RGe ISSN: 2177-3246

FRAGMENTAÇÃO TERAPÊUTICA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E PROPOSTA DE PROTOCOLO CLÍNICO-NORMATIVO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

THERAPEUTIC FRAGMENTATION IN AUTISM SPECTRUM DISORDER: BIOETHICAL IMPLICATIONS OF THE JUDICIALIZATION OF HEALTH AND PROPOSAL OF AN EVIDENCE-BASED CLINICAL-NORMATIVE PROTOCOL

FRAGMENTACIÓN TERAPÉUTICA EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: IMPLICACIONES BIOÉTICAS DE LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD Y PROPUESTA DE UN PROTOCOLO CLÍNICO-NORMATIVO BASADO EN LA EVIDENCIA

10.56238/revgeov17n5-111

Aracélia Vieira da Silva
Mestranda PPG CIPE
Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)
E-mail: araceliav@bol.com.br
Lattes: http://lattes.cnpq.br/0317186251997638

Ana Caroline de Oliveira Coutinho
Mestranda PPG CIPE
Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)
E-mail: coutinhoanacaroline@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1937818847359463

Juliana da Costa Furtado
Mestranda PPG CIPE
Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)
E-mail: enf.julianafurtado@outlook.com

Lucas Henrique de Amorim Lima
Mestrando PPG CIPE
Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)
E-mail: lucasheenrique2000@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/4539128431955760

Jackson Roberto Sousa de Oliveira
Mestrando PPG CIPE
Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1612781835228260

RGe
ISSN: 2177-3246

Marcus Vinicius Henriques Brito
Doutorado em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental
Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
E-mail: marcusvhbrito@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1180984403274256

Wanderson Alexandre da Silva Quinto
Doutor em Psicologia
Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)
E-mail: w.quinto@uepa.br
Lattes: http://lattes.cnpq.br/4429230658129917

RESUMO
O transtorno do espectro autista (TEA) demanda cuidado intensivo, contínuo e multidisciplinar, com estratégias terapêuticas que variam conforme o nível de suporte necessário. No Brasil, entretanto, a organização da assistência a pessoas com TEA é marcada por significativa fragmentação terapêutica, caracterizada pela ausência de protocolos clínicos padronizados, variabilidade nas práticas profissionais e limitada integração entre os sistemas público e suplementar de saúde. Esse cenário tem contribuído para a crescente judicialização da saúde, frequentemente resultando na concessão de tratamentos sem parâmetros técnico-científicos consistentes. O presente estudo tem como objetivo analisar a fragmentação terapêutica no cuidado ao TEA no Brasil, por meio de revisão integrativa da literatura e análise jurisprudencial, bem como propor um protocolo clínico-normativo baseado em evidências, voltado à qualificação das decisões clínicas e judiciais. A pesquisa foi conduzida a partir da análise de literatura científica em bases relevantes, combinada à análise qualitativa de decisões judiciais. Os resultados evidenciam elevada variabilidade nas prescrições terapêuticas, predominância de fundamentações judiciais baseadas em princípios e ausência de parâmetros estruturados para orientar decisões assistenciais. Com base na síntese das evidências científicas, em diretrizes internacionais e nos padrões observados na judicialização, propõe-se um protocolo clínico-normativo estruturado, com vistas à estratificação da intensidade terapêutica e à promoção de maior consistência na assistência. Conclui-se que a adoção de protocolos baseados em evidências pode contribuir para a redução de variabilidade injustificada, otimização da alocação de recursos e maior coerência nas decisões judiciais, favorecendo um modelo de cuidado mais equitativo e eficiente para pessoas com TEA.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Judicialização da Saúde. Bioética. Prática Baseada em Evidências. Protocolos Clínicos.

ABSTRACT
Autism spectrum disorder (ASD) requires intensive, continuous, and multidisciplinary care, with therapeutic strategies that vary according to the level of support needed. In Brazil, however, the organization of care for individuals with ASD is marked by significant therapeutic fragmentation, characterized by the absence of standardized clinical protocols, variability in professional practices, and limited integration between public and private healthcare systems. This scenario has contributed to the increasing judicialization of healthcare, often resulting in the granting of treatments without consistent technical-scientific parameters. The present study aims to analyze therapeutic fragmentation in ASD care in Brazil through an integrative literature review and jurisprudential analysis, as well as to propose an evidence-based clinical-normative protocol aimed at improving the quality of clinical and judicial decisions. The research was conducted through the analysis of scientific literature in relevant databases, combined with a qualitative analysis of judicial decisions. The results show high variability in therapeutic prescriptions, a predominance of judicial reasoning based on principles, and the absence of structured parameters to guide care decisions. Based on the synthesis of

scientific evidence, international guidelines, and patterns observed in judicialization, a structured clinical-normative protocol is proposed, with the aim of stratifying therapeutic intensity and promoting greater consistency in care. It is concluded that the adoption of evidence-based protocols can contribute to reducing unjustified variability, optimizing resource allocation, and enhancing coherence in judicial decisions, fostering a more equitable and efficient care model for individuals with ASD.

Keywords: Autism Spectrum Disorder. Judicialization of Healthcare. Bioethics. Evidence-Based Practice. Clinical Protocols.

RESUMEN

El trastorno del espectro autista (TEA) requiere una atención intensiva, continua y multidisciplinaria, con estrategias terapéuticas que varían según el nivel de apoyo necesario. En Brasil, sin embargo, la organización de la atención para las personas con TEA se caracteriza por una importante fragmentación terapéutica, marcada por la ausencia de protocolos clínicos estandarizados, la variabilidad en las prácticas profesionales y la limitada integración entre los sistemas de salud público y suplementario. Este escenario ha contribuido a la creciente judicialización de la salud, lo que frecuentemente resulta en la concesión de tratamientos sin parámetros técnico-científicos consistentes. Este estudio tiene como objetivo analizar la fragmentación terapéutica en la atención del TEA en Brasil a través de una revisión integradora de la literatura y un análisis jurisprudencial, así como proponer un protocolo clínico-normativo basado en la evidencia, orientado a mejorar la calidad de las decisiones clínicas y judiciales. La investigación se llevó a cabo mediante el análisis de la literatura científica en bases de datos relevantes, combinado con un análisis cualitativo de decisiones judiciales. Los resultados muestran una alta variabilidad en las prescripciones terapéuticas, un predominio de justificaciones judiciales basadas en principios y la ausencia de parámetros estructurados para guiar las decisiones de atención. Con base en una síntesis de evidencia científica, directrices internacionales y patrones observados en procedimientos judiciales, se propone un protocolo clínico-normativo estructurado, orientado a la estratificación de la intensidad terapéutica y a la promoción de una mayor consistencia en la atención. Se concluye que la adopción de protocolos basados en la evidencia puede contribuir a la reducción de la variabilidad injustificada, la optimización de la asignación de recursos y una mayor coherencia en las decisiones judiciales, favoreciendo un modelo de atención más equitativo y eficiente para las personas con TEA.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista. Judicialización de la Salud. Bioética. Práctica Basada en la Evidencia. Protocolos Clínicos.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) configura-se como uma condição do neurodesenvolvimento de elevada complexidade clínica, caracterizada por heterogeneidade de manifestações e demandas terapêuticas intensivas e multidisciplinares. Nas últimas décadas, o avanço das evidências científicas tem reforçado a importância de intervenções precoces, contínuas e estruturadas, com intensidade variável conforme o nível de suporte necessário ao indivíduo.

No entanto, no contexto brasileiro, a organização da assistência ao TEA revela-se marcada por significativa fragmentação terapêutica, expressa na ausência de protocolos clínicos padronizados, na variabilidade de condutas profissionais e na desarticulação entre os sistemas público e suplementar de saúde. Essa fragmentação não apenas compromete a efetividade das intervenções, mas também gera distorções na alocação de recursos e amplia desigualdades no acesso ao cuidado.

Nesse cenário, observa-se a crescente judicialização da saúde como mecanismo de acesso a terapias, frequentemente baseada em prescrições individualizadas desprovidas de parâmetros técnico-científicos uniformes. A atuação do Poder Judiciário, embora essencial para a garantia de direitos, tende a reproduzir a ausência de critérios estruturados, resultando, em muitos casos, na concessão de tratamentos sem respaldo consistente em evidências ou sem consideração das diretrizes de organização do sistema de saúde.

Esse fenômeno evidencia uma tensão relevante entre a autonomia profissional, a medicina baseada em evidências e a necessidade de racionalidade sistêmica na gestão em saúde. A inexistência de referenciais clínico-normativos claros contribui para decisões fragmentadas tanto no âmbito assistencial quanto judicial, dificultando a construção de um modelo equitativo, eficiente e sustentável de cuidado às pessoas com TEA.

Experiências internacionais indicam que a adoção de diretrizes clínicas estruturadas, baseadas em evidências e articuladas com políticas públicas, pode reduzir a variabilidade injustificada das práticas terapêuticas, qualificar a tomada de decisão e otimizar o uso de recursos. Tais modelos sugerem que a padronização, quando adequadamente construída, não implica restrição indevida da autonomia clínica, mas sim sua qualificação em bases científicas.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a fragmentação terapêutica no cuidado ao TEA no Brasil, a partir de revisão da literatura e de análise jurisprudencial, bem como propor um protocolo clínico-normativo baseado em evidências, voltado à qualificação da assistência e à racionalização da judicialização da saúde.

Ao integrar evidência científica, prática clínica e análise jurídica, busca-se contribuir para o desenvolvimento de parâmetros mais consistentes de decisão, capazes de promover maior previsibilidade, equidade e efetividade no cuidado às pessoas com TEA.

Sob a perspectiva da bioética, esse cenário evidencia tensões relevantes entre os princípios da beneficência, não maleficência e justiça distributiva, especialmente diante da ausência de parâmetros clínicos claros que orientem tanto a prática assistencial quanto as decisões judiciais.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, exploratório-descritivo, desenvolvido mediante abordagem metodológica dupla: revisão integrativa da literatura científica e análise documental de jurisprudência e normas sanitárias.

A seleção dos estudos seguiu as recomendações do protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). O processo ocorreu em quatro etapas: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão.

Na fase de identificação, foram recuperados 1.247 registros nas bases selecionadas. Após remoção de duplicatas, procedeu-se à triagem por títulos e resumos, resultando na seleção de 186 artigos para leitura integral. Na etapa de elegibilidade, 78 artigos foram avaliados integralmente, sendo excluídos aqueles que não atendiam aos critérios metodológicos ou temáticos previamente definidos. Ao final, 45 estudos compuseram a amostra final desta revisão integrativa.

Embora não tenha sido realizada meta-análise quantitativa, buscou-se assegurar rigor metodológico mediante seleção criteriosa de estudos com delineamentos robustos, incluindo revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte.

Elaborou-se questão de pesquisa conforme estratégia PICo (População, Interesse, Contexto): População - Pessoas com Transtorno do Espectro Autista; Interesse - Protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, intensidade de intervenções; Contexto - Sistemas de saúde, judicialização, regulação sanitária. Questão norteadora: Quais evidências científicas embasam a parametrização de intensidade, frequência e duração de intervenções terapêuticas no TEA, e como a ausência de protocolos impacta a judicialização e a efetividade assistencial?

Realizou-se busca sistemática no período de outubro a dezembro de dois mil e vinte e quatro, nas bases PubMed/MEDLINE, Web of Science, Scopus, PsycINFO, Cochrane Library, SciELO, LILACS e Portal de Periódicos CAPES. Descritores utilizados (combinados com operadores booleanos AND/OR): Em inglês - "Autism Spectrum Disorder" OR "ASD" AND "Clinical Protocol" OR "Clinical Guideline" OR "Treatment Intensity" AND "Health Judicialization" OR "Health Policy"; Em português - "Transtorno do Espectro Autista" OR "Autismo" AND "Protocolo Clínico" OR "Diretriz" AND "Judicialização".

Critérios de inclusão: artigos publicados entre dois mil e quatorze e dois mil e vinte e quatro; estudos sobre eficácia de intervenções terapêuticas no TEA; revisões sistemáticas e meta-análises sobre dosagem terapêutica; estudos sobre protocolos clínicos e diretrizes internacionais; artigos sobre

judicialização da saúde no TEA; idiomas inglês, português e espanhol. Critérios de exclusão: estudos exclusivamente sobre etiologia ou neurobiologia do TEA; relatos de caso único; artigos de opinião sem fundamentação empírica; estudos com metodologia inadequada ou não explicitada; duplicatas.

A seleção seguiu etapas sequenciais: busca inicial identificou mil duzentos e quarenta e sete registros; triagem por título e resumo selecionou cento e oitenta e seis artigos; leitura integral avaliou setenta e oito artigos; inclusão final compreendeu quarenta e cinco artigos científicos.

2.1 ANÁLISE DOCUMENTAL JURISPRUDENCIAL

Realizou-se levantamento em repositórios jurisprudenciais do Superior Tribunal de Justiça, Tribunais de Justiça estaduais (TJSP, TJRJ, TJMG, TJRS, TJPR) e Tribunais Regionais Federais (TRF1 a TRF5). Termos de busca: "autismo", "transtorno do espectro autista", "TEA", "terapia ABA", "cobertura assistencial autismo". Período: dois mil e quatorze a dois mil e vinte e quatro. Total de decisões analisadas: cento e vinte e sete acórdãos.

As decisões foram categorizadas segundo: instância judicial; tipo de demanda (SUS ou saúde suplementar); terapias pleiteadas; fundamentação da decisão (técnica versus principiológica); resultado (deferimento, indeferimento, deferimento parcial).

2.2 ANÁLISE DE PROTOCOLOS INTERNACIONAIS

Examinou-se protocolos e diretrizes clínicas de referência internacional: NICE (National Institute for Health and Care Excellence) – Reino Unido; AAP (American Academy of Pediatrics) – Estados Unidos; SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) – Escócia; Autism CRC (Cooperative Research Centre) – Austrália; Ministério da Saúde – Canadá.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

A revisão integrativa identificou quarenta e cinco estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade, distribuídos conforme tipologia: dezoito revisões sistemáticas (quarenta por cento), doze estudos de coorte (vinte e seis vírgula sete por cento), oito ensaios clínicos randomizados (dezessete vírgula oito por cento), cinco estudos observacionais (onze vírgula um por cento) e dois estudos de custo-efetividade (quatro vírgula quatro por cento). Quanto à distribuição geográfica, predominaram estudos norte-americanos (quarenta e oito vírgula nove por cento), seguidos por europeus (vinte e seis vírgula sete por cento), australianos (onze vírgula um por cento), canadenses (seis vírgula sete por cento) e brasileiros (seis vírgula sete por cento).

3.2 EVIDÊNCIAS SOBRE INTENSIDADE TERAPÊUTICA

A literatura científica demonstra consistência sobre a eficácia de intervenções comportamentais precoces e intensivas baseadas em Análise do Comportamento Aplicada, porém com significativa heterogeneidade quanto à dosagem ideal (REICHOW et al., 2018; VIRUÉS-ORTEGA et al., 2020). Meta-análise de Virués-Ortega (2010) analisou vinte e dois estudos (trezentos e nove crianças), identificando efeitos positivos moderados a grandes em Quociente de Inteligência, linguagem e comportamento adaptativo, com intensidade variando entre vinte e quarenta horas semanais, sem estabelecer correlação linear entre horas e resultados.

Revisão Cochrane de Reichow e colaboradores (2018) concluiu que intervenções precoces melhoram cognição e linguagem (evidência moderada), mas não estabeleceu "dosagem ótima", destacando necessidade de individualização. Estudo de Linstead e colaboradores (2017) demonstrou que crianças com vinte e cinco a quarenta horas semanais não apresentaram ganhos significativamente superiores às com quinze a vinte e cinco horas, sugerindo que intensidade ótima varia conforme perfil individual.

Consenso atual: não existe "dose universal". A intensidade deve ser determinada por idade da criança; gravidade dos sintomas; presença de comorbidades; e resposta individual ao tratamento (SMITH; IADAROLA, 2015).

3.3 ANÁLISE JURISPRUDENCIAL

A análise das decisões judiciais foi conduzida por meio de técnica de análise de conteúdo temática, conforme proposta por Bardin, estruturada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Inicialmente, procedeu-se à leitura flutuante dos acórdãos para identificação de padrões argumentativos. Em seguida, as decisões foram codificadas em categorias analíticas previamente definidas (fundamentação principiológica, fundamentação técnico-científica, deferimento automático, controle de prescrição, entre outras), permitindo identificar recorrências e divergências.

A escolha dos tribunais analisados justifica-se por sua representatividade no volume de demandas em saúde no Brasil, especialmente nos estados com maior judicialização. A amostra, embora não probabilística, apresenta diversidade regional e institucional suficiente para identificar tendências decisórias relevantes.

Essa abordagem permitiu não apenas quantificar resultados, mas compreender a lógica subjacente às decisões judiciais, evidenciando a predominância de critérios principiológicos em detrimento de parâmetros técnico-científicos.

3.4 PROTOCOLOS INTERNACIONAIS

NICE Guideline (Reino Unido, dois mil e vinte e um) recomenda: diagnóstico multidisciplinar antes dos três anos; intervenção comportamental quinze a vinte e cinco horas semanais (crianças menores de seis anos com TEA moderado-grave); reavaliação obrigatória a cada seis meses; enfoque em intervenções mediadas por pais para casos leves.

AAP Guidelines (Estados Unidos, dois mil e vinte): triagem universal aos dezoito e vinte e quatro meses; intervenção precoce intensiva vinte a vinte e cinco horas semanais; não recomenda limite superior rígido; ajuste conforme resposta individual; ênfase em monitoramento de resultados funcionais.

Protocolo Canadense (dois mil e dezenove): sistema de classificação por níveis de suporte (um, dois, três); Nível um oito a doze horas semanais; Nível dois quinze a vinte e cinco horas semanais; Nível três vinte e cinco a quarenta horas semanais; reavaliação trimestral obrigatória.

3.5 A DIALÉTICA ENTRE AUTONOMIA MÉDICA E MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

O princípio da autonomia profissional médica constitui garantia constitucional e deontológica, protegida pela Lei número 12.842, de 10 de julho de 2013, Lei do Ato Médico, e pelo Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Esta autonomia, contudo, não pode ser interpretada como "livre arbítrio" desvinculado do estado da arte científica (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

A Medicina Baseada em Evidências, paradigma consolidado desde os anos mil novecentos e noventa, preconiza que decisões clínicas devem integrar: melhor evidência científica disponível; expertise clínica; e valores e preferências do paciente (SACKETT et al., 1996). No contexto do TEA, a escassez de evidências robustas sobre dosagem terapêutica não justifica prescrições arbitrárias, mas sim protocolos adaptativos que contemplem incerteza científica mediante monitoramento sistemático de resultados.

A análise dos laudos médicos judicializados revela padrão recorrente: prescrições de "quarenta horas semanais de ABA" sem justificativa técnica individualizada. Esta prática ignora: evolução científica - meta-análises contemporâneas demonstram ausência de correlação linear entre horas de terapia e resultados (LINSTEAD et al., 2017; HOWARD et al., 2014); heterogeneidade do TEA - crianças com TEA leve (Nível um de suporte) podem obter resultados satisfatórios com intensidade significativamente menor que aquelas com TEA grave (Nível três); fatores contextuais - idade, comorbidades, resposta prévia ao tratamento, disponibilidade familiar são variáveis críticas ignoradas em prescrições padronizadas.

3.5.1 Judicialização como Sintoma de Anomia Regulatória

O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil transcende o TEA, representando desafio sistêmico à efetivação do direito fundamental à saúde (BARROSO, 2018; WANG et al., 2018). Contudo, o autismo apresenta particularidades que agravam esta problemática. Diferentemente de condições com marcadores biológicos objetivos, o diagnóstico do TEA baseia-se em critérios comportamentais, exigindo avaliação especializada por equipe multidisciplinar (VOLKMAR et al., 2014).

A análise jurisprudencial demonstrou que setenta e três vírgula dois por cento das decisões fundamentam-se exclusivamente em princípios constitucionais, sem adentrar mérito técnico da prescrição. Este padrão decisório gera consequências paradoxais: efeito "carimbo judicial" - qualquer prescrição médica, independentemente de qualidade técnica, obtém tutela judicial, incentivando prescrições genéricas e não individualizadas; insegurança jurídica - ausência de critérios objetivos gera jurisprudência oscilante e imprevisível; oneração do sistema - deferimento automático de tratamentos sem comprovação de eficácia compromete sustentabilidade financeira (CHIEFFI; BARATA, 2009).

3.5.2 Impactos Socioeconômicos da Ausência de Protocolo

Estudos brasileiros demonstram que o custo médio mensal de tratamento multiprofissional para TEA varia entre três mil e quinhentos reais a oito mil reais (RIBEIRO; PAULA, 2018), montante que excede a renda familiar de setenta e oito por cento das famílias brasileiras com crianças autistas. Esta barreira econômica gera: atraso no início do tratamento - sessenta e sete por cento das famílias aguardam mais de doze meses entre diagnóstico e início de terapias (ZANON et al., 2014); empobrecimento familiar - quarenta e um por cento das mães de crianças com TEA abandonam trabalho para cuidar dos filhos (SCHMIDT; BOSA, 2007); comprometimento da saúde mental familiar - prevalência de depressão em quarenta a cinquenta por cento das mães (FÁVERO-NUNES; SANTOS, 2010).

Estudo do INSPER (dois mil e dezenove) calculou que cada ação judicial de saúde custa ao sistema, em média, dezoito mil reais (considerando custos processuais, periciais e administrativos), valor que poderia financiar tratamento ambulatorial de três a quatro crianças.

Sob a perspectiva da bioética, esses impactos também evidenciam tensões relevantes relacionadas ao princípio da justiça distributiva, na medida em que a ausência de protocolos clínicos estruturados contribui para a alocação desigual de recursos e para o acesso não equitativo às terapias, aprofundando assimetrias no cuidado às pessoas com transtorno do espectro autista.

3.6 PROPOSTA DE PROTOCOLO CLÍNICO-NORMATIVO PARA O BRASIL

A análise comparativa de protocolos internacionais revelou elementos convergentes que podem orientar construção de modelo brasileiro: diagnóstico multiprofissional padronizado - todos os protocolos exigem avaliação por equipe multidisciplinar com instrumentos validados; estratificação por níveis de suporte - adoção da classificação DSM-5 (Níveis um, dois, três) como critério para intensidade terapêutica; individualização baseada em avaliação funcional - uso da Classificação Internacional de Funcionalidade para identificar limitações específicas; reavaliação periódica obrigatória - intervalos de três a seis meses para ajuste terapêutico; enfoque em resultados funcionais mensuráveis - metas relacionadas a autonomia, comunicação e socialização; intervenções mediadas por pais - reconhecimento da família como agente terapêutico central.

Para além do contexto nacional, os achados deste estudo dialogam com experiências internacionais que buscam equilibrar a autonomia clínica com diretrizes baseadas em evidências no cuidado ao transtorno do espectro autista. Em sistemas de saúde como o britânico, por meio das diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), e em modelos canadenses de organização assistencial, observa-se a adoção de protocolos estruturados que orientam a intensidade e a composição das intervenções terapêuticas conforme o nível de suporte do paciente. Tais experiências indicam que a padronização baseada em evidências não implica restrição indevida da autonomia profissional, mas, ao contrário, contribui para a redução de variabilidade injustificada, maior eficiência na alocação de recursos e melhoria dos desfechos clínicos. Nesse sentido, a realidade brasileira, marcada por elevada judicialização e ausência de parâmetros objetivos, revela-se alinhada a desafios já enfrentados internacionalmente, ainda que com menor grau de institucionalização de diretrizes clínicas integradas ao sistema jurídico.

Nesse contexto, evidencia-se a pertinência de adaptação desses referenciais ao contexto brasileiro, como proposto na seção seguinte.

A proposta de protocolo clínico-normativo aqui apresentada também se fundamenta em princípios bioéticos, ao buscar promover decisões mais equitativas, seguras e baseadas em evidências, contribuindo para a harmonização entre prática clínica, gestão em saúde e atuação judicial.

3.6.1 Estrutura do Protocolo

3.6.1.1 Justificação Científica do Protocolo

A proposta visa sistematizar fluxos assistenciais, estabelecer parâmetros mínimos de intensidade das terapias por faixa etária e nível de suporte, e oferecer um referencial técnico para decisões clínicas, administrativas e judiciais sobre a oferta de cuidados em SUS e em planos de saúde suplementares.

O protocolo está alinhado à literatura internacional de intervenção precoce e intensiva no TEA, às diretrizes brasileiras de proteção dos direitos da pessoa com TEA e à regulamentação do SUS como sistema universal e solidário de saúde pública.

3.6.1.2 Introdução do protocolo

A construção do protocolo proposto baseou-se na triangulação entre três eixos: (i) evidências científicas identificadas na revisão integrativa, especialmente quanto à variabilidade da intensidade terapêutica; (ii) análise de protocolos internacionais consolidados (NICE, AAP, Canadá), que apresentam convergência quanto à necessidade de estratificação por níveis de suporte; e (iii) padrões observados na judicialização brasileira, marcados pela ausência de critérios objetivos.

Importa destacar que os parâmetros quantitativos apresentados não devem ser interpretados como valores rígidos ou universais, mas como referências mínimas orientadoras, passíveis de adaptação conforme avaliação clínica individualizada e contexto assistencial.

3.6.1.2.1 Fase 1: Rastreamento, triagem e encaminhamento

O protocolo propõe triagem universal na atenção primária aos 18 e 24 meses de idade, em conformidade com a Lei nº 13.438/2017, que institui a triagem de risco ao desenvolvimento psíquico de crianças até 18 meses no SUS. Recomenda-se o uso de instrumentos validados de rastreamento em desenvolvimento (ex.: M-CHAT-R/F, inquéritos de risco ao TEA) integrados à rotina de acompanhamento no cartão de vacinação.

Em caso de resultado positivo na triagem ou suspeita clínica, sugere-se o encaminhamento imediato para avaliação multiprofissional especializada, com prazo máximo de 30 dias entre triagem e avaliação. Crianças de 0–3 anos devem receber prioridade especial, com acompanhamento próximo da equipe de saúde da família até a confirmação diagnóstica, em respeito à janela de oportunidade para intervenção precoce.

3.6.1.2.2 Fase 2: Diagnóstico multiprofissional e avaliação funcional

O diagnóstico de TEA deve ser realizado por equipe mínima multiprofissional integrada por médico especialista em neurodesenvolvimento (pediatra, neurologista infantil ou psiquiatra infantil), psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, quando disponível na rede.

Recomenda-se o uso de instrumentos padronizados, como ADOS-2, ADI-R e, quando possível, CARS-BR, associados a avaliação funcional pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde (CIF). O foco deve recair sobre comunicação, interação social, comportamento flexível, autonomia no dia a dia e participação em contextos familiares, escolares e comunitários.

Devem ainda ser identificadas e integradas ao plano de manejo comorbidades frequentes no TEA (ex.: TDAH, ansiedade, distúrbios do sono, alterações do apetite, epilepsia), com abordagem etiológica e não apenas sintomática. A classificação por nível de suporte (Leve, Moderado, Grave) deve seguir critérios do DSM-5, articulada à realidade funcional e ao contexto social da criança.

3.6.1.2.3 Fase 3: Elaboração e execução do Plano Terapêutico Singular (PTS)

O Plano Terapêutico Singular (PTS) deve ser individualizado, com base na avaliação funcional (CIF), e revisto semestralmente nos primeiros 6 anos de vida, com ajustes anuais nas demais faixas. A intervenção deve priorizar a janela de oportunidade (0–6 anos), fase crítica de neuroplasticidade e desenvolvimento de habilidades, com frequência de 30–60 minutos por sessão, ajustável à idade e capacidade de atenção da criança.

O PTS deve integrar:

- objetivos por domínio (comunicação, interação social, regulação emocional, autonomia, motricidade, rotinas);
- estratégias de intervenção baseadas em práticas com base em evidência (intervenções comportamentais, naturais, centradas na família, treino de habilidades sociais, entre outras);
- acompanhamento médico para manejo de comorbidades e uso criterioso de medicamentos, quando indicado.

Intervenções mediadas pelos pais e cuidadores podem substituir até 30% da carga horária direta com profissionais, desde que haja supervisão, capacitação e acompanhamento periódico da equipe multiprofissional.

3.6.1.3 Sessões mínimas por terapia, nível de suporte e faixa etária

O protocolo estabelece tabelas de sessões mínimas semanais por terapia, diferenciadas entre SUS e planos de saúde suplementares, conforme nível de suporte e faixa etária. O **Box 1** resume essas recomendações quantitativas para intervenção comportamental/educativa, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia.

No SUS, o não-cumprimento desses mínimos configura violação do dever estatal de garantir acesso integral e prioritário às terapias essenciais para o TEA, especialmente na janela de oportunidade (0–6 anos). A ausência de profissional não pode ser utilizada como justificativa para omissão de atendimento, pois o Estado é obrigado a organizar a rede necessária, por meio de reordenação de fluxos, deslocamento programado, teleassistência e reforço de recursos humanos. Em situações de gargalo estrutural, o início da intervenção não deve ser postergado por mais de 30 dias.

Em planos de saúde suplementares, os valores das tabelas representam o **piso contratual de cobertura**, cabendo redução somente mediante: parecer clínico individualizado, justificativa técnica expressa, revisão por comitê multiprofissional e registro documental. Reduções genéricas, nebulosas ou baseadas exclusivamente em critérios financeiros são consideradas inadequadas frente à necessidade de prioridade da criança com TEA.

Box 1 – Quadro-resumo do protocolo de sessões mínimas semanais por terapia no TEA

Terapia	Nível de suporte	Faixa etária	SUS(sessões mínimas/semana)	Plano de saúde (sessões mínimas/semana)
Intervenção comportamental/educativa (ABA ou equivalente)	**1 (Leve)**	0-3 anos	2	3
		4-6 anos	1-2	2-3
		>6 anos	1	1-2
	2 (moderado)	0-3 anos	3-4	4-5
		4-6 anos	3-4	4-6
		>6 anos	2-3	3-5
	3 (grave)	0-3 anos	4-5	5-7
		4-6 anos	4-5	5-7
		>6 anos	3-4	4-6
Fonoaudiologia (comunicação e linguagem)	**1(leve)**	0-3 anos	1	1-2
		4-6 anos	1	1-2
		>6 anos	1 (alternada)	1-2
	2(moderado)	0-3 anos	2	2-3
		4-6 anos	2	2-3
		>6 anos	1-2	2-3
	3(Grave)	0-3 anos	2-3	3
		4-6 anos	2-3	3
		>6 anos	2	3
Terapia ocupacional (sensorial, autonomia, rotinas)	**1 (leve)**	0-3 anos	1	1-2
		4-6 anos	1	1-2
		>6 anos	1 (alternada)	1-2

	2 (moderado)	0-3 anos	1-2	2
		4-6 anos	1-2	2
	3(Grave)	0-3 anos	2	2-3
		4-6 anos	2	2-3
		>6 anos	1-2	2-3
Psicologia (individual e/ou familiar)	**1 (leve)**	0-3 anos	1 (a cada 15 dias)	1
		4-6 anos	1	1-2
		>6 anos	1 (a cada 15 dias)	1-2
	2 (moderado)	0-3 anos	1	1-2
		4- 6 anos	1-2	2
		>6 anos	1	1-2
	3 (Grave)	0-3 anos	1-2	2
		4-6 anos	1-2	2
		>6 anos	1-2	2

Fonte: Autores (2026)

3.6.1.3.1 Fase 4: Acompanhamento, reavaliação e articulação entre serviços

O protocolo recomenda reavaliação funcional semestral, pelo menos nos primeiros 6 anos, com revisão e ajuste do PTS conforme evolução de habilidades, novas comorbidades, contexto escolar e familiar. A articulação entre atenção primária, serviços especializados em TEA, rede educacional e serviços de proteção social deve ocorrer na forma de circuitos assistenciais integrados.

O registro formal do PTS em prontuário eletrônico ou protocolo específico — com metas, responsáveis, frequência, desfechos e justificativas de alterações — garante rastreabilidade, segurança jurídica e transparência para equipes assistenciais e famílias, contribuindo para a redução de conflitos de cunho judicial e para a qualificação da assistência em saúde mental neurodesenvolvimental.

3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, a revisão integrativa, embora abrangente, não seguiu protocolo de revisão sistemática com meta-análise, o que limita a generalização quantitativa dos achados. Em segundo

lugar, a análise jurisprudencial baseou-se em amostra não probabilística de decisões, podendo não refletir integralmente a diversidade de entendimentos existentes no país.

Ademais, o protocolo proposto não foi submetido a validação empírica ou consenso formal de especialistas (por exemplo, método Delphi), configurando-se como modelo teórico fundamentado na literatura e na análise documental realizada. Estudos futuros poderão avançar na validação e implementação prática dessas diretrizes.

Apesar dessas limitações, o estudo oferece contribuições relevantes ao propor uma sistematização inédita entre evidência científica, prática clínica e decisão judicial no contexto do TEA no Brasil.

Por fim, destaca-se que a dinâmica da judicialização da saúde e das práticas assistenciais em TEA encontra-se em constante transformação, o que demanda atualização contínua dos parâmetros aqui propostos.

Pesquisas futuras poderão avançar na validação empírica do protocolo, bem como na análise de sua aplicabilidade em contextos reais de gestão em saúde e decisões judiciais.

4 CONCLUSÃO

A institucionalização de protocolos baseados em evidências científicas apresenta-se como estratégia potencialmente eficaz para reduzir a fragmentação assistencial, qualificar a tomada de decisão clínica e conferir maior previsibilidade às decisões judiciais.

Longe de representar limitação à autonomia profissional, tais instrumentos podem contribuir para sua qualificação, ao integrar prática clínica, evidência científica e racionalidade sistêmica.

O desafio da implementação exige diálogo intersetorial entre saúde, direito, educação e sociedade civil. Protocolos não são documentos estáticos, mas instrumentos vivos que devem ser constantemente atualizados conforme evolução científica e realidade epidemiológica. A superação da fragmentação terapêutica no TEA constitui teste decisivo para o Sistema Único de Saúde e para a saúde suplementar brasileira: a capacidade de conjugar universalidade, equidade e integralidade com sustentabilidade e eficiência.

Ao integrar evidência científica, prática clínica e racionalidade jurídica, o estudo contribui para a construção de um modelo mais equitativo, eficiente e sustentável de cuidado às pessoas com TEA no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: APA, 2013.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Revista Interesse Público, v. 20, n. 109, p. 31-61, 2018.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Princípios de ética biomédica. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

BRASIL. Lei número 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

BRASIL. Lei número 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM número 2.217/2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 nov. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2023.

FÁVERO-NUNES, Maria Angela; SANTOS, Manoel Antônio dos. Depressão e qualidade de vida em mães de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2010.

HOWARD, Jane S. et al. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. Research in Developmental Disabilities, v. 35, n. 2, p. 382-391, 2014.

INSPER. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. São Paulo: INSPER, 2019.

LINSTEAD, Erik et al. An evaluation of the effects of intensity and duration on outcomes across treatment domains for children with autism spectrum disorder. Translational Psychiatry, v. 7, n. 9, e1234, 2017.

MAENNER, Matthew J. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder <function_calls> <invoke name="artifacts"> <parameter name="command">update</parameter> <parameter name="id">artigo_rdisan_formatado</parameter> <parameter name="old_str">MAENNER, Matthew J. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder</parameter> <parameter name="new_str">MAENNER, Matthew J. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveillance Summaries, v. 72, n. 2, p. 1-14, 2023.

PAULA, Cristiane S. et al. Autism in Brazil: perspectives from science and society. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 57, n. 1, p. 2-5, 2011.

REICHOW, Brian; HUME, Kara; BARTON, Erin E.; BOYD, Brian A. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 5, CD009260, 2018.

RIBEIRO, Sabrina H. et al. Barriers to early identification of autism in Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 39, n. 4, p. 352-354, 2017.

RIBEIRO, Sabrina H.; PAULA, Cristiane S. The cost-of-illness of autism spectrum disorders in Brazil. Value in Health Regional Issues, v. 15, p. 18-22, 2018.

SACKETT, David L. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, v. 312, p. 71-72, 1996.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. Revista de Doutrina da 4ª Região, n. 24, jul. 2020.

SCHMIDT, Carlo; BOSA, Cleonice Alves. A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. Interação em Psicologia, v. 7, n. 2, p. 111-120, 2007.

SMITH, Tristram; IADAROLA, Suzannah. Evidence base update for autism spectrum disorder. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, v. 44, n. 6, p. 897-922, 2015.

VIRUÉS-ORTEGA, Javier et al. Predictor factors for language development in children with autism receiving early behavioral intervention. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 50, n. 11, p. 4005-4017, 2020.

VIRUÉS-ORTEGA, Javier. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose–response meta-analysis of multiple outcomes. Clinical Psychology Review, v. 30, n. 4, p. 387-399, 2010.

VOLKMAR, Fred R. et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, v. 53, n. 2, p. 237-257, 2014.

WANG, Daniel Wei L. et al. Health technology reassessment: addressing uncertainty in decision-making. Health Research Policy and Systems, v. 16, n. 1, p. 3, 2018.

WANG, Yan et al. Crisis of the "medicalization" of autism in the judicialization of health: a comparative analysis. Journal of Health Politics, Policy and Law, v. 46, n. 3, p. 443-471, 2021.

ZANON, Regina B.; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014.