

NEURODIVERSIDADE E DIREITO À SAÚDE: A DIGNIDADE DA PESSOA COM AUTISMO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n2-243>

Data de submissão: 20/01/2025

Data de publicação: 20/02/2025

Lana Gisele Borges Bandeira
Mestranda em Desenvolvimento Regional
Centro Universitário Alves Faria
E-mail: lanagisele@gmail.com

Cintia Neves Godoi
Geógrafa, Mestre e Doutora em Geografia
Universidade Federal de Goiás, UFG
E-mail: ednamariajesus20@gmail.com

Edna Maria de Jesus
Pedagoga, Mestra e Doutora em Educação
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS
E-mail: ednamariajesus20@gmail.com

RESUMO

Este artigo examina a relação entre o direito à saúde e a dignidade humana de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), destacando como barreiras estruturais e sociais limitam o acesso equitativo a serviços de saúde adequados. A partir de uma revisão bibliográfica crítica, fundamentada nos direitos humanos e na neurodiversidade, o estudo explora vulnerabilidades dessa população, como dificuldades de comunicação, sensibilidade sensorial e exclusão social, além da escassez de profissionais capacitados e da concentração de serviços em grandes centros urbanos. A análise enfatiza a importância de intervenções terapêuticas baseadas em evidências, como a Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e o Modelo Denver (ESDM), reconhecendo sua eficácia no desenvolvimento de habilidades sociais e comunicativas, quando aplicadas precocemente. O artigo também destaca o papel da tecnologia assistiva, como os sistemas de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA), na ampliação do acesso às intervenções. Conclui-se que a efetivação do direito à saúde para pessoas com TEA requer políticas públicas inclusivas, a formação contínua de profissionais de saúde e redes de apoio ativas. A neurodiversidade é central à análise, reforçando o autismo como parte da diversidade humana. Dessa forma, o estudo contribui para políticas mais justas, promovendo bem-estar e cidadania plena para essa população.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Dignidade Humana. Transtorno do Espectro Autista – TEA. Inclusão Social. Políticas Públicas.

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, reconhecido como direito humano fundamental e intrinsecamente ligado à dignidade da pessoa humana, constitui um pilar essencial para o desenvolvimento individual e coletivo, permitindo que cada indivíduo alcance sua pleno potencial e viva com dignidade.

A garantia universal e igualitária desse direito, que se traduz no acesso a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, é um imperativo ético e uma obrigação dos Estados. No entanto, a concretização plena do direito à saúde para milhões de pessoas em todo o mundo, incluindo aquelas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), ainda enfrenta desafios significativos, especialmente em contextos marcados por sistemas de saúde desiguais e investimento insuficiente em políticas públicas inclusivas.

O autismo, condição neurológica que afeta a comunicação, a interação social e os padrões de comportamento, demanda maior atenção dos sistemas de saúde. Com uma prevalência crescente – estimada em 1 em cada 54 crianças nos Estados Unidos (CDC, 2020) – o TEA impõe a necessidade urgente de políticas públicas eficazes que garantam o acesso integral a serviços de saúde adequados às necessidades específicas dessa população.

Pessoas com TEA frequentemente enfrentam dificuldades para obter diagnóstico precoce, acessar terapias como a Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e receber acompanhamento médico especializado (APA, 2013). Essas dificuldades têm um impacto significativo em sua qualidade de vida, no seu desenvolvimento e na sua inclusão social, restringindo suas oportunidades e sua dignidade.

A complexidade do autismo exige uma abordagem individualizada e multidisciplinar, desde o diagnóstico até o suporte contínuo ao longo da vida. A neurodiversidade, conceito que reconhece a variação neurológica como parte da diversidade humana, desafia a visão exclusivamente biomédica do TEA e reforça a necessidade de políticas que promovam a inclusão e o respeito às diferenças. Nesse sentido, a relação entre direito à saúde e dignidade humana torna-se um tema central no debate acadêmico e político, especialmente no que se refere à efetividade das políticas públicas voltadas a essa população.

Este artigo propõe uma análise crítica sobre como o direito à saúde pode promover a dignidade de pessoas com TEA, considerando a perspectiva dos direitos humanos e o conceito de neurodiversidade. A pesquisa foi conduzida utilizando uma abordagem de revisão bibliográfica crítica, com o objetivo de investigar a relação entre o direito à saúde e a promoção da dignidade humana para indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A coleta de dados foi realizada nas bases de dados SciELO e LILACS, complementados pela busca no Google Scholar para ampliar a cobertura de literatura cinzenta. A estratégia de busca foi estruturada com o uso de operadores booleanos (AND, OR, NOT) para refinar os resultados e otimizar a seleção dos estudos. Os termos de pesquisa empregados incluíram combinações como “Transtorno do Espectro Autista” AND “direito à saúde”, “Neurodiversidade” AND “dignidade humana” e “Autismo” OR “TEA” AND “políticas públicas”, garantindo uma abordagem ampla, porém específica ao tema proposto.

Para assegurar a qualidade e a adequação dos estudos incluídos, foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão priorizaram publicações em português e inglês focadas em políticas públicas e acesso à saúde para pessoas com TEA, abrangendo crianças e adultos. Por outro lado, foram excluídos artigos que focassem exclusivamente em planos de saúde privados, publicações duplicadas e estudos irrelevantes para o contexto brasileiro ou desalinhados com tema da pesquisa.

A análise dos dados foi conduzida de forma narrativa e crítica, considerando a interseção entre direito à saúde, dignidade humana e autismo. O artigo busca responder à seguinte questão: como a garantia do direito à saúde contribui para a dignidade das pessoas com TEA? Para tanto, adota uma abordagem baseada nos direitos humanos, na neurodiversidade e na ética do cuidado, examinando as barreiras que dificultam o acesso a serviços de saúde adequados.

A interseccionalidade será utilizada como ferramenta analítica para compreender que as pessoas não são definidas por uma única característica, mas por múltiplas identidades, como gênero, raça, classe social e neurodiversidade. Isso permitirá uma análise mais ampla das vulnerabilidades que podem impactar o acesso ao direito à saúde.

Assim, este artigo tem os seguintes objetivos: (1) explorar o conceito de dignidade humana sob diferentes perspectivas filosóficas e jurídicas, fornecendo uma base teórica para a análise; (2) examinar as vulnerabilidades específicas enfrentadas por pessoas com TEA no acesso à saúde, como desafios de comunicação, sensibilidade sensorial e discriminação; e (3) discutir a importância da neurodiversidade na promoção da dignidade, enfatizando a necessidade de mudança de paradigma na compreensão do autismo.

Ao abordar essas questões, o artigo visa contribuir para uma reflexão mais aprofundada sobre a relação entre direito à saúde, dignidade e autismo, com o objetivo de subsidiar a formulação de políticas públicas mais justas e inclusivas, promovendo o bem-estar e a cidadania plena das pessoas com TEA.

2 DIREITO À SAÚDE COMO EXPRESSÃO A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A dignidade humana, princípio fundamental e norteador dos direitos humanos, consiste no reconhecimento do valor intrínseco e inalienável de todo ser humano. Essa concepção, que transcende características individuais como raça, gênero, condição social ou capacidade intelectual, afirma que cada pessoa é merecedora de respeito e consideração, simplesmente por ser humana.

A dignidade humana constitui o alicerce da filosofia dos direitos humanos e se manifesta na busca pela proteção contra toda forma de degradação e desumanização. Essa compreensão, essencial para a estruturação do ordenamento jurídico, encontra respaldo em perspectivas filosóficas e jurídicas que se entrelaçam e complementam.

Immanuel Kant, em sua obra seminal “Fundamentação da Metafísica dos Costumes”, fundamenta a dignidade humana na capacidade de autodeterminação e autonomia moral, isto é, na capacidade de cada indivíduo agir de acordo com os ditames da razão e da lei moral que ele mesmo se impõe. Para Kant (2007), o ser humano, dotado de razão e consciência moral, constitui um fim em si mesmo, possuindo um valor intrínseco que o impede de ser tratado como mero instrumento para a consecução de objetivos alheios à sua própria natureza. Essa concepção kantiana, ao conferir ao indivíduo um valor absoluto e inalienável, exerce uma influência profunda e duradoura na construção do conceito de dignidade humana no âmbito jurídico, informando os princípios e normas que visam à proteção e promoção dos direitos fundamentais.

A dignidade, assim compreendida, não se reduz a um mero postulado teórico, mas se traduz em um conjunto de direitos e garantias que asseguram a cada pessoa o respeito e a consideração devidos, impedindo que seja reduzida à condição de objeto ou meio para fins alheios à sua própria realização.

No campo do Direito, à dignidade humana se materializa como um conjunto de direitos fundamentais, garantias essenciais para a proteção da pessoa contra atos degradantes e desumanos, e para a promoção de condições existenciais mínimas para uma vida saudável.

Ingo Wolfgang Sarlet (2006, p. 60), ao analisar a dignidade da pessoa humana em sua obra sobre direitos fundamentais, define-a como “qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade”. Essa concepção de Sarlet (2006) que destaca a dignidade como fundamento para o reconhecimento e a proteção dos direitos humanos, implica um complexo de direitos e deveres que não apenas protegem o indivíduo contra a degradação e a desumanização, mas também lhe asseguram as condições para uma vida digna, incluindo a possibilidade de participação ativa e corresponsável na sociedade.

A partir dessa perspectiva, a dignidade transcende o âmbito moral, adquirindo força normativa e configurando-se como um princípio jurídico fundamental. Essa força normativa da dignidade, como bem define Sarmento (2016), eleva-a a um “princípio normativo de máxima estatura”, com implicações diretas para a validade e a legitimidade das normas jurídicas. Assim, a dignidade humana, longe de ser uma mera proclamação retórica, atua como “bússola na busca da melhor solução” (Barroso, 2016, p. 154), orientando a interpretação e a aplicação do Direito e servindo como critério para avaliar a legitimidade das leis e políticas públicas.

Sob essa ótica, ao reconhecer a neurodiversidade como parte da diversidade humana, promove-se a dignidade de todas as pessoas, independentemente de suas diferenças, construindo sociedades mais justas e inclusivas, na qual todos se sintam valorizados e respeitados.

Assim, qualquer norma que viole a dignidade humana, seja em abstrato ou em sua concretização, deve ser considerada nula e ilegítima. Essa concepção, que vincula a dignidade à validade do ordenamento jurídico, encontra respaldo na teoria dos direitos humanos de Barroso (2016, p. 492), que os caracteriza como “pré e supraestatais”, existindo independentemente do reconhecimento pelo Estado. Sarlet (2018), complementando essa visão, ressalta que os direitos humanos, positivados no direito internacional, são inerentes à condição humana e se transformam em direitos fundamentais ao serem incorporados ao ordenamento jurídico interno, consolidando-se como “direitos humanos incorporados ao ordenamento doméstico” (Barroso, 2016, p. 493). Essa internalização dos direitos humanos, garantindo-lhes força vinculante para todos os poderes estatais (Legislativo, Executivo e Judiciário), representa a positivação dos direitos morais inerentes à dignidade da pessoa, assegurando sua efetiva proteção e promoção.

Dentre esses direitos fundamentais, essenciais para a concretização da dignidade humana, destaca-se o direito à saúde, cuja garantia pelo Estado se reveste de especial importância. O direito à saúde, reconhecido pela Constituição brasileira como direito fundamental, ilustra essa concretização da dignidade humana no âmbito do ordenamento jurídico brasileiro.

A Constituição de 1988, demonstrando a importância desse direito, dedica-lhe uma seção específica, composta pelos artigos 196 a 200, a qual estabelece princípios e normas para a proteção da saúde pública e assegurando o acesso universal, gratuito e igualitário às ações e serviços de saúde. O artigo 196, em particular, define a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, garantindo-a mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O direito à saúde pertence à segunda geração dos direitos fundamentais, que segundo Paulo Bonavides são:

[...] são os direitos sociais, culturais e econômicos bem como os direitos coletivos ou de coletividade, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de Estado social, depois que germinaram por obra da ideologia e da reflexão antiliberal deste século. Nasceram abraçados ao princípio da igualdade, do qual são se podem separar, pois fazê-lo equivaleria a desmembrá-los da razão de ser que os ampara e estimula” (Bonavides, 2008, p. 517).

Para Bonavides, esses direitos, “nascidos abraçados ao princípio da igualdade”, são indissociáveis da busca por justiça social e exigem uma atuação positiva do Estado. Nesse sentido, a tutela à saúde apresenta dois aspectos: preservação e proteção. O primeiro se refere às políticas de redução de riscos de doenças, com tratamento preventivo para todos os cidadãos. O segundo está relacionado com as demandas protetivas da saúde de cada indivíduo, identificando o direito à saúde como um direito individual ao tratamento e recuperação.

Observado como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade, permitindo que os cidadãos busquem o bem-estar físico, mental e social. Noutro viés, quando observado como direito coletivo, privilegia a igualdade, estabelecendo limitações aos comportamentos humanos individuais, exatamente para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade.

Dallari (2004) afirma que “reconhecer e tratar alguém como pessoa é respeitar sua vida, mas exige também que seja respeitada a dignidade, própria de todos os seres humanos”. Sarlet (2006, p. 60) define a dignidade da pessoa humana como:

[...] qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

A dignidade envolve, portanto, tanto o respeito entre seus semelhantes quanto a proteção por parte do Estado para a preservação e inclusão dos indivíduos na sociedade.

O respeito à dignidade humana é o fundamento de todo o ordenamento jurídico, e é por meio de sua garantia que o Estado cumprirá seus os objetivos¹ de construir uma sociedade livre, justa e solidária, erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir desigualdades sociais e regionais, promover o bem de todos e garantir o desenvolvimento regional.

Entretanto, a dignidade humana, baseada na valorização do ser humano, embora seja um dos fundamentos² do Estado Democrático de Direito expresso no ordenamento jurídico pátrio, não tem

1 Os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil estão dispostos no artigo 3º da Constituição Federal.

2 Os fundamentos do Estado Democrático de Direito estão dispostos no artigo 1º da Constituição Federal.

sido suficiente para garantir uma vida digna aos invisíveis da sociedade, dentre essa categoria se encontram as pessoas com deficiências.

A falta de acesso a cuidados de saúde adequados compromete a qualidade de vida, limita as oportunidades individuais e prejudica a capacidade das pessoas de alcançarem seu potencial máximo. A dignidade humana exige que todos tenham acesso a condições de vida decentes, implicando políticas públicas que visem reduzir disparidades socioeconômicas entre regiões.

Outro fator relevante, se refere à tecnologia em saúde, que segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, define como conhecimentos ou habilidades, organizados e aplicados de diversas formas em medicamentos, vacinas, ou ainda, produzir um sistema de procedimentos com vistas à melhoria da qualidade de vida e/ou resolver um problema de saúde.

Dessa forma, percebe-se que o direito à saúde está profundamente ligado ao princípio da dignidade humana, que é um dos fundamentos essenciais dos direitos humanos. Assim, há um ciclo de ações que deve ser rigorosamente seguido para que o Estado alcance seus objetivos estabelecidos: o princípio da dignidade humana orienta os governantes a buscarem o bem-estar de todos e a efetiva concretização dos direitos fundamentais, que só podem ser alcançados com o acesso efetivo ao direito à saúde.

A garantia ao direito à saúde é, portanto, um componente vital para a promoção e proteção da dignidade humana e consequentemente vital para a concretização dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil e os fundamentos do Estado Democrático de Direito.

3 O AUTISMO E A BUSCA POR UMA SAÚDE INCLUSIVA

3.1 A PERSPECTIVA DA NEURODIVERSIDADE

Cunhado por Judy Singer (1999), o conceito de neuro diversidade propõe que as variações neurológicas, como o autismo, o Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH e a dislexia, sejam compreendidas não como patologias a serem corrigidas, mas como expressões da diversidade humana, análogas à diversidade cultural ou étnica.

Singer (1999) critica o modelo médico da deficiência, que define o autismo a partir de déficits e limitações, e defende que a neuro diversidade seja reconhecida como um aspecto fundamental da experiência humana, merecedora de respeito e acessibilidade. Essa perspectiva, que se contrapõe à visão tradicional que busca a “normalização” das pessoas neuro divergentes, enfatiza a valorização de suas diferenças e potencialidades.

A origem do termo "neuro diversidade" está intrinsecamente ligada ao movimento dos direitos dos autistas (Ortega, 2009), que questiona a medicalização e patologização do autismo, buscando

autonomia e o reconhecimento de sua identidade como sujeitos de direitos. Assim, a neurodiversidade se consolida não apenas como um conceito, mas como um movimento social e político que luta pela inclusão e pelo respeito às diferenças neurológicas (Singer, 1999).

Nesse contexto, em vez de enquadrar o autismo como uma "patologia" a ser tratada ou corrigida, a neuro diversidade o reconhece como uma variação natural e legítima do funcionamento neurológico humano, integrando-o à pluralidade da condição humana (Silva, 2021).

Esse deslocamento paradigmático, que questiona o modelo médico-deficitário historicamente dominante, tem repercussões significativas para os direitos à saúde e à dignidade das pessoas autistas. Ao romper com a visão de autismo como incapacidade ou anormalidade, a neuro diversidade abre espaço para políticas de saúde e práticas de inclusão que respeitam a autonomia e as singularidades dos indivíduos autistas (Ortega, 2009; Armstrong, 2015), promovendo uma abordagem centrada não na correção, mas na adaptação social e no reconhecimento das diferenças neurológicas como componentes essenciais da diversidade humana.

Valorizando as potencialidades e contribuições das pessoas autistas para a sociedade, a neuro diversidade se sustenta em princípios fundamentais que orientam sua visão e prática. Esses princípios incluem: (1) o reconhecimento e a valorização das diferenças neurológicas como componentes intrínsecos da diversidade humana; (2) o respeito à autonomia e autodeterminação das pessoas neuro divergentes em todas as esferas da vida; (3) o foco nas habilidades, talentos e potencialidades, em vez de se concentrar em déficits e limitações; e (4) a defesa de uma sociedade mais inclusiva e adaptada às diferentes necessidades e características neurológicas, promovendo a acessibilidade e a remoção de barreiras (Silva, 2021).

Autores como Armstrong (2015) destacam as implicações éticas e práticas desses princípios, argumentando que a neuro diversidade não apenas legitima a diferença neurológica, mas também convoca a sociedade a se transformar, promovendo políticas e práticas inclusivas que garantam o exercício pleno da cidadania para as pessoas neuro divergentes.

Essa transformação social encontra forte ressonância no modelo social da deficiência (Oliver, 1990), que, assim como a neuro diversidade, desloca o foco da deficiência do indivíduo para as barreiras sociais e estruturais que impedem sua plena participação na sociedade. Ambos os paradigmas reconhecem que as dificuldades enfrentadas por pessoas neuro divergentes são, em grande parte, produto de um ambiente social não adaptado às suas necessidades e particularidades (Silva, 2021).

A deficiência, portanto, não é vista como intrínseca ao indivíduo, mas como resultado da interação entre suas características e as barreiras impostas pelo ambiente. Ao incorporar essa perspectiva, a neuro diversidade reafirma que não são as pessoas autistas que precisam ser "corrigidas"

ou “curadas”, mas sim a sociedade que precisa se adaptar, promovendo a acessibilidade, a inclusão e o respeito à diferença (Ortega, 2009).

Essa mudança de perspectiva é essencial para a garantia da dignidade da pessoa autista, ao romper com o estigma da patologização e reconhecimento do indivíduo autista como sujeito de pleno direito. Nesse sentido, a neuro diversidade representa uma verdadeira revolução na compreensão do autismo, atualizando a visão reducionista que o enquadra como transtorno ou doença por uma abordagem que o corrige como uma forma singular de ser e estar no mundo. Nessa nova ótica, o autismo é valorizado por suas próprias normas, valores e modos de comunicação, constituindo uma cultura rica em experiências subjetivas e diversidade (Ortega, 2009).

Ao evitar estratégias focadas na “normalização” dos comportamentos autistas, a neuro diversidade não apenas desestigmatiza o autismo, mas também valoriza as contribuições culturais e sociais das pessoas autistas, reafirmando seu potencial e dignidade inalienável. Dessa forma, a neuro diversidade não apenas reconhece o autismo como parte da diversidade humana, mas também enfatiza o valor intrínseco das diferenças neurológicas na construção de uma sociedade verdadeiramente inclusiva.

No contexto do direito à saúde, a neuro diversidade defende uma abordagem que respeita a autonomia, a individualidade e, sobretudo, a dignidade da pessoa autista. Isso implica a adaptação dos serviços de saúde às suas necessidades específicas, garantindo comunicação acessível, considerando suas particularidades sensoriais e cognitivas, e assegurando sua participação ativa nas decisões sobre tratamentos e intervenções (Silva, 2021).

A tomada de decisão compartilhada e colaborativa, com respeito às preferências do indivíduo autista, é essencial para garantir um cuidado ético e efetivo. Além disso, a neuro diversidade promove o empoderamento da pessoa autista, incentivando sua autodeterminação e o desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades. O combate ao estigma e à discriminação, como aponta Armstrong (2015), é crucial para garantir o acesso à saúde sem preconceitos e com respeito à dignidade, por meio de serviços de saúde inclusivos que valorizem a expertise das próprias pessoas autistas.

Apesar de sua crescente influência, a neuro diversidade também recebe críticas. Alguns autores argumentam que o movimento pode minimizar as dificuldades enfrentadas por pessoas autistas com necessidades de suporte mais significativas (Silva, 2021) e que a rejeição do termo “transtorno” pode dificultar o acesso a tratamentos e intervenções importantes.

Entretanto, essas críticas não invalidam a importância do paradigma da neuro diversidade, pois o movimento não nega a existência de desafios ou a necessidade de apoio. Pelo contrário, ao defender que o suporte seja oferecido de forma individualizada e respeitosa, considerando a autonomia e as

preferências da pessoa autista, a neuro diversidade reforça a dignidade do indivíduo, garantindo que suas necessidades sejam atendidas sem a imposição de modelos de “normalidade”.

Em última análise, a neurodiversidade busca transformar a sociedade e o sistema de saúde para que sejam mais inclusivos, promovendo o respeito à diferença e reconhecendo o direito à saúde como instrumento fundamental para a garantia da dignidade humana das pessoas com autismo.

3.2 COMPREENDENDO O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA

O autismo, formalmente conhecido como Transtorno do Espectro Autista – TEA, é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades na comunicação e interação social e por padrões de comportamentos repetitivos e restritos. Definido como uma condição complexa, este transtorno resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais, embora sem uma causa única bem estabelecida (Sandin et al., 2017). Estudos apontam que fatores genéticos desempenham papel central no desenvolvimento do TEA, com estimativas de herdabilidade variando entre 50% e 80%, enquanto fatores ambientais, como complicações pré-natais e exposição a agentes tóxicos, também podem contribuir para o surgimento do transtorno (Tick et al., 2016; Bai et al., 2019).

Paralelamente, fatores ambientais também têm sido apontados como influências relevantes, especialmente durante o período gestacional e os primeiros anos de vida. Entre esses fatores, destacam-se complicações pré-natais, idade avançada dos pais no momento da concepção, infecções maternas, exposição a poluentes ambientais e desreguladores endócrinos, além de eventos perinatais como hipoxia e prematuridade, que podem atuar como moduladores do risco de desenvolvimento do TEA (Bai et al., 2019; Sandin et al., 2017).

As manifestações clínicas do TEA são amplamente heterogêneas, variando de indivíduos com habilidades de alta funcionalidade, como preservação da linguagem e cognição, a quadros mais severos, com déficits acentuados em comunicação, cognição e autonomia funcional. Essa diversidade também se reflete em comorbidades frequentemente associadas ao transtorno, como deficiência intelectual (DI), epilepsia, transtorno do deficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e distúrbios gastrointestinais, o que contribui para a complexidade no diagnóstico e manejo clínico (Sandin et al., 2017; Neumeyer et al., 2019). Essa diversidade de manifestações implica a necessidade de uma abordagem individualizada no diagnóstico e na intervenção.

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é clínico e, segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5³*, baseia-se em dois domínios clínicos

³ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) é um guia publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) que fornece classificação e critérios diagnósticos padronizados para uma ampla gama de transtornos

principais: (a) déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos e (b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2013). No primeiro domínio, é necessário que o indivíduo apresente déficits em todas as seguintes áreas: reciprocidade socioemocional, comportamentos de comunicação não verbal que são usados para interação social e dificuldades em desenvolver, manter e compreender relacionamentos interpessoais. No segundo domínio, o diagnóstico exige pelo menos dois dos seguintes critérios: movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados e repetitivos; insistência em rotinas inflexíveis ou padrões ritualizados de comportamento; interesses fixos e restritos de alta intensidade; ou hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (APA, 2013).

Para que o diagnóstico de TEA seja concluído, os sintomas devem estar presentes desde o início do desenvolvimento infantil, mesmo que não se manifestem plenamente até que as demandas sociais excedam as capacidades do indivíduo. Além disso, esses sintomas devem causar prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional, e não podem ser mais bem explicados por deficiência intelectual isolada ou por atrasos globais no desenvolvimento (APA, 2013).

O diagnóstico é tipicamente realizado por meio de uma avaliação clínica criteriosa conduzida por uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais como psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras e neuropediatras. Contudo, o laudo diagnóstico para fins legais, especialmente em contextos de acesso a políticas públicas, é de competência exclusiva médica, geralmente emitido por psiquiatras ou neuropediatras com experiência no tema (APA, 2013).

Essa abordagem diagnóstica padronizada permite uma compreensão mais precisa das necessidades do indivíduo, sendo crucial para o desenvolvimento de intervenções adequadas e personalizadas. A identificação precoce do TEA e o início de intervenções especializadas são determinantes para o desenvolvimento global da criança, uma vez que a plasticidade neural nas fases iniciais da vida pode potencializar os ganhos funcionais (Lord et al., 2012). Além disso, conforme estabelecido pelo DSM-5, os sintomas do TEA devem estar presentes desde o início do período de desenvolvimento, ainda que possam se tornar mais evidentes apenas quando as demandas sociais ultrapassam as capacidades da criança.

Lord et al. (2012) destacam a complexidade no diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), defendendo uma avaliação que ultrapasse a aplicação isolada de testes. Para os autores, a

mente e é muito utilizado por profissionais de saúde mental, pesquisadores e formuladores de políticas públicas para padronizar diagnósticos.

observação direta do comportamento, entrevistas com pais ou cuidadores e a análise do histórico de desenvolvimento e saúde mental são essenciais. Nesse sentido, ferramentas como a *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), a *Autism Diagnostic Interview-Revised ADI-R*⁴ e a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS)⁵ se mostram importantes instrumentos para a triagem e são frequentemente utilizados como suporte técnico nessa avaliação multidimensional.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) recomenda a utilização da escala M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)⁶ para rastrear sinais precoces de autismo em crianças entre 16 e 30 meses de idade. O Ministério da Saúde (2018) também reconhece a M-CHAT como ferramenta essencial para o diagnóstico precoce e promove sua inclusão na Carteira da Criança, documento amplamente distribuído em território nacional, utilizado para monitoramento e promoção da saúde infantil. Essa estratégia visa estimular a identificação precoce de sinais do TEA e facilitar a intervenção oportuna.

Dessa forma, o diagnóstico do TEA não se baseia em um único teste ou exame, mas em uma avaliação cuidadosa de todo o quadro clínico, com o objetivo de compreender as particularidades de cada indivíduo e fornecer um diagnóstico preciso e abrangente. A ênfase recai sobre a compreensão do quadro clínico individualizado, e não na mera aplicação isolada de instrumentos padronizados.

Nesse diapasão, cumpre mencionar que antes da publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5), os transtornos do espectro autista eram diagnosticados como categorias separadas no DSM-IV⁷. Dentre essas categorias estavam a Síndrome de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (PDD-NOS).

⁴ A Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) A ADI-R é uma entrevista estruturada e padronizada, realizada com os pais ou cuidadores da pessoa, para coletar informações sobre o desenvolvimento da criança e os comportamentos relacionados ao TEA. A entrevista abrange três domínios principais: 1) comunicação e linguagem; 2) interação social recíproca; e 3) padrões restritos e repetitivos de comportamento e a sua administração leva entre 90 (noventa) e 120 (cento e vinte) minutos e fornece informações detalhadas sobre o histórico de desenvolvimento da pessoa (Lord et al., 2000).

⁵ O CARS é uma ferramenta de rastreamento e diagnóstico para crianças a partir de 2 anos de idade com suspeita de TEA que consiste em 15 itens que avaliam diferentes áreas do desenvolvimento e comportamento da criança, como interação social, comunicação, resposta sensorial, entre outros. Cada item é avaliado em uma escala de 1 a 4, sendo que 1 representa um desenvolvimento típico e 4 representa um grave comprometimento. A pontuação total varia de 15 a 60 pontos e com base na pontuação total, as crianças são classificadas em três categorias: Sem autismo (pontuação de 15 a 29,5), Autismo leve a moderado (pontuação de 30 a 36,5) e Autismo grave (pontuação de 37 a 60).

⁶ A M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) é uma ferramenta de rastreamento amplamente utilizada para identificar sinais precoces de autismo em crianças entre 16 e 30 meses de idade. Ela foi adaptada e recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria para uso em consultas de rotina, como parte da avaliação do desenvolvimento infantil, com o objetivo de facilitar a identificação precoce de crianças que podem se beneficiar de uma avaliação mais aprofundada para TEA. M-CHAT-R/F não é um instrumento de diagnóstico. Um resultado positivo no questionário indica a necessidade de avaliação adicional por profissionais especializados em TEA, que conduzirão avaliações diagnósticas abrangentes para confirmar ou descartar o diagnóstico.

⁷ O DSM-IV é a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 1994 e revisado em 2000.

A Síndrome de Asperger, descrita pela primeira vez por Hans Asperger em 1944, era caracterizada por dificuldades significativas na interação social e por padrões de comportamento, interesses e atividades restritos e repetitivos, sem atrasos significativos no desenvolvimento da linguagem ou no desenvolvimento cognitivo. Já o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (PDD-NOS) era um diagnóstico utilizado para indivíduos que apresentavam alguns, mas não todos, os critérios necessários para um diagnóstico de autismo ou Síndrome de Asperger. Este diagnóstico era aplicado quando havia atrasos significativos no desenvolvimento social e de comunicação, mas o quadro clínico completo não se encaixava nas categorias específicas de autismo ou Asperger.

Entretanto, a fim de aprimorar a precisão diagnóstica, em 2013, a quinta edição do DSM-5 consolidou as subcategorias de autismo sob o termo “Transtorno do Espectro Autista” (TEA) e desde então, este termo inclui os diagnósticos anteriormente separados de Autismo. Essa unificação, respaldada por estudos que evidenciaram a variabilidade e sobreposição de sintomas entre as subcategorias, busca proporcionar uma compreensão mais clara e abrangente do espectro autista, reconhecendo a diversidade de manifestações dentro do espectro.

A integração da Síndrome de Asperger e do Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação no Transtorno do Espectro Autista no DSM-5 reflete uma compreensão mais sofisticada e inclusiva da condição, permitindo uma avaliação mais consistente e um direcionamento mais eficaz dos recursos e intervenções, beneficiando tanto os indivíduos diagnosticados quanto a prática clínica e a pesquisa científica. Essa abordagem reconhece a heterogeneidade do transtorno e a necessidade de suporte individualizado, considerando as variações nas manifestações e no grau de comprometimento funcional.

A evolução do diagnóstico de TEA no DSM-5 ao consolidar as diferentes apresentações sob uma categoria única, representa um avanço significativo na neurociência e na psiquiatria, beneficiando tanto os indivíduos afetados quanto a comunidade científica.

Para fins de diagnóstico e tratamento, o autismo também é avaliado quanto ao seu nível de suporte, que significa dizer que os indivíduos são avaliados com base na intensidade de suporte necessário em três áreas principais: comunicação, interação social e comportamentos repetitivos ou restritivos.

Os níveis de suporte no Transtorno do Espectro Autista (TEA) são uma classificação estabelecida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), para identificar a gravidade dos déficits na comunicação social e dos comportamentos restritivos e repetitivos, e assim, determinar a quantidade de suporte necessário para cada indivíduo.

Esses níveis podem variar de leve a grave, indicando a extensão dos desafios que cada pessoa pode enfrentar e não existe uma escala rígida, mas avaliações clínicas e observações ajudam a determinar o nível de apoio necessário.

O DSM-5 define três níveis de suporte para o TEA, que ajudam a identificar as necessidades de suporte de cada indivíduo e a personalizar intervenções e tratamentos: **Nível (Necessita de Suporte)**, **Nível 2 (Necessita de Suporte Substancial)** e **Nível 3 (Necessita de Suporte Muito Substancial)**.

No **nível 1**, os indivíduos apresentam dificuldades notáveis em iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou malsucedidas a aberturas sociais de outros, bem como podem parecer menos interessados em interações sociais. Os comportamentos inflexíveis e os interesses restritos causam interferência significativa em uma ou mais áreas da vida do indivíduo que podem ter dificuldades em mudar de atividades e problemas com organização e planejamento (APA, 2013).

No **nível 2**, os indivíduos têm déficits marcantes nas habilidades de comunicação verbal e não verbal, iniciando interações sociais limitadas e exibindo respostas anormais a aberturas sociais, o que na maioria dos casos torna a comunicação reduzida a interações simples. Os comportamentos são suficientemente graves para serem óbvios ao observador casual, interferem substancialmente com o funcionamento em diversos contextos e o indivíduo mostra grande dificuldade em lidar com mudanças ou em alternar entre atividades (Lord et al., 2012).

No **nível 3**, os indivíduos têm déficits severos nas habilidades de comunicação verbal e não verbal, resultando em interações sociais muito limitadas e em uma capacidade mínima de responder a aberturas sociais. Eles podem ser praticamente não verbais, possuem inflexibilidade de comportamento extrema, dificuldade em lidar com mudanças e os comportamentos restritivos/repetitivos interferem marcadamente no funcionamento de todas as áreas, tornando mudanças no foco ou nas atividades extremamente difíceis e angustiantes (Lord et al., 2012).

A avaliação por nível de suporte é crucial, pois permite a criação de planos de intervenção específicos e personalizados e, portanto, mais eficazes às necessidades individuais do paciente (Lord et al., 2012), e, ainda, fornece orientação para as famílias sobre a quantidade e o tipo de suporte necessário em casa e na comunidade, ajudando a gerenciar expectativas e estratégias de cuidado (Gillespie-Lynch et al., 2017).

Além disso, a categorização do nível de suporte contribui para o planejamento de ações de longo prazo, ajudando as famílias a estabelecer expectativas realistas e estratégias de cuidado mais adequadas, promovendo o bem-estar tanto do indivíduo diagnosticado quanto de seus cuidadores.

O aumento na prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) nas últimas décadas pode ser atribuído a uma maior conscientização da sociedade, ao aperfeiçoamento dos critérios diagnósticos e a possíveis influências ambientais. Dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2020) apontam para uma prevalência estimada de 1 em cada 36 nascimentos nos Estados Unidos. No Brasil, um estudo piloto realizado em Atibaia, São Paulo, indicou uma prevalência de 1 em 367 crianças (Paula et al., 2011).

A detecção precoce do TEA e o início imediato de intervenções terapêuticas são essenciais para melhorar o prognóstico no desenvolvimento de uma criança autista. Embora não exista cura para o autismo, a estimulação precoce pode maximizar o potencial de desenvolvimento da criança, especialmente durante as chamadas janelas de oportunidade no cérebro, que são períodos em que a plasticidade neural é mais elevada. Intervenções precoces e intensivas têm o potencial de formar redes neurais mais robustas, facilitando a aquisição de novas habilidades e promovendo uma maior independência ao longo da vida.

Desse modo, esses números refletem não apenas um mero aumento nos diagnósticos, mas também uma ampliação do entendimento sobre o espectro autista, que agora abrange uma maior diversidade de manifestações.

Nesse contexto, intervenções terapêuticas baseadas em evidências científicas desempenham um papel crucial no tratamento do autismo, visando desenvolver habilidades sociais, comportamentais, comunicativas e funcionais.

Algumas das principais abordagens incluem:

Tabela 01

Abordagem	Descrição
Análise do Comportamento Aplicada (ABA)	Utiliza princípios de aprendizagem e comportamento para promover habilidades sociais e comunicativas, além de reduzir comportamentos problemáticos.
Tratamento e Educação para autistas e com Deficiência Relacionada à Comunicação (TEACCH)	Programa que enfatiza a adaptação do ambiente e a estruturação de atividades diárias para atender às necessidades do indivíduo.
Terapia Ocupacional	Focada no desenvolvimento de habilidades para a realização de atividades cotidianas de forma independente.
Fonoaudiologia	Visa melhorar as habilidades de comunicação verbal e não verbal.
Intervenções Educacionais Personalizadas	Ajustadas às necessidades individuais do aluno, com base em avaliações contínuas e colaboração entre educadores, terapeutas e famílias.

O suporte familiar é um aspecto essencial no contexto das intervenções para o TEA, visto que o diagnóstico pode gerar um impacto emocional significativo para os familiares, muitas vezes acompanhado por sentimentos de luto, altos níveis de estresse, depressão e ansiedade. Estudos como

os de Dabrowska e Pisula (2010), Pottie e Ingram (2008) e Hayes e Watson (2013) evidenciam essa sobrecarga, reforçando a necessidade de importância de suporte psicológico e informacional contínuo para a família.

Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destaca o empoderamento dos cuidadores como um elemento essencial nas intervenções voltadas para pessoas com TEA, o que significa, fornecer-lhes não apenas informações e recursos práticos, mas também suporte emocional e psicológico contínuos para que possam lidar com os desafios do dia a dia de forma mais saudável e resiliente. Ademais, o envolvimento ativo da família no processo terapêutico contribui significativamente para a adesão ao tratamento, favorecendo melhores resultados no desenvolvimento global da criança e proporcionando maior bem-estar a todos os envolvidos.

Em suma, o TEA é uma condição caracterizada por uma ampla gama de manifestações comportamentais e cognitivas e apresenta um leque amplo de características e níveis de suporte necessários, demandando uma avaliação individualizada e multidisciplinar para determinar o diagnóstico e as intervenções mais eficazes. (Hayes; Watson, 2013).

A intervenção individualizada, especializada, intensiva, contínua e abrangente, envolvendo uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde e educação torna-se um pilar fundamental para o desenvolvimento de seus potenciais e para a construção de uma vida mais plena. A sinergia entre diferentes áreas do conhecimento, materializada pela atuação de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de saúde e educação, potencializa os resultados das intervenções, ampliando horizontes e promovendo a inclusão em seus mais diversos aspectos.

3.3 A VULNERABILIDADE E A DIGNIDADE DA PESSOA COM AUTISMO

As pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA, embora possuam potencialidades e características singulares que devem ser valorizadas sob a perspectiva da neurodiversidade, enfrentam uma complexa rede de vulnerabilidades que impactam diretamente sua dignidade e seu acesso aos direitos fundamentais.

Essas vulnerabilidades, com frequência, exacerbadas por preconceitos arraigados na sociedade e por barreiras sociais persistentes, criam um círculo vicioso de exclusão e estigmatização. Esse ciclo limita as oportunidades de participação social plena e restringe o desenvolvimento integral do potencial dos indivíduos autistas.

Compreender a natureza multifacetada e a extensão dessas vulnerabilidades é, portanto, condição *sine qua non* para a construção de políticas públicas e práticas sociais efetivamente inclusivas. Tais políticas e práticas devem não apenas promover o exercício pleno da cidadania, mas,

sobretudo, garantir a dignidade das pessoas com autismo, reconhecendo-as como sujeitos plenos de direitos e valorizando suas contribuições únicas para a riqueza e a diversidade da sociedade.

Uma das principais vulnerabilidades enfrentadas por pessoas com TEA reside nas dificuldades de comunicação e interação social, características inerentes ao transtorno. A interpretação de sinais não verbais, o contato visual, a prosódia, a expressão emocional e a reciprocidade social podem se manifestar em padrões atípicos, distintos daqueles observados em indivíduos neurotípicos.

Isso frequentemente resulta em mal-entendidos, isolamento social e dificuldades na formação e manutenção de vínculos afetivos (Ortega, 2009). Para além do impacto nas relações interpessoais, essa barreira comunicativa restringe o acesso a serviços básicos, como saúde, educação e assistência social, especialmente àqueles que requerem interação direta e adaptada às necessidades comunicativas específicas das pessoas autistas.

Nesse sentido, a dignidade dessas pessoas é violada quando suas formas de comunicação não são compreendidas e respeitadas, quando são tratadas com desconfiança, infantilizadas ou desconsideradas como sujeitos de direitos e capacidades. A falta de adaptação da sociedade e dos serviços às suas necessidades comunicativas perpetua e agrava essa vulnerabilidade, impactando diretamente seu direito à participação social e à construção de uma vida plena, autônoma e digna.

Outra vulnerabilidade significativa, que afeta profundamente a qualidade de vida e a dignidade das pessoas com TEA, é a hiper ou hipossensibilidade sensorial. Reações exacerbadas ou, ao contrário, diminuídas a estímulos sensoriais como luzes, sons, texturas, cheiros, gostos, temperaturas e dores podem causar profundo desconforto, ansiedade, medo e intenso sofrimento.

Essa sensibilidade atípica dificulta a adaptação a ambientes públicos e institucionais, que muitas vezes são superestimulantes ou inadequadamente adaptados às necessidades sensoriais específicas das pessoas autistas. A análise dessa vulnerabilidade requer a compreensão do modelo social da deficiência (Oliver, 1990), que, diferentemente do modelo médico tradicional (que localiza a “deficiência” exclusivamente no indivíduo), a entende como resultado da interação entre as características da pessoa e as barreiras impostas pelo ambiente. No caso da sensibilidade sensorial, a dificuldade não reside intrinsecamente na forma como a pessoa autista processa os estímulos sensoriais, mas na falta de adaptação e acessibilidade sensorial dos espaços públicos e institucionais.

Um ambiente com excesso de estimulação sensorial, por exemplo, pode ser extremamente aversivo para uma pessoa autista, enquanto um ambiente com recursos e adaptações adequadas, como zonas de acalmia, iluminação controlada, recursos visuais de comunicação e mobiliário adaptado, permitiria sua participação plena e confortável. O modelo social da deficiência, portanto, coloca a responsabilidade na sociedade, desafiando-a a criar ambientes mais inclusivos e acessíveis

sensorialmente, que respeitem as diferenças e promovam a dignidade e o bem-estar das pessoas com autismo.

A falha em realizar essas adaptações, além de configurar uma violação da dignidade, impõe barreiras concretas ao exercício pleno da cidadania. A falta de acessibilidade sensorial restringe a participação das pessoas com autismo em diversas esferas da vida – social, educacional, profissional e recreativa –, impactando significativamente seu bem-estar geral, sua autonomia e, consequentemente, sua dignidade. Nesse sentido, são necessárias iniciativas que busquem promover a inclusão, como por exemplo: adaptações de espaços e materiais; profissionais com formação específica para lidar com as dificuldades de aprendizagem e comportamentais de pessoas neuro diversas; flexibilidade de horários e tarefas; diagnóstico precoce, sensibilização da sociedade, dentre outras.

Para além das barreiras arquitetônicas e sensoriais, o preconceito e a discriminação atuam como obstáculos adicionais, comprometendo ainda mais a inclusão social das pessoas com TEA. Historicamente, o autismo tem sido encarado sob a ótica da “anormalidade” e da “deficiência”, noções equivocadas construídas a partir de um modelo médico deficitário que o define como uma patologia a ser corrigida. Essa visão estigmatizante, que reduz a pessoa autista à sua condição, não apenas limita as oportunidades de inclusão, mas também reforça a marginalização e dificulta o desenvolvimento de políticas públicas efetivamente inclusivas.

Ao serem tratadas como “doentes”, e não como indivíduos com direitos específicos, às pessoas com autismo têm sua dignidade violada e seu potencial injustamente ignorado. Dessa forma, torna-se urgente uma mudança cultural e social que reconheça seu valor intrínseco e sua contribuição para a sociedade.

O movimento da neuro diversidade (Ortega, 2009; Silva, 2021), ao defender a aceitação das diferenças neurológicas e a adaptação do ambiente às especificidades sensoriais e comunicativas dos autistas, ressalta a importância de uma abordagem inclusiva para a garantia de sua dignidade.

Em síntese, o direito à saúde desempenha um papel fundamental na promoção da dignidade da pessoa com autismo. Não se trata apenas de garantir o acesso a serviços médicos e terapêuticos, mas de assegurar que esses serviços sejam ofertados de forma respeitosa, inclusiva e adaptada às suas necessidades específicas.

Isso implica considerar as vulnerabilidades decorrentes das dificuldades de comunicação e interação social, da sensibilidade sensorial e do estigma social, promovendo um cuidado integral e humanizado que valorize a pessoa autista em sua totalidade, reconhecendo-a como sujeito de direitos e potencialidades.

Um sistema de saúde efetivamente inclusivo e equitativo é, portanto, condição essencial para a garantia da dignidade e do bem-estar das pessoas com TEA, contribuindo não apenas para seu desenvolvimento individual, mas também para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

4 O DIREITO À SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA COM AUTISMO

O direito à saúde, pilar fundamental da dignidade humana, adquire uma relevância ainda maior quando consideramos as especificidades e os desafios enfrentados pelas pessoas com autismo. Para compreender plenamente essa relevância, é necessário expandir a compreensão biomédica de saúde, frequentemente limitada à simples ausência de doenças, e abraçar uma visão mais holística que engloba aspectos físicos, mentais, sociais e culturais.

No contexto do autismo, a saúde deve ser compreendida de forma ampla, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, intrinsecamente ligado à dignidade da pessoa. Essa concepção, em consonância com os princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS), abrangendo o bem-estar físico, mental e social, essencial para a dignidade humana e o pleno exercício da cidadania. Essa abordagem vai além do tratamento médico e inclui o acesso a intervenções terapêuticas especializadas que favoreçam o desenvolvimento global e a inclusão social de pessoas com TEA.

Para esses indivíduos, a promoção da saúde não se restringe à ausência de patologias orgânicas, mas constitui um meio fundamental para potencializar suas capacidades, desenvolver sua autonomia, favorecer sua participação ativa na comunidade e, sobretudo, garantir o exercício pleno de seus direitos e de sua cidadania (Dallari, 2004; Sarlet, 2006).

O direito à saúde, portanto, emerge como uma ferramenta essencial não apenas para a garantia da dignidade e da cidadania plena das pessoas com TEA, mas também como um fator determinante para sua qualidade de vida, seu bem-estar biopsicossocial e sua inclusão social efetiva.

A perspectiva das capacidades, desenvolvida por Amartya Sen (2010) e Martha Nussbaum (2000), oferece um quadro teórico robusto e inovativo para a compreensão da centralidade da saúde no desenvolvimento humano e, consequentemente, sua intrínseca relação com a dignidade. Essa abordagem desloca o foco das políticas públicas e das avaliações de bem-estar da simples mensuração quantitativa de recursos, como renda per capita ou Produto Interno Bruto (PIB), para a análise qualitativa das capacidades reais dos indivíduos.

As capacidades, segundo Sen, representam a liberdade substantiva que as pessoas têm para “ser” e “fazer” o que valorizam, ou seja, a sua capacidade de alcançar estados de ser e de realizar atividades que consideram importantes para suas vidas. Nussbaum, por sua vez, complementa essa

visão propondo uma lista de dez capacidades centrais que considera essenciais para uma vida verdadeiramente digna: vida; saúde corporal; integridade corporal; sentidos, imaginação e pensamento; emoções; razão prática; afiliação; relações com outras espécies; brincadeira; e controle sobre o próprio ambiente político e material (casa, trabalho, propriedade).

Essas capacidades, embora distintas, são interdependentes e se reforçam mutuamente, criando um ciclo virtuoso de desenvolvimento humano. Nessa perspectiva, a saúde se destaca como uma capacidade fundamental que não apenas contribui para o bem-estar individual, mas também sustenta e potencializa o desenvolvimento de todas as outras capacidades.

No caso das pessoas com TEA, o direito à saúde adquire uma relevância ainda maior, pois as dificuldades inerentes ao transtorno podem criar barreiras substanciais para o desenvolvimento de diversas capacidades. Os desafios de comunicação e interação social, por exemplo, podem dificultar a afiliação e a participação social, enquanto a sensibilidade sensorial pode restringir o acesso à educação, ao trabalho e ao lazer. As dificuldades de processamento cognitivo, por sua vez, podem afetar a capacidade de razão prática e o controle sobre o próprio ambiente.

Portanto, garantir o direito à saúde para pessoas com TEA vai além de responder às necessidades médicas específicas, sendo essencial para promover o desenvolvimento integral, possibilitando a ampliação de suas capacidades e a construção de uma vida digna, autônoma e socialmente inclusiva.

O acesso a intervenções terapêuticas baseadas em evidências científicas é um fator determinante para a promoção da dignidade e do pleno exercício do direito à saúde das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Entre as abordagens mais bem documentadas, destaca-se a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), que possui um extenso corpo de pesquisas validando sua efetividade. O estudo pioneiro de Lovaas (1987) demonstrou que crianças submetidas a um programa intensivo de ABA, com 20 a 40 horas semanais de intervenção precoce e personalizada, apresentaram progressos significativos em habilidades sociais, comunicativas e acadêmicas, quando comparadas a grupos que não receberam intervenções comportamentais intensivas. A ABA baseia-se em princípios da ciência do comportamento, com foco no reforço positivo e na modelagem de comportamentos desejados, contribuindo diretamente para o desenvolvimento de comportamentos adaptativos e a redução de comportamentos desafiadores, promovendo maior autonomia e inclusão social (LOVAAS, 1987).

A fonoaudiologia, por sua vez, é amplamente reconhecida como uma abordagem fundamental, especialmente em crianças com TEA que apresentam dificuldades significativas de fala e comunicação funcional. Estudos como o de Ganz et al. (2012) evidenciaram a eficácia do uso de Comunicação

Alternativa e Aumentativa (CAA), incluindo sistemas como o Picture Exchange Communication System (PECS) e dispositivos eletrônicos de comunicação, na ampliação da comunicação funcional e na redução de comportamentos problemáticos relacionados à frustração em crianças não verbais. A meta-análise conduzida pelos autores demonstrou resultados positivos em termos de aumento da expressão comunicativa e melhoria na interação social de crianças com TEA.

A terapia ocupacional também desempenha um papel central, especialmente em casos de sensibilidades sensoriais, dificuldades motoras e desafios na realização de atividades diárias. Virués-Ortega (2010) conduziu uma meta-análise destacando que intervenções baseadas na abordagem de integração sensorial mostraram benefícios expressivos na autorregulação emocional e na diminuição de comportamentos disruptivos, especialmente em crianças com TEA que apresentam hiper ou hiporreatividade sensorial. Técnicas como a estimulação sensorial controlada e o uso de materiais adaptativos auxiliam na melhora da coordenação motora e da percepção ambiental, promovendo maior independência funcional.

Modelos de intervenção precoce também têm demonstrado eficácia substancial. O Early Start Denver Model (ESDM), desenvolvido por Dawson et al. (2010), utiliza uma abordagem naturalista e baseada no desenvolvimento infantil, focando em interações sociais durante atividades diárias. Em um estudo randomizado, Dawson et al. (2010) evidenciaram que crianças com TEA submetidas ao ESDM entre 12 e 48 meses apresentaram melhorias significativas em habilidades cognitivas, de linguagem e interação social, destacando a importância da intervenção precoce na potencialização do desenvolvimento infantil. De forma complementar, o programa Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) utiliza uma abordagem estruturada, com suportes visuais e adaptações ambientais, promovendo a aprendizagem e a autonomia, principalmente em ambientes escolares (ZWAIGENBAUM et al., 2015).

A importância do diagnóstico e de intervenções precoces é amplamente corroborada pela literatura científica. Estudos longitudinais, como o de Zwaigenbaum et al. (2015), indicam que intervenções iniciadas antes dos três anos de idade resultam em ganhos mais expressivos em habilidades cognitivas e sociais, evidenciando que a plasticidade neural nesse período crítico do desenvolvimento infantil pode ser otimizada com abordagens terapêuticas especializadas.

Contudo, a mera oferta dessas intervenções não garante sua plena efetividade. Para que os benefícios sejam consistentes e duradouros, é essencial que as terapias sejam implementadas de forma contínua, intensiva e personalizada, considerando o perfil único de cada pessoa com TEA. Além disso, o acesso equitativo a serviços especializados ainda enfrenta desafios, especialmente em contextos de vulnerabilidade socioeconômica e em regiões com recursos limitados. Bai et al. (2019) destacam que

disparidades no acesso a intervenções de qualidade podem comprometer significativamente o desenvolvimento e a qualidade de vida de crianças com TEA, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas à equidade e à universalização dos serviços de saúde.

O envolvimento ativo das famílias no processo terapêutico tem sido identificado como um fator determinante para o sucesso das intervenções. Estudos como os de Hayes e Watson (2013) e Pottie e Ingram (2008) ressaltam que a participação familiar não apenas melhora os resultados clínicos, mas também reduz significativamente os níveis de estresse parental e promove uma relação mais harmoniosa entre o cuidador e a criança com TEA. Capacitar os pais para aplicar técnicas terapêuticas em casa, como estratégias de reforço positivo e estímulo à comunicação, proporciona continuidade ao tratamento e potencializa seus efeitos a longo prazo.

Dessa forma, o direito à saúde para pessoas com TEA não se resume à ausência de doenças, mas envolve o acesso equitativo e contínuo a intervenções terapêuticas de qualidade, que permitam o desenvolvimento integral e a dignidade desses indivíduos. A perspectiva das capacidades, defendida por Sen (2010) e Nussbaum (2000), reforça esse entendimento ao enfatizar que a saúde é um meio indispensável para a promoção de todas as demais capacidades humanas, permitindo que o indivíduo viva com autonomia, dignidade e participação social.

Para que esse direito seja efetivado de maneira ampla e igualitária, é imprescindível o investimento em políticas públicas estruturadas, que assegurem o diagnóstico precoce, a disponibilização de terapias baseadas em evidências e a oferta de suporte especializado de forma contínua e adaptada às necessidades individuais. Tais políticas devem ir além da simples alocação de recursos, demandando ações concretas, como a formação e capacitação de profissionais de saúde, a criação de centros de atendimento especializados e a adaptação de protocolos clínicos às especificidades sensoriais, comunicativas e cognitivas das pessoas com TEA.

A participação ativa das famílias e das próprias pessoas com TEA em todas as etapas desse processo, desde a formulação até a avaliação das políticas públicas, é fundamental para garantir que as intervenções implementadas atendam às reais necessidades dessa população. Afinal, as famílias e os próprios indivíduos estão na linha de frente dos desafios diários e podem oferecer contribuições valiosas para a construção de um sistema de saúde mais justo e efetivo.

Nesse contexto, políticas públicas voltadas à saúde das pessoas com TEA tornam-se instrumentos essenciais para promover a dignidade e a inclusão social, superando barreiras como dificuldades de comunicação, sensibilidade sensorial e discriminação. Mais do que assegurar o acesso formal a serviços, garantir o direito à saúde implica um compromisso ético e político do Estado com a promoção da cidadania plena e o desenvolvimento integral dessa população.

Portanto, um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo deve reconhecer o autismo como uma forma de diversidade humana, e não como uma condição a ser corrigida. Garantir o direito à saúde de pessoas com TEA, com intervenções personalizadas e suporte contínuo, é uma responsabilidade ética e um pilar essencial para a construção de uma sociedade mais equitativa e justa para todos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise apresentada ao longo deste artigo, evidencia-se que o direito à saúde das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) constitui um pilar central para a promoção da dignidade humana e da inclusão social. Essa perspectiva vai além da ausência de doenças, abrangendo o bem-estar integral e o acesso equitativo a intervenções terapêuticas de qualidade, alinhando-se à teoria das capacidades de Sen (2010) e Nussbaum (2000), ao reconhecer a saúde como elemento essencial para o pleno exercício da cidadania e do florescimento humano.

Contudo, persistem desafios estruturais e sociais que limitam a efetivação desse direito. As disparidades regionais no acesso a serviços especializados, com concentração de centros em grandes centros urbanos, privam populações de regiões periféricas de diagnósticos e intervenções adequadas. Esse cenário é agravado pela ausência de acessibilidade física e comunicacional, como a escassez de recursos de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) e pela insuficiente capacitação de profissionais para lidar com as particularidades sensoriais e comunicativas dos autistas. Essas barreiras comprometem a autonomia e o “controle sobre o próprio ambiente”, um dos elementos centrais da dignidade na abordagem de Nussbaum (2000).

Adicionalmente, o preconceito e a discriminação ainda presentes em contextos institucionais e sociais reforçam estigmas e exclusões, impactando negativamente o acesso equitativo a serviços essenciais e violando princípios fundamentais de equidade. Essa exclusão evidencia a necessidade de um modelo de atenção à saúde que transcenda a abordagem biomédica, priorizando o bem-estar integral e o desenvolvimento das capacidades humanas.

Para superar essas limitações, a implementação de políticas públicas inclusivas e equitativas torna-se essencial. Garantir o acesso universal, integral e contínuo a serviços especializados requer ações concretas, como a formação e capacitação contínua de profissionais de saúde em abordagens baseadas em evidências, como a Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e o Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM). Essas abordagens, quando aplicadas de forma precoce e intensiva, demonstraram efetividade no desenvolvimento de habilidades sociais e comunicativas (LOVAAS, 1987; DAWSON et al., 2010; ZWAIGENBAUM et al., 2015). No entanto, o sucesso dessas

intervenções está condicionado à personalização do atendimento e à supervisão contínua, exigindo treinamentos consistentes e atualizados.

A pesquisa científica desempenha papel central na qualificação desses serviços. Estudos longitudinais, como os de Dawson et al. (2010) e Ganz et al. (2012), reforçam a importância de intervenções terapêuticas precoces e personalizadas, sobretudo em períodos críticos do neurodesenvolvimento infantil. No entanto, lacunas significativas permanecem, especialmente em países em desenvolvimento, onde a produção científica e a avaliação de modelos de intervenção ainda são limitadas. Ampliar o financiamento de pesquisas robustas, com amostragens representativas e metodologias rigorosas, é essencial para fundamentar tanto a prática clínica quanto a formulação de políticas públicas baseadas em evidências.

A tecnologia, por sua vez, emerge como uma ferramenta essencial na promoção do cuidado a pessoas com TEA, especialmente em contextos de difícil acesso. Ferramentas digitais de CAA, como o Picture Exchange Communication System (PECS) e dispositivos eletrônicos de suporte à comunicação, demonstraram eficácia no fortalecimento das habilidades comunicativas e na redução de comportamentos desafiadores (GANZ et al., 2012). Adicionalmente, o uso de plataformas de teleintervenção e aplicativos de monitoramento terapêutico contribui para a descentralização do atendimento, permitindo que famílias em áreas remotas tenham acesso a orientações e suporte especializado, o que pode reduzir disparidades regionais.

Outro fator determinante para o sucesso das intervenções é o fortalecimento de redes de apoio intersetoriais que conectem famílias, profissionais de saúde, educadores e gestores públicos em uma abordagem colaborativa. Estudos como os de Hayes e Watson (2013) e Pottie e Ingram (2008) destacam o envolvimento familiar como componente essencial para a eficácia das intervenções, com impactos positivos na adesão ao tratamento, no bem-estar emocional dos cuidadores e no progresso terapêutico. Capacitar pais e cuidadores para aplicar estratégias terapêuticas no cotidiano, como o uso de reforços positivos e estímulos à comunicação funcional, é uma medida amplamente respaldada pela literatura.

Assim, assegurar o direito à saúde das pessoas com TEA exige uma abordagem integrada e multifacetada, que articule o acesso equitativo a serviços de qualidade, o investimento contínuo em pesquisa científica e o uso de recursos tecnológicos inovadores. Essas medidas, quando implementadas de forma coordenada, não apenas promovem o desenvolvimento pleno das capacidades individuais, mas também contribuem para a inclusão social e a redução de desigualdades.

Conclui-se, portanto, que a efetivação desse direito vai além da oferta de serviços terapêuticos. Ela requer a construção de um sistema de saúde centrado na equidade, na dignidade e no respeito às

diferenças, capaz de integrar avanços científicos, tecnologia assistiva e o envolvimento ativo das redes de apoio. A perspectiva das capacidades, conforme defendida por Sen (2010) e Nussbaum (2000), destaca que a saúde é um meio essencial para o exercício pleno da cidadania e o florescimento humano. Somente por meio de políticas públicas efetivas, que valorizem a neurodiversidade e garantam o acesso equitativo ao cuidado, será possível promover uma sociedade verdadeiramente inclusiva, na qual todas as pessoas, independentemente de suas diferenças, tenham seus direitos integralmente respeitados e suas potencialidades plenamente desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

ARMSTRONG, T. **O poder da neurodiversidade: Descubra os talentos de seus filhos e aproveite o que há de melhor em quem aprende diferente.** Tradução de Fátima Nogueira. São Paulo: Summus Editorial, 2015.

BAI, D. et al. Association of Genetic and Environmental Factors with Autism in a 5-Country Cohort. *JAMA Psychiatry*, v. 76, n. 10, p. 1035-1043, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1411>. Acesso em: 13 dez. 2025.

BARROSO, LR **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisdição mundial.** 4.ed. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional.** 14. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. **MMWR Surveillance Summaries**, 69(4), 1-12. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/ss/ss6904a1.htm>. Acesso em: 22 out. 2024.

BAI, D. et al. Association of Genetic and Environmental Factors With Autism in a 5-Country Cohort. *JAMA Psychiatry*, v. 76, n. 10, p. 1035-1043, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1411>. Acesso em: 13 dez. 2024.

DALLARI, D. DE A. **Direitos Humanos e Cidadania.** 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

DAWSON, G. et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, v. 125, n. 1, p. e17–e23, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0958>. Acesso em: 13 dez. 2024.

FERNANDES, Conceição Santos; TOMAZELLI, Jeane; GRIANELLI, Vania Reis. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 31, e200027, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200027>. Acesso em: 13 dez. 2024.

GANZ, J. B. et al. A meta-analysis of single case research studies on aided augmentative and alternative communication systems with individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 42, n. 1, p. 60–74, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1212-2>. Acesso em: 13 dez. 2024.

GILLESPIE-LYNCH, K.; KAPP, S. K.; BROOKS, P. J.; PICKENS, J.; SCHWARTZMAN, B. De quem é essa expertise? Evidências de adultos autistas como especialistas críticos em autismo. *Frontiers in Psychology*, v. 8, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00438>. Acesso em: 22 out. 2024.

HAYES, S. A.; WATSON, S. L. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 43, n. 3, p. 629-642, mar. 2013. DOI: 10.1007/s10803-012-1604-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y>. Acesso em: 13 dez 2024.

POTTIE, C. G., & INGRAM, K. M. (2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: a multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, v. 22, n. 6, p. 855-864, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0013604>. Acesso em: 13 dez 2024.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos trajes.** Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2007. (Obra original publicada em 1785).

LORD, C.; RUTTER, M.; DILAVORE, P.; RISI, S.; GOTHAM, K.; BISHOP, S. L. **Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) Manual (2^a ed.).** Los Angeles: Western Psychological Services, 2012.

LOVAAS, O. I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 55, n. 1, p. 3-9, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.3>. Acesso em: 13 dez. 2024.

NUSSBAUM, M. (2000). **Women and Human Development: The Capabilities Approach.** New York: Knopf, 2000.

OLIVER, M. **A política da deficiência.** Londres: Macmillan Education UK, 1990.

ORTEGA, F. **O Sujeito Cerebral e o Desafio da Neurodiversidade.** BioSociedades, v. 4, n. 4, pág. 425-445 , 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1745855209990287> . Acesso em: 1 nov. 2024.

PAULA, C. S.; FOMBONNE, E.; GADIA, C.; TUCHMAN, R.; ROSANOFF, M. Prevalence of autism spectrum disorder in Brazil: a pilot study in the city of Atibaia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 33, n. 2, p. 159-164, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000100002>. Acesso em: 23 out. 2024.

SANDIN, S.; LINSZEN, D.; LUNDSTROM, S.; HAAR, E.; ANNA, M.; CARINA, T.; PAUL, L. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *American Journal of Psychiatry*, v. 174, n. 5, p. 443–450, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16050545>. Acesso em: 23 out. 2024.

SARLET, IW **A Eficácia dos Direitos Fundamentais.** 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARLET, IW **Dignidade da pessoa humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988.** 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SARMENTO, D. **Direitos fundamentais e relações privadas.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade.** Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Micheline; MULICK, James A. Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 29, n. 1, p. 116-131, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100010>. Acesso em: 13 dez. 2024.

SILVA, ML **Autismo, neurodiversidade e estigma: perspectivas políticas e de inclusão.** Psicologia: Educação e Cultura, São Paulo, v. 2, p. 172-180, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/S5FdcTLWS9bPdJwPXcdmnHz/?lang=pt>. Acesso em: 3 nov. 2024.

SINGER, J. **Por que você não pode ser normal pelo menos uma vez na vida? De um “problema sem nome” ao surgir de uma nova categoria de diferença.** In: CORKER, M.; FRENCH, S. Discurso da deficiência. Filadélfia: Open University Press, 1999. p. 59-67.

TICK, B.; BOLTON, P.; HAPPÉ, F.; RUTTER, M.; RIJSDIJK, F. Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 57, n. 5, p. 585-595, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12499>. Acesso em: 13 dez 2024.

UNESCO. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach_import_c1f7d9ce-8d55-4fcfaad9-c503dc409a7a?_=139423por.pdf&to=6&from=1. Acesso em: 23 out. 2024.

VIRUÉS-ORTEGA, J. 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.008>. Acesso em: 3 dez. 2024.

ZWAIGENBAUM, L. et al. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, v. 136, Suppl 1, p. S60–S81, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667E>. Acesso em: 3 dez. 2024