o Recurso Especial 2.215.584/SP, analisado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, em agosto de 2025, sob a relatoria da Ministra

Daniela Teixeira. O julgamento teve votação unânime, sendo o voto da relatora acompanhando pelos Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro, tendo presidido a sessão o Ministro Humberto Martins.

O caso concreto envolvia ação de obrigação de fazer ajuizada por beneficiário diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista, com atraso sensorial e escolar, contra a operadora de seu plano de saúde. O autor necessitava de tratamento multidisciplinar prescrito por profissional médico, que incluía diversas terapias, entre as quais se destacava a musicoterapia. A prescrição médica indicava a necessidade de terapia ocupacional com foco em integração sensorial pelo método ABA, além da musicoterapia como parte do tratamento integral do transtorno. O recurso especial foi interposto pelo autor, buscando reverter decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo que havia excluído a musicoterapia do rol de tratamentos que deveriam ser custeados pela operadora do plano de saúde.

O Tribunal de Justiça de São Paulo havia proferido acórdão que deu parcial provimento à apelação interposta pelo beneficiário do plano de saúde. Em sua decisão, o tribunal estadual manteve a obrigatoriedade de cobertura da terapia ocupacional com foco em integração sensorial pelo método ABA, reconhecendo que, nos casos envolvendo transtornos globais do desenvolvimento, a Resolução Normativa 539/2022 da ANS havia dirimido qualquer dúvida acerca da obrigatoriedade de cobertura de terapias e métodos que contassem com expressa indicação médica. O TJSP fundamentou sua decisão no entendimento jurisprudencial consolidado pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça nos Embargos de Divergência em Recurso Especial 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, que firmaram a tese da taxatividade mitigada do rol de procedimentos da ANS, bem como na superveniência da Lei 14.454/2022, que alterou o artigo 10 da Lei 9.656/1998 para estabelecer que o rol constitui referência básica para a assistência mínima, devendo ser prestada cobertura de procedimentos não incluídos desde que atendidos requisitos específicos.

Com relação à musicoterapia, contudo, o Tribunal de Justiça de São Paulo afastou a obrigação de custeio por parte da operadora do plano de saúde. O acórdão fundamentou-se em pareceres desfavoráveis emitidos pelo Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário do Tribunal de Justiça de São Paulo, especialmente a Nota Técnica 555/2023 do Natjus/SP, que teria concluído pela ausência de subsunção aos pressupostos estabelecidos pelo STJ que autorizam a cobertura de tratamento fora do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O tribunal estadual considerou que a musicoterapia estaria excluída do contrato e que promoveria benefício semelhante ao restante do tratamento multidisciplinar já deferido, não havendo, portanto,

evidências científicas suficientes ou recomendações técnicas favoráveis que justificassem sua inclusão como tratamento de cobertura obrigatória. Assim, o TJSP entendeu que não havia comprovação da eficácia do tratamento à luz das ciências da saúde baseada em evidências científicas, nem recomendações pela CONITEC ou por órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional, requisitos estabelecidos pela Lei 14.454/2022.

Ao analisar o recurso especial interposto pelo beneficiário do plano de saúde, o Superior Tribunal de Justiça reformou integralmente o acórdão recorrido, dando provimento ao recurso para reconhecer a obrigatoriedade de cobertura da musicoterapia como parte do tratamento multidisciplinar prescrito para o paciente com transtorno do espectro autista. A Ministra Daniela Teixeira fundamentou sua decisão em diversos precedentes da própria Terceira Turma e da Segunda Seção do STJ que consolidaram o entendimento acerca da obrigatoriedade de cobertura de terapias multidisciplinares para o tratamento de TEA. A relatora destacou inicialmente o julgamento do Recurso Especial 2.018.227/SP, de relatoria do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, no qual a Terceira Turma havia concluído que é obrigatória a cobertura pelos planos de saúde dos tratamentos de hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

A decisão do Superior Tribunal de Justiça enfatizou que a musicoterapia teria sido incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria 849 de 27 de março de 2017 do Ministério da Saúde, que visa à prevenção de agravos e à promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. O acórdão de relatoria da Ministra Daniela Teixeira destacou, portanto, que a jurisprudência da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça já reconhece a obrigatoriedade de cobertura de terapias multidisciplinares para tratamento de TEA, incluindo a musicoterapia, desde que prescritas por profissional médico assistente e realizadas por profissional habilitado.

A decisão enfatizou ainda que as atualizações normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, especialmente a Resolução Normativa 539/2022, corroboram a obrigatoriedade da cobertura das terapias indicadas para TEA, desde que preenchidos os requisitos legais da Lei 14.454/2022, que exige evidência científica e recomendação de órgãos técnicos. Na visão do STJ, o acórdão recorrido teria contrariado a orientação jurisprudencial predominante ao excluir a musicoterapia do escopo de cobertura obrigatória, mesmo diante de prescrição médica e reconhecimento normativo e jurisprudencial de sua eficácia.

Por fim, foi analisado o Agravo Interno no Recurso Especial 2.130.831/SP, analisado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, em dezembro de 2024, sob a relatoria do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. O julgamento foi unânime, acompanhando o relator os Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Moura Ribeiro e o Desembargador Convocado Carlos Cini Marchionatti do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, tendo presidido a sessão o Ministro Humberto Martins. O caso concreto envolvia um menor diagnosticado com transtorno do espectro autista, em ação de obrigação de fazer ajuizada contra a operadora de seu plano de saúde.

O agravo interno foi interposto pela operadora do plano de saúde contra decisão monocrática do relator que havia negado provimento ao recurso especial, mantendo a obrigatoriedade de custeio das sessões de musicoterapia e hidroterapia. A operadora sustentava em suas razões recursais que não haveria evidência científica de qualidade que demonstrasse o benefício dos tratamentos de hidroterapia e musicoterapia, argumentando que tais procedimentos não estariam incluídos no rol taxativo da ANS e não atenderiam aos critérios estabelecidos pela jurisprudência para inclusão de tratamentos não previstos no referido rol.

O Tribunal de Justiça de São Paulo havia proferido sentença de procedência que condenou a operadora de saúde a fornecer o tratamento multidisciplinar prescrito ao menor portador de transtorno do espectro autista. A operadora interpôs apelação alegando, em suma, que inexistiria obrigação de custear terapias que não constassem do rol da ANS, mas o tribunal estadual manteve a condenação. O TJSP fundamentou sua decisão reconhecendo que, nos casos envolvendo transtornos globais do desenvolvimento, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio de atualização normativa consubstanciada na Resolução Normativa 539/2022, havia dirimido qualquer dúvida acerca da obrigatoriedade de cobertura de terapias e métodos que contassem com expressa indicação médica. O tribunal estadual considerou que a operadora de plano ou seguro de saúde estaria obrigada a fornecer na rede credenciada o atendimento prescrito ao paciente portador de transtorno global do desenvolvimento, devendo ser compatibilizada a previsão da RN 539/2022 com as exigências postas pela Lei 14.454/2022, desde que houvesse evidências científicas acerca da eficácia do tratamento ou recomendações técnicas favoráveis.

Ao analisar o recurso especial da operadora do plano de saúde, o Superior Tribunal de Justiça, em decisão monocrática do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, negou-lhe provimento, mantendo integralmente a obrigatoriedade de cobertura das sessões de musicoterapia e hidroterapia. A operadora interpôs então agravo interno contra essa decisão,

insistindo na ausência de evidência científica de qualidade que demonstrasse o benefício de tais tratamentos. O relator, ao apreciar o agravo interno, reiterou os fundamentos da decisão agravada e destacou inicialmente a consolidação jurisprudencial operada pela Segunda Seção do STJ quando do julgamento dos Embargos de Divergência em Recurso Especial 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, que uniformizaram o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios estabelecidos em precedente vinculante.

O acórdão enfatizou o tratamento diferenciado aos tratamentos relacionados com beneficiários portadores de Transtorno Global do Desenvolvimento, destacando que a própria agência reguladora, por meio da Resolução Normativa 539/2022, tornou obrigatória a cobertura, pela operadora de plano de saúde, de qualquer método ou técnica indicada pelo profissional de saúde responsável para o tratamento de Transtornos Globais do Desenvolvimento. Com a edição dessa resolução, o parágrafo 4º foi acrescido ao artigo 6º da RN 465/2021, estabelecendo que para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento ou manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente.

Quanto à musicoterapia, o acórdão fundamentou-se na consolidação jurisprudencial que reconhece sua inclusão entre os métodos eficazes para tratamento de transtornos globais do desenvolvimento. O voto do relator transcreveu trechos do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo, aprovado pela CONITEC mediante Portaria 324/2016 do Ministério da Saúde, destacando que o Relatório de Recomendação de novembro de 2021 para revisão e atualização desse protocolo apontou expressamente que entre as intervenções não farmacológicas aplicadas no tratamento do TEA estão a Terapia Cognitivo Comportamental, intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação, musicoterapia, Análise do Comportamento Aplicada e o programa de Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo.

O julgado enfatizou que, embora algumas terapias e técnicas tenham sido mais exploradas na literatura científica, as revisões sistemáticas reconhecem os benefícios de diversas intervenções, sem sugerir superioridade de qualquer modelo específico. Assim, a escolha do método a ser utilizado no tratamento da pessoa com TEA deve ser feita de modo

conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios do tratamento, bem como favorecendo a implicação e a corresponsabilidade pelo cuidado. O Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva destacou ainda que a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada ao ordenamento jurídico pátrio pelo Decreto 6.949/2009 com estatura constitucional, assegura em seu artigo 25 que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência, sendo vedada a discriminação contra pessoas com deficiência na provisão de seguro de saúde.

O acórdão mencionou também a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com transtorno do espectro autista, instituída pela Lei 12.765/2012, que prevê que a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, estabelecendo como diretrizes a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes. Entre os direitos assegurados está o acesso a ações e serviços de saúde com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional, a nutrição adequada e a terapia nutricional, os medicamentos e informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento.

Em razão de todos esses fundamentos, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, negou provimento ao agravo interno interposto pela operadora do plano de saúde, mantendo integralmente a decisão monocrática que havia negado provimento ao recurso especial e, conseqüentemente, preservando a condenação da operadora a custear as sessões de musicoterapia prescritas pelo médico assistente para o tratamento do menor portador de transtorno do espectro autista.

A análise jurisprudencial empreendida neste capítulo permite extrair conclusões relevantes acerca do posicionamento do Superior Tribunal de Justiça quanto à cobertura de musicoterapia pelos planos de saúde.

Primeiramente, observou-se uma convergência interpretativa entre a Terceira e a Quarta Turmas do Superior Tribunal de Justiça, as quais firmaram entendimento no sentido de reconhecer a obrigatoriedade de cobertura de sessões de musicoterapia pelas operadoras de saúde suplementar, no contexto dos tratamentos multidisciplinares prescritos aos pacientes com TEA. Tal consonância demonstra a consolidação de uma orientação jurisprudencial uniforme no âmbito daquela Corte Superior.

Em segundo lugar, verificou-se que a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7265, julgada pelo Supremo Tribunal Federal, já produz efeitos concretos na fundamentação das decisões do Superior Tribunal de Justiça. O primeiro julgado analisado neste capítulo evidenciou que a Quarta Turma não apenas considerou os critérios estabelecidos pelo Supremo Tribunal Federal, mas também revalidou sua própria tese de obrigatoriedade de cobertura à luz dos parâmetros constitucionais fixados na referida ação direta de inconstitucionalidade.

Não obstante, a postura adotada pelo Superior Tribunal de Justiça sugere que os critérios definidos na ADI 7265 possuem potencial para redimensionar entendimentos já sedimentados, o que poderá ser constatado na análise de outras terapias não convencionais, como a equoterapia, objeto de exame no capítulo subsequente.

Por fim, os julgados examinados evidenciaram que a musicoterapia conta com eficácia científica reconhecida e respaldo normativo consistente, elementos que conferem solidez ao entendimento jurisprudencial favorável à obrigatoriedade de sua cobertura assistencial. A conjugação desses fatores – evidência científica e amparo regulatório – constitui fundamento robusto para a proteção dos direitos dos beneficiários de planos de saúde que necessitam dessa modalidade terapêutica.

3.1.2. Equoterapia

A equoterapia, também denominada hipoterapia ou terapia assistida por cavalos, “é uma técnica que se utiliza do cavalo como instrumento para possibilitar efeitos terapêuticos e vem sendo amplamente aplicada aos pacientes com transtorno do espectro autista” (Kolling e Pezzi, 2020, p. 3). O tratamento por meio da equoterapia, segundo Kolling e Pezzi (2020), tem se mostrado eficaz sobretudo com crianças diagnosticadas com TEA, apresentando efeitos significativos, principalmente, em relação a postura corporal, interação social, afetividade, capacidade em obedecer a ordens mais simples, autonomia e autoestima.

A prática da equoterapia foi formalmente regulamentada no ordenamento jurídico brasileiro pela Lei nº 13.830, de 13 de maio de 2019. Nos termos do §1º do artigo 1º da referida norma, a equoterapia é definida como um método de reabilitação que utiliza o cavalo em uma abordagem interdisciplinar, abrangendo as áreas da saúde, da educação e da equitação, com foco no desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência. Tal reconhecimento legal reforça a natureza terapêutica da equoterapia, justificando sua frequente aplicação como recurso complementar ao tratamento do transtorno do espectro autista.

A cobertura de sessões de equoterapia pelas operadoras de planos de saúde, no entanto, tem sido fonte recorrente de conflitos judiciais, configurando-se como mais uma das controvérsias que permeiam a relação entre beneficiários e prestadores de serviços de saúde suplementar. A negativa de cobertura dessa modalidade terapêutica, especialmente quando prescrita para pacientes com transtorno do espectro autista, tem gerado significativa litigiosidade, com repercussão nos tribunais superiores. Diante desse cenário, o presente capítulo dedica-se a examinar o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça acerca da matéria.

Para tanto, realizou-se pesquisa no banco de jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça em 1º de novembro de 2025, utilizando-se como critérios de busca os termos "transtorno do espectro autista" e "equoterapia". A consulta resultou em 18 (dezoito) julgados, dos quais 1 (um) foi imediatamente excluído da análise por ter sido proferido em data anterior às alterações regulatórias que delimitam o marco temporal desta pesquisa.

Dos 17 (dezessete) acórdãos remanescentes, 15 (quinze) foram favoráveis à obrigatoriedade de cobertura das sessões de equoterapia pelas operadoras de saúde, enquanto apenas 2 (dois) apresentaram resultado desfavorável aos beneficiários. A análise detida desses julgados permite aferir que as duas decisões contrárias à cobertura de sessões de equoterapia foram prolatadas pela Quarta Turma do STJ em outubro de 2025, refletindo uma mudança no posicionamento jurisprudencial daquela Turma em decorrência dos critérios fixados pelo Supremo Tribunal Federal, no julgamento da ADI 7265.

Assim, pode-se afirmar que, até outubro de 2025, o panorama jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça era marcado por uma posição uniforme no sentido de reconhecer a obrigatoriedade de cobertura, pelas operadoras de planos de saúde, das sessões de equoterapia. Contudo, o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7265 pelo Supremo Tribunal Federal (STF) parece ter inaugurado uma nova fase jurisprudencial, influenciando uma possível mudança de entendimento da Corte Superior quanto à cobertura de tratamentos multidisciplinares por parte das operadoras.

Diante desse cenário, foram selecionados três julgados representativos: um da Terceira Turma e dois da Quarta Turma, sendo que, quanto a esta última, optou-se por decisões com entendimentos divergentes. Tal seleção visa permitir uma análise comparativa dos fundamentos adotados pelos ministros, tanto para o deferimento quanto para o indeferimento da cobertura da equoterapia no tratamento do transtorno do espectro autista.

O primeiro recurso analisado foi o REsp 2.181.159/SP, relatado pela Ministra Daniela Teixeira da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, julgado em junho de 2025. O caso concreto versava sobre recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra decisão que a condenou a custear tratamento multidisciplinar, incluindo equoterapia, para paciente menor diagnosticado com esclerose tuberosa, epilepsia refratária e transtorno do espectro autista. A operadora fundamentou sua insurgência na ausência de previsão contratual para cobertura das terapias pretendidas e na exclusão de obrigatoriedade do tratamento à luz do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O Tribunal de Justiça de São Paulo, em sua decisão, negou provimento à apelação da operadora e manteve a sentença de procedência que determinou a cobertura integral do tratamento. A Corte Estadual fundamentou sua decisão, consignando que caberia ao médico assistente, e não à operadora de plano de saúde, a indicação do melhor tratamento para o paciente. Além disso, destacou a inexistência de tratamento substitutivo eficaz, uma vez que a operadora não teria demonstrado a disponibilidade de alternativa terapêutica equivalente em sua rede credenciada. Por fim, o tribunal bandeirante determinou o reembolso integral dos valores despendidos pelo beneficiário com o custeio de suas terapias, tendo em vista a ausência de disponibilidade de profissionais habilitados na rede credenciada da operadora.

O Superior Tribunal de Justiça não conheceu do recurso interposto pela operadora de saúde, mantendo integralmente a decisão favorável à cobertura da equoterapia. A Ministra Relatora destacou que a Lei 13.830/2019 reconheceu expressamente a equoterapia como método de reabilitação que utiliza o cavalo em abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, voltada ao desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência, cuja prática está condicionada a parecer favorável em avaliação médica, psicológica e fisioterápica.

O acórdão trouxe, ainda, importante fundamentação jurisprudencial, citando precedentes da própria Terceira Turma que confirmam reiteradamente a obrigatoriedade de cobertura da equoterapia, tais como o REsp 2.049.092/RS, relatado pela Ministra Nancy Andrighi em 2023, o AgInt no REsp 2.132.731/SP, também de relatoria da Ministra Nancy Andrighi em 2024, e o AgInt nos EDcl no REsp 1.879.777/SP, relatado pelo Ministro Marco Aurélio Bellizze em 2024. Estes precedentes, segundo a relatora, confirmariam o entendimento de que, na linha da manifestação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a equoterapia constitui método eficiente de reabilitação da pessoa com deficiência.

No caso analisado, portanto, o Superior Tribunal de Justiça reafirmou que se admite, em caráter excepcional, a cobertura de tratamentos não previstos no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar quando preenchidos determinados requisitos, quais sejam, a inexistência de tratamento substitutivo eficaz, a comprovação de eficácia terapêutica e a prescrição médica qualificada, conforme estabelecido nos EREsp 1.889.704/SP e 1.886.929/SP. A decisão enfatizou ainda princípio fundamental na relação entre operadoras e beneficiários, consignando que as operadoras de planos de saúde podem limitar as doenças a serem cobertas pelo contrato, mas não podem limitar os tipos de procedimentos a serem prescritos para o tratamento da enfermidade coberta.

A ministra relatora reconheceu que o acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo estaria em perfeita harmonia com o entendimento adotado por aquela Turma, atraindo a aplicação da súmula 83, que estabelece que os recursos especiais não serão conhecidos quando a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça já estiver consolidada no mesmo sentido da decisão recorrida.

O segundo julgado analisado foi o AgInt no AREsp 2.245.946/SP, relatado pelo Ministro Raul Araújo, integrante da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, em maio de 2023. O caso concreto versava sobre ação de obrigação de fazer na qual se discutia a recusa de operadora de plano de saúde em custear tratamento multidisciplinar, incluindo equoterapia, para paciente diagnosticado com transtorno do espectro autista.

O Tribunal de origem decidiu favoravelmente ao beneficiário, determinando o fornecimento integral do tratamento multidisciplinar pela operadora de saúde. A Corte Estadual fundamentou sua decisão com base nos elementos fáticos e probatórios dos autos, concluindo pela presença dos requisitos autorizadores da decisão liminar que determinou a cobertura do tratamento multidisciplinar, incluindo as sessões de equoterapia.

O Superior Tribunal de Justiça negou provimento ao agravo interno interposto pela operadora, mantendo integralmente a decisão proferida pelo tribunal de origem, que mantinha posicionamento favorável à cobertura da equoterapia. O Ministro Relator destacou, naquela oportunidade, que a Quarta Turma teria posicionamento consolidado sobre a matéria, fazendo expressa referência ao julgamento dos EREsp 1.889.704/SP, relatado pelo Ministro Luis Felipe Salomão em 8 de junho de 2022, no qual a Segunda Seção da Corte reafirmou o dever da operadora do plano de saúde em custear, de forma ilimitada, as sessões de tratamento para os beneficiários com diagnóstico de transtorno do espectro autista.

O acórdão evidencia que a Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, à época do julgamento em maio de 2023, estava alinhada ao entendimento de obrigatoriedade de cobertura da equoterapia para pacientes com transtorno do espectro autista. No entanto, o Agravo Interno no Recurso Especial 2.029.237/SP, julgado pela Quarta Turma do STJ, em outubro de 2025, demonstrou uma mudança de paradigma com relação ao posicionamento daquela Turma julgadora.

O caso concreto analisado envolvia litígio entre a operadora de plano de saúde e um beneficiário diagnosticado com transtorno do espectro autista, em demanda que discutia a obrigatoriedade de cobertura de tratamentos multidisciplinares, incluindo psicologia com metodologia ABA, fonoaudiologia, terapia ocupacional, musicoterapia, fisioterapia, psicopedagogia e equoterapia. O litígio teria se instaurado devido à negativa de cobertura integral das modalidades terapêuticas pela operadora de saúde, que fundamentava sua negativa especialmente quanto à musicoterapia e à equoterapia, sob o argumento de que tais tratamentos não constavam expressamente do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O Tribunal de Justiça de São Paulo, em sede de apelação, manteve a sentença de parcial procedência proferida em primeiro grau, determinando que a operadora do plano de saúde deveria arcar com todos os tratamentos prescritos pelo médico assistente, incluindo a musicoterapia e a equoterapia, sem limitação do número de sessões. O acórdão estadual fundamentou-se na abusividade da recusa baseada unicamente na ausência de previsão específica no Rol da ANS, aplicando a Súmula 102 daquele Tribunal, que reconhecia como abusiva a negativa de cobertura de tratamento prescrito por médico para doença coberta pelo contrato (atualmente revogada).

O Superior Tribunal de Justiça, no entanto, ao analisar o recurso especial interposto pela operadora, adotou posicionamento diverso daquele seguido pelo tribunal de origem, afastando a obrigatoriedade de cobertura de sessões de equoterapia pelo plano de saúde. Embora reconhecido que a equoterapia foi regulamentada pela Lei nº 13.830/2019 como método de reabilitação que utiliza o cavalo em abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação voltada ao desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência, o acórdão proferido pela Quarta Turma do STJ destacou que este método terapêutico ainda não possui a devida demonstração de eficácia científica para o tratamento de pessoas com TEA nos termos exigidos pela legislação de regência e pela jurisprudência.

No caso em análise, o voto condutor da divergência fez expressa referência ao Parecer Técnico nº 25/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024 da ANS, publicado em 19 de agosto de 2022, que esclarecia que o procedimento de equoterapia não constaria expressamente do Rol da agência reguladora e, portanto, não possuiria cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde. O julgamento ponderou, ainda, que, embora a equoterapia possa eventualmente ser incluída no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar no futuro, caso venham a ser apresentadas evidências científicas robustas quanto à sua eficácia no tratamento do TEA, deveria ser reconhecido que, no momento daquele julgamento, ainda não se encontravam preenchidos os requisitos estabelecidos no parágrafo 13 do artigo 10 da Lei 9.656/1998, a fim de impor à operadora de saúde a cobertura obrigatória de tal modalidade terapêutica.

Segundo o acórdão da Quarta Turma, não haveria comprovação de eficácia à luz das ciências da saúde baseada em evidências científicas suficientes, tampouco recomendação da CONITEC ou de órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional especificamente para a utilização da técnica da equoterapia no tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista. Ademais, a existência de manifestação técnica expressa da Agência Nacional de Saúde Suplementar em sentido contrário à obrigatoriedade da cobertura foi considerada um óbice adicional, considerando-se os requisitos estabelecidos na recente decisão do STF na ADI 7.265/DF.

Neste cenário, por maioria de votos, vencido o Ministro Antonio Carlos Ferreira, a Quarta Turma deu parcial provimento ao agravo interno e, conseqüentemente, ao recurso especial da operadora do plano de saúde, reformando parcialmente o acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo. A decisão manteve a obrigatoriedade de cobertura da musicoterapia, mas afastou a obrigatoriedade de cobertura da equoterapia. Os Ministros Marco Buzzi e Maria Isabel Gallotti, que inicialmente haviam acompanhado o voto do relator original, retificaram seus votos para acompanhar a divergência inaugurada pelo Ministro Raul Araújo.

Os julgados analisados neste capítulo permitem extrair conclusões relevantes acerca do impacto da ADI 7265 do Supremo Tribunal Federal sobre o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça quanto à obrigatoriedade de cobertura de sessões de equoterapia pelas operadoras de planos de saúde.

Até o mês de outubro de 2025, o panorama jurisprudencial do STJ caracterizava-se pela unanimidade no reconhecimento da obrigatoriedade de cobertura da equoterapia quando prescrita para pacientes com transtorno do espectro autista. Tanto a Terceira quanto a Quarta

Turma convergiam nesse entendimento, conforme se verifica nos julgados examinados, com destaque para o REsp 2.181.159/SP, da Terceira Turma, julgado em junho de 2025, e o AgInt no AREsp 2.245.946/SP, da Quarta Turma, julgado em maio de 2023.

No entanto, a superveniência do julgamento da ADI 7265 pelo Supremo Tribunal Federal parece ter inaugurado uma divergência jurisprudencial no âmbito do Superior Tribunal de Justiça. A análise dos dados coletados evidencia que os dois únicos julgados desfavoráveis à cobertura de equoterapia encontrados na pesquisa foram proferidos pela Quarta Turma no mês de outubro de 2025, portanto em momento posterior à decisão do STF. Esta circunstância temporal indica que a Quarta Turma teria passado a aplicar os critérios fixados na ADI 7265 para avaliar a obrigatoriedade de cobertura de terapias não convencionais, o que resultou em alteração de seu posicionamento anteriormente consolidado.

Importante registrar que não foram encontrados julgados da Terceira Turma sobre o tema proferidos após a ADI 7265, o que deixa margem para uma possível revisão do entendimento até mesmo pelos membros daquela Turma, de modo a adequá-lo aos critérios constitucionais fixados pelo Supremo Tribunal Federal. A ausência de manifestação da Terceira Turma no período pós-ADI impede conclusões definitivas sobre a manutenção ou alteração de seu posicionamento favorável à cobertura da equoterapia.

Assim, para os fins do presente estudo, considerando o recorte temporal da pesquisa e os julgados efetivamente analisados, pode-se afirmar que atualmente coexistem dois entendimentos distintos no Superior Tribunal de Justiça: a Terceira Turma mantém posicionamento favorável à obrigatoriedade de cobertura da equoterapia, enquanto a Quarta Turma, após outubro de 2025, adotou orientação desfavorável, em aparente alinhamento aos critérios estabelecidos pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 7265.

3.1.3. Terapias com *suits*

As terapias com *suits*, também conhecidas como terapias com trajes neuromotores ou órteses dinâmicas proprioceptivas, consistem em intervenções que utilizam vestimentas especiais compostas por sistema de faixas elásticas ajustáveis que exercem pressão controlada sobre diferentes segmentos corporais, visando promover alinhamento biomecânico, estimulação proprioceptiva, normalização do tônus muscular e facilitação de padrões motores funcionais. Os principais protocolos de terapia com *suits*, incluídos no tratamento do transtorno do espectro autista, são o *Therasuit* e o *Pediasuit*, cada qual com características específicas.

Segundo Rosa *et al* (2019), os métodos *Therasuit* e *Pediasuit* seriam modalidades de Terapia Neuromotora Intensiva (TNMI). De acordo com os autores (2019), o *Therasuit* seria composto pelo uso de um short, colete, joelheiras e uma conexão com o sapato, de modo que a vestimenta é interligada por um sistema de cordas elásticas. O uso de tais mecanismos produz estímulos sensoriais que chegam ao sistema nervoso central por receptores sensoriais presentes em várias estruturas, com objetivo de promover estabilização, facilitação e dar suporte aos grupos musculares.

Já o método *Pediasuit* seria definido como um recurso terapêutico associado à terapia neuromotora intensiva, com uma abordagem holística para indivíduos com distúrbios neurológicos, segundo explicam os autores Silva *et al.* (2018). De acordo os estudiosos (2018), o método consistiria na utilização de uma órtese dinâmica proprioceptiva, constituída por touca, colete, shorts e sapatos interligados por bandas elásticas e ganchos com o intuito de manter o alinhamento corporal. Uma vez que o corpo se encontra alinhado com o suporte, o cérebro começa a se reeducar, reconhecendo padrões de movimentos e atividades musculares adequadas.

No contexto do tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista, as terapias com *suits* são comumente empregadas quando há comprometimento motor associado ao transtorno, implicando dificuldade de coordenação motora ou *déficits* de equilíbrio. No entanto, a análise jurisprudencial dos precedentes do Superior Tribunal de Justiça revela um número considerável de litígios envolvendo a obrigatoriedade de cobertura destas modalidades terapêuticas pelas operadoras de saúde.

Conforme se verá a partir do estudo dos casos selecionados, grande parte das negativas de cobertura assistencial por parte das operadoras de planos de saúde gira em torno da natureza do equipamento utilizado nas sessões de *Therasuit* e *Pediasuit*. Isso porque, de acordo com o artigo 10, inciso VII, da Lei nº 9.656/1998, as operadoras não são obrigadas a custear próteses, órteses ou seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico, salvo se houver previsão contratual expressa em sentido contrário. Com base nesse dispositivo, os planos de saúde frequentemente sustentam que não há obrigação legal de cobertura dos trajes terapêuticos (*suits*), uma vez que esses não estariam associados a procedimentos cirúrgicos e seriam classificados como órteses de uso funcional ou auxiliar.

Portanto, para mapear o entendimento atual do Superior Tribunal de Justiça com relação à obrigatoriedade de cobertura dos métodos *Therasuit* e *Pediasuit* pelas operadoras de saúde, foi realizada pesquisa jurisprudencial diretamente no banco virtual de jurisprudências daquela

Corte, no dia 1º de novembro de 2025, a partir da combinação dos termos “transtorno do espectro autista” e “*pediasuit*”. Esta pesquisa resultou em 3 (três) julgados, sendo que as ementas de todos eles abordavam, tanto o método *pediasuit* quanto o *therasuit*. Destes acórdãos, 2 (dois) eram de relatoria do Ministro Raul Araújo, integrante da Quarta Turma do STJ, e apresentavam posicionamento desfavorável à obrigação de cobertura destas modalidades terapêuticas pela operadora de saúde. O outro julgado encontrado era de relatoria da ministra Daniela Teixeira da Terceira Turma e apresentava posicionamento favorável à cobertura das modalidades de *therasuit* e *pediasuit* pelas operadoras de saúde.

De início, a pesquisa realizada já demonstrava alguma divergência entre os entendimentos da Terceira e Quarta Turmas do Superior Tribunal de Justiça. Ocorre que, em análise dos fundamentos expostos no acórdão de relatoria da ministra Daniela Teixeira, foi verificado que o posicionamento adotado pela Terceira Turma tinha por fundamento um acórdão recentemente proferido pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, que é composta por todos os integrantes daquela seção e, portanto, possui peso jurisprudencial distinto.

A partir desta constatação, foi realizada busca direcionada aos precedentes da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, utilizando-se do critério de busca “*Therasuit*”, em 1 de novembro de 2025. A pesquisa resultou em três recursos especiais, sendo dois de relatoria da ministra Nancy Andrigui e um de relatoria do ministro João Otávio de Noronha. Portanto, para elaboração do presente capítulo, foram selecionados para a análise, dois destes julgados da Segunda Seção, sendo um de cada relatoria, bem como recurso especial nº 2.185.834/MT de relatoria da ministra Daniela Teixeira, que reforça a aplicabilidade do entendimento da Segunda Seção especificamente aos casos de pacientes com TEA.

O primeiro acórdão analisado foi extraído do REsp 2.185.834/MT, relatado pela Ministra Daniela Teixeira da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, em agosto de 2025. O caso concreto versava sobre recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão que manteve sentença condenatória de custeio de tratamento multidisciplinar pelo método *Therasuit*, prescrito a paciente diagnosticada com transtorno do espectro autista, sequela de Síndrome de West, atraso no desenvolvimento global, osteoporose e escoliose com gibosidade. A operadora de saúde fundamentou a insurgência na ausência de previsão do tratamento no Rol da ANS e alegou o caráter experimental do método terapêutico prescrito pelo médico assistente.

O Tribunal de Justiça do Mato Grosso negou provimento à apelação da operadora e manteve a sentença que determinou a cobertura integral do tratamento multidisciplinar prescrito. A Corte Estadual fundamentou sua decisão reconhecendo a relação de consumo entre as partes e afastando a alegação de caráter experimental da terapia, com base na prescrição médica especializada e na proteção ao direito fundamental à saúde e à dignidade da pessoa humana. O Tribunal de origem considerou abusiva a negativa de cobertura fundamentada exclusivamente na ausência de previsão no rol da ANS ou em alegação genérica de limitação contratual, uma vez que o tratamento se mostrava compatível com a cobertura da patologia e visava à efetividade terapêutica do plano de saúde contratado. Além disso, o acórdão estadual aplicou as Resoluções Normativas da ANS nº 469/2021 e nº 539/2022, que regulamentam a cobertura obrigatória de sessões ilimitadas com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de beneficiários portadores de transtorno do espectro autista e outros transtornos globais do desenvolvimento, estabelecendo que a operadora deve oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente.

O Superior Tribunal de Justiça não conheceu do recurso especial interposto pela operadora de saúde, mantendo integralmente a decisão favorável à cobertura do método *Therasuit*. A Ministra Relatora destacou inicialmente que a reforma do acórdão implicaria reanálise do conjunto fático-probatório e das cláusulas do contrato de plano de saúde, providência vedada em sede de recurso especial pelas Súmulas 5 e 7 do STJ. No entanto, o voto fundamentou-se não apenas neste óbice processual, mas também no mérito da controvérsia, trazendo importante precedente da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça.

A decisão destacou que a jurisprudência daquela Corte Superior teria se consolidado no sentido de que as operadoras não podem limitar os métodos terapêuticos indicados por profissionais habilitados quando a doença estiver coberta contratualmente. Especificamente quanto às denominadas "*suit* terapias", incluindo o método *Therasuit*, a Ministra Relatora fez expressa referência ao REsp 2.108.440/GO, julgado pela Segunda Seção sob a relatoria da Ministra Nancy Andrighi em abril de 2025, no qual foi afastada a natureza experimental dessas metodologias.

O precedente da Segunda Seção, mencionado no acórdão, seria aplicável tanto ao método *Pediasuit* quanto ao *Therasuit*. O voto vencedor daquele julgado destacou que o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) já reconheceu que as modalidades terapêuticas conhecidas comercialmente como *Pediasuit*, *Therasuit*, *Theratogs*,

entre outras, trazem avanço técnico-científico para a melhora da funcionalidade dos pacientes, sendo utilizadas atividades cinético-ocupacionais programadas e avaliadas pelo terapeuta ocupacional. O COFFITO reconheceu como atividade própria do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional a utilização de recursos, métodos e técnicas cinesioterapêuticos intensivos com vistas a restaurar a capacidade para a realização de tarefas por meio de treinamento funcional, incluindo o uso de vestes terapêuticas associadas a tensores.

O acórdão da Segunda Seção ressaltou ainda que o COFFITO, ao aprovar o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos por meio da Resolução 561/2022, após análise de evidência científica e análise técnico-financeira de custo operacional, elencou a cinesioterapia intensiva com vestes terapêuticas, como o protocolo *Pediasuit*, dentre as espécies de atendimento fisioterapêutico por meio de procedimentos, métodos ou técnicas manuais específicos. Ademais, restou consignado que o método possui registro vigente na Anvisa como suporte de posicionamento, o que afastaria definitivamente a alegação de se tratar de tratamento experimental.

A decisão da Segunda Seção também aplicou os parâmetros estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar por meio do artigo 17, parágrafo único, inciso I, da Resolução Normativa 465/2021, que regulamenta o artigo 10, inciso I, da Lei 9.656/1998, para concluir que a terapia pelo método *Therasuit* não pode ser considerada experimental porque não há norma expressa editada pelo CFM ou COFFITO que assim a defina, está elencada no Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos após análise de evidência científica pelo COFFITO, possui registro na Anvisa, sua eficácia é reconhecida pelo COFFITO, e a sua indicação para o tratamento de portador de transtorno do espectro autista não configura uso *off-label*.

O voto relator proferido pela Ministra Daniela Teixeira, na análise do caso concreto, foi acompanhada pelos Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro. O Superior Tribunal de Justiça, portanto, não conheceu do recurso especial interposto pela operadora de saúde, mantendo integralmente a decisão do tribunal de origem, no tocante à obrigatoriedade de cobertura do método *Therasuit*.

O segundo caso a ser analisado é o REsp 2.125.696/SP, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi, julgado pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, em abril de 2025. Trata-se de recurso especial de grande relevância jurídica, pois versou sobre tema controverso relacionado à obrigatoriedade de cobertura de terapias multidisciplinares pelos métodos *Bobath* e *Pediasuit*, além de hidroterapia, prescritos para tratamento de paciente menor diagnosticada

com paralisia cerebral. Embora o julgado não verse especificamente sobre a cobertura de tratamento multidisciplinar destinado a paciente com TEA, vale ressaltar que o primeiro julgado analisado neste capítulo demonstra que os julgados da Segunda Seção impactam diretamente na formação do entendimento daquela Corte, razão pela qual se justifica a análise dos fundamentos adotados.

O caso submetido à análise da Segunda Seção envolvia ação de obrigação de fazer, na qual a beneficiária pleiteava a cobertura de terapias multidisciplinares específicas, incluindo fisioterapia pelo método *Bobath*, sessões de *Pediasuit*, sessões semanais de fonoaudiologia, terapia ocupacional semanal, e hidroterapia três vezes por semana. A operadora de seu plano de saúde, no entanto, teria recusado a cobertura assistencial pleiteada pela beneficiária, alegando ausência de previsão no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar e caráter experimental dos tratamentos prescritos.

O Tribunal de Justiça de São Paulo deu provimento parcial à apelação interposta pela operadora de plano de saúde, reformando a sentença de primeiro grau que havia julgado totalmente procedente o pedido inicial. O acórdão estadual fundamentou-se no entendimento de que os métodos *Pediasuit* e *Bobath* não teriam eficácia comprovada e não seriam de cobertura obrigatória nos termos do artigo 10, inciso I, da Lei 9.656/1998, além de considerar que a hidroterapia igualmente não comportaria cobertura ante a falta de demonstração dos requisitos previstos no artigo 10, parágrafo 13, da Lei 9.656/1998, com a redação dada pela Lei 14.454/2022. O Tribunal de origem determinou, contudo, a manutenção da cobertura de sessões ilimitadas de fonoaudiologia, conforme a Resolução Normativa 469/2022 da ANS.

O julgamento pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça foi marcado por divergência entre os Ministros, tendo a Ministra Nancy Andrichi proferido voto no sentido de conhecer parcialmente do recurso especial e, nessa extensão, dar-lhe provimento para restabelecer a sentença de primeiro grau que determinou a cobertura de todos os tratamentos pleiteados. A Ministra Maria Isabel Gallotti, por sua vez, pediu vista dos autos e apresentou voto divergente, manifestando-se pelo desprovimento do recurso especial e manutenção integral do acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo que negou a cobertura dos métodos *Pediasuit*, *Bobath* e hidroterapia.

A Ministra Relatora Nancy Andrichi fundamentou seu voto inicialmente afastando a incidência da Súmula 211 do STJ em relação a diversos dispositivos legais que não teriam sido objeto de análise pelo Tribunal de origem por falta de pertinência temática com a controvérsia. No mérito da questão, a Ministra construiu extensa fundamentação sobre as alterações

regulamentares promovidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a partir de 2021, destacando especialmente o Comunicado ANS 92 de 9 de julho de 2021, a Resolução Normativa ANS 469 de 9 de julho de 2021, a Resolução Normativa ANS 539 de 23 de junho de 2022 e a Resolução Normativa ANS 541 de 11 de julho de 2022.

Segundo o voto da Ministra Relatora, dessas normas regulamentares e manifestações da ANS seria possível extrair duas conclusões fundamentais. A primeira, no sentido de que as sessões com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas seriam ilimitadas para todos os beneficiários de planos de saúde, independentemente da doença que os acomete. A segunda, de que a operadora deveria garantir a realização do procedimento previsto no rol da ANS e indicado pelo profissional assistente, cabendo ao prestador apto a executá-lo a escolha da técnica, método, terapia, abordagem ou manejo empregado.

Com base nessa interpretação, a Ministra Nancy Andriighi conclui que a ausência de previsão no rol da ANS de determinada técnica, método, terapia, abordagem ou manejo a ser utilizado pelo profissional habilitado a realizar o procedimento previsto no rol e indicado pelo médico assistente, em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação de seus respectivos conselhos, não afasta a obrigação de cobertura pela operadora e não justifica, por si só, a recusa de atendimento.

Especificamente quanto ao método *Pediasuit*, a Ministra Relatora destaca que o Conselho Federal de Medicina, no Parecer 14/2018, embora tenha registrado que não há parâmetros de superioridade do uso de métodos fisioterápicos que utilizam vestimentas especiais, em nenhum momento definiu o *Pediasuit* como tratamento clínico experimental, tampouco citou a existência de qualquer norma nesse sentido. Além disso, anota que o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por meio dos Acórdãos 38 de 26 de junho de 2015 e 11 de 2 de abril de 2019, bem como do Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos, teria reconhecido a eficácia da terapia pelo método *Pediasuit* e atribuído a fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais a competência para utilizá-lo durante o atendimento aos pacientes. A Ministra destacou ainda que o *Pediasuit* possui registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, como suporte de posicionamento, e não consta da lista de órteses e próteses não implantáveis elaborada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A Ministra Maria Isabel Gallotti, em extenso voto divergente, manifestou-se pela manutenção integral do acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo que negou a cobertura dos métodos *Pediasuit*, *Bobath* e hidroterapia. Em seu voto-vista, a Ministra Gallotti desenvolveu minuciosa análise técnica sobre a natureza e as características desses métodos terapêuticos,

destacando que os trajes ortopédicos especiais denominados *Pediasuit*, *Therasuit*, *Theratogs* e outros similares foram desenvolvidos a partir das vestimentas criadas para os astronautas russos nas missões espaciais da década de 1970, com a função de reduzir os efeitos negativos da ausência de gravidade.

A Ministra divergente ressaltou que o Parecer 14/2018 do Conselho Federal de Medicina concluiu que o uso de vestimentas especiais no tratamento fisioterápico não mostra resultado mais efetivo que o tratamento intensivo, registrando que estudos demonstraram que terapias intensivas, com ou sem vestimentas especiais, apresentam resultados semelhantes. Destacou ainda que diversas entidades médicas especializadas, incluindo a Sociedade Brasileira de Ortopedia Pediátrica e a Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, manifestaram-se no sentido de que as terapias propostas (*Therasuit* e *Pediasuit*) ainda carecem de evidência científica que lhes deem respaldo e devem ser entendidas apenas como intervenções experimentais.

A Ministra Maria Isabel Gallotti enfatizou que as notas técnicas elaboradas pelos Nat-Jus, nacional e estaduais, invariavelmente apresentam conclusões desfavoráveis às coberturas pleiteadas pelas operadoras de plano de saúde, pela precisa razão de não existir comprovação científica da superioridade dos métodos de alto custo *Pediasuit*, *Therasuit* e *Theratogs* em relação às modalidades tradicionais em fisioterapia ou terapia ocupacional desenvolvidas de forma intensiva. Citou especificamente a Nota Técnica 9.666 elaborada pelo NAT-JUS Nacional em agosto de 2020, que contém conclusão desfavorável ao custeio das terapias *Therasuit* ou *Pediasuit*, fundamentada na escassez de estudos robustos acerca do tema e na conclusão do Conselho Federal de Medicina de que tais terapias ainda carecem de evidência científica e devem ser entendidas apenas como intervenções experimentais.

A Ministra divergente concluiu que, ao contrário do defendido nas razões do recurso especial, as terapias com vestes especiais não apresentariam comprovação científica da superioridade em relação às terapias intensivas tradicionais e nem recomendação de entidades técnicas de renome nacional ou estrangeira, sendo incontroverso que não houve demonstração alguma de que outros métodos fisioterápicos seriam menos eficientes. Por essa razão, entendeu não se encontrarem configurados os parâmetros definidos pela Segunda Seção no julgamento dos EREsp 1.889.704/SP e 1.886.929/SP para, em caráter excepcional, admitir a cobertura pela operadora do plano de saúde de procedimentos indicados pelo médico assistente e não descritos no rol da ANS.

Não obstante o extenso e fundamentado voto divergente da Ministra Maria Isabel Gallotti, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, por maioria de sete votos a um, decidiu conhecer parcialmente do recurso especial e, nessa extensão, dar-lhe provimento para restabelecer a sentença de primeiro grau. Votaram com a Ministra Relatora Nancy Andrichi os Ministros João Otávio de Noronha, Humberto Martins, Raul Araújo, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi e Moura Ribeiro. Ficou vencida a Ministra Maria Isabel Gallotti. A Ministra Daniela Teixeira não participou do julgamento nos termos do artigo 162, § 4º, do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça.

Por fim, o último acórdão a ser estudado diz respeito aos Embargos de Declaração no Agravo Interno nos Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.933.013/SP, relatado pelo Ministro João Otávio de Noronha e julgado pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, em agosto de 2025. O caso concreto envolveu ação de obrigação de fazer ajuizada por beneficiária contra a operadora de seu plano de saúde, objetivando a cobertura de diversos tratamentos prescritos pelo médico assistente, com destaque para a fisioterapia intensiva pelo método *Therasuit* e a fonoterapia pelo método *Bobath*.

Embora inicialmente exitosa a demanda, a autora teve seu direito afastado em sede de embargos de divergência interpostos pela operadora de saúde, sob o fundamento de que tais métodos constituiriam tratamentos experimentais, carecendo de evidências científicas robustas que justificassem a obrigatoriedade de cobertura pelos planos de saúde. Essa conclusão baseava-se em notas técnicas do NAT-JUS Nacional e pareceres do Conselho Federal de Medicina que apontavam escassez de estudos consistentes acerca da eficácia dos protocolos terapêuticos em questão.

Contudo, em sede de embargos de declaração opostos pela autora, o Superior Tribunal de Justiça promoveu substancial revisão de seu entendimento, conferindo efeito infringente ao recurso. A Corte reconheceu que julgamentos recentes da Segunda Seção, especificamente os Recursos Especiais nº 2.125.696/SP e 2.108.440/GO, ambos relatados pela Ministra Nancy Andrichi, em abril de 2025, estabeleceram novo posicionamento sobre a matéria, afastando o caráter experimental dos métodos *Therasuit*, *Pediasuit* e *Bobath*.

O fundamento central desta nova orientação jurisprudencial reside na distinção entre o procedimento previsto no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o método ou técnica empregados pelo profissional habilitado para sua execução. Segundo o entendimento firmado, as operadoras de planos de saúde têm a obrigação de custear sessões de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em número ilimitado, conforme previsto no rol da ANS.

No entanto, a escolha da técnica, método, terapia, abordagem ou manejo a ser utilizado durante essas sessões constitui prerrogativa do profissional assistente, em conformidade com a legislação específica das profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos de classe.

Nessa perspectiva, a Segunda Seção sedimentou o entendimento de que os métodos *Therasuit* e *Bobath* não podem ser classificados como experimentais, considerando que o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) já reconheceu sua eficácia, atribuindo aos profissionais da área competência para sua utilização. Dentre as outras motivações já exploradas no julgado anterior, foi reconhecido que o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos teria incluído a cinesioterapia intensiva com vestes terapêuticas entre as espécies de atendimento fisioterapêutico, além de não haver norma do Conselho Federal de Medicina definindo tais tratamentos como experimentais.

Diante deste novo cenário jurisprudencial, o ministro relator acolheu os embargos de declaração, atribuindo-lhes efeitos infringentes, reformando integralmente a decisão anteriormente proferida para determinar que a operadora de plano de saúde custeasse as sessões de fisioterapia e terapia ocupacional com utilização dos protocolos *Pediasuit* e *Therasuit*, bem como as terapias multidisciplinares pelo método *Bobath*. A decisão foi unânime, acompanhando o relator os Ministros Nancy Andrichi, Humberto Martins, Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi, Moura Ribeiro e Daniela Teixeira, sob a presidência do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

A análise jurisprudencial empreendida neste capítulo evidencia um importante processo de amadurecimento e uniformização do entendimento do Superior Tribunal de Justiça acerca da cobertura de sessões de *Therasuit* e *Pediasuit* pelas operadoras de saúde. Conforme demonstrado, a trajetória jurisprudencial da Segunda Seção do STJ foi marcada por considerável divergência entre suas Turmas, especialmente quanto à qualificação das referidas metodologias como tratamentos experimentais e, conseqüentemente, quanto à obrigatoriedade de sua cobertura pelos planos de saúde. Essa divergência refletia-se não apenas em posicionamentos distintos sobre a natureza desses métodos terapêuticos, mas também nas diferentes interpretações conferidas aos requisitos legais estabelecidos pela Lei nº 14.454/2022 para a cobertura de tratamentos extra rol.

Cumprir observar que os recursos julgados pela Segunda Seção nos embargos de divergência não tratavam especificamente de pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista e, portanto, não estavam sendo analisados sob à ótica dos parâmetros fixados

pela Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS, que assegura tratamento e cobertura diferenciados aos pacientes com Transtornos Globais do Desenvolvimento. Esta particularidade contribuiu para que os julgamentos fossem marcados por debates consideravelmente mais amplos sobre a possibilidade de cobertura de tratamentos extra rol e o preenchimento dos requisitos legais previstos expressamente pela legislação superveniente.

De todo modo, verifica-se que em ambos os julgados recentes da Segunda Seção — REsp nº 2.125.696/SP e REsp nº 2.108.440/GO, ambos de abril de 2025 — prevaleceu o entendimento de que os métodos *Therasuit* e *Pediasuit* não são considerados experimentais, fundamentando-se tal conclusão no reconhecimento de eficácia pelos conselhos profissionais competentes, no registro dos materiais perante a ANVISA e na ausência de normatização que os classifique como experimentais. Esse posicionamento, centrado na distinção entre o procedimento previsto no rol da ANS e o método ou técnica empregados pelo profissional habilitado, reafirmou a tese de que a escolha terapêutica constitui prerrogativa técnica do profissional assistente, não cabendo à operadora recusar cobertura com base na metodologia adotada.

A uniformização deste entendimento pela Segunda Seção representa um novo marco na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, tendo em vista que, conforme identificado no início deste capítulo, havia significativa divergência de posicionamento entre as duas Turmas que a compõem. Tanto é que esta divergência foi formalmente declarada no julgamento dos casos da Segunda Seção aqui analisados, justificando precisamente a submissão da controvérsia ao órgão colegiado ampliado para fins de uniformização jurisprudencial.

O recente acórdão da Ministra Daniela Teixeira no REsp nº 2.185.834/MT, por sua vez, demonstra o impacto concreto dos referidos julgados da Segunda Seção para o enfrentamento de litígios que versem especificamente sobre a cobertura de tratamentos multidisciplinares para pacientes com transtorno do espectro autista. Este precedente sinaliza que a orientação firmada nos embargos de divergência tende a ser aplicada com ainda maior força nos casos envolvendo TEA, considerando a proteção diferenciada conferida pela RN 539/2022 e o reconhecimento da essencialidade de abordagens terapêuticas multidisciplinares e intensivas para este grupo.

A análise apresentada, portanto, conduz ao entendimento de que a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, aparentemente, evoluiu de um cenário de divergência para uma posição consolidada que privilegia a autonomia técnica dos profissionais assistentes e reconhece a obrigatoriedade de cobertura dos métodos terapêuticos *Therasuit* e *Pediasuit*, favorecendo indiretamente os interesses dos beneficiários diagnosticados transtorno do espectro

autista. Esta orientação jurisprudencial, ao afastar a classificação dos referidos métodos como experimentais e ao reconhecer a ilimitação das sessões terapêuticas previstas no rol da ANS, estabelece parâmetros mais seguros para a tutela jurisdicional do direito à saúde e para a efetivação dos tratamentos necessários ao desenvolvimento e à qualidade de vida dos pacientes com TEA.

3.2. Psicopedagogia, acompanhamento escolar e atendimento por profissionais da educação.

Conforme explorado nos capítulos anteriores, o tratamento multidisciplinar do transtorno do espectro autista caracteriza-se pela necessidade de envolvimento de uma variedade de profissionais e abordagens terapêuticas que atuam de forma integrada e complementar, com o objetivo de estimular o desenvolvimento neurológico do paciente ao máximo de suas potencialidades. Essa multiplicidade de intervenções justifica-se pela própria natureza deste transtorno, que se manifesta através de comprometimentos em diversas áreas do desenvolvimento humano, incluindo comunicação, interação social, comportamento, aspectos sensoriais e, significativamente, habilidades de aprendizagem. Cada uma dessas dimensões demanda estratégias específicas de intervenção, executadas por profissionais com formações distintas e complementares, que devem trabalhar coordenadamente para promover ganhos funcionais globais na vida do paciente.

Segundo Resende e Campos (2024), dentre as diversas áreas afetadas pelo transtorno, as dificuldades de aprendizagem representam um desafio particularmente relevante, uma vez que comprometem diretamente a capacidade da criança ou adolescente de desenvolver habilidades escolares básicas e se adaptar ao ambiente educacional. As manifestações do TEA frequentemente incluem *déficits* em atenção, memória, processamento de informações, abstração, raciocínio lógico, dentre outras habilidades cognitivas fundamentais para o processo de aprendizagem formal. Assim, as dificuldades de comunicação e interação social inerentes ao transtorno criam barreiras adicionais para a participação efetiva no contexto escolar, exigindo adaptações curriculares, estratégias pedagógicas diferenciadas e acompanhamento individualizado.

Por tais razões, o tratamento integral do paciente com transtorno do espectro autista, usualmente, não se restringe às terapias tradicionalmente reconhecidas como pertencentes ao campo da saúde, tais como fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e psicoterapia. A efetividade do tratamento multidisciplinar também demanda a inclusão de intervenções voltadas especificamente ao desenvolvimento das habilidades de aprendizagem e à adaptação

ao ambiente escolar, áreas de atuação nas quais se inserem a psicopedagogia, o acompanhamento terapêutico escolar e outras modalidades de apoio realizadas por profissionais com formação na interface entre saúde e educação.

A psicopedagogia constitui área de conhecimento que se dedica ao estudo dos processos de aprendizagem e suas dificuldades, atuando tanto na prevenção quanto na intervenção sobre os obstáculos que impedem ou dificultam a aquisição de conhecimentos. Segundo Katia Cilene da Silva (2012), autora do livro “introdução à psicopedagogia”, esta modalidade terapêutica busca compreender de forma global e integrada os processos cognitivos, emocionais, sociais, culturais e pedagógicos que interferem na aprendizagem do paciente, a fim de criar situações que resgatem e despertem o prazer de aprender. O profissional psicopedagogo, portanto, utiliza métodos e técnicas próprias para avaliar o funcionamento cognitivo do paciente, identificar suas potencialidades e limitações no processo de aprendizagem, e desenvolver estratégias terapêuticas individualizadas para superação das dificuldades detectadas.

O acompanhamento terapêutico escolar, por sua vez, consiste em modalidade de intervenção realizada por profissional especializado que acompanha o paciente no ambiente escolar, auxiliando-o na adaptação à rotina, na interação com colegas e professores. Segundo Coelho (2007), o papel do acompanhante terapêutico em ambiente escolar seria transitar entre o discurso pedagógico e o discurso terapêutico. Por sua vez, Ribeiro (2009), defende que os acompanhantes terapêuticos, em geral, seriam profissionais especialistas em uma abordagem clínica que se faz fora dos consultórios, ou seja, que aproveitam algum lugar do território que circunda seus pacientes para fazer destes, lugares terapêuticos.

Outros profissionais da área de educação também podem ser requisitados como parte do tratamento multidisciplinar, incluindo pedagogos especializados em educação especial, mediadores escolares com formação específica em transtornos do desenvolvimento, e profissionais de apoio educacional especializado. Essas intervenções, embora realizadas por profissionais cuja formação original situa-se no campo educacional, usualmente integram os planos terapêuticos prescritos aos beneficiários com TEA, visando o desenvolvimento de habilidades funcionais, adaptativas e de aprendizagem que são diretamente comprometidas pelo transtorno.

No entanto, os estudos jurisprudenciais realizados para os fins desta pesquisa revelam que a cobertura assistencial de tais modalidades de intervenção pelos planos de saúde tem sido objeto de grande litigiosidade. Conforme se verá, a partir da análise dos julgados do Superior Tribunal de Justiça, o principal argumento utilizado pelas operadoras para justificar a recusa de

cobertura repousa sobre o fato de que a psicopedagogia, o acompanhamento escolar e os atendimentos por profissionais da educação constituiriam atividades de natureza eminentemente pedagógica, que transcenderiam os limites do contrato de assistência à saúde e invadiriam a esfera de responsabilidade do sistema educacional. Segundo essa perspectiva, caberia ao sistema público ou privado de ensino prover os recursos necessários à educação da criança com TEA, não podendo tais custos ser transferidos para a operadora de plano de saúde sob o argumento de integrarem o tratamento multidisciplinar do transtorno.

As operadoras sustentam que os contratos de plano de saúde destinam-se a garantir cobertura de procedimentos médicos, hospitalares e de apoio terapêutico realizados por profissionais de saúde reconhecidos pelo sistema regulatório da área, não abrangendo serviços educacionais ou de apoio pedagógico. Argumentam que a psicopedagogia não seria regulamentada como profissão de saúde, inexistindo conselho profissional específico vinculado ao sistema de saúde, e que o acompanhamento escolar constitui modalidade de suporte educacional que deve ser provido pela instituição de ensino no âmbito de suas obrigações legais de inclusão de alunos com necessidades especiais. Alegam, ainda, que aceitar a cobertura dessas intervenções abriria precedente perigoso, podendo resultar na responsabilização dos planos de saúde por todo e qualquer tipo de apoio que o paciente com TEA necessite em seu processo de desenvolvimento e inclusão social.

Evidentemente, que a resistência das operadoras tem desencadeado intensa judicialização da matéria, havendo diversas ações judiciais ajuizadas por beneficiários diagnosticados com TEA buscando a condenação dos planos de saúde ao custeio de sessões de psicopedagogia e de acompanhamento terapêutico escolar. O estudo realizado demonstrou que a controvérsia já alcançou o Superior Tribunal de Justiça, que tem sido provocado a se manifestar sobre os limites da cobertura assistencial dos tratamentos multidisciplinares, notadamente com relação às sessões de psicopedagogia ou disponibilização de acompanhantes terapêuticos para ambiente escolar.

Com o objetivo de analisar o posicionamento adotado pelo Superior Tribunal de Justiça quanto à obrigatoriedade de cobertura do assistente terapêutico em ambiente escolar, foram realizadas buscas no banco de jurisprudência da Corte, no dia 21 de setembro de 2025. A primeira, utilizou a combinação dos termos “tratamento multidisciplinar” e “educacional”, resultando na identificação de dois acórdãos, ambos de relatoria do Ministro Moura Ribeiro, integrante da Terceira Turma do STJ. A segunda pesquisa contemplou os termos “tratamento

multidisciplinar” e “acompanhante terapêutico”, no entanto, não foi localizado nenhum acórdão a partir de tais critérios.

Por fim, a combinação dos termos “tratamento multidisciplinar” e “assistente terapêutico” resultou na identificação de três decisões adicionais, todas proferidas pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça. Dentre elas, duas são de relatoria da Ministra Daniela Teixeira e uma do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. No entanto, um dos acórdãos sob relatoria da Ministra Daniela Teixeira foi excluído da análise por tratar de paciente diagnosticado com síndrome de Down, situação que foge ao escopo do presente estudo, centrado no transtorno do espectro autista. Assim, para fins desta pesquisa, serão examinados três julgados – um de cada relatoria – a fim de verificar o posicionamento adotado pela Terceira Turma do STJ sobre a obrigatoriedade de cobertura de assistente terapêutico em ambiente escolar.

O Recurso Especial nº 2.192.617/RN, de relatoria da Ministra Daniela Teixeira, da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, foi julgado em junho de 2025. O caso concreto envolvia uma criança diagnosticada com transtorno do espectro autista que necessitava de tratamento multidisciplinar, pelo método ABA (*Applied Behavior Analysis*). A controvérsia central residia na definição dos limites da obrigação do plano de saúde em custear o tratamento com assistente terapêutico pelo método ABA, especificamente quanto aos ambientes em que deveria ser prestado: clínico, escolar e domiciliar. Subsidiariamente, discutia-se a cabimento de indenização por danos morais em razão da negativa parcial de cobertura.

O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte proferiu decisão reconhecendo parcialmente os direitos pleiteados pelo autor. O acórdão estadual reconheceu a obrigação da operadora em custear o tratamento multidisciplinar indicado para o paciente, incluindo expressamente o método ABA quando realizado em ambiente clínico. Contudo, o tribunal de origem afastou a obrigatoriedade de cobertura do tratamento em ambiente escolar e domiciliar, sob o fundamento de que tais modalidades de acompanhamento não se enquadram no âmbito da prestação de serviço de saúde prevista contratualmente, não guardando conexão com a natureza do contrato celebrado entre as partes. Ademais, o acórdão fixou indenização por danos morais no valor de cinco mil reais, considerando o sofrimento experimentado pelo paciente em virtude da negativa inicial de cobertura.

Irresignado com a decisão que afastou a cobertura nos ambientes escolar e domiciliar, o autor recorreu ao Superior Tribunal de Justiça, alegando ofensa à legislação federal, especialmente às disposições da Lei nº 12.764/2012, que instituiu a Política Nacional de

Proteção dos Direitos da Pessoa com transtorno do espectro autista, e da Lei nº 14.454/2022, que trouxe modificações à Lei dos Planos de Saúde.

O Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, não conheceu do recurso especial interposto, em aplicação da súmula 83 daquela Corte. A Ministra Relatora fundamentou sua decisão em três pilares essenciais. Primeiramente, destacou que a jurisprudência da Corte Superior é firme e unânime no sentido de que a cobertura de terapias multidisciplinares para pacientes com transtorno do espectro autista é obrigatória, inclusive quanto ao método ABA, desde que realizado em ambiente clínico e por profissionais habilitados da área da saúde. Ainda, ressaltou que a jurisprudência da Terceira Turma do STJ é igualmente unânime no sentido de que a cobertura contratual não se estende, salvo previsão expressa, ao acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar realizado por profissionais do ensino ou não habilitados pela área da saúde.

Em segundo lugar, a Ministra Daniela Teixeira consignou que a revisão do entendimento adotado pelo Tribunal de origem demandaria necessariamente o reexame do conjunto probatório dos autos e das cláusulas contratuais específicas do plano de saúde, providência vedada em sede de recurso especial conforme o disposto nas Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça. Tal análise implicaria em verificação pormenorizada das circunstâncias do caso concreto e das garantias contratuais estipuladas entre as partes, matéria afeta às instâncias ordinárias.

Por fim, a relatora aplicou a Súmula 83 do Superior Tribunal de Justiça, que veda o conhecimento de recurso especial quando o acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência consolidada da Corte Superior. No caso em análise, segundo o posicionamento da ministra relatora, a decisão do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte encontrava-se perfeitamente alinhada com o entendimento jurisprudencial da Corte Superior sobre os limites da cobertura de tratamento para transtorno do espectro autista, razão pela qual não havia fundamento para o conhecimento do recurso.

O segundo recurso analisado, foi o Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.144.824/RN, de relatoria do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, também Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, julgado em dezembro de 2024. O caso concreto versava sobre ação de obrigação de fazer proposta por beneficiário diagnosticado com TEA contra a operadora de seu plano de saúde. Discutia-se, naqueles autos, a obrigatoriedade de fornecimento pelo plano de saúde de terapia comportamental pelo método ABA (*Applied Behavior Analysis*), incluindo assistente terapêutico em ambiente escolar e domiciliar. O autor

argumentava que a correta aplicação da Ciência ABA pressupõe necessariamente sua extensão aos ambientes naturais da criança, como casa e escola, não podendo restringir-se apenas ao ambiente clínico.

O Tribunal de origem havia decidido pela inexistência de obrigatoriedade de cobertura da terapia pelo método ABA em ambientes escolar e domiciliar, reconhecendo apenas a obrigação de custeio quando o tratamento fosse realizado em ambiente clínico. Esta decisão estadual fundamentou-se no entendimento de que o acompanhamento terapêutico fora do ambiente clínico, especialmente quando realizado por profissionais do ensino, não se enquadra no âmbito da prestação de serviço de saúde prevista contratualmente.

Em decisão monocrática anterior, o Ministro Relator Ricardo Villas Bôas Cueva havia conhecido do recurso especial interposto pelo menor e negado-lhe provimento, concluindo que o acórdão estadual estava em harmonia com a jurisprudência da Corte Superior a respeito da inexistência de obrigatoriedade de fornecimento pelo plano de saúde de terapia comportamental pelo método ABA por assistente terapêutico em ambiente escolar e domiciliar. Irresignado com esta decisão monocrática, o menor interpôs agravo interno buscando a reforma ou a submissão da matéria ao colegiado da Terceira Turma.

O Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, negou provimento ao agravo interno, mantendo integralmente a decisão monocrática anterior. O Ministro Relator fundamentou que a agravante não trouxe argumentos capazes de infirmar a decisão combatida, reiterando o entendimento consolidado na Terceira Turma no sentido de que o custeio de tratamento multidisciplinar para beneficiário portador de transtorno do espectro autista não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar realizado por profissional do ensino.

Para fundamentar a decisão, o acórdão invocou precedentes relevantes da própria Terceira Turma. O acórdão fez referência ao Recurso Especial nº 2.064.964/SP, relatado pela Ministra Nancy Andrichi e julgado em fevereiro de 2024, que estabeleceu importantes parâmetros para a matéria. Naquela decisão, ficou consignado expressamente que obrigação de cobertura assistencial de tratamentos multidisciplinares pelas operadoras de saúde, salvo previsão contratual expressa, não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar e/ou domiciliar ou realizado por profissional do ensino.

A decisão colegiada acompanhou a jurisprudência já firmada na Corte, reconhecendo que embora os planos de saúde tenham a obrigação de custear tratamento multidisciplinar para pacientes com transtorno do espectro autista, incluindo terapias pelo método ABA, tal

obrigação restringe-se ao ambiente clínico e aos tratamentos realizados por profissionais habilitados da área da saúde. O acompanhamento terapêutico em ambientes escolares ou domiciliares, por envolver predominantemente aspectos pedagógicos e não clínicos, não se enquadra no objeto dos contratos de plano de saúde, salvo se houver previsão contratual expressa nesse sentido. A decisão foi tomada por unanimidade, com votos concordantes dos Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins e Moura Ribeiro, e presidência do julgamento pelo Ministro Humberto Martins.

O último recurso a ser analisado é o Agravo em Recurso Especial nº 2.833.886/BA, relatado pelo Ministro Moura Ribeiro e julgado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça em abril de 2025. O recurso foi interposto pela operadora de saúde contra beneficiário, autor da demanda. O caso concreto envolvia uma ação de obrigação de fazer na qual se discutia a obrigatoriedade de o plano de saúde custear tratamento multidisciplinar especializado para criança diagnosticada com transtorno do espectro autista. Especificamente, a controvérsia dizia respeito ao custeio de analista de comportamento e auxiliar terapêutico, profissionais cuja atuação foi qualificada pela operadora como tendo natureza educacional, e não de saúde.

O Tribunal de Justiça da Bahia havia decidido favoravelmente ao autor, julgando parcialmente procedente a ação ordinária de obrigação de fazer e determinando que o plano de saúde custeasse integralmente o tratamento multidisciplinar prescrito pelo médico assistente. O acórdão estadual reconheceu que a relação entre as partes é de natureza consumerista, estando sujeita às disposições do Código de Defesa do Consumidor, conforme a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça. O tribunal baiano destacou que a Lei nº 9.656/1998 estabelece coberturas mínimas que compreendem, dentre outros, tratamentos e procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Particularmente relevante para a fundamentação do acórdão estadual foi a invocação da Lei nº 12.764/2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com transtorno do espectro autista e assegurou expressamente o direito ao atendimento multiprofissional. O Tribunal de Justiça da Bahia consignou que a parte autora, sendo criança portadora de deficiência diagnosticada com transtorno do espectro autista, não poderia sofrer limitação ao tratamento multidisciplinar de que necessitava. Segundo o entendimento da corte estadual, a restrição severa de cobertura das terapias prescritas pelo médico assistente significaria, no caso específico, recusar a prestação do próprio tratamento, comprometendo a saúde do usuário e contrariando não apenas os princípios consumeristas, mas também os de atenção integral à saúde.

O tribunal baiano argumentou ainda que, sendo a assistência médica o objeto principal do contrato, impõe-se à operadora a prestação do serviço na melhor forma possível, por meio da disponibilização da melhor técnica para o tratamento do beneficiário, ainda que não previsto expressamente no contrato. Ressalvou, contudo, a análise de casos singulares em que eventualmente o valor do tratamento ou sua pequena disponibilização no mercado pudesse efetivamente desequilibrar a relação contratual em prejuízo da operadora e da massa de beneficiários, hipótese que não se verificava no caso concreto.

Irresignada com esta decisão, a operadora de saúde interpôs recurso especial alegando violação do artigo 10, parágrafo 4º, da Lei nº 9.656/1998, sustentando que não estava obrigada ao custeio de assistente terapêutico. O Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, conheceu do agravo e deu provimento ao recurso especial da operadora, reformando integralmente o acórdão do Tribunal de Justiça da Bahia.

O Ministro Relator Moura Ribeiro fundamentou sua decisão no entendimento consolidado da Terceira Turma do STJ no sentido de que o custeio de tratamento multidisciplinar para beneficiário portador de transtorno do espectro autista não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar realizado por profissional do ensino. Para sustentar esta posição, o julgado invocou importantes precedentes da própria Corte Superior.

O primeiro precedente citado foi o Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.144.824/RN, relatado pelo Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, analisado anteriormente, que tratou especificamente da obrigatoriedade de fornecimento pelo plano de saúde de terapia comportamental pelo método ABA por assistente terapêutico em ambiente escolar e domiciliar, concluindo pela inexistência de tal obrigatoriedade. O segundo precedente invocado foi o Recurso Especial nº 2.064.964/SP, relatado pela Ministra Nancy Andrighi, de fevereiro de 2024, também já mencionado anteriormente.

O Ministro Moura Ribeiro consignou que, porque os fundamentos adotados pelo acórdão recorrido estavam em dissonância com o entendimento firmado na Corte Superior, deveria ele ser reformado. Assim, o Superior Tribunal de Justiça conheceu do agravo para dar provimento ao recurso especial, afastando a obrigação imposta ao plano de saúde de custear analista de comportamento e auxiliar terapêutico, por considerar que tais profissionais têm natureza educacional e que a cobertura de tratamento multidisciplinar para TEA não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar. A decisão foi tomada por unanimidade, com votos concordantes dos Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins,

Ricardo Villas Bôas Cueva e Daniela Teixeira, sob a presidência do Ministro Humberto Martins.

A análise dos julgados permite concluir que a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça já consolidou entendimento jurisprudencial quanto à natureza jurídica dos serviços de acompanhante terapêutico prestados em ambiente escolar. Segundo essa orientação, tais serviços caracterizam-se como atividades essencialmente pedagógicas, voltadas à promoção da inclusão educacional e ao apoio no processo de aprendizagem, e não como procedimentos de natureza assistencial ou terapêutica propriamente dita. Trata-se, portanto, de um claro limite jurisprudencial à cobertura dos tratamentos multidisciplinares pelas operadoras de saúde.

Com relação à obrigatoriedade de custeio de sessões de psicopedagogia, foram realizadas novas pesquisas jurisprudenciais. Foram utilizados os termos de busca “transtorno do espectro autista” e “psicopedagogia”, em pesquisa realizada no dia 21 de setembro de 2025, a qual resultou na identificação de dez acórdãos. Dentre esses, dois foram excluídos: um por tratar de paciente que não era diagnóstico de transtorno do espectro autista e outro por ter sido proferido no ano de 2018, portanto anterior às alterações legislativas adotadas como marco teórico do presente estudo. Os oito acórdãos restantes foram analisados integralmente. No entanto, para os fins desta pesquisa, serão detalhados apenas os três julgados mais recentes, cada um sob relatoria distinta. Essa escolha justifica-se pelo fato de todos os acórdãos localizados terem sido proferidos pela Terceira Turma do STJ e apresentarem entendimento uniforme sobre a matéria, permitindo, assim, a representação do posicionamento da Corte por meio de uma amostragem reduzida e representativa.

O primeiro julgado analisado foi o Recurso Especial nº 2.209.972/SP, relatado pelo Ministro Moura Ribeiro e julgado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, em setembro de 2025. O recurso foi interposto pela operadora de saúde contra beneficiário, que figurava como autor da ação. O caso concreto versava sobre ação de obrigação de fazer na qual se discutia a obrigatoriedade de cobertura pelo plano de saúde de tratamento multidisciplinar para paciente diagnosticado com transtorno do espectro autista, incluindo especificamente sessões de psicopedagogia pelo método ABA.

O Tribunal de Justiça de São Paulo havia decidido parcialmente a favor do paciente, estabelecendo distinções quanto ao local e à forma de prestação do tratamento psicopedagógico. O acórdão estadual reconheceu que o método ABA está contemplado no Rol de Saúde Suplementar, sendo reconhecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e validado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, nos termos da

Resolução ANS nº 539/2022. Consequentemente, determinou que seria obrigatória a cobertura pelo plano de saúde de qualquer método ou técnica indicados por profissional de saúde responsável pelo tratamento de pessoas com TEA, sem limites de sessões.

No entanto, especificamente quanto à psicopedagogia, o Tribunal paulista fundamentou que apenas a cobertura da psicopedagogia derivada da psicologia e realizada em âmbito clínico deveria ser imposta à operadora, pois condizente com os serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde. Excetuaram-se expressamente aqueles tratamentos realizados em ambiente escolar ou doméstico e aqueles prestados por profissionais da área da educação e acompanhante terapêutico, por estarem apartados da natureza clínica ou ambulatorial inerente aos tratamentos cujas coberturas são obrigatórias.

Irresignada com esta decisão, a operadora interpôs recurso especial alegando violação dos artigos 1º, inciso I, e 10, parágrafo 12, ambos da Lei nº 9.656/1998, sustentando não estar legal ou contratualmente obrigada a custear o tratamento relativo às sessões de psicopedagogia. O Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, negou provimento ao recurso especial da operadora, mantendo integralmente o acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo.

O Ministro Relator Moura Ribeiro fundamentou sua decisão no entendimento consolidado do STJ de que a psicopedagogia integra as sessões de psicologia, sendo considerada especialidade da psicologia conforme dispõe a Resolução nº 14/2000 do Conselho Federal de Psicologia, não se justificando a exclusão da modalidade do tratamento prescrito. Para sustentar esta conclusão, o julgado invocou diversos precedentes relevantes da Corte Superior.

O primeiro precedente citado foi o Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.122.472/SP, relatado pelo Ministro Humberto Martins e julgado em outubro de 2024, que reconheceu a obrigatoriedade de custeio de diversas terapias multidisciplinares para o tratamento de TEA, incluindo musicoterapia, hidroterapia, equoterapia e psicopedagogia realizada por psicólogo. Aquele julgado consignou expressamente que a psicopedagogia deve ser considerada como contemplada nas sessões de psicologia, as quais são de cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras de planos de saúde, especialmente no tratamento multidisciplinar do beneficiário portador de transtorno do espectro autista, ressaltando, contudo, que tal obrigação não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar e/ou domiciliar ou realizado por profissional do ensino.

O segundo precedente invocado foi o Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial nº 2.479.197/SP, relatado pelo Ministro Marco Aurélio Bellizze e julgado em setembro de 2024, que perfilhou o entendimento daquela Corte no sentido de que a psicopedagogia, por integrar as sessões de psicologia, possui cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras de plano de saúde, notadamente no tratamento multidisciplinar do beneficiário portador de transtorno do espectro autista, aplicando a Súmula 83 do STJ.

Por fim, foi feita menção ao Recurso Especial nº 2.064.964/SP, relatado pela Ministra Nancy Andrichi, de fevereiro de 2024, que estabeleceu os parâmetros fundamentais para a matéria. Aquele julgado reconheceu que, a despeito da ausência de regulamentação legal, a atuação do psicopedagogo é reconhecida como ocupação pelo Ministério do Trabalho sob o código 2394-25 da Classificação Brasileira de Ocupações (família dos programadores, avaliadores e orientadores de ensino) e é também considerada especialidade da psicologia pela Resolução nº 14/2000 do Conselho Federal de Psicologia. O precedente estabeleceu que a psicopedagogia deve ser considerada como contemplada nas sessões de psicologia, as quais são de cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras de planos de saúde, especialmente no tratamento multidisciplinar do beneficiário portador de transtorno do espectro autista, ressaltando expressamente que tal obrigação não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar e/ou domiciliar ou realizado por profissional do ensino.

O Ministro Moura Ribeiro consignou que, porque os fundamentos adotados pelo acórdão estadual estavam em consonância com o entendimento firmado na Corte Superior, deveria ele ser mantido. Assim, o Superior Tribunal de Justiça negou provimento ao recurso especial, confirmando a obrigação do plano de saúde de custear sessões de psicopedagogia quando realizadas em ambiente clínico por profissionais da área da saúde, notadamente psicólogos especializados. A decisão foi tomada por unanimidade, com votos concordantes dos Ministros Daniela Teixeira, Nancy Andrichi, Humberto Martins e Ricardo Villas Bôas Cueva, sob a presidência do Ministro Humberto Martins.

O segundo recurso analisado foi o Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.122.472/SP, julgado em outubro de 2024, sob a relatoria do Ministro Humberto Martins, da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça. O caso concreto envolvia beneficiário diagnosticado com TEA, para quem foi prescrito tratamento multidisciplinar pelo método ABA, incluindo psicopedagogia, musicoterapia, hidroterapia e equoterapia, cuja cobertura foi negada pela operadora de saúde.

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, ao apreciar a demanda, julgou parcialmente procedente o pedido do autor, determinando a inclusão da psicopedagogia, musicoterapia, hidroterapia e equoterapia no tratamento a ser autorizado e custeado pela operadora. Todavia, o tribunal paulista afastou a condenação da operadora ao custeio da aplicação da terapia ABA em sala de aula, reconhecendo sua natureza pedagógico-educacional, a qual não seria abrangida pelo contrato de plano de saúde. A decisão fundamentou-se na plausibilidade do direito invocado pela beneficiária e na necessidade de continuidade do tratamento, reconhecendo a aplicabilidade da taxatividade mitigada do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A operadora de saúde interpôs Recurso Especial questionando a decisão do tribunal estadual, argumentando que os tratamentos pleiteados e deferidos, como musicoterapia, hidroterapia e equoterapia, além de não estarem inseridos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar, não preencheriam os requisitos necessários para sua excepcional cobertura, pois sequer possuiriam eficácia comprovada. A recorrente sustentou ainda que não estaria obrigada a custear psicopedagogia, por não se tratar de serviço de saúde, mas escolar. Diante da decisão monocrática que negou provimento ao recurso especial, a operadora interpôs agravo interno, renovando suas alegações e pugnando pela reforma do julgado.

O Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, negou provimento ao agravo interno, mantendo integralmente a decisão monocrática que havia desprovido o recurso especial. O ministro relator fundamentou a decisão no entendimento consolidado pela jurisprudência mais recente da Corte, que reconhece a obrigatoriedade de custeio de terapias envolvendo equipes multidisciplinares para o tratamento de TEA, inclusive no que diz respeito especificamente à prescrição de equoterapia, musicoterapia e hidroterapia, todos reconhecidos como métodos eficazes para tratamento de transtornos globais do desenvolvimento.

A decisão do STJ amparou-se nas premissas estabelecidas pela Segunda Seção nos Embargos de Divergência em Recursos Especiais números 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, que consolidaram o entendimento de que o rol de procedimentos da ANS possui natureza taxativa mitigada. Segundo esse entendimento, não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que preenchidos determinados requisitos, entre os quais a comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências e recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais e estrangeiros.

Relativamente à psicopedagogia, o Superior Tribunal de Justiça reiterou o entendimento firmado no Recurso Especial nº 2.064.964/SP de que a psicopedagogia deve ser considerada como contemplada nas sessões de psicologia, as quais, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, são de cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras de planos de saúde, especialmente no tratamento multidisciplinar do beneficiário portador de transtorno do espectro autista. Contudo, a Corte Superior estabeleceu distinção ao consignar que essa obrigação, salvo previsão contratual expressa, não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar, nem ao realizado por profissional do ensino. O acórdão reconheceu que o Tribunal de origem havia se alinhado corretamente a esse entendimento ao determinar a obrigatoriedade do custeio de psicopedagogia quando parte do tratamento com psicólogo, mas afastando a obrigação de custeio da aplicação do método ABA em atendimento terapêutico escolar, em razão de sua natureza pedagógico-educacional. Dessa forma, o Superior Tribunal de Justiça manteve a decisão do tribunal estadual, confirmando a obrigatoriedade de cobertura das terapias multidisciplinares prescritas para o tratamento do menor com TEA, ressalvando apenas as intervenções de natureza estritamente pedagógica em ambiente escolar.

O último julgado analisado foi o Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial nº 2.479.197/SP, de relatoria do Ministro Marco Aurélio Bellizze, da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, julgado em setembro de 2024. O acórdão examinou controvérsia envolvendo operadora de plano de saúde e beneficiário menor de idade portador de transtorno do espectro autista. O caso concreto dizia respeito à negativa de cobertura, por parte da operadora de saúde, de sessões de psicopedagogia prescritas como parte do tratamento multidisciplinar do autor.

A operadora de plano de saúde fundamentou sua recusa na alegação de que a psicopedagogia não estava prevista no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, sustentando que se trataria de procedimento de caráter educacional e não de tratamento de saúde propriamente dito, o que reforçaria a necessidade de afastamento da obrigação de cobertura. Defendeu, ainda, que deveriam ser respeitadas as disposições contratuais diante da inviabilidade de cobertura de tratamento não incluído expressamente no rol regulatório.

O Tribunal de origem, ao apreciar a demanda, reconheceu a obrigatoriedade de a operadora do plano de saúde cobrir o tratamento de psicopedagogia requerido pelo autor portador de transtorno do espectro autista, considerando indevida a negativa de cobertura. A decisão estadual compreendeu que a psicopedagogia integra o conjunto de terapias necessárias

ao tratamento multidisciplinar de pacientes com TEA, devendo ser assegurada pela operadora independentemente de previsão expressa no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Ao analisar o recurso especial interposto pela operadora, o Superior Tribunal de Justiça manteve integralmente a decisão do Tribunal de origem, negando provimento ao agravo interno. O relator consignou que a Corte Superior perfilha entendimento consolidado de que a psicopedagogia, por integrar as sessões de psicologia, possui cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras de plano de saúde, notadamente no tratamento multidisciplinar do beneficiário portador de transtorno do espectro autista, aplicando-se à hipótese a Súmula 83 do STJ, que impede o conhecimento de recurso quando a decisão recorrida está em conformidade com a jurisprudência dominante do Tribunal.

A fundamentação do acórdão destacou, inclusive, um precedente da Quarta Turma no qual se reconheceu que a psicopedagogia integra as sessões de psicologia, sendo considerada especialidade da psicologia conforme dispõe a Resolução nº 14/2000 do Conselho Federal de Psicologia, não se justificando a exclusão dessa modalidade do tratamento prescrito. O Superior Tribunal de Justiça enfatizou que, embora a psicopedagogia careça de regulamentação legal específica, a atuação do psicopedagogo é reconhecida como ocupação pelo Ministério do Trabalho.

O voto do relator também trouxe referência ao Recurso Especial nº 2.064.964/SP, julgado pela Ministra Nancy Andrigli, no qual a Terceira Turma consolidou o entendimento de que a psicopedagogia há de ser considerada como contemplada nas sessões de psicologia, as quais, de acordo com a ANS, são de cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras de planos de saúde, especialmente no tratamento multidisciplinar do beneficiário portador de transtorno do espectro autista. Esse precedente estabeleceu, contudo, ressalva importante ao esclarecer que tal obrigação, salvo previsão contratual expressa, não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar e/ou domiciliar ou realizado por profissional do ensino.

A decisão colegiada, portanto, rejeitou integralmente a tese defendida pela operadora de que a psicopedagogia teria natureza exclusivamente educacional, reconhecendo sua dimensão terapêutica quando integrada ao tratamento multidisciplinar de pacientes com transtorno do espectro autista, desde que prescrita por profissional da saúde habilitado e realizada em contexto clínico. O julgamento foi unânime, com votos acompanhando o relator proferidos pelos Ministros Nancy Andrigli, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro.

A análise dos referidos julgados permite concluir que o Superior Tribunal de Justiça consolidou entendimento jurisprudencial firme quanto à obrigatoriedade de cobertura das sessões de psicopedagogia pelas operadoras de planos de saúde. A Corte Superior fundamenta essa orientação no reconhecimento de que a psicopedagogia constitui especialidade da psicologia, conforme estabelecido pela Resolução nº 14/2000 do Conselho Federal de Psicologia, devendo ser considerada como contemplada nas sessões de psicologia, as quais são de cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras, especialmente no tratamento multidisciplinar de beneficiários portadores de transtorno do espectro autista.

Não obstante, a fim de manter coerência com o posicionamento segundo o qual atividades de natureza essencialmente pedagógica não integram a obrigação das operadoras de saúde, o STJ tem estabelecido importante delimitação ao dever de cobertura da psicopedagogia, restringindo-o ao âmbito clínico-terapêutico. Dessa forma, a jurisprudência consolida-se no sentido de que a obrigação de custeio, salvo previsão contratual expressa, não se estende ao acompanhamento psicopedagógico realizado em ambiente escolar e/ou domiciliar ou executado por profissional do ensino, distinguindo nitidamente as intervenções terapêuticas, de responsabilidade das operadoras, das ações de suporte educacional, cuja prestação incumbe às instituições de ensino e ao poder público.

O Recurso Especial nº 2.064.964/SP, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi, parece ter sido emblemático para a compreensão do posicionamento adotado pela Corte Superior sobre a matéria, na medida em que foi expressamente mencionado em todos os votos analisados, servindo como precedente orientador das decisões subsequentes. A reiterada citação desse julgado evidencia sua relevância na consolidação da tese que, ao mesmo tempo em que reconhece a natureza terapêutica da psicopedagogia quando integrada ao tratamento multidisciplinar prescrito por profissional habilitado, estabelece limites espaciais e funcionais à obrigação das operadoras, excluindo de sua responsabilidade as atividades realizadas em contexto predominantemente educacional.

Embora a presente análise tenha se concentrado em julgados proferidos pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, cumpre registrar que o último acórdão examinado fez expressa menção a precedente da Quarta Turma que perfilha idêntico posicionamento sobre a matéria. Essa convergência interpretativa entre as Turmas que compõem a Segunda Seção da Corte Superior permite afirmar que o STJ possui entendimento pacífico quanto à obrigatoriedade de cobertura das sessões de psicopedagogia em âmbito clínico.

3.3. Atendimento em ambiente natural (domiciliar ou escolar)

As terapias multidisciplinares destinadas ao tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista caracterizam-se, em geral, por uma elevada carga horária semanal, exigindo abordagens contínuas e integradas. Conforme exposto no capítulo anterior, tais terapias não se limitam ao ambiente clínico tradicional, sendo frequentemente estendidas para contextos naturais do paciente, como o ambiente domiciliar e o escolar, de modo a favorecer a generalização de habilidades e o desenvolvimento funcional da criança em seus espaços de convivência cotidiana.

Contudo, a realização de sessões terapêuticas fora do ambiente clínico tem gerado controvérsias relevantes no âmbito da saúde suplementar. A principal controvérsia reside na obrigação das operadoras de planos de saúde em custear terapias realizadas em ambiente domiciliar ou escolar, o que tem dado origem a inúmeros litígios judiciais.

Para a elaboração do presente capítulo, foi realizada pesquisa jurisprudencial junto ao banco de dados do Superior Tribunal de Justiça, utilizando-se os termos “tratamento multidisciplinar” AND “ambiente escolar”. A busca, realizada em 27 de setembro de 2025, teve como objetivo identificar o posicionamento da Corte quanto à obrigatoriedade de cobertura de terapias realizadas em contextos naturais. Como resultado, foram localizados oito acórdãos. No entanto, dois desses julgados foram excluídos da análise por tratarem de pacientes não diagnosticados com transtorno do espectro autista, o que foge dos contornos específicos do presente estudo.

Dos seis acórdãos remanescentes, todos foram proferidos pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, evidenciando certa uniformidade na abordagem do tema por aquele órgão colegiado. Diante disso, para exposição representativa dos argumentos jurídicos frequentemente adotados pelos ministros, foram selecionados três julgados de relatorias distintas, que serão examinados ao longo deste capítulo.

O primeiro recurso analisado foi o Recurso Especial nº 2.192.617/RN, de relatoria da Ministra Daniela Teixeira, da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, julgado em junho de 2025. O acórdão apreciou controvérsia relacionada à obrigatoriedade de cobertura de tratamento multidisciplinar para menor diagnosticado com transtorno do espectro autista, especialmente quanto à aplicação do método ABA em diferentes ambientes. O caso concreto envolvia beneficiário que buscava o reconhecimento do direito à cobertura integral do tratamento prescrito em laudo médico, incluindo fonoaudiologia especializada em linguagem e

certificada em PROMPT, psicomotricidade com fisioterapeuta, terapia ocupacional com integração sensorial, psicopedagogia pelo método ABA e psicologia ABA clínico, pleiteando especificamente a extensão do tratamento para ambientes escolar e domiciliar.

O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, ao julgar a apelação interposta por ambas as partes, proferiu decisão que manteve parcialmente a sentença de procedência, reconhecendo a obrigação da operadora de saúde em custear o tratamento multidisciplinar indicado ao autor, pelo método ABA, porém limitando a cobertura obrigatória ao ambiente clínico. O acórdão estadual fundamentou-se no entendimento de que, embora haja obrigatoriedade do plano contratado em custear o tratamento multidisciplinar, deve haver equilíbrio com as normas contratuais pré-estabelecidas, não sendo plausível obrigar o plano de saúde a arcar com procedimentos que não apresentam conexão com a natureza contratual. Dessa forma, a corte estadual afastou a obrigatoriedade de cobertura do assistente terapêutico em ambiente escolar e domiciliar, determinando que as sessões de terapia pelo método ABA fossem realizadas em ambiente clínico, por considerar que este se adequa à natureza e ao objeto do contrato celebrado entre as partes, sendo legítima a negativa para os demais ambientes.

O tribunal de origem também deferiu o pedido de indenização por danos morais, fixando o montante em cinco mil reais, considerando inegável o sofrimento, a dor e o desespero experimentados pela parte autora em virtude da ausência de profissionais habilitados no plano para suportar o atendimento, bem como a falta de certificações dos profissionais. A decisão estabeleceu ainda que, caso a terapia não fosse fornecida pelas clínicas credenciadas, o reembolso seria integral. A fundamentação do acórdão amparou-se na aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, na legislação específica sobre saúde suplementar, especialmente a Lei nº 9.656/1998 com as alterações promovidas pela Lei nº 14.454/2022, e na Lei nº 12.764/2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com transtorno do espectro autista, a qual prevê atenção integral às necessidades de saúde com atendimento multiprofissional.

O autor interpôs Recurso Especial com fundamento no artigo 105, inciso III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal, alegando ofensa à lei federal e à jurisprudência, especialmente quanto ao reconhecimento dos direitos previstos na Lei nº 12.764/2012 e na Lei nº 14.454/2022. O recorrente sustentou que a decisão do tribunal estadual teria sido equivocada ao excluir a obrigatoriedade de custeio do tratamento com assistente terapêutico pelo método ABA em ambiente escolar e domiciliar, argumentando que a prescrição médica deveria prevalecer e que a negativa parcial de cobertura constituiria falha na prestação de serviços. A pretensão recursal

visava à reforma do acórdão para garantir o custeio integral do tratamento conforme prescrição médica, incluindo a aplicação do método ABA nos âmbitos escolar, domiciliar e de consultório.

O Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, decidiu por não conhecer do Recurso Especial. A Ministra Relatora fundamentou a decisão em dois pilares principais. O tribunal superior entendeu que o acórdão recorrido encontra-se em consonância com a jurisprudência consolidada do STJ sobre o tema, atraindo a aplicação da Súmula 83 do próprio tribunal. A decisão reiterou o entendimento firmado pela Terceira Turma no sentido de que o custeio de tratamento multidisciplinar para beneficiário com transtorno do espectro autista não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar, ou ao acompanhamento realizado por profissional do ensino. A Ministra Relatora citou precedentes da Corte, incluindo o Recurso Especial nº 2.064.964/SP de relatoria da Ministra Nancy Andrighi, que estabeleceu que a psicopedagogia deve ser considerada como contemplada nas sessões de psicologia, sendo de cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras de planos de saúde, especialmente no tratamento multidisciplinar do beneficiário portador de transtorno do espectro autista, ressaltando que essa obrigação, salvo previsão contratual expressa, não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar realizado por profissional do ensino.

O acórdão também fez menção ao Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.122.472/SP, julgado pelo Ministro Humberto Martins, que igualmente reconheceu a obrigatoriedade de custeio de terapias multidisciplinares para tratamento de TEA, incluindo equoterapia, musicoterapia e hidroterapia, mas manteve a limitação quanto ao ambiente de prestação dos serviços. Dessa forma, o Superior Tribunal de Justiça manteve integralmente o acórdão do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, que havia reconhecido a obrigação de cobertura do tratamento em ambiente clínico, afastado a extensão para ambientes escolar e domiciliar, e fixado indenização por danos morais no valor de cinco mil reais em razão da negativa parcial de cobertura.

O segundo julgado analisado foi o Recurso Especial nº 2.192.589/PB, de relatoria do Ministro Moura Ribeiro, da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, analisado em fevereiro de 2025. O caso concreto dizia respeito à pretensão do beneficiário de obter cobertura para serviços de analista de comportamento e auxiliar terapêutico, profissionais que realizariam acompanhamento tanto em ambiente domiciliar quanto escolar, aplicando o método ABA de intervenção comportamental.

O autor fundamentou sua pretensão alegando violação aos artigos 2º e 3º da Lei nº 12.764/2012 e ao artigo 10 da Lei nº 9.656/1998, sustentando que teria direito ao atendimento

multiprofissional. Argumentou que o acompanhamento terapêutico a todas as pessoas com transtorno do espectro autista deve ser realizado em todos os ambientes e durante todos os momentos vivenciados pelo autista, visando a uma melhor evolução e desenvoltura psicológica nos mais diversos recintos. Defendeu que o assistente terapêutico funciona como ferramenta que almeja promover a autonomia e a reinserção social do paciente, bem como uma melhora na organização subjetiva, permitindo que se desenvolva concomitantemente às diversas mudanças vivenciadas.

O Tribunal de Justiça da Paraíba, ao examinar a demanda em sede de apelação, reformou a decisão de primeiro grau para afastar a obrigatoriedade de cobertura pela operadora do plano de saúde. A Corte estadual consignou expressamente que não seria da competência do plano de saúde o custeio de assistente terapêutico e analista de comportamento para portador de TEA, porquanto tais atividades profissionais teriam natureza educacional, fugindo do escopo do contrato de seguro-saúde firmado entre as partes. O acórdão fundamentou-se em precedente do próprio Tribunal paraibano que havia estabelecido não ser de competência do plano de saúde o custeio do assistente terapêutico acompanhante do período escolar, pois a recomendação possui natureza educacional, extrapolando os limites do contrato.

O Tribunal de origem destacou ainda que tal medida seria de responsabilidade da escola, por determinação legal prevista no parágrafo primeiro do artigo 28 da Lei nº 13.146/2015 e no artigo 3º da Lei Federal nº 12.764/2012, que impõem às instituições de ensino a obrigação de ofertar serviço especializado para a criança portadora de transtorno do espectro autista. A mesma lógica foi aplicada em relação ao auxiliar terapêutico em ambiente domiciliar, compreendendo-se que tais serviços não integrariam o rol de obrigações assistenciais das operadoras de planos de saúde.

Ao analisar o recurso especial interposto pelo beneficiário, o Superior Tribunal de Justiça negou provimento ao recurso, mantendo integralmente a decisão do Tribunal de origem. O relator consignou que a Corte Superior possui jurisprudência consolidada no sentido de que o custeio de tratamento multidisciplinar para beneficiário portador de transtorno do espectro autista não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar realizado por profissional do ensino. O relator afirmou, portanto, que os fundamentos adotados pelo acórdão recorrido estavam em consonância com o entendimento firmado na jurisprudência daquela Corte Superior.

O voto do relator trouxe importantes precedentes da Terceira Turma que corroboram essa orientação. Citou-se o Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.144.824/RN, de relatoria

do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, no qual se reafirmou que a Terceira Turma firmou entendimento no sentido de que o custeio de tratamento multidisciplinar para beneficiário portador de transtorno do espectro autista não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar realizado por profissional do ensino, especificamente no contexto da discussão sobre a obrigatoriedade de fornecimento pelo plano de saúde de terapia comportamental pelo método ABA por assistente terapêutico em ambiente escolar e domiciliar.

O julgado também fez menção expressa ao já referido Recurso Especial nº 2.064.964/SP, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi, considerado paradigmático na matéria. Esse precedente estabeleceu distinção fundamental ao reconhecer que, embora a psicopedagogia deva ser considerada como contemplada nas sessões de psicologia, sendo de cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras de planos de saúde no tratamento multidisciplinar do beneficiário portador de transtorno do espectro autista, tal obrigação, salvo previsão contratual expressa, não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar e/ou domiciliar ou realizado por profissional do ensino.

A decisão revela, portanto, a aplicação do mesmo critério distintivo utilizado pela jurisprudência da Terceira Turma para delimitar as fronteiras entre as obrigações assistenciais das operadoras de planos de saúde e as responsabilidades educacionais das instituições de ensino. O julgamento foi unânime, com votos acompanhando o relator proferidos pelos Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e pelo Desembargador convocado Carlos Cini Marchionatti.

Por fim, foi analisado o Recurso Especial nº 2.064.964/SP, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, julgado em fevereiro de 2024. O recurso examinou controvérsia de relevância envolvendo os limites da obrigação de cobertura assistencial pelas operadoras de planos de saúde. O caso concreto envolvia menor portador de transtorno do espectro autista ao qual foi prescrito, por seu médico assistente, tratamento multidisciplinar que incluía sessões de fonoaudiologia, psicologia pelo método ABA, terapia ocupacional com integração sensorial, psicopedagogia, psicomotricidade, musicoterapia e equoterapia, todas por tempo indeterminado.

A operadora de plano de saúde negou a cobertura de grande parte das terapias prescritas, alegando que não estariam previstas no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Especificamente quanto à psicopedagogia, sustentou tratar-se de modalidade não médico-hospitalar, caracterizando-se como objeto completamente estranho às coberturas abrangidas pelo plano de saúde, por possuir natureza essencialmente educacional e não

assistencial. Relativamente à musicoterapia e à equoterapia, argumentou que seriam modalidades terapêuticas alternativas, sem previsão no rol da ANS e sem eficácia cientificamente comprovada.

O Tribunal de Justiça de São Paulo, ao apreciar a demanda, julgou parcialmente procedente o pedido, determinando o custeio integral do tratamento médico prescrito, mas estabelecendo importante ressalva quanto às modalidades terapêuticas consideradas alternativas. A Corte estadual admitiu a exclusão de cobertura da musicoterapia e da equoterapia, fundamentando-se na ausência de previsão no rol da ANS e no caráter alternativo dessas terapias. O acórdão determinou ainda que o custeio integral de tratamento com profissionais não credenciados deveria ser realizado somente em caso de absoluta ausência de indicação de profissional conveniado, com pagamento direto ao prestador de serviço de saúde, nos termos da Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS.

Inconformadas com a decisão, tanto a operadora de plano de saúde quanto o beneficiário interpuseram recursos especiais. A operadora sustentou que o contrato firmado entre as partes não previa cobertura para tratamento fora do rol da ANS, que deveria ser considerado taxativo e não meramente exemplificativo. Argumentou especificamente que a cobertura de psicopedagogia, identificada como acompanhante terapêutico em ambiente escolar e/ou domiciliar, não estaria contemplada no rol de procedimentos e eventos em saúde e, portanto, não possuiria cobertura obrigatória. Enfatizou que a atividade de psicopedagogia se trataria de modalidade não médico-hospitalar, constituindo objeto completamente estranho às coberturas abrangidas pelo plano de saúde. O beneficiário, por sua vez, recorreu para questionar a exclusão da cobertura de equoterapia e musicoterapia, sustentando que tais tratamentos possuíam eficácia científica comprovada e eram reconhecidos por conselhos de classe e pelo Ministério da Saúde.

Ao analisar os recursos especiais, o Superior Tribunal de Justiça conheceu parcialmente de ambos e, nessa extensão, deu-lhes provimento parcial, reformando o acórdão recorrido em aspectos distintos. A decisão da Ministra Nancy Andrighi tornou-se paradigmática por estabelecer com clareza os contornos da obrigação de cobertura de terapias multidisciplinares para portadores de transtorno do espectro autista, especialmente no que concerne à distinção entre o ambiente clínico e os ambientes escolar e domiciliar.

O voto condutor estabeleceu contornos fundamentais ao constatar que a atuação do psicopedagogo se localiza na interseção de duas áreas do conhecimento intimamente relacionadas: a saúde e a educação. A partir dessa constatação, o acórdão desenvolveu

raciocínio segundo o qual as sessões de psicopedagogia tanto podem ser conduzidas por profissionais do ensino em ambiente escolar ou domiciliar, acompanhando e avaliando os processos educacionais, quando prepondera a vertente da educação, como podem ser conduzidas por profissionais da saúde em ambiente clínico, avaliando as funções cognitivas, motoras e de interação social dos clientes e promovendo a reabilitação das funções prejudicadas, quando prepondera a vertente da saúde.

O Superior Tribunal de Justiça estabeleceu, então, critério espacial e funcional para delimitar a obrigação das operadoras de planos de saúde. Consignou que, como regra, é em ambiente clínico, seja consultório ou ambulatório, e conduzida por profissionais da saúde que a psicopedagogia se configura como efetiva prestação de serviço de assistência à saúde, objeto do contrato de plano de saúde a que faz alusão a Lei nº 9.656/1998. Por outro lado, o acompanhamento psicopedagógico realizado em ambiente escolar ou domiciliar, ou executado por profissional do ensino, não se enquadraria no conceito de prestação de serviço de assistência à saúde suplementar, salvo previsão contratual expressa que estabeleça a obrigação de cobertura pela operadora do tratamento nesses ambientes.

A fundamentação do acórdão enfatizou que a psicopedagogia há de ser considerada como contemplada nas sessões de psicologia, as quais, de acordo com a ANS, são de cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras de planos de saúde, especialmente no tratamento multidisciplinar do beneficiário portador de transtorno do espectro autista. Contudo, estabeleceu ressalva expressa de que tal obrigação, salvo previsão contratual em sentido diverso, não se estende ao acompanhamento em ambiente escolar e/ou domiciliar ou realizado por profissional do ensino. Essa distinção fundamenta-se na compreensão de que, quando realizada em contexto escolar ou domiciliar, a psicopedagogia assume preponderantemente caráter educacional, escapando ao objeto dos contratos de assistência à saúde suplementar.

O julgado reformou o acórdão recorrido precisamente para afastar a obrigação da operadora de cobrir as sessões de psicopedagogia em ambiente escolar e domiciliar, mantendo, contudo, a obrigação de cobertura das sessões conduzidas por profissional de saúde em ambiente clínico, conforme prescrição do médico assistente. O julgamento foi unânime, com votos acompanhando a relatora proferidos pelos Ministros Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro.

Os julgados analisados neste estudo demonstram que o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) está alinhado ao entendimento técnico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), exposto no Parecer Técnico n.º 39/2024. De acordo com esse parecer, não

há obrigatoriedade de cobertura, seja por rede própria ou por meio de reembolso, nos casos em que os atendimentos ocorram em ambiente domiciliar, escolar ou outros ambientes, por profissionais que não sejam da área da saúde ou que estejam atuando fora de sua competência profissional.

Portanto, é possível reconhecer que o Superior Tribunal de Justiça tem adotado entendimento jurisprudencial uniforme no sentido de reconhecer que o dever de cobertura obrigatória de tratamentos multidisciplinares pela operadora de saúde se restringe ao âmbito clínico, não alcançando terapias realizadas em ambientes escolar ou domiciliar. Nesse contexto, a jurisprudência da Corte Superior se inclina ao posicionamento de que o local de prestação do serviço e a natureza da atividade desenvolvida emergem como elementos determinantes para a qualificação jurídica da obrigação, de modo que as mesmas atividades profissionais podem ou não integrar o escopo de cobertura obrigatória a depender do ambiente em que são realizadas e da preponderância do caráter terapêutico ou educacional da intervenção.

4. RESCISÃO DO PLANO DE SAÚDE, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO E QUESTÕES DIVERSAS

A relação contratual estabelecida entre beneficiários e operadoras de planos de saúde possui características peculiares que a distinguem dos contratos civis comuns, especialmente em razão do objeto tutelado e da situação de vulnerabilidade em que se encontra o consumidor desses serviços. Quando se trata de pacientes com transtorno do espectro autista em tratamento multidisciplinar contínuo, essas particularidades ganham contornos ainda mais sensíveis, uma vez que a interrupção abrupta do acompanhamento terapêutico pode comprometer gravemente o desenvolvimento do paciente e resultar em retrocessos significativos nos ganhos já alcançados ao longo do tratamento.

Neste capítulo, serão abordadas questões fundamentais relacionadas à estabilidade e continuidade da relação contratual nos casos envolvendo pacientes com TEA, bem como as consequências jurídicas decorrentes de condutas abusivas praticadas pelas operadoras na prestação dos serviços contratados. A análise perpassa três eixos temáticos principais que têm sido objeto de intenso debate judicial e que possuem implicações práticas relevantes tanto para os beneficiários quanto para as operadoras: a possibilidade de rescisão unilateral do contrato durante tratamento em curso, a extensão temporal da obrigação de manutenção do vínculo contratual, e a responsabilidade civil por danos morais decorrentes de negativas indevidas de cobertura.

O primeiro tema a ser examinado refere-se à possibilidade de aplicação extensiva aos pacientes com TEA em tratamento multidisciplinar da tese jurídica firmada pelo Superior Tribunal de Justiça no Tema 1.082 dos recursos repetitivos. Esse precedente qualificado, julgado sob o rito dos recursos especiais repetitivos previsto no artigo 1.036 do Código de Processo Civil, estabeleceu a impossibilidade de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde pela operadora enquanto houver paciente internado ou em tratamento de doença grave que demande utilização contínua dos serviços contratados. A tese foi originalmente firmada tendo como paradigma situações de internação hospitalar e tratamentos oncológicos, mas sua *ratio decidendi* suscita questionamentos sobre sua aplicabilidade a outras condições de saúde que igualmente exigem acompanhamento terapêutico ininterrupto.

A questão que se coloca é se o transtorno do espectro autista, considerando sua natureza crônica, a necessidade de tratamento multidisciplinar contínuo e de longa duração, e os prejuízos potencialmente irreversíveis decorrentes de sua interrupção, enquadra-se no conceito de doença grave adotado pelo Superior Tribunal de Justiça para fins de aplicação da proteção

estabelecida no Tema Repetitivo 1.082. Essa discussão possui relevância prática ímpar, tendo em vista que muitas operadoras têm procedido à rescisão unilateral de contratos coletivos, de maneira imotivada, sem considerar a situação clínica específica dos beneficiários diagnosticados com TEA que se encontram em tratamento multidisciplinar contínuo, gerando descontinuidade terapêutica e graves prejuízos ao desenvolvimento de tais pacientes.

O segundo eixo temático deste capítulo aborda a questão da possibilidade de manutenção dos contratos de plano de saúde mesmo após o escoamento do prazo legal previsto no artigo 30 da Lei 9.656/98, especificamente para garantir a continuidade do tratamento multidisciplinar de pacientes com transtorno do espectro autista. O referido dispositivo legal estabelece que, em caso de exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o beneficiário terá direito assegurado o direito de se manter na condição de beneficiário do plano de saúde oferecido pela empregadora, nas mesmas condições contratuais de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do plano. Esse direito, contudo, é temporalmente limitado, nos termos da legislação.

A controvérsia que se apresenta, portanto, repousa sobre a possibilidade de o poder judiciário determinar a prorrogação desse prazo legal quando sua observância resultar na interrupção de tratamento multidisciplinar realizados por pacientes com transtorno do espectro autista. Trata-se de verificar se há, na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, respaldo para a flexibilização do prazo legal em situações excepcionais, nas quais a aplicação rígida do prazo previsto na legislação possa comprometer o direito fundamental à saúde e a continuidade do tratamento realizado.

O terceiro e último tema a ser analisado neste capítulo refere-se à responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde por danos morais decorrentes de negativa indevida de cobertura de tratamentos multidisciplinares para pacientes com Transtorno do Espectro Autista. A análise abrangerá os critérios utilizados pela jurisprudência para caracterizar a ocorrência do dano extrapatrimonial nesses casos, diferenciando-os das situações de mero descumprimento contratual que não ensejam reparação moral.

4.1. Rescisão imotivada pela operadora de saúde e o Tema 1.082 do STJ

No julgamento do Tema Repetitivo nº 1.082, o Superior Tribunal de Justiça firmou o entendimento vinculante de que, nos contratos coletivos, a operadora de saúde, mesmo no exercício regular do direito de rescisão unilateral do contrato, deve assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em tratamento médico garantidor

de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a sua efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida.

A questão submetida à julgamento dizia respeito à possibilidade ou não da operadora de saúde exercer o direito de rescisão unilateral e imotivada de plano de saúde coletivo, enquanto pendente tratamento médico de algum usuário acometido por doença grave. Isso porque, diferentemente dos contratos de natureza individual ou familiar, as hipóteses de rescisão imotivada dos contratos de plano de saúde coletivos, em tese, são consideradas lícitas, desde que preenchidos os critérios estabelecidos em contrato, o que poderia implicar em cancelamento dos serviços assistenciais mesmo que houvesse usuários internados ou em realização de tratamento médico indispensável à manutenção de sua vida ou incolumidade física.

Já o art. 13 da Lei nº 9.656/98 estabelece que a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde individual ou familiar, por iniciativa da operadora, seria admitida estritamente nos casos de fraude ou inadimplemento de mensalidades. Conforme a legislação, em hipótese alguma, seria permitida a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato pela operadora, durante a internação do titular (inciso III do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/98). Ocorre que o mesmo raciocínio não se aplicaria, em regra, aos beneficiários de plano de saúde empresarial ou coletivo por adesão.

As hipóteses de rescisão contratual imotivada de planos de saúde coletivos, no entanto, estavam disciplinadas pelo art. 17 da Resolução Normativa nº 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atualmente revogada pela RN nº 557/2022. O referido dispositivo previa que a possibilidade de rescisão unilateral por qualquer das partes deveria estar expressamente estipulada no contrato, sendo admitida a rescisão imotivada após o período mínimo de doze meses de vigência contratual, desde que a parte contrária fosse notificada com, no mínimo, sessenta dias de antecedência. Diante da ausência de proteção legal específica aos beneficiários de planos coletivos, contudo, surgiram entendimentos jurisprudenciais no sentido de reconhecer a aplicação extensiva desta norma aos planos empresariais ou coletivos por adesão, o que implicou na afetação do Tema pelo Superior Tribunal de Justiça, tempos depois.

A tese firmada no Tema Repetitivo 1.082 foi construída com base na análise de dois casos paradigmáticos. O primeiro, Recurso Especial nº 1.842.751, oriundo do Rio Grande do Sul, envolveu pedido de manutenção do contrato de seguro-saúde coletivo empresarial em favor de um beneficiário menor de idade. O referido usuário, que figurava como dependente naquele contrato, era recém-nascido e fora diagnosticado com cardiopatia congênita e sequelas

decorrentes de choque séptico por superbactéria, razão pela qual necessitava de acompanhamento contínuo de cardiologista e nefrologista para garantia de sua sobrevivência. No entanto, a operadora de saúde, exercendo o direito de rescisão unilateral de plano coletivo empresarial, notificou sua intenção de cancelar a apólice, fundamentando-se em cláusula contratual que permite tal rescisão após 12 (doze) meses de vigência e mediante notificação prévia.

A controvérsia estabeleceu-se quanto à eventual abusividade da rescisão, em razão de sua repercussão sobre o direito à saúde e à vida do menor, que se encontrava em tratamento médico ininterrupto e essencial. A operadora sustentava a validade da rescisão com base na observância formal das exigências legais e contratuais. No entanto, o Superior Tribunal de Justiça deu parcial provimento ao recurso especial, reconhecendo que, embora o exercício do direito de rescisão seja legalmente previsto, não pode ser exercido de maneira irrestrita, a ponto de colocar em risco a vida ou a integridade física do beneficiário.

Naquele julgado, o ministro Luis Felipe Salomão deixou claro o posicionamento de que “a liberdade de contratar não é absoluta, devendo ser exercida nos limites e em razão da função social dos contratos, notadamente em casos cujos bens protegidos são a saúde e a vida dos beneficiários, os quais se sobrepõem a quaisquer outros de natureza eminentemente contratual”, o que justifica a manutenção do vínculo contratual entre as partes até que os beneficiários afetados pela rescisão contratual encerrem o seus tratamentos médicos. Nesse sentido, ainda, foi mencionado o teor do Enunciado 23 da I Jornada de Direito Civil do Conselho da Justiça Federal (CJF), que reforça a função social do contrato, prevista no art. 421 do novo Código Civil, não elimina o princípio da autonomia contratual, mas atenua ou reduz o alcance desse princípio quando presentes interesses metaindividuais ou interesse individual relativo à dignidade da pessoa humana.

O segundo caso paradigmático analisado foi o Recurso Especial nº 1.846.123, no qual se contestava a legitimidade do cancelamento unilateral de contrato coletivo, por iniciativa da operadora, durante a realização de tratamento oncológico por uma das beneficiárias. A análise deste caso envolveu tanto o debate acerca da legalidade da rescisão unilateral do contrato coletivo durante tratamento de doença grave, quanto a eventual obrigatoriedade da operadora de saúde oferecer ao beneficiário a opção de migrar para um plano individual, como forma de evitar o desamparo assistencial. O Tribunal de origem reconheceu a obrigação da operadora de saúde enquadrar a autora em um plano individual, familiar ou coletivo nos mesmos parâmetros do contrato anterior, até a respectiva alta médica.

Sob à ótica do Superior Tribunal de Justiça, evidentemente, restou reconhecida a obrigatoriedade de manutenção dos cuidados assistenciais da beneficiária envolvida, até sua efetiva alta médica, de modo a garantir a continuidade de seu tratamento oncológico. No entanto, a Corte Superior afastou a exigência de oferecimento de plano individual à beneficiária, por entender que este dever só pode ser exigido quando operadora efetivamente comercializar esta modalidade de contrato e o consumidor optar por se submeter às regras e aos encargos peculiares da avença.

Observa-se, portanto, que os casos paradigmáticos enfrentados pelo Superior Tribunal de Justiça não versavam, especificamente, sobre pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista. Aliás, da leitura da tese firmada no Tema Repetitivo 1.082, depreende-se que sua aplicação estaria restrita às hipóteses envolvendo doenças graves, o que, por si só, já revela certa margem para interpretações distintas. Não obstante essa delimitação formal, a análise dos precedentes jurisprudenciais demonstra que o entendimento vinculante consolidado no referido tema tem sido frequentemente invocado por beneficiários com TEA como fundamento para pleitear a manutenção de contratos coletivos de planos de saúde, para garantir a continuidade de seus tratamentos multidisciplinares.

Em grande parte desses litígios, verifica-se que o principal argumento apresentado pelas operadoras de planos de saúde consiste na alegação de que pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista dificilmente alcançariam a alta médica de seus tratamentos terapêuticos. Isso se daria em razão de se tratar de uma “condição neurocomportamental complexa” (Sousa *et al.*, 2024, p. 3), de natureza crônica, para a qual não há cura nem previsão concreta de encerramento do acompanhamento multidisciplinar. Ademais, sustenta-se, em algumas manifestações técnicas e jurídicas, que os transtornos globais do desenvolvimento, como o TEA, não se enquadrariam no conceito de doenças graves previsto em determinadas legislações previdenciárias brasileiras, o que, segundo essa linha de argumentação, afastaria a aplicação automática das garantias reconhecidas pelo Tema Repetitivo 1.082 do Superior Tribunal de Justiça.

Um levantamento realizado junto ao banco de jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo, com base na pesquisa pelos termos “transtorno do espectro autista” e “Tema 1.082”, confirma que as demandas envolvendo essa temática já atingem proporções significativas. Somente no mês de outubro de 2025, foram identificados 30 (trinta) acórdãos proferidos por diferentes Câmaras de Direito Privado, evidenciando o crescente volume de litígios relacionados à manutenção de contratos coletivos de planos de saúde para beneficiários

diagnosticados com TEA. A expressiva judicialização da matéria levou, inclusive, ao seu reexame pelo Superior Tribunal de Justiça, que, neste mesmo ano, proferiu ao menos dois acórdãos reconhecendo expressamente a aplicabilidade do entendimento firmado no Tema Repetitivo 1.082 aos casos envolvendo pacientes com transtorno do espectro autista, especialmente quando submetidos a tratamento multidisciplinar contínuo.

A partir da combinação dos termos “transtorno do espectro autista” e “rescisão unilateral”, em pesquisa realizada em 20 de setembro de 2025, foi possível localizar dois julgados do Superior Tribunal de Justiça que tratam da possibilidade de aplicação extensiva do Tema Repetitivo 1.082 aos pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista (TEA). Ambos os recursos especiais identificados foram interpostos contra acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Importa destacar que, embora apenas um desses recursos tenha tido o mérito efetivamente analisado pelo STJ, os dois acórdãos contêm elementos relevantes para os propósitos deste estudo, na medida em que refletem a tendência da Corte Superior em enfrentar a controvérsia à luz da proteção continuada à saúde de beneficiários com TEA.

O Recurso Especial nº 2223941/SP, julgado em setembro de 2025 pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, sob a relatoria da Ministra Daniela Teixeira, versou sobre a validade da rescisão unilateral de contrato de plano de saúde coletivo por adesão durante o curso de tratamento contínuo de paciente menor diagnosticado com transtorno do espectro autista (TEA). No caso, a operadora de saúde, recorrente, buscava reformar acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, o qual havia determinado a reativação do contrato anteriormente rescindido por iniciativa unilateral da operadora. O tribunal de origem entendeu pela abusividade da rescisão contratual, especialmente diante do fato de que o autor se encontrava em tratamento multidisciplinar essencial para seu desenvolvimento neuropsicomotor, sendo a interrupção abrupta do atendimento considerada prejudicial à sua saúde.

Ao interpor o recurso especial, a operadora de saúde sustentou que a condição clínica do paciente não se enquadraria nas hipóteses excepcionais delineadas na tese firmada no Tema Repetitivo 1.082 do Superior Tribunal de Justiça. Segundo a argumentação da recorrente, o referido entendimento vinculante estabelece como requisito para a continuidade da cobertura assistencial, mesmo após a rescisão do contrato coletivo, a existência de tratamento médico que se revele indispensável à preservação da vida ou da integridade física do beneficiário. Assim, a operadora defendeu que, por se tratar de uma condição crônica e estável, sem risco iminente de

morte ou dano físico irreversível, o tratamento multidisciplinar do paciente com TEA não atenderia aos critérios restritivos estabelecidos pelo Superior Tribunal de Justiça. Alegou, ainda, que a manutenção compulsória do vínculo contratual implicaria onerosidade excessiva e violação ao princípio da autonomia privada, além de configurar intervenção indevida na gestão dos contratos coletivos, cuja natureza e dinâmica diferem substancialmente dos planos individuais.

Ao apreciar o Recurso Especial, o Superior Tribunal de Justiça decidiu por seu não conhecimento, aplicando os óbices previstos nas Súmulas 5 e 7, que vedam o reexame de cláusulas contratuais e de matéria fático-probatória em sede de recurso especial. Apesar da inadmissibilidade formal do recurso, observa-se que a Ministra Relatora, de forma sutil mas significativa, assinalou que o acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo estaria em consonância com a jurisprudência consolidada da Corte Superior. Ao fazê-lo, reafirmou, ainda que implicitamente, a orientação segundo a qual é vedada a rescisão unilateral de contrato de plano de saúde coletivo durante a realização de tratamento multidisciplinar, por beneficiário diagnosticado com transtorno do espectro autista.

Por sua vez, o Recurso Especial nº 2.209.351/SP, julgado em 9 de setembro de 2025 pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, sob a relatoria do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, reafirmou a orientação jurisprudencial anteriormente delineada, consolidando de forma expressa o entendimento de que o Tema Repetitivo 1.082 é aplicável, de maneira extensiva, aos beneficiários diagnosticados com transtorno do espectro autista. No referido julgamento, a Terceira Turma reconheceu que a rescisão unilateral e imotivada de contrato coletivo de plano de saúde, durante o curso de tratamento multidisciplinar essencial à saúde do paciente com TEA, configura prática abusiva.

O caso teve origem em ação ajuizada por menor de idade, representado por sua genitora, em face da operadora de seu plano de saúde. O autor, diagnosticado com transtorno do espectro autista, encontrava-se em tratamento multidisciplinar baseado no método ABA, quando teve seu contrato coletivo de assistência à saúde rescindido unilateralmente pela operadora. Apesar da alegação de vulnerabilidade do beneficiário e da essencialidade do tratamento, o juízo de primeira instância indeferiu liminarmente a petição inicial, sob o fundamento de ausência de interesse processual. Segundo o magistrado, não teria havido negativa expressa de cobertura por parte da operadora, além de ser juridicamente viável a portabilidade para outro plano de saúde, o que afastaria a necessidade de intervenção judicial naquele momento processual.

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo reformou a sentença de primeira instância, reconhecendo o interesse processual do autor e afastando a tese de ausência de negativa de cobertura. A Corte Bandeirante destacou que, no caso concreto, a simples possibilidade de portabilidade do contrato de plano de saúde não garantiria a continuidade do tratamento nas mesmas condições anteriormente estabelecidas, especialmente no que se refere à manutenção dos profissionais e da clínica com os quais o menor, diagnosticado com TEA, já possuía vínculo terapêutico consolidado. Com base na tese firmada no Tema Repetitivo 1.082 do Superior Tribunal de Justiça, portanto, o tribunal de origem entendeu ser incabível o cancelamento unilateral do contrato durante a vigência de tratamento essencial à saúde do beneficiário, determinando, assim, a sua reintegração ao plano de saúde nas mesmas condições anteriormente vigentes.

Inconformada com a decisão proferida pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, a operadora de saúde interpôs recurso especial dirigido Superior Tribunal de Justiça. No apelo, alegou omissão do acórdão quanto ao seu suposto direito legal de rescindir unilateralmente o contrato coletivo após o período mínimo de 12 meses de vigência, desde que haja notificação ao contratante, conforme previsto na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Além disso, sustentou a inaplicabilidade da tese firmada no Tema Repetitivo 1.082/STJ ao caso concreto, sob o argumento de que o tratamento multidisciplinar ao qual o menor com transtorno do espectro autista estava submetido não se enquadraria nas hipóteses excepcionais tratadas pela tese vinculante, que, segundo a recorrente, seria limitada a situações em que o tratamento fosse indispensável à preservação da vida ou da incolumidade física do beneficiário. No entanto, tais argumentos não foram acolhidos pelo Superior Tribunal de Justiça, conforme se extrai dos argumentos apresentados pelo voto do ministro relator.

Na fundamentação de seu voto, o ministro Ricardo Villas Bôas Cueva parte de uma construção jurídica pautada em princípios constitucionais e contratuais que regem as relações entre operadoras de planos de saúde e seus beneficiários, notadamente a boa-fé objetiva, a função social do contrato e a dignidade da pessoa humana. Embora reconheça, em abstrato, a licitude da rescisão unilateral dos contratos coletivos por parte das operadoras, o relator estabelece que este direito não pode ser exercido de modo a comprometer a preservação da saúde do beneficiário. Essa interpretação decorre diretamente do entendimento de que a liberdade contratual deve ceder diante da proteção de direitos fundamentais, sobretudo quando está em jogo a integridade física e psíquica de indivíduos em situação de vulnerabilidade.

Com base nessa premissa, o voto direciona-se para a análise do ponto central acerca da aplicabilidade do Tema Repetitivo 1.082 do Superior Tribunal de Justiça aos casos envolvendo pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista. Isso porque, segundo a recorrente, o tratamento multidisciplinar destinado ao manejo de pacientes com TEA não se enquadraria à hipótese de doença grave, capaz de impedir a rescisão unilateral de plano coletivo por iniciativa da operadora, nos termos do contrato.

O ministro relator, no entanto, refutou essa argumentação ao afirmar que a interpretação restritiva da operadora não se harmoniza com os princípios que norteiam a proteção à dignidade da pessoa humana e, especialmente, aos direitos da pessoa com deficiência. Assim, restou destacado que o TEA é uma condição neurológica que demanda tratamento contínuo, multidisciplinar e precoce, sendo fundamental para o desenvolvimento global do paciente. Logo, a interrupção abrupta dos cuidados médicos realizados poderia acarretar prejuízos graves e irreversíveis à saúde física e mental do beneficiário, o que configuraria ameaça à incolumidade física e psíquica do paciente, amoldando-se ao entendimento firmado pelo Tema 1.082.

O referido voto enfatiza, ainda, que, o caso concreto envolveria direitos relacionados a saúde de um beneficiário de apenas seis anos de idade, cuja proteção é reforçada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O relator pondera, neste sentido, que o referido estatuto assegura o direito à vida, à saúde e ao pleno desenvolvimento da criança, reforçando a ilicitude do cancelamento da cobertura médica no presente caso. Assim, o ministro relator conclui pela aplicabilidade do entendimento firmado no Tema 1.082/STJ aos pacientes com TEA, reconhecendo que o tratamento multidisciplinar ao qual são submetidos deve ser considerado garantidor da incolumidade física, dada a natureza contínua, essencial e potencialmente irreversível dos danos em caso de interrupção.

Com base nos julgados analisados, é possível afirmar que a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça possui entendimento firme no sentido de que o Tema Repetitivo 1.082 é aplicável, de forma extensiva, aos pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista (TEA), notadamente nos casos em que há tratamento multidisciplinar em curso. As decisões proferidas por aquela Turma demonstram uma interpretação ampliativa e protetiva da tese vinculante firmada, compatível com os princípios da dignidade da pessoa humana, da função social do contrato e da proteção integral à saúde. Contudo, durante a realização do presente estudo, não foram identificados julgados da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça que tratem especificamente sobre esta matéria. A ausência de precedentes da Quarta Turma,

evidentemente, impede a conclusão de que este entendimento esteja pacificado no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, como um todo, mantendo-se, assim, um espaço relevante para desenvolvimento jurisprudencial futuro sobre a matéria.

4.2. Manutenção de dependentes de ex-empregado após o prazo do artigo 30 da lei 9656/98

O artigo 30 da Lei nº 9.656/98 estabelece importante mecanismo de proteção ao trabalhador demitido sem justa causa, assegurando-lhe o direito de manter sua condição de beneficiário do plano de saúde coletivo empresarial pelo qual era coberto na vigência do contrato de trabalho. Referido dispositivo legal prevê que o ex-empregado demitido sem justa causa terá o direito de manutenção no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma integralmente o pagamento das mensalidades.

Ocorre que não raras vezes são incluídos dependentes nestes contratos de plano de saúde fornecidos por empregador, o que é prática comum no mercado de saúde suplementar como forma de valorização do trabalhador e proteção de seu núcleo familiar. Essa inclusão de dependentes, no entanto, significa que a rescisão deste contrato após o escoamento do prazo legal pode afetar não apenas os ex-empregados titulares, mas também todos os dependentes vinculados àquele contrato. Assim, é necessário considerar que, em caso de demissão sem justa causa de determinado trabalhador, que usufruía de plano de saúde ofertado por sua ex-empregadora, é possível que seus dependentes também enfrentem descontinuidades assistenciais.

Esta é precisamente a problemática que se levanta neste capítulo, tendo em vista que os pacientes diagnosticados com transtorno do espectro autista podem ser afetados diretamente pela rescisão do contrato de plano de saúde em decorrência do escoamento do prazo legal estabelecido no artigo 30 da Lei nº 9.656/98. Considerando que o tratamento do TEA demanda acompanhamento multidisciplinar contínuo, intensivo e de longo prazo, envolvendo profissionais como psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e médicos especializados, a interrupção abrupta da cobertura assistencial pode comprometer gravemente o desenvolvimento e a evolução terapêutica do paciente, representando verdadeiro retrocesso nos ganhos já alcançados.

Diante deste cenário, resta ao poder judiciário sanar esta lacuna e reconhecer se há ou não direito de permanência no contrato pelos beneficiários com TEA, a fim de garantir a continuidade do tratamento multidisciplinar, desde que se assuma, evidentemente, o valor

integral da contraprestação. A judicialização desta questão já tem suscitado debates importantes sobre a interpretação do artigo 30 da Lei nº 9.656/98 e seus limites temporais, no âmbito dos Tribunais Estaduais. Em pesquisa realizada no banco de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em 1º de novembro de 2025, utilizando-se os critérios “transtorno do espectro autista”, “art. 30” e “Lei 9.656/98”, foram identificados mais de 100 (cem) acórdãos pertinentes à matéria apenas no ano de 2025, com base na análise das respectivas ementas. Tal volume jurisprudencial evidencia a relevância e a atualidade da problemática apresentada. Entre os julgados, merecem destaque, a título exemplificativo, as seguintes apelações: nº 1018807-33.2023.8.26.0006, da 9ª Câmara de Direito Privado; nº 1010343-11.2024.8.26.0224, da 10ª Câmara de Direito Privado; nº 1032207-55.2024.8.26.0564, da 7ª Câmara de Direito Privado; e nº 2235946-44.2025.8.26.0000, da 2ª Câmara de Direito Privado.

Os julgados do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo revelam, ainda que em uma análise preliminar, uma tendência das Câmaras de Direito Privado em reconhecer a abusividade da rescisão unilateral de contratos de plano de saúde durante a vigência de tratamento multidisciplinar, mesmo quando já expirado o prazo legal de permanência previsto no artigo 30 da Lei nº 9.656/1998. Nesses casos, os dois principais fundamentos utilizados para sustentar tal entendimento são: a aplicação extensiva da tese firmada no Tema 1.082 do Superior Tribunal de Justiça, que veda a rescisão imotivada durante tratamento médico garantidor da vida ou incolumidade física do paciente; e a aplicação analógica do artigo 13, inciso III, da referida lei, que expressamente proíbe a rescisão contratual, em qualquer circunstância, quando o beneficiário se encontra internado.

A fim de apurar o entendimento do Superior Tribunal de Justiça acerca do assunto, foram realizadas diversas pesquisas junto ao banco de jurisprudência daquela Corte, incluindo “transtorno do espectro autista” e “permanência”; “transtorno do espectro autista” e “art. 30”; “transtorno do espectro autista” e “contrato de trabalho”, dentre diversas outras combinações, em 1º de novembro de 2025. No entanto, não foi localizado nenhum acórdão específico do Superior Tribunal de Justiça com relação ao direito de permanência de beneficiários com TEA, em contratos de plano de saúde, mesmo após o escoamento do prazo legal previsto pelo art. 30 da Lei nº 9.656/98.

Entretanto, no curso das pesquisas realizadas, foi possível identificar uma decisão monocrática que se mostra particularmente relevante para os propósitos do presente estudo. Trata-se do Agravo em Recurso Especial nº 2.400.005/SP, relatado pela Ministra Nancy Andrighi, em novembro de 2023. Apesar de se tratar de decisão proferida de forma

monocrática, cumpre destacar que o recurso especial interposto foi desprovido com fundamento na Súmula 568 do Superior Tribunal de Justiça, a qual autoriza o relator a decidir monocraticamente, pelo provimento ou desprovimento do recurso, quando a matéria controvertida já estiver pacificada pela jurisprudência da Corte.

O caso concreto envolvia ação de obrigação de fazer ajuizada por beneficiário em face da operadora de plano de saúde, visando à sua manutenção no plano de saúde coletivo fornecido pela sua ex-empregadora, mesmo após a cessação do vínculo empregatício. A particularidade determinante do litígio residia no fato de que o filho do autor era diagnosticado com transtorno do espectro autista e se encontrava em tratamento contínuo na rede credenciada da operadora. O autor pleiteava, portanto, a manutenção da cobertura assistencial enquanto perdurasse o tratamento de seu filho, mediante o pagamento integral das mensalidades.

Em primeira instância, a sentença julgou parcialmente procedente a demanda, determinando a manutenção do plano de saúde coletivo por seis meses a contar da demissão, mediante pagamento integral das mensalidades pelo autor. A decisão estabeleceu ainda que, transcorrido esse prazo, a operadora deveria ofertar a migração do contrato de plano de saúde coletivo para a modalidade familiar ou individual com valores correspondentes a essas categorias, mantendo-se o contrato coletivo vigente até a efetivação dessa transição.

Em grau recursal, o Tribunal de Justiça de São Paulo negou provimento à apelação interposta pela operadora de saúde, mantendo integralmente a sentença de primeiro grau. O acórdão fundamentou-se na necessidade de utilização do plano para tratamento do filho do autor, que se utilizava regularmente dos serviços da rede credenciada. O colegiado consignou, ainda, que a tese fixada no Tema 989 do Superior Tribunal de Justiça não impediria a aplicação do disposto na Resolução 19 do CONSU, bem como do artigo 13, parágrafo único, inciso III, da Lei nº 9.656/98, por analogia à hipótese dos autos. Assim, o Tribunal paulista reconheceu a possibilidade de oferta de novo plano, desde que assumido integralmente o custeio pelo beneficiário.

Irresignada, a operadora de saúde interpôs recurso especial alegando violação dos artigos 13, parágrafo único, III, 30 e 31 da Lei nº 9.656/98. A operadora sustentou a impossibilidade de manutenção de ex-empregado no plano de saúde coletivo contratado para os empregados em razão da falta de contribuição direta durante o vínculo empregatício. Argumentou que a vedação de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde na constância de tratamento de saúde aplicar-se-ia somente aos contratos individuais, e não aos coletivos. Acrescentou, ademais, que sequer se trataria de rescisão de contrato, uma vez que este

permaneceria vigente entre a operadora e a empresa estipulante, configurando-se apenas a exclusão de ex-beneficiário do plano de saúde.

A Ministra relatora Nancy Andrighi, contudo, decidiu monocraticamente em sentido diametralmente oposto, conhecendo do agravo para conhecer do recurso especial e negar-lhe provimento, mantendo integralmente a decisão do Tribunal de origem. A relatora fundamentou sua decisão no entendimento jurisprudencial consolidado do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que seria inviável a rescisão unilateral de contrato de plano de saúde individual ou coletivo, pela operadora, durante o período em que o beneficiário estiver submetido a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência e/ou incolumidade física.

A Ministra invocou expressamente múltiplos precedentes da Terceira e Quarta Turmas do STJ (AgInt no REsp 1.890.669/SP, julgado em 08/03/2021; AgInt no REsp 1.891.954/SP, julgado em 25/05/2021; AgInt no AREsp 1.732.452/SP, julgado em 19/10/2022; e AgInt nos EDcl no AREsp 1.693.496/SP, julgado em 24/11/2022), todos no sentido de reconhecer a abusividade da rescisão unilateral na constância de tratamento de saúde, independentemente da modalidade contratual.

A relatora consignou ainda que, mesmo havendo discussão acerca do cumprimento ou não do requisito de custeio do plano de saúde pelo empregador durante a vigência do contrato de trabalho, aplica-se o preceito estabelecido no julgamento de recursos repetitivos, pois permitir o cancelamento do plano no momento em que o segurado mais necessita da cobertura constituiria permissão para a ocorrência de práticas abusivas e ilegais. Nesse sentido, citou os precedentes AgInt no REsp n. 1.933.738/SP (3ª Turma, julgado em 23/2/2022) e AgInt no REsp n. 1.882.719/SP (3ª Turma, julgado em 15/4/2021).

A decisão monocrática aplicou a Súmula 568 do STJ como fundamento para negar provimento ao recurso especial, tendo a Ministra Nancy Andrighi se valido das prerrogativas estabelecidas no artigo 932, incisos III e IV, alínea "a", do Código de Processo Civil de 2015, que autorizam o relator a negar seguimento a recurso manifestamente inadmissível, improcedente, prejudicado ou em confronto com súmula ou jurisprudência dominante do respectivo tribunal, do Supremo Tribunal Federal ou de Tribunal Superior.

Depreende-se do referido julgado, portanto, que, ao menos sob à ótica da ministra Nancy Andrighi, a vedação à rescisão unilateral de contrato de plano de saúde na constância de tratamento multidisciplinar de paciente diagnosticado com TEA configura prática abusiva, conforme entendimento predominantemente adotado pelo Superior Tribunal de Justiça.

Ademais, o precedente evidencia que a Corte Superior também tem utilizado o precedente firmado no Tema 1.082 para tratar da garantia de permanência de beneficiários em planos de saúde coletivos fornecidos por seus ex-empregadores, mesmo quando escoado o prazo legal previstos pelo art. 30 da Lei nº 9.656/98.

Para corroborar a decisão monocrática apresentada, foram selecionados, ainda, dois julgados do Superior Tribunal de Justiça, de Turmas distintas, que demonstram que aquela Corte, de fato, tem adotado o posicionamento de que a rescisão unilateral do contrato pela operadora durante tratamento médico, em geral, configura abusividade, mesmo que já tenha se esgotado o prazo limite de permanência previsto pela Lei nº 9.656/98.

O acórdão proferido no Agravo em Recurso Especial nº 2.333.933/SP, relatado pelo Ministro Raul Araújo, julgado pela Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, em setembro de 2025, apresenta importante precedente acerca da manutenção de beneficiário em plano de saúde coletivo empresarial após o esgotamento do prazo estabelecido no artigo 30, § 1º, da Lei nº 9.656/98, quando há tratamento médico em curso.

O caso concreto envolvia beneficiária, ex-empregada demitida sem justa causa, que mantinha contrato de plano de saúde coletivo empresarial. Após sua demissão, a beneficiária exerceu regularmente o direito de permanência no plano previsto no artigo 30 da Lei nº 9.656/98, assumindo o pagamento integral das mensalidades. Transcorrido o prazo máximo de vinte e quatro meses estabelecido no § 1º do referido dispositivo legal, a operadora cancelou unilateralmente o contrato. A peculiaridade do caso residia no fato de que a autora encontrava-se em tratamento médico de doença oftalmológica, especificamente submetendo-se à terapia fotodinâmica, o que motivou o ajuizamento de ação ordinária objetivando a continuidade da cobertura assistencial.

Em primeira instância, o juízo da 5ª Vara Cível da Comarca de São Paulo julgou improcedente o pedido formulado à inicial. O magistrado fundamentou sua decisão no entendimento de que, conforme o artigo 30 da Lei de Planos de Saúde, a autora não poderia manter o contrato de forma integral após o decurso do prazo legal, pois não mantinha mais relação com o estipulante. O juízo singular consignou ainda que eventual questão de portabilidade de carências deveria ser tratada em pretensão própria, caso a nova operadora se recusasse a efetuar a migração. Assim, a tutela antecipada foi revogada e a autora foi condenada ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios.

Em sede recursal, a 9ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, ao julgar embargos de declaração opostos pela parte autora, acolheu-os com efeitos modificativos. O colegiado reconheceu a existência de omissão no acórdão originário quanto ao fato essencial de que a autora, demitida sem justa causa, encontrava-se em tratamento médico contínuo. Com base nessa premissa, o Tribunal paulista determinou que a operadora disponibilizasse plano na modalidade individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novo prazo de carência, desde que tais produtos fossem comercializados pela empresa, em conformidade com o artigo 1º da Resolução nº 19/1999 do CONSU e a Resolução Normativa nº 438/2018 da ANS. Assim, o pedido alternativo formulado pela autora foi acolhido, com a consequente inversão do ônus da sucumbência.

Irresignada, a operadora de saúde interpôs recurso especial alegando violação ao artigo 30 da Lei nº 9.656/98 e ao artigo 757 do Código Civil, além de apontar dissídio jurisprudencial. A recorrente sustentou que o acórdão teria concedido à beneficiária o direito de manter o plano de saúde em caráter individual ou familiar sem o preenchimento dos requisitos legais, contrariando a norma que assegura tal direito apenas aos consumidores que contribuíram durante o vínculo empregatício. Argumentou ainda que a decisão judicial teria violado o equilíbrio contratual ao obrigar a seguradora a oferecer um plano individual ou familiar que alegadamente não comercializava, alterando os riscos predeterminados em contrariedade à legislação vigente. Por fim, sustentou que a decisão teria desconsiderado as normas da ANS e do CONSU, que não obrigariam a operadora a fornecer planos individuais ou familiares quando não os comercializa.

O Superior Tribunal de Justiça, em julgado da Quarta Turma, conheceu do agravo para negar provimento ao recurso especial, mantendo integralmente a decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo. O Ministro Raul Araújo, em seu voto condutor, destacou inicialmente a impossibilidade de apreciação da tese referente à suposta violação do artigo 757 do Código Civil, em razão da ausência de prequestionamento, aplicando-se a Súmula 211 do STJ e as Súmulas 282 e 356 do STF. Consignou ainda que a recorrente não logrou demonstrar impugnação específica dos fundamentos jurídicos substanciais do acórdão recorrido, especialmente quanto à possibilidade de migração para outro plano sem novos prazos de carência, conforme as resoluções do CONSU e da ANS, incidindo o óbice da Súmula 283 do STF.

No mérito da controvérsia, o relator enfatizou que a decisão recorrida seguiu o entendimento jurisprudencial consolidado no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, segundo

o qual a resilição unilateral do plano de saúde, mediante prévia notificação, embora seja, em regra, válida, revela-se abusiva quando realizada durante tratamento médico que possibilite a sobrevivência ou a manutenção da incolumidade física do beneficiário ou dependente. Aspecto crucial do julgado reside na afirmação expressa de que referida conclusão se impõe mesmo quando esgotado o prazo a que se refere o artigo 30, § 1º, da Lei nº 9.656/98, estabelecendo-se, assim, uma exceção ao limite temporal fixado pela legislação.

O acórdão fundamentou-se em precedente da própria Quarta Turma do STJ (AgInt no REsp nº 1.836.823/SP, Relator Ministro Moura Ribeiro, julgado em 21/02/2022), que já havia consolidado o entendimento de que a operadora de plano de saúde tem a obrigação de assegurar a disponibilidade de um plano na modalidade individual ou familiar enquanto perdurar a necessidade de tratamento médico de emergência ou de urgência, mesmo após o decurso do prazo máximo estabelecido no artigo 30, § 1º, da Lei nº 9.656/98. A decisão foi unânime, tendo votado com o Ministro Relator os Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi e João Otávio de Noronha, que também presidiu o julgamento.

O segundo acórdão selecionado, trata do Recurso Especial nº 1.876.047/SP, relatado pela Ministra Nancy Andrighi e julgado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, em abril de 2023, que também constitui precedente relevante sobre a manutenção de beneficiário dependente em plano de saúde coletivo empresarial, após o esgotamento do prazo estabelecido no artigo 30 da Lei nº 9.656/98.

O caso concreto envolvia uma criança que era beneficiária dependente de plano de saúde coletivo empresarial fornecido pela ex-empregadora de seu genitor. A autora era diagnosticada com paralisia cerebral tetraespástica grave e epilepsia de difícil controle, necessitando de tratamento domiciliar na modalidade *home care* tanto em Santos, onde reside a genitora, quanto em Sorocaba, onde reside o genitor, considerando que os pais detinham sua guarda compartilhada. Após a demissão sem justa causa do titular do plano (genitor da menor), este foi transferido para a apólice de inativos, com data delimitada para término do contrato, nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656/98. Diante da iminência da cessação da cobertura assistencial e da continuidade do tratamento médico essencial, a beneficiária ajuizou ação de obrigação de fazer pretendendo a portabilidade especial de carência para plano de saúde individual de abrangência nacional ou, alternativamente, a manutenção de seu tratamento de saúde em regime de *home care*.

Em primeira instância, o juízo da 5ª Vara Cível da Comarca de Santos julgou procedente o pedido para que, desde que complementada também a parte outrora paga pelo empregador,

fosse mantido o atendimento *home care* em Santos e em Sorocaba, admitida a portabilidade para plano individual. A sentença determinou, portanto, a manutenção da cobertura assistencial mediante o pagamento integral das mensalidades pela beneficiária.

Em grau recursal, o Tribunal de Justiça de São Paulo, por sua 6ª Câmara de Direito Privado e à unanimidade, deu provimento parcial à apelação interposta pela operadora de saúde para determinar que o valor do plano individual observasse o preço de mercado, e não os valores anteriormente praticados no plano coletivo. O acórdão fundamentou-se no princípio da solidariedade humana, da dignidade da pessoa humana e na adversidade da condição de saúde da beneficiária, consignando que a alegação da operadora de que não comercializaria planos individuais não poderia sobressair diante das circunstâncias do caso concreto. O Tribunal paulista reconheceu a admissibilidade da migração para plano individual, levando-se em consideração o preço de mercado em relação ao prêmio e sem carência, abrangendo inclusive o sistema *home care* em cidades distintas, em razão da guarda compartilhada.

Irresignadas, ambas as partes interpuseram recursos especiais. A operadora de saúde alegou violação dos artigos 9º e 30, caput e § 1º, da Lei nº 9.656/98, dos artigos 17 e 485, inciso VI, do Código de Processo Civil de 2015, dos artigos 4º, 6º, incisos VI e VIII, 14 e 51, inciso IV e § 1º, inciso II, do Código de Defesa do Consumidor, além de apontar dissídio jurisprudencial. Sustentou que o pedido seria juridicamente impossível porque não comercializaria planos de saúde individuais com abrangência nacional e não teria registro próprio desse produto perante a ANS. Argumentou ainda que, após a demissão, o titular teria assinado termo de transferência do plano para o grupo de inativos com ciência do término do benefício em data predefinida, e que a ausência de manutenção do plano após o término do prazo estipulado contratual e legalmente seria justificável, não infringindo qualquer dispositivo legal.

Por sua vez, a autora interpôs recurso especial alegando violação do artigo 1.022, parágrafo único, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015 e do artigo 30 da Lei nº 9.656/98. A par da alegação de negativa de prestação jurisdicional, sustentou que a operadora de saúde ofereceria serviço privado de assistência à saúde em todas as cidades do Estado por meio de planos individuais, familiares ou coletivos, possuindo rede de cobertura para atendimento às suas necessidades. Afirmou existir obrigação legal por parte da operadora em oferecer o produto observados os mesmos valores praticados pela sua participação como dependente do plano familiar extinto, conforme Resolução Normativa nº 186/2009 da ANS e Resolução 19 do CONSU. Argumentou que autorizar a cobrança do valor de mercado

equivaleria a negar o direito à portabilidade especial, configurando nova contratação de plano de saúde com mera dispensa de carências.

O Superior Tribunal de Justiça, por sua Terceira Turma e por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso especial da operadora e, nessa extensão, deu-lhe parcial provimento; quanto ao recurso especial da beneficiária, a Corte o conheceu integralmente e deu-lhe parcial provimento. A Ministra Nancy Andrighi, em seu voto condutor, inicialmente afastou o conhecimento de parte das alegações da operadora em razão da ausência de prequestionamento e da existência de fundamento não impugnado. Igualmente rejeitou a alegação de negativa de prestação jurisdicional apresentada pela beneficiária, consignando que o Tribunal de origem havia analisado suficientemente todas as questões de mérito.

No mérito da controvérsia, a relatora consignou que a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça está consolidada no sentido de que "nos planos coletivos de assistência à saúde e em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, deve ser assegurado ao ex-empregado o direito à permanência no plano de saúde mesmo após o limite legal do prazo de prorrogação provisória contido no § 1º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98, nas hipóteses em que o beneficiário esteja em tratamento de doença e enquanto esse durar, desde que suporte integralmente as contribuições para o custeio, observando-se os reajustes e modificações do plano paradigma". A Ministra invocou múltiplos precedentes das Turmas de Direito Privado (AgInt nos EDcl no AgInt no AREsp 927.933/SP, AgInt nos EDcl no AREsp 1.693.496/SP e AgInt no REsp 1.971.342/SP), todos no sentido de reconhecer o direito à manutenção da cobertura assistencial mesmo após o esgotamento do prazo legal quando há tratamento médico em curso.

A decisão enfatizou ainda que a obrigação de manter o tratamento de saúde não é afastada pelo fato de a beneficiária necessitar de atendimento na modalidade de *home care* em duas cidades distintas, porquanto, como reconheceu a própria operadora, durante o tempo em que foi beneficiária, a menor sempre teve autorizações para os procedimentos pretendidos. Invocando o julgamento do Tema 1.082 do STJ (REsp 1.842.751/RS, julgado em 22/06/2022), a Ministra consignou que a obrigação imposta à operadora é de manutenção da cobertura assistencial do beneficiário nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pois só dessa forma se pode assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica.

A análise jurisprudencial empreendida neste capítulo evidencia que o Superior Tribunal de Justiça tem adotado consistentemente o posicionamento de que a rescisão unilateral de

contrato de plano de saúde, individual ou coletivo, revela-se abusiva quando realizada durante tratamento médico que possibilite a sobrevivência ou a manutenção da incolumidade física do beneficiário ou dependente. Aspecto determinante dessa orientação reside no fato de que tal conclusão se impõe mesmo quando esgotado o prazo máximo estabelecido no artigo 30, § 1º, da Lei nº 9.656/98, configurando verdadeira mitigação do limite temporal fixado pela legislação em favor da proteção do consumidor vulnerável em situação de tratamento médico essencial.

Os precedentes analisados demonstram convergência no sentido de reconhecer que a operadora de plano de saúde tem a obrigação de assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida, observando-se a paridade com o plano paradigma dos empregados ativos.

Embora os julgados colegiados analisados não tratem especificamente de tratamentos multidisciplinares para pacientes com transtorno do espectro autista, os fundamentos jurídicos neles invocados servem para corroborar e contextualizar a decisão monocrática proferida pela Ministra Nancy Andrighi no AREsp nº 2.400.005/SP, que enfrentou precisamente essa matéria. Naquele precedente, a relatora reconheceu a abusividade da rescisão unilateral de contrato na constância de tratamento médico em caso concreto envolvendo filho menor portador de TEA em tratamento multidisciplinar contínuo, revelando entendimento de que essa proteção deve se estender não apenas ao titular do plano, mas também aos dependentes que estejam em acompanhamento terapêutico essencial, notadamente quando se trata de pacientes com necessidades especiais de saúde.

4.3. Condenação em danos morais

Sabe-se que a condenação em danos morais, em regra, fugiria dos contornos do presente trabalho, que diz respeito exclusivamente aos limites da cobertura assistencial do tratamento do transtorno do espectro autista pelos planos de saúde. A delimitação temática proposta centra-se, primordialmente, na análise das obrigações contratuais e legais das operadoras quanto à extensão e modalidades de tratamentos que devem ser disponibilizados aos beneficiários diagnosticados com TEA, bem como na interpretação jurisprudencial acerca das normas regulamentadoras específicas aplicáveis a essa condição de saúde.

No entanto, a prática forense e a análise das demandas envolvendo planos de saúde demonstram que, em grande parte dos casos levados ao poder judiciário, as ações de obrigação

de fazer são cumuladas com pedidos indenizatórios por danos morais, em razão das frustrações, angústias e sofrimentos enfrentados pelos beneficiários — especialmente pelos representantes legais de crianças e adolescentes com TEA — em busca da cobertura integral de seus tratamentos. Essa cumulação de pedidos reflete não apenas a pretensão de compelir a operadora ao cumprimento de sua obrigação contratual, mas também o entendimento de que a negativa indevida de cobertura produz repercussões que transcendem o mero inadimplemento contratual, atingindo a esfera extrapatrimonial do indivíduo.

Como visto nos primeiros capítulos deste estudo, a negativa de cobertura de tratamentos essenciais para pacientes com transtorno do espectro autista possui contornos particularmente sensíveis, considerando que tais pacientes encontram-se em fase crucial de desenvolvimento neuropsicomotor, na qual a intervenção terapêutica precoce e contínua pode determinar significativos avanços em suas habilidades comunicativas, sociais e cognitivas. A interrupção ou o atraso no início dessas terapias, em razão de negativas injustificadas por parte das operadoras, pode comprometer irreversivelmente o prognóstico do paciente, gerando aos familiares não apenas prejuízos materiais, mas também intensa aflição psicológica diante da impotência de proporcionar ao seu ente querido o tratamento necessário e adequado.

Neste contexto, surge o questionamento relevante acerca de se a negativa indevida de tratamento multidisciplinar pela operadora de saúde poderia configurar dano moral presumido, também denominado pela doutrina e jurisprudência como dano moral *in re ipsa*. Essa espécie de dano moral caracteriza-se pela desnecessidade de comprovação específica do prejuízo extrapatrimonial sofrido pela vítima, bastando a demonstração do ato ilícito ou do inadimplemento contratual para que se presuma a ocorrência do dano e, consequentemente, o dever de indenizar. Segundo Cambi e Hellman (2019), o dano moral presumido é aquele que prescinde de necessidade de se comprovar o dano sofrido, porque ser tido como lesão à personalidade, bastando que se comprove a ocorrência do fato lesivo. Trata-se de hipótese excepcional no direito brasileiro, que, em regra, exige a demonstração efetiva do dano para fins de reparação.

A questão ganha especial relevo quando se considera que o Superior Tribunal de Justiça, em diversas oportunidades, tem sido instado a se manifestar sobre a configuração ou não do dano moral *in re ipsa* em casos de negativa de cobertura por planos de saúde, apresentando orientações que oscilam entre a presunção do dano em determinadas situações e a exigência de comprovação específica das repercussões extrapatrimoniais suportadas pelo beneficiário em outras circunstâncias.

Deixe-se claro, desde logo, que o presente trabalho não pretende exaurir a teoria do dano moral *in re ipsa*, suas origens históricas, fundamentos filosóficos ou toda a complexa discussão doutrinária que a permeia. Tal empreitada demandaria investigação autônoma e aprofundada, incompatível com os objetivos e limites metodológicos deste estudo. O propósito deste capítulo é, tão somente, verificar em quais hipóteses o Superior Tribunal de Justiça tem aplicado o entendimento de dano moral presumido no âmbito das relações de consumo envolvendo planos de saúde e, a partir dessa análise jurisprudencial, avaliar se essa orientação poderia ser estendida aos casos específicos de negativa de cobertura de tratamentos multidisciplinares para pacientes com transtorno do espectro autista.

Para tanto, serão examinados precedentes do Superior Tribunal de Justiça que trataram da matéria, buscando identificar os critérios utilizados pela Corte para reconhecer ou afastar a presunção do dano moral em casos de descumprimento contratual por operadoras de planos de saúde. Para isso, foi realizada pesquisa inicial junto ao banco de jurisprudência da Corte Superior, em 1º de novembro de 2025, a partir da combinação dos critérios de pesquisa “plano de saúde” e “negativa” e “dano moral *in re ipsa*”. Desta pesquisa, resultaram 62 (sessenta e dois) acórdãos. Vale dizer que, deste total, apenas 11 (onze) foram proferidos após as alterações legislativas definidas como marco teórico da presente pesquisa, os quais foram analisados a partir de suas ementas, com vistas a identificar qual o critério utilizado pelo Superior Tribunal de Justiça para reconhecimento do dano moral presumido, em casos de negativa de cobertura assistencial indevida.

A análise das ementas dos referidos acórdãos indica, desde logo, uma tendência da Corte Superior em reconhecer o dano moral presumido, nas hipóteses de negativa indevida de atendimentos classificados como urgentes ou emergentes. Segundo acórdão de relatoria da ministra Daniela Teixeira, em agosto de 2025, “a recusa injustificada ao custeio de tratamento essencial em cenário emergencial configura dano moral *in re ipsa*, nos termos da jurisprudência da Terceira e Quarta Turmas do Superior Tribunal de Justiça” (REsp n. 2.211.255/SP, relatora Ministra Daniela Teixeira, Terceira Turma, julgado em 25/8/2025). O mesmo posicionamento foi encontrado em julgados da Quarta Turma, sob a relatoria do ministro Raul Araújo, em caso de negativa de transplante cardíaco, reconhecendo que “a recusa injustificada de cobertura por operadora de plano de saúde em situações de urgência ou emergência enseja reparação por danos morais, conforme jurisprudência consolidada” (REsp n. 1.977.312/DF, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 20/10/2025, DJEN de 29/10/2025).

Fora as hipóteses de negativa de cobertura assistencial, em casos de urgência ou emergência, no entanto, caberia ao beneficiário comprovar a ocorrência do evento danoso alegado, não havendo presunção de lesão extrapatrimonial. É o que se extrai, à guisa de exemplo, do acórdão de relatoria do ministro Humberto Martins, ao analisar pedido de indenização por danos morais em decorrência de negativa de cobertura de procedimento cirúrgico de caráter eletivo, afirmando que “a negativa indevida de cobertura pelo plano de saúde, por si só, não gera dano moral, devendo-se verificar as peculiaridades do caso concreto para avaliar se a conduta ilícita ultrapassou o mero inadimplemento contratual” (REsp n. 2.177.813/SE, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 29/9/2025, DJEN de 2/10/2025).

Nesse sentido, no que se refere às situações de urgência e emergência, é importante destacar que o artigo 35-C da Lei nº 9.656/98 estabelece a obrigatoriedade de cobertura para esses atendimentos. De acordo com o referido dispositivo, são considerados atendimentos de urgência aqueles decorrentes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, enquanto os atendimentos de emergência são aqueles que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, devidamente caracterizados por declaração do médico assistente.

Sabe-se que o tratamento do transtorno do espectro autista, sob a perspectiva tradicional da classificação de procedimentos médicos, enquadrar-se-ia, em princípio, na categoria de tratamento eletivo, tendo em vista que não representa situação de urgência ou emergência nos moldes estabelecidos pelo artigo 35-C da Lei nº 9.656/98. As terapias multidisciplinares prescritas para crianças com TEA, embora essenciais para o desenvolvimento do paciente, não configuram, à primeira vista, risco imediato de vida ou necessidade de intervenção emergencial.

Todavia, é necessário considerar que essa classificação legal pode ser objeto de reflexão mais aprofundada quando confrontada com os avanços da literatura médica especializada sobre o tratamento do autismo. A ciência médica tem demonstrado, de forma consistente e consensual, que a intervenção precoce constitui fator determinante para o prognóstico e a qualidade de vida de crianças diagnosticadas com TEA. Segundo Malheiros *et. al.* (2017), o início precoce das intervenções em pacientes com transtorno do espectro autista desempenha papel de suma importância, devido à janela de plasticidade cerebral, que potencializando os efeitos das terapias.

Pode-se dizer, portanto, que a postergação do início do tratamento ou a interrupção das terapias em razão de negativa de cobertura pela operadora de plano de saúde pode acarretar

prejuízos ao desenvolvimento cognitivo, social e comportamental da criança com TEA. Isso porque, o atraso na intervenção terapêutica durante a fase de maior plasticidade cerebral pode implicar a perda gradual dessa capacidade de reorganização neural, reduzindo as possibilidades de aquisição de habilidades essenciais para a autonomia e a inclusão social do paciente.

Nessa perspectiva, surge questionamento relevante acerca da possibilidade de se considerar a negativa de cobertura de tratamento para TEA como situação que, embora não configure emergência no sentido tradicional, pode caracterizar risco de "lesão irreparável" ao paciente, nos termos do próprio artigo 35-C da Lei nº 9.656/98. A irreparabilidade da lesão, neste caso, não se manifestaria no sentido de risco imediato à vida física, mas sim na impossibilidade de recuperação futura das oportunidades de desenvolvimento neurológico perdidas durante o período crítico da primeira infância (evidentemente, nos casos em que a negativa ocorrer nesta fase da vida).

Seria possível questionar, ainda, se a negativa de cobertura que impede ou retarda o início das terapias multidisciplinares em momento oportuno poderia, até mesmo, enquadrar-se na teoria da perda de uma chance, amplamente reconhecida pela jurisprudência brasileira. A privação do acesso ao tratamento adequado no momento neurologicamente mais propício representaria a supressão de possibilidade real de obtenção dos melhores resultados terapêuticos possíveis, comprometendo definitivamente o potencial de desenvolvimento da criança.

Contudo, tais questões, embora juridicamente relevantes e merecedoras de consideração, demandariam estudo próprio e mais aprofundado, com análise pormenorizada da literatura médica sobre neuroplasticidade e desenvolvimento infantil, bem como exame detalhado da jurisprudência sobre a teoria da perda de uma chance e a configuração de lesões irreparáveis para fins de caracterização de situações emergenciais. A interface entre os conceitos médicos de intervenção precoce e os critérios jurídicos de urgência, emergência e dano moral presumido constitui campo fértil para pesquisas futuras que possam contribuir para a construção de um entendimento jurisprudencial alinhado às inovações científicas sobre o tratamento do transtorno do espectro autista.

No entanto, centrando-se o presente estudo na análise do entendimento do Superior Tribunal de Justiça, foi realizada pesquisa junto ao banco de jurisprudência daquela Corte, em 2 de novembro de 2025, a partir da combinação dos termos "transtorno do espectro autista" and "dano moral" and "*in re ipsa*". Desta pesquisa, resultou apenas 1 (um) acórdão, de relatoria do ministro Humberto Martins, da Terceira Turma, o qual foi selecionado para análise.

O Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.130.358/SP foi relatado pelo Ministro Humberto Martins e julgado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, em agosto de 2024, com decisão unânime pelo desprovimento do recurso. A demanda judicial originária foi proposta pelos representantes legais de 2 (dois) menores diagnosticados com transtorno do espectro autista em face de operadora de plano de saúde. Os autores postulavam a cobertura integral de tratamento multidisciplinar, sem limitação de sessões, incluindo fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, equoterapia e musicoterapia, além de indenização por danos morais em razão da recusa da operadora em custear os procedimentos prescritos.

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo julgou parcialmente procedente o pedido, mantendo a sentença que havia determinado a cobertura do tratamento multidisciplinar sem limitação de sessões. O acórdão fundamentou-se na aplicação das Resoluções Normativas da ANS nº 465/2021, 469/2021 e 539/2022, reconhecendo a abusividade da negativa de cobertura. O Tribunal paulista considerou que a situação revestia-se de excepcionalidade suficiente para justificar a condenação por danos morais, fixando o quantum indenizatório em R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

A operadora de plano de saúde interpôs recurso especial alegando, em síntese, aplicação retroativa indevida de normas regulatórias da ANS, questionando a obrigatoriedade da cobertura das terapias na época dos fatos e insurgindo-se contra a condenação por danos morais e o valor dos honorários advocatícios fixados. O Superior Tribunal de Justiça, ao apreciar o recurso, afastou a alegação de retroatividade das normas regulatórias da ANS. O ministro relator esclareceu que não houve aplicação retroativa das Resoluções Normativas, mas sim a continuidade de entendimento jurisprudencial já consolidado na Terceira Turma do STJ.

O Tribunal Superior destacou que a Terceira Turma do STJ, embora com fundamento no caráter exemplificativo do rol da ANS, há muito vinha aplicando o entendimento no sentido da obrigatoriedade de cobertura de terapias multidisciplinares, sem limites de sessão, para tratamento do transtorno do espectro autista, conforme posteriormente consolidado na Súmula nº 568/STJ. Assim, a decisão não se baseou em normas regulatórias posteriores aos fatos, mas em orientação jurisprudencial preexistente que já impunha tal cobertura às operadoras de planos de saúde.

Quanto à condenação por danos morais, o STJ manteve o entendimento do Tribunal de origem, porém com algumas considerações acerca dos requisitos para sua configuração. O Ministro Humberto Martins reafirmou a jurisprudência consolidada da Corte no sentido de que

a mera recusa de cobertura por operadora de plano de saúde, por si só, não configura dano moral indenizável. A recusa fundamentada em cláusula contratual controvertida ou em razoável interpretação contratual não caracteriza a hipótese de dano moral presumido ou "*in re ipsa*", razão pela qual se mostra indispensável a comprovação do efetivo prejuízo extrapatrimonial para que haja o dever de indenizar.

No caso concreto, todavia, o Tribunal de origem analisou o conjunto fático-probatório e concluiu que a situação dos autos revestia-se de excepcionalidade apta a justificar o acolhimento do pleito indenizatório. O STJ entendeu que rever tal conclusão encontraria óbice na Súmula nº 7 do próprio Tribunal, que veda o reexame de provas em recurso especial. Dessa forma, respeitou-se a avaliação das instâncias ordinárias quanto às circunstâncias específicas do caso que evidenciaram a ocorrência de dano moral.

A análise do acórdão proferido no Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.130.358/SP reforça o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça quanto aos requisitos para a configuração do dano moral em casos de negativa de cobertura por operadoras de planos de saúde. O julgado reafirma a orientação jurisprudencial segundo a qual o dano moral presumido, ou "*in re ipsa*", restringe-se às hipóteses de recusa de atendimento em situações de urgência ou emergência, nas quais o risco imediato à vida ou a possibilidade de lesões irreparáveis ao paciente tornam evidente o sofrimento e a angústia experimentados pelo segurado.

Por outro lado, o acórdão evidencia que, nos casos de negativa de cobertura para procedimentos considerados eletivos ou baseados em interpretação contratual razoável, não se configura automaticamente o dever de indenizar por danos morais. Nesses casos, torna-se indispensável a comprovação do efetivo prejuízo extrapatrimonial sofrido pelo paciente, não bastando a mera recusa de cobertura para caracterizar ofensa aos direitos da personalidade. Essa distinção visa evitar a banalização do instituto do dano moral, reservando-o para situações em que efetivamente se comprove a ocorrência de sofrimento que ultrapasse os meros aborrecimentos do cotidiano ou os dissabores decorrentes do inadimplemento contratual.

O julgado analisado confirma, portanto, que nem toda negativa de cobertura ensejará automaticamente a condenação por danos morais, sendo necessária a análise das circunstâncias concretas de cada caso para verificar se houve efetiva violação aos direitos da personalidade do segurado. Essa orientação, de certa forma, prestigia a segurança jurídica e impede que a responsabilidade civil se converta em instrumento de enriquecimento sem causa ou em mecanismo punitivo desvinculado da real ocorrência de dano extrapatrimonial.

No entanto, conforme exposto ao longo deste capítulo, acredita-se que ainda há margem para a construção de novas vertentes jurisprudenciais, sobretudo em relação aos casos de pacientes com transtorno do espectro autista. A especificidade do tratamento do TEA, marcada pela imperatividade da intervenção precoce durante o período de maior plasticidade cerebral, sugere a necessidade de reflexão mais aprofundada acerca da classificação desses tratamentos como meramente eletivos. Isso porque a postergação ou a negativa de cobertura durante a janela temporal crítica para o desenvolvimento neurológico parece ter o potencial de acarretar prejuízos irreversíveis que, embora não configurem risco imediato de vida, comprometem definitivamente as potencialidades futuras do paciente.

Essa peculiaridade do tratamento do TEA poderia, em tese, justificar a construção de entendimento jurisprudencial diferenciado, aproximando tais situações do conceito de "lesão irreparável" previsto no artigo 35-C da Lei nº 9.656/98, ou mesmo fundamentando a aplicação da teoria da perda de uma chance. Tais possibilidades, contudo, demandariam estudo próprio e aprofundado, com análise interdisciplinar que conjugasse os avanços da neurociência sobre desenvolvimento infantil e plasticidade cerebral com os institutos jurídicos da responsabilidade civil e da hermenêutica contratual no âmbito do direito da saúde suplementar. Trata-se de campo fértil para pesquisas futuras que possam contribuir para o aperfeiçoamento da tutela jurídica dos direitos dos pacientes com TEA, adequando a interpretação judicial às evidências científicas contemporâneas.

Ressalte-se, ainda, que, em junho de 2025, o Superior Tribunal de Justiça afetou o Tema Repetitivo nº 1.365, de relatoria do ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, com o objetivo de definir se há configuração de dano moral *in re ipsa* nas hipóteses de recusa indevida de cobertura médico-assistencial pela operadora de plano de saúde. A afetação decorreu do número expressivo de processos com fundamento em idêntica questão de direito, evidenciando o caráter multitudinário da controvérsia. É válido mencionar que os recursos especiais representativos da controvérsia (REsp 2.197.574/SP e REsp 2.165.670/SP) tratam de casos concretos que envolvem a negativa de cobertura de tratamento multidisciplinar para pacientes com transtorno do espectro autista, o que se enquadra ao contexto específico do presente estudo, embora a tese a ser fixada pela Corte Superior seja aplicável aos casos de negativa assistencial em geral.

Diante disso, é necessário considerar que o cenário retratado neste capítulo ainda poderá sofrer alterações significativas, a depender da tese jurídica que vier a ser fixada pelo Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Tema Repetitivo nº 1.365. A definição da Corte sobre a caracterização do dano moral *in re ipsa* em casos de negativa indevida de cobertura assistencial

terá impacto direto na consolidação da jurisprudência e poderá modificar substancialmente o entendimento atualmente aplicado aos litígios envolvendo planos de saúde, sobretudo com relação às negativas assistenciais de tratamentos multidisciplinares prescritos aos pacientes com TEA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou investigar os limites da cobertura assistencial do tratamento do transtorno do espectro autista pelos planos de saúde, através da análise da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça. No desenvolvimento deste estudo, tornou-se evidente que essa temática tem exercido impacto significativo na atuação jurisdicional brasileira, mobilizando recursos do sistema de justiça e demandando a construção de entendimentos jurisprudenciais que harmonizem os interesses legítimos das operadoras de planos de saúde com a garantia do direito fundamental à saúde dos pacientes diagnosticados com TEA.

As pesquisas jurisprudenciais realizadas junto ao banco de dados do Superior Tribunal de Justiça demonstraram que aquela Corte, ainda que por vezes com número reduzido de precedentes específicos sobre determinados aspectos da controvérsia, tem enfrentado e firmado posicionamentos importantes em relação às demandas dessa natureza. A uniformização jurisprudencial que decorre naturalmente dos precedentes do Superior Tribunal de Justiça certamente contribui para a diminuição gradual de divergências em instâncias inferiores, conferindo maior previsibilidade às partes envolvidas e reduzindo a litigiosidade sobre questões já pacificadas na jurisprudência superior.

A análise dos julgados evidenciou também a evolução do posicionamento do STJ em matéria de cobertura assistencial para tratamento de TEA, especialmente no que concerne à interpretação da natureza do rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. A controvérsia entre as teses do rol exemplificativo e do rol taxativo permeou significativa parte dos julgamentos analisados, refletindo a complexidade da matéria e a necessidade de constante adequação da interpretação judicial às transformações normativas e regulatórias do setor.

Nesse contexto, merece especial destaque o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.192 pelo Supremo Tribunal Federal, que estabeleceu importantes balizas interpretativas sobre a natureza do rol da ANS e os critérios para a cobertura de procedimentos não expressamente previstos. A decisão do STF, ao afirmar a taxatividade mitigada do rol e estabelecer requisitos objetivos para a cobertura de tratamentos não listados, já tem surtido efeitos consideráveis na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, influenciando a fundamentação e o resultado de julgamentos posteriores. A repercussão dessa decisão na jurisprudência das instâncias ordinárias também se mostra evidente, atribuindo novos contornos ao debate sobre os limites da cobertura assistencial obrigatória.

É importante ressaltar, contudo, que o quadro jurisprudencial delineado ao longo desta pesquisa não se apresenta como definitivo ou imutável. A dinâmica própria da atividade jurisdicional, aliada às constantes inovações normativas e regulatórias promovidas pela ANS ou pela legislação infraconstitucional, permite antever que o panorama aqui descrito poderá sofrer alterações significativas nos próximos anos. A edição da Lei nº 14.454/2022, que modificou a Lei dos Planos de Saúde ao estabelecer novos critérios para a cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS, representa exemplo concreto dessas transformações normativas que influenciam diretamente a interpretação judicial sobre a matéria.

Ademais, a crescente compreensão pela comunidade científica das características específicas do transtorno do espectro autista, dos métodos terapêuticos mais eficazes e da importância da intervenção precoce para o prognóstico dos pacientes tende a impactar não apenas as regulações da ANS, mas também a sensibilidade do poder judiciário para as peculiaridades desses tratamentos. A interface entre o conhecimento médico-científico e a aplicação do direito mostra-se cada vez mais relevante nesse campo, exigindo dos operadores jurídicos a capacidade de dialogar com outras áreas do conhecimento para a construção de soluções adequadas aos casos concretos.

A análise realizada permitiu também identificar questões ainda não completamente resolvidas pela jurisprudência, como é o caso da discussão relativa à razoabilidade de manutenção dos contratos de plano de saúde, para assegurar a continuidade de tratamentos multidisciplinares, mesmo após o prazo legal previsto pelo art. 30 da Lei 9.656/98. Essas lacunas e indefinições representam espaços abertos para a construção de novas vertentes jurisprudenciais que possam aperfeiçoar a tutela dos direitos dos pacientes com TEA.

Não se pode deixar de reconhecer, todavia, que já existe esforço significativo, tanto por parte das regulações normativas da ANS quanto do poder judiciário, no sentido de garantir acesso adequado ao tratamento do TEA no âmbito da saúde suplementar. A edição de sucessivas resoluções normativas pela agência reguladora, ampliando progressivamente a cobertura obrigatória de terapias multidisciplinares e eliminando limitações quantitativas de sessões, demonstra a sensibilidade do órgão regulador para as necessidades específicas desses pacientes. Da mesma forma, a consolidação de entendimentos jurisprudenciais favoráveis à cobertura ampla do tratamento do TEA evidencia o compromisso do poder judiciário com a efetivação do direito à saúde dessa população vulnerável.

A construção de jurisprudência que compreenda cada vez mais profundamente as nuances do tratamento do transtorno do espectro autista demanda, necessariamente, o

aprofundamento do diálogo entre o direito e as ciências da saúde. A complexidade do TEA, sua heterogeneidade clínica e a diversidade de abordagens terapêuticas disponíveis impõem aos operadores jurídicos a necessidade de constante atualização sobre os avanços científicos nesse campo. Somente por meio dessa interdisciplinaridade será possível desenvolver soluções jurídicas que efetivamente atendam às necessidades reais dos pacientes, sem desconsiderar os aspectos econômico-atuariais que regem o sistema de saúde suplementar.

Cumprе registrar, por fim, que este estudo não teve a pretensão de esgotar todas as questões relacionadas aos limites da cobertura assistencial do tratamento do TEA pelos planos de saúde, mas sim de oferecer panorama amplo da atuação jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça sobre a matéria, identificando tendências, contradições e lacunas que possam orientar futuras pesquisas e contribuir para o aperfeiçoamento da tutela jurídica desses direitos. Os resultados alcançados apontam para a necessidade de continuidade das investigações sobre o tema, especialmente considerando a dinâmica evolutiva tanto da jurisprudência quanto das regulações normativas que incidem sobre o setor de saúde suplementar.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Beatriz Nunes Passos *et al.* A importância da abordagem multidisciplinar no tratamento de crianças com espectro autista. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 1, p. 3568-3580, 2024.
- ANUÁRIO da Justiça São Paulo. 14. ed. São Paulo: ConJur, 2025. Edição dirigida por Márcio Chaer. p. 50
- ATAIDE, Carlos Eduardo Ramos. Impact of social distancing in the routine of children and teenagers with Autism Spectrum Disorder. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 16, p. e115101623242, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.23242. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/23242>.
- BOARATI, Vanessa *et al.* A judicialização da saúde infantil: um estudo de decisões judiciais do Estado de São Paulo. *CrimRxiv*, 2023. Disponível em: <https://www.crimrxiv.com/pub/x3rob5pe/release/1>.
- BRANDALISE, André. MUSICOTERAPIA APLICADA À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA): UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. *Brazilian Journal of Music Therapy*, [S. l.], n. 15, 2013. DOI: 10.51914/brjmt.15.2013.238. Disponível em: <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/238>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa ANS nº 469, de 09 de julho de 2021. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa ANS nº 539, de 23 de junho de 2022. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 1 jul. 2022.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 2022.
- BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 1998.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt no AREsp 2.245.946/SP. Relator Raul Araújo. Brasília, DF. Julgado em 15/05/2023.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt nos EREsp 1933013 Relator João Otávio de Noronha. Brasília, DF. Julgado em 09/04/2025.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo em Recurso Especial nº 2.333.933/SP. Relator: Raul Araújo. Brasília, DF. Julgado em 30/09/2025.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo em Recurso Especial nº 2.833.886/BA. Relator Moura Ribeiro. Brasília, DF. Julgado em 14/04/2025.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.130.358/SP. Relator: Humberto Martins. Brasília, DF, julgado em 19/08/2024.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Interno no Recurso Especial nº 2.144.824/RN. Relator Ricardo Villas Boas Cueva. Brasília, DF. Julgado em 09/12/2024.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Interno no Recurso Especial 2.130.831/SP. Relator Ricardo Villas Boas Cueva.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 2.029.237/SP. Relator Antonio Carlos Ferreira. Brasília, DF. Julgado em 07/10/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 2.215.584/SP. Relatora Daniela Teixeira. Brasília, DF. Julgado em 25/08/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.842.751/SP. Relator Luis Felipe Salomão. Brasília, DF. Julgado em 01/08/2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.876.047/SP. Relatora Nancy Andrichi. Brasília, DF. Julgado em 20/04/2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.064.964/SP. Relatora Nancy Andrichi. Brasília, DF. Julgado em 20/02/2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.192.589/PB. Relator Moura Ribeiro. Brasília, DF. Julgado em 24/02/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.192.617/RN. Relatora Daniela Teixeira. Brasília, DF. Julgado em 23/06/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.192.617/RN. Relatora Daniela Teixeira. Brasília, DF. Julgado em 26/06/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.400.005/SP. Relatora Ministra Nancy Andrichi. Brasília, DF. Julgado em 08/11/2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2223941/SP. Relatora Daniela Teixeira. Brasília, DF. Julgado em 15/09/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº REsp nº 1846123/SP. Relator Luis Felipe Salomão. Brasília, DF. Julgado em 01/08/2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1.842.475/SP, Relator Luis Felipe Salomão. Brasília, DF. Julgado em 27/9/2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 2.125.696/SP. Relatora: Nancy Andrichi. Brasília, DF. Julgado em 03/04/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 2.181.159/SP. Relatora Daniela Teixeira. Brasília, DF. Julgado em 16/06/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 2.185.834/MT. Relatora Daniela Teixeira. Brasília, DF. Julgado em 12/08/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 2209351 / SP. Relator Ricardo Villas Boas Cueva. Brasília, DF. Julgado em 09/09/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp n. 1.977.312/DF. Relator Ministro Raul Araújo. Brasília, DF, julgado em 20/10/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp n. 2.177.813/SE. Relator Ministro Humberto Martins. Brasília, DF. Julgado em 29/9/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp n. 2.211.255/SP, relatora Ministra Daniela Teixeira. Brasília, DF, julgado em 25/8/2025.

BRAZ, Lívia. Autismo no Brasil: casos não aumentaram, o que aumentou foi o volume de informações que levam ao diagnóstico, diz especialista. *Brasil61*, Brasília, 1 ago. 2024. Disponível em: <https://brasil61.com/n/autismo-no-brasil-casos-nao-aumentaram-o-que-aumentou-foi-o-volume-de-informacoes-que-levam-ao-diagnostico-diz-especialista-bras239991#:~:text=N%C3%BAmeros%20no%20Brasil>. Acesso em: 1 nov. 2024.

CAMBI, Eduardo; HELLMAN, Renê Francisco. O dano moral in re ipsa e sua dimensão probatória na jurisprudência do STJ. In: Revista de Processo. 2019. p. 311-336.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT). Entenda como o rol taxativo da ANS pode impactar os usuários de planos de saúde. *CUT Ceará*, Fortaleza, 1 jul. 2022. Disponível em:

<https://ce.cut.org.br/noticias/entenda-como-o-rol-taxativo-da-ans-pode-impactar-os-usuarios-de-planos-de-saude-be5d>. Acesso em: 17 nov. 2024.

COELHO, Carlos Frederico De Macedo. Convivendo com Miguel e Mônica: uma proposta de acompanhamento terapêutico de crianças autistas. 2007.

DIAS, Sandra. "Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade." *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 18.2 (2015): 307-313.

DUARTE, Stefeny Beatriz Bonfim et al. Modelos de intervenções no tratamento de crianças do Transtorno do Espectro Autista: uma comparação entre a musicoterapia e a equoterapia. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 1, p. e0312139246-e0312139246, 2023.

ESMERALDI, Renata Maria Gil da Silva Lopes e LOPES, José Fernando da Silva. Planos de saúde no Brasil-Doutrina e Jurisprudência. Saraiva Educação SA, 2017.

GONÇALVES, B. T., Senra, M. de S., & Barcellos, L. R. M. (2023). RELAÇÕES AFETIVAS E O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DOIS RELATOS DE CASO EM MUSICOTERAPIA. *Brazilian Journal of Music Therapy*, (33).

<https://doi.org/10.51914/brjmt.33.2022.381>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3089401/>

JÚNIOR, Mariana Pereira; OLIVEIRA, Uliana; SILVEIRA, Gisekda. Metodologia Aba Na Intervenção Das Interações Sociais De Crianças Com Autismo Na Segunda Infância (Psicologia). Repositório Institucional, v. 2, n. 1, 2024.

KOLLING, Aline; PEZZI, Fernanda Aparecida Szareski. A Equoterapia no Tratamento de Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). *Revista Psicologia & Saberes*, [S. l.], v. 9, n. 14, p. 88–102, 2020. DOI: 10.3333/rps.v9i14.1122. Disponível em:

<https://cesmac.emnuvens.com.br/psicologia/article/view/1122>. Acesso em: 9 nov. 2025.

MALHEIROS, Glícia Campanharo et al. Benefícios da intervenção precoce na criança Autista. *Revista Científica Da Faculdade De Medicina De Campos*, v. 12, n. 1, p. 36-44, 2017.

MILTENBERGER, R. G. (2015). *Behavior Modification: Principles and Procedures* 6th Edition. Boston, MA: Cengage Learning

RESENDE, Samilly Danielly de; CAMPOS, Sonia Maria de. Transtorno do espectro autista: diagnóstico e intervenção psicopedagógica clínica. *Revista Psicopedagogia*, [S. l.], v. 41, n. 125, p. 350–365, 2024. DOI: 10.51207/2179-4057.20240034. Disponível em:

<https://revistapsicopedagogia.com.br/revista/article/view/60>. Acesso em: 8 nov. 2025.

REZENDE LF, SOUZA CJ. O trabalho pedagógico e a inclusão escolar para crianças com transtorno do espectro do autismo (TEA). *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2021; 10(13): 1–9, e460101321486.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 14, p. 73-83, 2009.

ROSA, Kelly Cristina Rafael et al. *Therasuit e pediasuit* em crianças com paralisia cerebral. Referências em Saúde do Centro Universitário Estácio de Goiás, [S. l.], v. 2, n. 02, p. 102–110, 2019. Disponível em:

<https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rrsfesgo/article/view/234>. Acesso em: 9 nov. 2025.

SCAFF, Fernando - Direito à saúde no âmbito privado – contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde, 2010.

SHARMA, Samata R.; GONDA, Xenia; TARAIZI, Frank I. Autism spectrum disorder: classification, diagnosis and therapy. *Pharmacology & therapeutics*, v. 190, p. 91-104, 2018.

SILVA, Caroline Santana; LACERDA, Rodrigo Antônio Montezano Valintin. Efeitos do protocolo pedia suit no tratamento de crianças com paralisia cerebral. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, v. 1, n. 1, 2017.

SILVA, Katia Cilene da. *Introdução à psicopedagogia*. Curitiba: InterSaberes, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA INFANTIL. *Proposta de padronização para o diagnóstico, investigação e tratamento do Transtorno do Espectro Autista*. Disponível em: <https://sbni.org.br/proposta-de-padronizacao-para-o-diagnostico-investigacao-e-tratamento-do-transtorno-do-espectro-autista/>. Acesso em: 20 out. 2024.

SOUSA, Mayra Luana, et al. Abordagens Terapêuticas no Transtorno do Espectro Autista: uma revisão atualizada. *Brazilian Journal Of Implantology And Health Sciences*, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 139-152, 4 jan. 2024. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. <http://dx.doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p139-152>.

TAVARES, Renato. *As pessoas adultas com o transtorno do espectro autista sob a ótica do direito da saúde brasileiro*. Santos: 2025. Dissertação (Mestrado em Direito da Saúde). Universidade Santa Cecília.