

PUBLICAÇÃO EXPRESSA

TEXTO PARA DISCUSSÃO

3210

AUTISMO EM DISPUTA: DIAGNÓSTICOS EM ASCENSÃO, ABORDAGENS TERAPÊUTICAS E A CONSTRUÇÃO (OU DISTORÇÃO) DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Autores(as):

Liliane Cristina Gonçalves Bernardes

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea

Ricardo Lugon Arantes

Médico Psiquiatra da Infância e Adolescência, Doutor em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS, Mestre em Educação pela UFRGS

Cidade:

Brasília/DF

Editora:

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

Ano:

2026

Edição:

1ª

JEL:

I180; I381.

O Ipea informa que este texto é uma publicação expressa e, portanto, não foi objeto de padronização, revisão textual ou diagramação pelo Editorial e será substituído pela sua versão final uma vez que o processo de editoração seja concluído.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

ipea

Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

**Diretor de Estudos e Políticas
Macroeconômicas**

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais,
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

PEDRO CARVALHO DE MIRANDA

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

LETÍCIA BARTHOLO DE OLIVEIRA E SILVA

Diretora de Estudos Internacionais

KEITI DA ROCHA GOMES

Chefe de Gabinete

SHEILA CRISTINA TOLENTINO BARBOSA

**Coordenadora-Geral de Imprensa e
Comunicação Social**

GISELE AMARAL DE SOUZA

Ouvidoria: <https://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <https://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2025

Bernardes, Liliâne Cristina Gonçalves

Autismo em disputa : diagnósticos em ascensão, abordagens terapêuticas e a construção (ou distorção) das políticas públicas (Publicação Expressa) / Liliâne Cristina Gonçalves Bernardes, Ricardo Lugon Arantes. – Brasília, DF: Ipea, 2026.

66 p.: il., gráfs. – (Texto para Discussão ; n. 3210).

Inclui Bibliografia.

1. Autismo. 2. Transtorno do Espectro Autista (TEA). 3. Neurodiversidade. 4. Políticas Públicas. 5. Deficiência. I. Arantes, Ricardo Lugon. II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. III. Título.

CDD 616.89

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

BERNARDES, Liliâne Cristina Gonçalves; ARANTES, Ricardo Lugon. **Autismo em disputa:** diagnósticos em ascensão, abordagens terapêuticas e a construção (ou distorção) das políticas públicas. Brasília, DF: Ipea, 2026. 66 p.: il. (Texto para Discussão, n. 3210 – Publicação Expressa).

JEL: I180; I381.

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: <https://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

AUTISMO EM DISPUTA: DIAGNÓSTICOS EM ASCENSÃO, ABORDAGENS TERAPÊUTICAS E A CONSTRUÇÃO (OU DISTORÇÃO) DAS POLÍTICAS PÚBLICAS¹

SINOPSE

Nas últimas décadas, o número de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem aumentado de forma significativa, tanto no Brasil quanto em outros países, transformando o tema em um dos principais focos de debate entre pesquisadores, profissionais de saúde, formuladores de políticas e movimentos sociais. Esse crescimento reflete não apenas mudanças nos critérios clínicos e maior conscientização social, mas também processos de patologização e reconfigurações institucionais que ampliaram o alcance do diagnóstico. No contexto brasileiro, a expansão dos diagnósticos de TEA tem produzido impactos expressivos nas políticas públicas de educação, saúde e assistência social, pressionando os sistemas públicos e estimulando a judicialização de direitos. Paralelamente, o autismo tem ganhado destaque no campo legislativo e no mercado de serviços especializados, fenômeno que alguns autores associam à mercantilização da condição e à consolidação de um “complexo industrial do autismo”. Esse cenário evidencia tensões entre diferentes concepções de deficiência — especialmente entre o modelo biopsicossocial, previsto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e as práticas ainda fortemente baseadas em paradigmas biomédicos. Dessa forma, o texto propõe analisar o crescimento dos diagnósticos de TEA e suas implicações sociais, políticas e econômicas, com foco no reconhecimento legal da deficiência, no acesso a direitos sociais e nos desafios que esse processo impõe à formulação e à sustentabilidade das políticas públicas brasileiras.

Palavras-chave: Autismo; Transtorno do Espectro Autista (TEA); Neurodiversidade; Políticas públicas; Deficiência.

¹ Versão atualizada em 10 de junho de 2026, após alterações nas páginas 21, 23, 41 e 46.

ABSTRACT

In recent decades, the number of Autism Spectrum Disorder (ASD) diagnoses has increased significantly worldwide, drawing attention from researchers, health professionals, policymakers, and social movements. This rise reflects not only changes in clinical criteria and greater public awareness but also broader processes of medicalization and institutional reconfiguration that have expanded the reach of the diagnosis. In Brazil, the growing prevalence of ASD has had a profound impact on public policies in education, health, and social assistance, generating increased demand on public systems and contributing to the judicialization of access to rights. At the same time, autism has become a central focus of legislative initiatives and a driver of a growing market for specialized services — a phenomenon some authors describe as the emergence of an “autism industrial complex.” This trend reveals tensions between different conceptions of disability, particularly between the biopsychosocial model endorsed by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and practices still grounded in traditional biomedical paradigms. This article examines the expansion of ASD diagnoses and their social, political, and economic implications, emphasizing the legal recognition of disability, access to social rights, and the challenges posed to the formulation and fiscal sustainability of inclusive public policies in Brazil.

Keywords: Autism; Autism Spectrum Disorder (ASD); Neurodiversity; Public policies; Disability

JEL: I180, I381.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA)² tornou-se cada vez mais comum, tanto em crianças quanto em adultos. Esse crescimento tem gerado debates entre pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas.

O TEA é descrito pelos sistemas diagnósticos classificatórios em Psiquiatria por um conjunto de traços comportamentais que variam em intensidade e podem impactar significativamente a vida dos indivíduos. Embora seu enquadramento nesses sistemas diagnósticos se restrinja a critérios médicos e diagnósticos, debater o TEA como categoria demanda o reconhecimento dos aspectos históricos, sociais e políticos envolvidos em sua construção. Nesse sentido, cabe destacar que a Lei nº 12.764/2012 reconhece o TEA como deficiência para todos os efeitos legais no Brasil. Contudo, tal reconhecimento não é automático à luz da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que não estabelece uma adesão automática entre categoria diagnóstica. Essa discrepância influencia diretamente a formulação e a implementação de políticas públicas.

Ao mesmo tempo, paralelamente ao aumento da prevalência dos diagnósticos de TEA, observa-se um crescimento significativo na demanda por ferramentas educacionais especializadas no contexto da Educação Inclusiva no número de estudantes com TEA matriculados na educação básica, bem como no contingente de novas solicitações do Benefício de Prestação Continuada (BPC) a partir do diagnóstico apoiado na Classificação Internacional de Doenças (CID) relacionados ao transtorno. Esse cenário intensifica o debate sobre critérios de acesso a benefícios sociais e suscita preocupações quanto a sustentabilidade fiscal das políticas de inclusão. Além disso, a maior visibilidade do tema no debate público e nas mídias sociais tem repercutido no Congresso Nacional, resultando em um número crescente de iniciativas legislativas voltadas ao autismo.

Diante desse panorama, este texto analisa o crescimento dos diagnósticos de TEA e suas implicações na formulação de políticas públicas e sobre os orçamentos, com especial atenção ao reconhecimento da deficiência e ao acesso a direitos sociais. O trabalho está estruturado em nove seções, incluindo esta introdução. A segunda seção apresenta os métodos e a terceira traz

² Neste texto serão utilizados “transtorno do espectro autista (TEA)” e “autismo” como sinônimos. Essa escolha tem como objetivo garantir fluidez à leitura, sem comprometer a precisão conceitual. Embora o termo “transtorno do espectro autista” seja o mais empregado em documentos normativos e na literatura científica para descrever a condição dentro de um espectro amplo de manifestações, “autismo” é amplamente utilizado tanto por especialistas quanto pela própria comunidade autista. Assim, a adoção desses termos de forma intercambiável visa respeitar as diferentes formas de nomeação e compreensão do tema, mantendo a coerência terminológica do texto.

um panorama geral sobre o autismo e seus impactos nas políticas públicas. Na quarta seção, discute-se o modelo biopsicossocial de deficiência. A quinta seção aborda a evolução científica e a ampliação dos critérios diagnósticos do TEA. A sexta seção trata do diagnóstico de autismo, das estatísticas disponíveis e dos fatores que influenciam o processo diagnóstico. A sétima seção analisa as causas da expansão dos diagnósticos. A seção oito discute os impactos sociais e políticos da expansão diagnóstica, abordando temas como patologização, ativismo, produção legislativa e mercado. A nona seção analisa a produção legislativa sobre autismo, com foco nos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional. Por fim, a décima seção apresenta as considerações finais.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo adota uma abordagem mista, combinando procedimentos qualitativos e quantitativos. A análise qualitativa fundamentou-se em revisão narrativa da literatura, incluindo artigos científicos, livros, legislações e documentos técnicos nacionais e internacionais. Essa revisão buscou situar a constituição do autismo como categoria diagnóstica e discutir as tensões entre diferentes modelos explicativos, bem como a relação entre normas específicas sobre o TEA e os marcos jurídicos que definem a deficiência como interação entre impedimentos e barreiras.

A dimensão quantitativa estruturou-se em três eixos. O primeiro consistiu na análise de dados do Censo Escolar da Educação Básica, permitindo observar a evolução temporal das matrículas classificadas na categoria TEA e sua distribuição entre classes comuns e classes especiais. O segundo eixo correspondeu à análise de registros administrativos do Benefício de Prestação Continuada (BPC) à pessoa com deficiência, com identificação das concessões relacionadas ao capítulo F84 da CID-10, organizadas por faixa etária e ano de concessão. A utilização de códigos da CID, nesse caso, foi adotada de maneira excepcional, devido à ausência de implementação plena da avaliação biopsicossocial no país.

O terceiro eixo envolveu o exame sistemático de projetos de lei em tramitação na Câmara dos Deputados referentes ao TEA. A base legislativa foi construída a partir de buscas por termos relacionados ao autismo no Portal da Atividade Legislativa, com identificação de número da proposição, autoria, partido, unidade federativa, data e situação de tramitação. As proposições foram classificadas segundo focos temáticos (educação, saúde, assistência social, direitos civis e isenções fiscais), buscando identificar tendências na agenda parlamentar.

A articulação entre as três frentes buscou relacionar a expansão das matrículas e das concessões do BPC com o movimento de crescente produção legislativa voltada ao TEA, interpretando a expansão diagnóstica não apenas como fenômeno clínico, mas como processo social e institucional em disputa, atravessado por interesses políticos, econômicos e reivindicatórios. Essa integração permite compreender o crescimento das identificações de TEA como parte de rearranjos mais amplos no campo das políticas públicas, nos modos de reconhecimento da deficiência e nas dinâmicas contemporâneas de acesso a direitos.

3 PANORAMA GERAL

O crescimento do número de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) nas últimas décadas reflete um fenômeno multifatorial, que combina mudanças nos critérios clínicos, maior conscientização pública e processos de medicalização de comportamentos atípicos. Como argumenta Eyal (2013), a ampliação do diagnóstico de autismo integra uma reconfiguração institucional mais ampla, em que redes de pais, profissionais e ativistas passam a desempenhar papel central na coprodução do reconhecimento do TEA como categoria diagnóstica distinta. Esse processo ultrapassa o campo da saúde, impactando políticas públicas e estruturas de atendimento social.

No Brasil, a expansão dos diagnósticos produziu efeitos significativos nas políticas de Educação, Saúde e Assistência Social. Simultaneamente, a dificuldade de adaptação institucional e a insuficiência de políticas universais têm impulsionado a judicialização, que se consolida como estratégia de acesso a direitos, embora reforce desigualdades no sistema de proteção social (Alves, Gama e Medrado, 2024).

A análise preliminar de proposições no Congresso Nacional revela um aumento acentuado de projetos de lei que tratam especificamente de pessoas com TEA, em muitos casos ancorados em concepções biomédicas da deficiência. Essa tendência reforça o que Broderick e McGuire (2022) denominam de Complexo Industrial do Autismo, no qual o autismo é representado predominantemente como objeto de intervenção médica e mercantilização de serviços especializados.

As autoras analisam a questão do autismo pela perspectiva econômica, utilizando-se explicitamente da expressão ‘Big Business’ para argumentar que a história inicial da descrição e a proposição de uma categoria diagnóstica específica para o ‘transtorno autista do contato afetivo’ (nas palavras do próprio Leo Kanner) e a reificação do autismo como uma categoria ontológica nos Estados Unidos da América podem ser melhor compreendidas como um

processo de comodificação dentro do cenário capitalista do pós-guerra estadunidense. Mallett e Runswick-Cole (2012) mencionam a importante expansão dos mundos em torno do autismo como um processo de comodificação, ou seja, incorporando-se aos processos e práticas da cultura do consumo no mundo capitalista, sendo que seus conteúdos e materiais são comprados e vendidos a uma velocidade assustadora: cursos, kits, DVDs, assinaturas de portais etc.

Essa emergência de uma categoria ontológica teria sido, ainda conforme Broderick, rapidamente mobilizada pelas engrenagens do capitalismo, as quais facilitaram a criação de uma nova *commodity* que se tornou a fundação de uma miríade de indústrias. Para ela, as pessoas que mais se beneficiaram do aumento no uso das ferramentas de rastreo e diagnóstico do autismo foram os próprios profissionais vinculados a esse complexo industrial (p. 39).

Além disso, observa-se um possível movimento de descolamento do autismo em relação ao campo mais amplo das deficiências, o que pode fragilizar o princípio de transversalidade e coletividade que orienta a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI). O predomínio de propostas que associam acesso a direitos à simples existência de um diagnóstico clínico revela o tensionamento entre o modelo biopsicossocial da deficiência, formalmente adotado pelo Brasil, e práticas legislativas e administrativas que reiteram paradigmas médicos tradicionais.

Diante desse contexto, analisar o crescimento dos diagnósticos de TEA e seus efeitos exige considerar não apenas a evolução na construção dos sistemas classificatórios, mas também os rearranjos institucionais, políticos e simbólicos que moldam a experiência do autismo na contemporaneidade. Nas seções seguintes, serão examinados os fundamentos do modelo biopsicossocial de deficiência, a evolução das concepções de autismo e os impactos desses movimentos sobre as políticas públicas brasileiras.

4 ENTRE DIAGNÓSTICO E DEFICIÊNCIA: FUNDAMENTOS E IMPLICAÇÕES DO MODELO BIOPSISSOCIAL

O modelo biopsicossocial da deficiência busca integrar as perspectivas médica e social, ampliando a compreensão desse fenômeno. A CDPD afirma a deficiência como o resultado da interação entre pessoas com impedimentos de longo prazo (físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais) e diversas barreiras (sociais, atitudinais, físicas) que podem obstruir a participação plena de uma pessoa na sociedade em igualdade de condições.

Nesse modelo, as dificuldades enfrentadas por uma pessoa resultam da interação entre suas características individuais — que englobam tanto limitações quanto habilidades — e um ambiente que pode facilitar ou restringir sua participação plena na sociedade (OMS, 2003).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), endossada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2001, estabelece um referencial para compreender a funcionalidade, a deficiência e a saúde em nível individual e populacional. A CIF foi desenvolvida para proporcionar uma linguagem comum entre os diversos agentes envolvidos na temática da deficiência, servir como base para pesquisas sobre determinantes e impactos na saúde e oferecer um modelo para a coleta de dados em diferentes países, disciplinas, serviços e períodos históricos (OMS, 2003). Essa classificação descreve três componentes da deficiência:

- "Impedimento" (*impairment*, na língua inglesa; deficiência na tradução da CIF para esse termo para o português³). É definida como qualquer perda de substância ou alteração de uma estrutura anatômica (órgãos, membros e seus componentes) ou uma função orgânica ou psicológica. Por exemplo, a perda de força muscular (de uma lesão na medula espinhal) é um impedimento.
- Limitações de atividade. Este termo descreve as dificuldades que uma pessoa pode enfrentar ao executar uma tarefa ou ação e se relaciona ao aspecto funcional da deficiência. Por exemplo, dificuldade em ouvir música devido a uma deficiência auditiva ou dificuldade em caminhar devido a uma perda de força muscular são limitações de atividade.
- Restrições de participação: compreendem dificuldades que uma pessoa pode encontrar ao se envolver em atividades da vida real. Essas restrições estão fortemente relacionadas ao ambiente, que pode ajudar ou dificultar o desempenho (em termos de realizações concretas). Restrições de participação se referem ao aspecto situacional ou

³ O termo “impedimento” (“*impairment*” na língua inglesa) é utilizado na tradução para o português da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que foi internalizada no ordenamento jurídico brasileiro por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelo Decreto federal nº 6.949/2009.

Embora a CIF utilize o termo “deficiência” em sua versão traduzida para o português, o termo “pessoa com deficiência” foi adotado internacionalmente, principalmente com base na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) da ONU, para enfatizar que a deficiência não é apenas uma condição biológica, mas sim o resultado da interação entre uma condição de saúde e o ambiente. Na CIF, “deficiência” se refere apenas à alteração na estrutura ou função do corpo, mas o conceito social de deficiência inclui as barreiras físicas, atitudinais e institucionais que impactam a autonomia e participação das pessoas porque os responsáveis pela tradução da CIF para o português preferiram utilizar o termo “deficiência” para se referir a “*impairment*”. Em políticas públicas e legislações, o termo **“pessoa com deficiência”** é preferido, pois reconhece que a deficiência não se restringe a uma característica individual, mas envolve o contexto e a necessidade de acessibilidade e inclusão.

contextual da deficiência. Por exemplo, dificuldade em participar de uma conversa devido a deficiência auditiva e ruído, ou dificuldade de locomoção devido a escadas e dificuldade para caminhar são restrições à participação.

Portanto, a caracterização da deficiência no modelo biopsicossocial não se restringe à mera presença de um impedimento, pois é a interação desse impedimento com um contexto hostil que determina as dificuldades reais enfrentadas pela pessoa. Uma lesão resultante de um acidente de trânsito, um acidente de trabalho ou negligência médica podem gerar impedimentos, levando à limitação de atividades e, conseqüentemente, à restrição de participação caso haja barreiras, como a dificuldade de obtenção ou manutenção de emprego. Dessa forma, a deficiência emerge da interação entre o impedimento e um ambiente que impõe exigências incompatíveis com as habilidades residuais da pessoa.

A deficiência, portanto, possui necessariamente uma dimensão social e contextual que precisa ser considerada. O impacto de um impedimento para o reconhecimento da condição de deficiência deve ser analisado obrigatoriamente a partir do reconhecimento das barreiras que ele revela no cotidiano da pessoa e do impacto dessa interação sobre a vida diária da pessoa vivenciando esses impedimentos.

A perspectiva clínica, que é ferramenta principal dos processos de cuidado que se dirigem às pessoas e seus processos de saúde-doença, embora lide concretamente com as mesmas pessoas que vivem os impedimentos nos contextos com barreiras, opera segundo referenciais que nem sempre estão alinhados com os princípios que balizam a noção contemporânea de deficiência. Assim, diante de um evento prejudicial, o trabalho dos profissionais, especialmente médicos, concentra-se no reconhecimento e na descrição das lesões e agravos, que serão agrupados e classificados nas categorias diagnósticas conforme os sistemas de codificação vigentes. Esse enfoque, no entanto, não coincide com a perspectiva orientada pela funcionalidade, que busca compreender a deficiência como resultado da interação entre impedimentos e barreiras contextuais. O mais relevante, para a afirmação e garantia de direitos, é compreender as reais possibilidades de participação social da pessoa e as limitações impostas pelas condições do ambiente. É essa dimensão, e não apenas a identificação de danos orgânicos ou categorias clínicas, que deve orientar o reconhecimento da deficiência no âmbito das políticas públicas e da proteção social. (OMS, 2022).

Seguindo esse raciocínio, qualquer diagnóstico médico, seja de autismo ou de qualquer outra doença ou condição de saúde, atestado por meio de laudo não é, por si só, suficiente para

caracterizar a deficiência. O diagnóstico apenas confirma que um determinado profissional identificou um conjunto de sinais, sintomas e narrativas de adoecimento e enquadrou esse conjunto dentro de um sistema classificatório. Esses sistemas, porém, são organizados para descrever “histórias da doença” e não estabelecem uma correspondência necessária ou automática com a condição de pessoa com deficiência. Além disso, os impedimentos listados na CIF são organizados por funções e estruturas do corpo, sem serem exclusivos ou específicos de uma dada condição nosográfica. Em outras palavras, a existência de um diagnóstico não determina, por si, o grau de limitação funcional nem as barreiras enfrentadas, elementos que são centrais para o reconhecimento da deficiência no marco contemporâneo dos direitos.

No Brasil, o modelo biopsicossocial de deficiência foi formalmente adotado pela adesão do Brasil à CDPD, que foi regulamentada pela Lei nº 13.146/2015 (LBI). O artigo 2º da lei reafirma a definição de deficiência apresentada pela CDPD a partir desse modelo interacional, que reconhece a deficiência como uma construção social e reflete a necessidade de uma abordagem que vai além da constatação do impedimento, para garantir a inclusão e os direitos das pessoas com deficiência.

A principal legislação específica sobre TEA é a Lei nº 12.764/2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Ela estabelece que “a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais”. Diferentemente da CDPD e da LBI, que consideram a deficiência como resultado da interação entre impedimentos e barreiras contextuais, essa formulação baseia-se diretamente no diagnóstico médico, o que tem gerado debates sobre sua interpretação e aplicação. Essa tensão aparece de forma clara em controvérsias recentes julgadas pela Turma Nacional de Uniformização de Juizados Federais (TNU). O Tema 376 da TNU trata do diagnóstico TEA e da dispensa de avaliação biopsicossocial para o reconhecimento da condição como Pessoa com Deficiência (PcD), especialmente no acesso ao BPC (Bernardes, 2025).

Seguindo essa mesma lógica, a Lei nº 14.126/2021 classifica a visão monocular como uma deficiência sensorial do tipo visual, para todos os efeitos legais, enquanto a Lei nº 14.768/2023 define a deficiência auditiva com base em um valor referencial de limitação auditiva.

A CDPD define a deficiência como resultado da interação entre impedimentos e as diversas barreiras que podem obstruir a participação social das pessoas. A LBI, por sua vez, reafirma

essa natureza interacional da deficiência e estabelece, de forma explícita, o modelo biopsicossocial como referência para a avaliação da deficiência no Brasil:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

Embora as Leis nº 12.764/2012, 14.126/2021, 14.768/2023 e 15.176/2025 tenham se fundamentado no diagnóstico nosológico para caracterizar a deficiência, tanto a Convenção, que no Brasil foi incorporada ao arcabouço legislativo na forma de Emenda Constitucional, quanto a LBI, não cancelam esse entendimento.

A equiparação direta entre diagnóstico e deficiência no caso da Lei nº 12.764/2012, inicialmente, foi considerada um avanço pois garantiu acesso a políticas públicas e proteção contra discriminação num contexto em que o autismo era pouco reconhecido institucionalmente. Assim, a Lei nº 12.764/2012 teve um papel relevante na inclusão formal das pessoas autistas no campo das deficiências, em consonância com o princípio da não discriminação da CDPD. Mas a equiparação automática envolve riscos. O diagnóstico nosográfico aponta na direção do reconhecimento de um impedimento, mas não é suficiente para caracterizar deficiência, pois é necessário verificar em que medida esse impedimento interage com as barreiras e deste “encontro” produz desvantagem nos diferentes contextos sociais, educacionais, comunicacionais etc. A deficiência, portanto, não reside no impedimento situado na pessoa diagnosticada, mas no resultado de uma relação entre suas características e o ambiente que pode ser mais ou menos hostil. Reduzir deficiência ao diagnóstico/impedimento é retornar a uma concepção biomédica e essencialista, superada pela CDPD.

A definição de TEA passou por um alargamento do seu espectro, fruto não somente de um suposto “avanço nas ciências”, mas como resultado de um processo político que envolve negociações entre especialistas, mercado, familiares e gestores governamentais, conforme debateremos adiante na discussão sobre o Complexo Industrial do Autismo. Esse alargamento

passou a reconhecer “dentro do espectro” desde pessoas com impedimentos graves à oralidade e às comunicações hegemônicas até aquelas com sintomas de menor expressão clínica a partir de um olhar médico. Logo, dada essa heterogeneidade, não é empiricamente defensável afirmar que todas as pessoas enfrentam as mesmas barreiras e que nessa interação, em todas se produza deficiência de igual monta. A equiparação automática ignora a heterogeneidade do espectro e homogeneiza experiências muito distintas, e ressitua o diagnóstico clínico como definidor da condição de deficiência, o que fragiliza a força da CDPD e introduz mais uma camada de desigualdade ao supor que “somente com o diagnóstico” há o reconhecimento da condição de pessoa com deficiência, sendo que o acesso ao especialista configura-se como uma relevante barreira e produtor de desigualdades no acesso à avaliação e ao desenho proporcional de apoios.

O reconhecimento do autismo dentro do campo das deficiências foi um passo político significativo, mas a efetivação dos direitos das pessoas autistas requer avançar para além da equiparação nominal, baseada no modelo médico, para a compreensão contextual da deficiência, conforme a CDPD. A avaliação biopsicossocial, uma vez regulamentada, deve ser entendida não como barreira burocrática para acesso a direitos e serviços, mas como instrumento de justiça distributiva e personalização de apoios.

De modo semelhante, no caso da visão monocular, da surdez unilateral e da fibromialgia, observa-se um percurso de reconhecimento como deficiência que guarda semelhanças com o do autismo, no sentido de buscar enquadramento formal no campo das deficiências. Embora existam indícios de que pessoas com essas condições possam enfrentar dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho, o que, em alguns casos, pode motivar a reivindicação de acesso às cotas laborais, essa hipótese ainda carece de estudos empíricos sistemáticos que a sustentem.

Outras motivações, de natureza mais ampla, também podem estar em jogo. A busca pelo reconhecimento pode expressar uma estratégia de visibilidade política e reivindicação de direitos por grupos que historicamente ficaram à margem das políticas públicas, independentemente da questão laboral. Pode ainda refletir uma lógica de congruência normativa, em que o reconhecimento legal de determinada condição como deficiência desperta o interesse legítimo de outras condições em acessar os direitos associados a esse novo enquadramento jurídico.

Além disso, é importante considerar a heterogeneidade individual: para algumas pessoas, o reconhecimento pode estar relacionado a barreiras concretas no ambiente laboral; para outras,

às limitações funcionais ou à expectativa de enfrentar obstáculos futuros. Assim, a explicação para esses movimentos de reconhecimento é multifatorial e não pode ser reduzida a um único vetor causal.

5 DIAGNÓSTICO E EXPANSÃO: EVOLUÇÃO DA CONSTRUÇÃO DOS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS E AMPLIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE TEA

A discussão sobre a expansão dos diagnósticos de TEA envolve múltiplas dimensões em torno dos significados e à variedade de teorias explicativas que abordam mecanismos biológicos, psicológicos e sociais. A definição de autismo tem sido amplamente moldada pelo movimento de defesa dos direitos das pessoas autistas, que desempenhou um papel fundamental na formação da percepção pública e na compreensão da condição. Hacking (2006, 1995) faz menção a existência de um efeito looping existente na maioria das classificações utilizadas nas ciências humanas. Utilizando a expressão “*making up people*”, o autor apresenta um ciclo de retroalimentação que modifica tanto as classificações quanto os indivíduos classificados, ou seja, as classificações moldam as pessoas e as pessoas também influenciam a construção e revisão dos critérios diagnósticos. Russel (2020) argumenta que o autismo, embora uma realidade incontestável, se configura de maneira distinta conforme os critérios definidos pelo esforço humano de identificar, descrever e classificar seus contornos.

Uma importante crítica aponta na direção de que o entendimento do autismo tem sido amplamente influenciado por uma perspectiva médica que tende a patologizar comportamentos atípicos, tratando-os como deficiências individuais que requerem intervenção, tratamento e, em alguns casos, cura (Molloy e Vasil, (2002); Steuernagel, (2005)). Esse enquadramento reflete a prevalência e persistência do modelo biomédico da deficiência, que enfatiza a necessidade de corrigir ou minimizar os impactos das características autistas, frequentemente por meio de abordagens terapêuticas voltadas para a adaptação ao ambiente neurotípico. No entanto, ao longo das últimas décadas, uma mudança conceitual vem ganhando força, com maior atenção sendo dada à afirmação da diferença na perspectiva da neurodiversidade, bem como às estratégias de habilitação e reabilitação que reconhecem e valorizam a singularidade das pessoas autistas, em vez de buscar sua conformidade a padrões normativos (Eyal, 2013; Leadbitter *et al.*, 2021).

Essa tensão reflete um embate mais amplo entre o modelo individual (que pode operar por meio do discurso médico ou do discurso caritativo) e o modelo social da deficiência. Enquanto o primeiro coloca a ênfase nos déficits individuais e nas intervenções para superá-los, o segundo

busca eliminar as barreiras sociais e institucionais que limitam a autonomia e a inclusão das pessoas autistas (Diniz, 2007; Oliver, 1990; Shakespeare, 1996). Nesse contexto, o reconhecimento da neurodiversidade desafia concepções tradicionais e sugere um novo paradigma que não apenas aceita, mas também valoriza formas diversas de cognição, interação e comportamento. Assim, a forma como a deficiência é conceituada tem implicações diretas sobre as políticas adotadas, influenciando desde o acesso a serviços de apoio até a maneira como a sociedade enxerga e acomoda a diversidade neurológica. Nas próximas seções serão abordados aspectos que impactam a definição do TEA.

5.1 Traços psicológicos e padrões comportamentais

Em 1943, Kanner descreveu 11 crianças — oito meninos e três meninas — que apresentavam o que ele denominou de “distúrbios autistas inatos de contato afetivo”. Ele destacou duas características essenciais da condição: (1) autismo⁴, entendido como dificuldades severas na interação social e na formação de vínculos desde os primeiros anos de vida, e (2) resistência à mudança, ou insistência na mesmice. Este último aspecto incluía movimentos estereotipados incomuns, como balançar o corpo e bater as mãos, que Kanner interpretava como tentativas das crianças de manter a previsibilidade em seu ambiente (Kanner, 1943). O relatório de Kanner descreveu características que ainda hoje são observadas em pessoas com autismo, como a ecolalia, a inversão de pronomes e a prosódia atípica. No entanto, ele também fez associações que posteriormente se mostraram incorretas, como a ausência de ligação entre o autismo e outras condições clínicas.

No campo das matrizes explicativas de origem biológica, o TEA é resultado de alterações precoces no desenvolvimento cerebral (Bauman e Kemper, 2005) e de processos de reorganização neural (O'Reilly, Lewis e Elsabbagh, 2017). Embora indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentem grande diversidade entre si, o transtorno é caracterizado por dois conjuntos principais de sinais observados a partir do encontro clínico (Lord et al., 2018). Na ausência de biomarcadores confiáveis, o diagnóstico é baseado na observação de comportamentos específicos. O diagnóstico do autismo, portanto, envolve a identificação desses comportamentos no contexto do desenvolvimento e do ambiente social do indivíduo.

⁴ Kanner toma o termo autismo emprestado de Eugen Bleuler, pesquisador da psicopatologia descritiva alemã: “Autismo” é um dos consagrados “4 As”: embotamento Afetivo; desagregação Associativa do pensamento, Ambivalência volitiva e Autismo, à época um neologismo usado para descrever o fenômeno de “fechamento sobre o mundo interno e afastamento da realidade” que figuraram como definidores de esquizofrenia na Psiquiatria alemã do início do século XX. (Bleuler, 1911)

5.2 A evolução do autismo em manuais diagnósticos

Dois manuais diagnósticos amplamente utilizados, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais⁵ (DSM-5) (Manual diagnóstico e estatístico e transtornos mentais, 2021) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), propõem critérios diagnósticos do autismo e são ferramentas essenciais para clínicos em todo o mundo (World Health Organization, 2019). Compreender as modificações nesses critérios ao longo do tempo é fundamental, pois essas alterações tiveram um impacto direto na expansão do diagnóstico do TEA.

Nessa discussão, é fundamental reconhecer que os sistemas diagnósticos são produtos históricos e culturais, formulados em contextos específicos e indissociáveis dos debates científicos e das disputas institucionais de seu tempo. Tal compreensão é essencial para analisar o processo de expansão dos diagnósticos, incluindo o do TEA. Nas primeiras versões do DSM, o autismo já figurava como categoria diagnóstica. Contudo, não havia consenso sobre sua classificação, especialmente porque, durante a primeira metade do século XX, a psicanálise era a corrente dominante na psiquiatria norte-americana. Nesse contexto, o autismo era interpretado como uma forma de psicose infantil. Importa destacar que essa foi a primeira categoria psicopatológica atribuída especificamente à infância, já que, até então, as classificações diagnósticas derivavam majoritariamente de categorias desenvolvidas para adultos.

A publicação do DSM-III, em 1980, marcou uma ruptura paradigmática ao afastar-se da matriz psicanalítica e retomar uma psicopatologia de caráter descritivo. Nesse movimento, o autismo passou a ser reclassificado entre os transtornos do desenvolvimento. Tal mudança não ocorreu de forma isolada, mas refletiu uma alteração mais ampla nas correlações de força entre diferentes tradições de saber dentro da psiquiatria estadunidense ao longo do século XX. Até o final dos anos 1970, vigorava com veemência a teoria explicativa que relacionava o autismo ao modo de criar dos pais. É o próprio Leo Kanner que afirma que a condição do autismo seria o produto de uma criação parental altamente intelectualizada e emocionalmente vazia. Da mesma forma, Bruno Bettelheim, em seu livro *'The Empty Fortress'*, interpretou o autismo como produto das emoções negativas e intenções destrutivas dos pais, frente às quais a criança desenvolveria um mecanismo de defesa de ego contra o mundo, criando em torno de si uma espécie de bolha espessa na qual ela entraria para impedir qualquer reciprocidade entre ela e os outros (Campoy, 2014).

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, da American Psychiatric Association.

Em contraposição a essa leitura, o trabalho de Lorna Wing e seus colegas pesquisadores ligados ao Centro de Cognição e Ciências do Cérebro da Universidade de Cambridge, redirecionou o foco para dar visibilidade e homenagear a obra de Hans Asperger. Nessa perspectiva, a causalidade genética é indiscutível e demonstrável a partir de um “fenótipo amplo do autismo”, espalhado pela família do diagnosticado. Trazendo à cena um outro fundador para o autismo, Lorna conseguiu construir para o seu argumento um lastro histórico que disputava com a tradição de Kanner e, o mais importante, uma história que fazia sentido para o presente (Campoy, 2014). Essa ruptura é parte de um cenário de mudanças sociais e políticas ao deslocar as teorias causas de origem psicanalítica que eram lidas na sociedade como culpabilizantes ao se referir, por exemplo, às “mães geladeiras”, para uma teoria de base biológica/cerebralista, onde “a culpa estaria nos genes, não nas mães”.

Para Campoy (2014), essa virada fisicalista desautorizou a má criação como causa e a responsabilidade dos pais como efeito e inscreveu o autismo no rol de transtornos cerebrais que desaguam em déficits cognitivos. Ao mesmo tempo, o autor aponta a fragilidade dessa teoria explicativa, que admite que qualquer explicação total de suas causas, cursos e efeitos é empiricamente frágil e clinicamente parcial (Campoy, 2014, p. 8).

O DSM III, dentro desse cenário de rupturas, lança mão do mecanismo de “operacionalização” importado das ciências exatas, ou seja, um sistema que propõe que o enquadramento nosológico seja feito a partir de uma quantidade definida de critérios de inclusão (por exemplo, a presença obrigatória de 5 dentro 9 critérios dentro de uma lista pré-definida), e a existência de critérios de exclusão, ou seja, fatores que apontam que uma outra categoria diagnóstica deva ser mobilizada na sua presença.

O autismo, dentro do DSM-III, tinha seus critérios diagnósticos listados de forma monotética, exigindo que todos os critérios fossem atendidos. Diante da expansão inicial nos diagnósticos, a Associação Psiquiátrica Americana acabou por substituir, na revisão de 1987, o termo “autismo infantil” por “transtorno autista”. Essa alteração permitiu uma flexibilização no escopo de pessoas a serem diagnosticadas, possibilitando que o diagnóstico fosse aplicável a diferentes idades e níveis de desenvolvimento (Rosen, Lord e Volkmar, 2021).

Paralelamente, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁶, da Organização Mundial da Saúde, reconheceu explicitamente outros transtornos relacionados, como a síndrome de

⁶ Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) Genebra, Suíça: American College of Physicians; 1992

Asperger⁷, o transtorno de Rett e o transtorno desintegrativo da infância. Essa divergência entre os critérios diagnósticos do DSM e da CID ameaçava dificultar comparações internacionais em pesquisas sobre genética e epidemiologia, áreas que exigem padronização diagnóstica. Essas preocupações motivaram revisões significativas na elaboração do DSM-IV (Rosen, Lord e Volkmar, 2021).

O DSM-IV simplificou os critérios diagnósticos do autismo, mantendo os três sintomas nucleares — interação social, comunicação e comportamentos restritos — e incluiu o transtorno de Asperger como um diagnóstico separado, optando por uma estratégia classificatória do tipo categorial, onde há entidades diagnósticas definidas e separadas. Testes de campo indicaram que o DSM-IV proporcionava maior concordância entre avaliadores, especialmente os menos experientes, contrastando com o DSM-III-R, que era considerado excessivamente amplo (Rosen, Lord e Volkmar, 2021). Uma importante reflexão faz-se necessária: todo sistema classificatório precisa lidar com duas propriedades inconciliáveis: de um lado a validade, ou seja, a capacidade da descrição se aproximar da “realidade material” do objeto que se propõe a descrever, e no outro a “confiabilidade”, ou seja, a capacidade de que dois operadores usando a mesma descrição e operacionalização cheguem à mesma conclusão. O processo de construção do DSM IV acabou por optar pela confiabilidade, abrindo mão da sua característica de validade.

O DSM-V, cujo processo de construção foi marcado por uma tentativa de conferir transparência, com a participação dos movimentos da sociedade civil na sua formulação, adotou uma estratégia classificatória chamada dimensional, abandonando as antigas subcategorias e compreendendo o autismo como um espectro de possibilidades de intensidade de sinais, sintomas ou fenômenos psicopatológicos. Dessa forma, consolidou-se em um único diagnóstico, o Transtorno do Espectro Autista – TEA, as características que antes estavam fragmentadas. Essa mudança, por um lado, ampliou ainda mais o alcance da categoria diagnóstica e, por outro, simplificou o processo de identificação clínica, estabelecendo apenas dois domínios nucleares para o diagnóstico: (i) dificuldades na comunicação e interação social, e (ii) padrões restritos e repetitivos de comportamento.

O DSM-V introduziu ainda níveis de gravidade baseados no suporte necessário para a vida cotidiana, além de especificadores para condições associadas. Os três níveis graduais, leve, moderado e severo, que buscam mapear, de maneira mais limitada já que realizada tão somente pelo olhar do profissional clínico, as barreiras contextuais e as demandas e necessidades de

⁷ A escolha do nome de Asperger para definir um “subtipo de autismo” como categoria diagnóstica, seria assim, uma forma de homenageá-lo.

suporte. Estes três componentes são mais amplamente abrangidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade e, no caso brasileiro, pelo Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado, o IFBR-M.

A CID-11 adotou abordagem semelhante à do DSM V, preservando, contudo, a possibilidade de codificação complementar quanto à presença ou ausência de deficiência intelectual e de comprometimento da linguagem funcional (World Health Organization, 2019, p. 11). Essa diferenciação permite registrar variações importantes no perfil clínico, contribuindo para um olhar mais abrangente e detalhado sobre a apresentação clínica. Para um panorama das barreiras contextuais e necessidades de suporte, existem as categorias do capítulo 24 da CID (“Fatores que Influenciam o Estado de Saúde”) e a própria CIF como ferramenta específica para essa finalidade.

6 PERSPECTIVAS QUANTITATIVAS DO TEMA DO TEA

6.1 Expansão dos diagnósticos

Em termos de epidemiologia, à época da edição do DSM III, o transtorno era considerado raro, com estimativas de prevalências de 3 em cada 10.000 crianças, conforme um dos primeiros estudos (Treffert, 1970). Em 1999, essa taxa foi ligeiramente revisada para 7 em 10.000 crianças, ainda sendo considerado um diagnóstico incomum (Fombonne, 1999). Além disso, observou-se uma diferença marcante entre os gêneros, com os meninos apresentando uma probabilidade de 3 a 5 vezes maior de serem diagnosticados com a condição (Fombonne, 1999).

Em 2021, estimava-se que cerca de 61,8 milhões de pessoas em todo o mundo estavam no espectro do autismo, o que equivale a aproximadamente uma em cada 127 pessoas (Global Burden of Disease Study 2021 Autism Spectrum Collaborators, 2025). Uma revisão sistemática realizada no mesmo ano, que analisou 71 estudos publicados desde 2012 em 34 países, encontrou 99 estimativas de prevalência⁸ do autismo. Essas taxas variavam bastante, indo de um caso a cada 10.000 pessoas até um caso a cada 23 pessoas. No entanto, a mediana — que representa o valor central entre as estimativas — foi de um caso para cada 100 pessoas (1%). Além disso, observou-se que o diagnóstico de autismo é mais comum entre homens, com uma proporção de 4 homens para cada mulher diagnosticada (Loomes et al., 2017; Zeidan et al., 2022).

⁸ A prevalência é a proporção de indivíduos em uma população com uma doença em um ponto específico no tempo. Essa taxa é obtida de estudos epidemiológicos, como estudos populacionais e registros administrativos.

Outro estudo de prevalência global do TEA, em que foram analisados 74 estudos com um total de 30.212.757 participantes, a partir de dados coletados de várias bases, apontou uma prevalência global de 0,6% (intervalo de confiança de 95%: 0,4-1%), ou seja, 1 caso para cada 167 pessoas. A prevalência por continente encontrada foi de 0,4% na Ásia, 1% na América, 0,5% na Europa, 1% na África e 1,7% na Austrália (Salari et al., 2022).

Nos Estados Unidos da América, nas últimas duas décadas, o diagnóstico de TEA aumentou consideravelmente, e a prevalência do TEA em crianças de 8 anos cresceu de 6,7 por 1.000 no ano de 2000 (1 em 150) para 23,0 por 1.000 em 2018 (1 em 44) e 27,6 por 1.000 em 2020 (1 em 36) (Maenner, 2023). Observou-se uma prevalência 3,8 vezes maior em meninos (43,0 por 1.000) do que em meninas (11,4 por 1.000), além de taxas superiores entre crianças negras, hispânicas e asiáticas em comparação às brancas (Maenner, 2023).

Na China, também se observou um aumento na prevalência do TEA nos últimos anos. O estudo de Jiang et al. (2024) revelou que a prevalência entre crianças foi de 5 por 1.000 entre 2017 e 2019, aumentando para 9 por 1.000 de 2019 a 2023. A proporção entre meninos e meninas diagnosticados foi de 5 para 1. A prevalência geral nos últimos seis anos estudados foi de 7 por 1.000, evidenciando uma tendência de crescimento em relação aos estudos anteriores de 2017 (2,65 por 1.000) e 2015 (2,88 por 1.000). Esses dados estão alinhados com o aumento gradual da prevalência global do TEA (Jiang et al., 2024).

No Censo Demográfico de 2022, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluiu pela primeira vez uma pergunta específica sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA), em cumprimento à Lei nº 13.861/2019. Os resultados preliminares, divulgados em maio de 2025, estimaram cerca de 2,4 milhões de pessoas com diagnóstico de TEA no país, o que corresponde a 1,2% da população brasileira. A prevalência foi maior entre homens (1,5%) do que entre mulheres (0,9%), com destaque para a faixa etária de 5 a 9 anos, na qual o índice chegou a 2,6%. Nesse grupo, meninos apresentaram o maior percentual de diagnóstico (3,8%), enquanto entre as meninas o índice foi de 1,3%. Tendência semelhante aparece na faixa de 0 a 4 anos, com 2,9% de meninos e 1,2% de meninas diagnosticados (IBGE, 2025).

De forma geral, o Censo mostra que o diagnóstico de autismo é mais frequente nas idades iniciais — 2,1% entre 0 e 4 anos, 2,6% entre 5 e 9, 1,9% entre 10 e 14 e 1,3% entre 15 e 19 — somando 1,1 milhão de pessoas até 19 anos de idade. Nos grupos adultos, a prevalência estabiliza entre 0,8% e 1,0%. Entre os recortes de cor ou raça, o maior percentual foi observado entre pessoas brancas (1,3%), equivalentes a 1,1 milhão de indivíduos, enquanto entre pretos e

pardos o índice foi de 1,1% — cerca de 221,7 mil. As diferenças regionais foram pouco expressivas: 1,2% nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste, e 1,1% no Centro-Oeste. Na população geral, o levantamento identificou 45,7 milhões de estudantes com seis anos ou mais de idade, dos quais 760,8 mil (1,7%) declararam ter diagnóstico de TEA (IBGE, 2025).

Esses números, embora relevantes por si mesmos, ganham ainda maior dimensão quando observados em conjunto com outras bases administrativas que registram a presença de estudantes e beneficiários que se enquadram no espectro. Um outro olhar quantitativo é possível ao analisarmos o crescimento do número de estudantes que foram enquadrados como público-alvo da Educação Especial na categoria TGD⁹ do Censo Escolar e do número de concessões do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social a partir de dados do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS).

Em relação aos dados do Censo Escolar, observou-se que o número de matrículas de estudantes enquadrados na categoria TGD cresceu de 95.734 em 2015, para 918.877 em 2024, ou seja, um crescimento superior a 10 vezes nesse período. A Tabela 1 apresenta o número de matrículas de estudantes enquadrados/reconhecidos com TEA na educação especial entre 2015 e 2024. A Figura 1 apresenta a evolução do número de matrículas de estudantes com TEA na educação especial entre os anos de 2015 e 2024.

TABELA 1

Número de matrículas de estudantes com TGD na Educação Especial entre 2015 e 2024 – classe comum, classe especial e total

Ano	Classe comum	Classe especial	Total
2015	82.342	13.392	95.734
2016	100.048	14.241	114.289
2017	124.950	14.870	139.820
2018	160.614	16.067	176.681
2019	166.620	24.055	190.675
2020	228.100	23.422	251.522
2021	273.924	20.470	294.394
2022	405.056	24.465	429.521
2023	607.144	29.058	636.202
2024	884.403	34.474	918.877

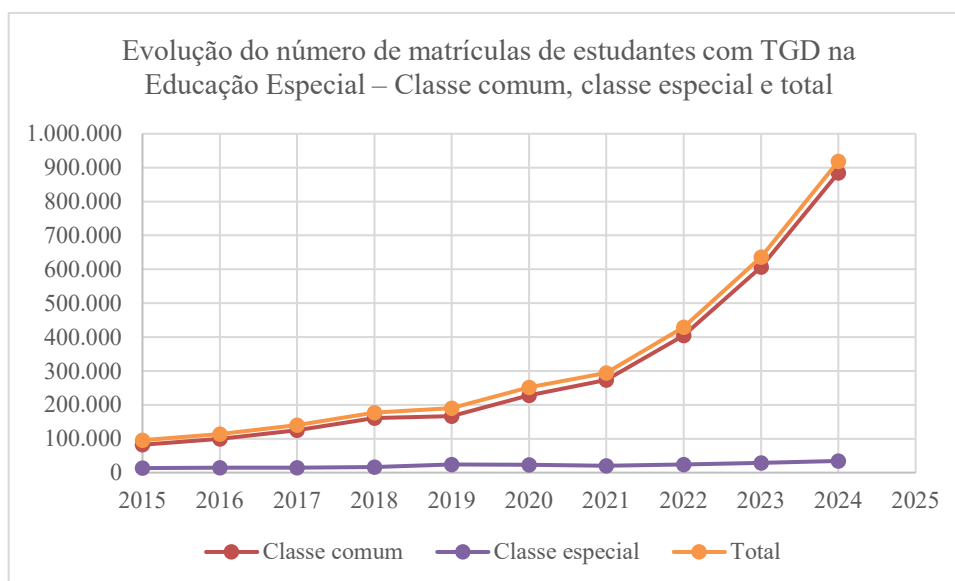
Fonte: Censo da Educação Básica (Inep)

Elaboração dos autores

⁹ A Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva utiliza ainda a categoria “Transtornos Globais do Desenvolvimento” pois foi publicada antes da divulgação do DSM V e da CID 11.

FIGURA 1

Evolução do número de matrículas de estudantes com TGD na Educação Especial – Classe comum, classe especial e total



Fonte: Censo da Educação Básica (Inep)

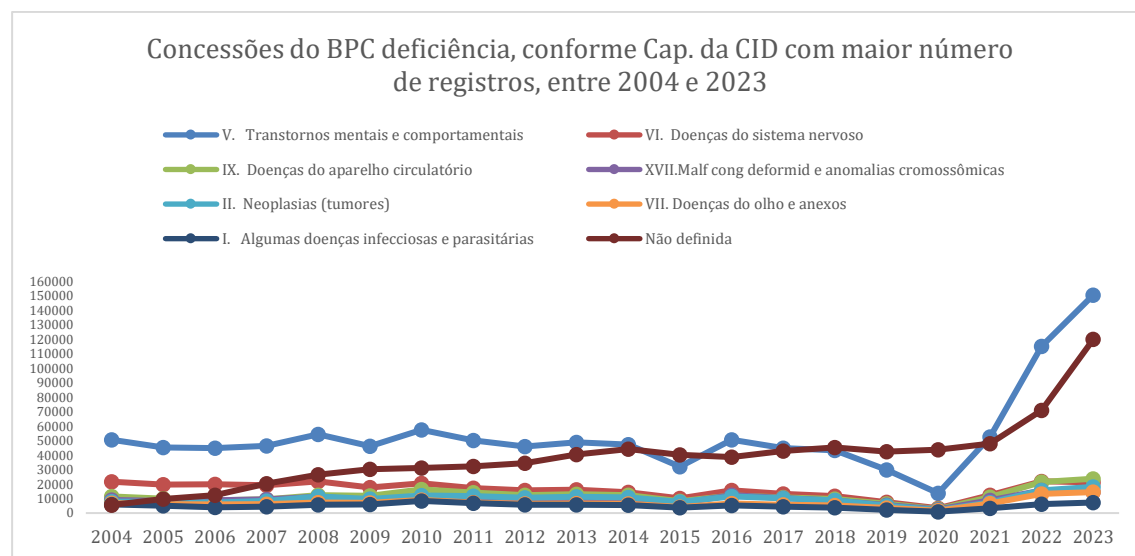
Elaboração dos autores

Em relação ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), ainda que o seu critério formal de concessão não envolva explicitamente/diretamente a presença de uma condição enquadrável na CID, esse dado é utilizado pelos peritos médicos e computado de forma complementar dentro da base de dados. Dados fornecidos pelo MDS a respeito dessas concessões serão analisados a seguir. Em razão da ausência de implementação de uma ferramenta para registrar o processo de avaliação biopsicossocial da deficiência no Brasil, os códigos da CID serão aqui utilizados de maneira excepcional como indicadores do alcance do tema do TEA no universo de solicitações do BPC.

A Figura 2 ilustra a distribuição das concessões do BPC para pessoas com deficiência entre 2004 e 2023 nos capítulos da CID com maior número de registros. Entre os capítulos analisados, o Capítulo V, que trata dos transtornos mentais e comportamentais, entre eles o TEA, apresentou um aumento expressivo nas concessões a partir de 2020. Em 2004, cerca de 50 mil benefícios foram concedidos para condições desse grupo, número que se manteve estável até 2019. No entanto, em 2020, houve uma queda para 13.711 concessões, provavelmente devido ao período pandêmico, seguida por uma rápida elevação para 52.619 em 2022 e 150.584 em 2023, um crescimento de três vezes em relação a 2004.

FIGURA 2

Distribuição das concessões do BPC para pessoas com deficiência, conforme capítulos da CID com maior número de registros, entre 2004 e 2023.



Fonte: Base Mantidos (MDS), carga março de 2024

Elaboração dos autores

As concessões vinculadas a outros capítulos da CID permaneceram relativamente estáveis, com declínio a partir de 2016 e recuperação gradual após 2021. Paralelamente, os registros sem CID definida, provavelmente relacionadas a processos judiciais, aumentaram, refletindo a crescente judicialização do BPC.

A Tabela 2 apresenta o número acumulado de concessões do Benefício de Prestação Continuada destinado a pessoas com deficiência (BPC-PcD), no período de 2004 a 2023, para indivíduos menores de 18 anos, considerando as 15 categorias diagnósticas da CID-10 mais recorrentes no período. Observa-se que os Transtornos Globais do Desenvolvimento (CID F84) constituem, com grande margem, a categoria mais frequente, totalizando 232.543 concessões. Esse número é mais que o dobro da segunda categoria mais prevalente, Paralisia Cerebral (G80), responsável por 100.459 concessões.

TABELA 2

Número de concessões de BPC-PcD das 15 categorias CID que mais aparecem ao longo do tempo, para pessoas com idade inferior a 18 anos, segundo categorias CID-10 - Brasil, 2004 a 2023

Código da categoria	Descrição da categoria abreviada	Número de concessões (2004 - 2023)
F84	F84 Transtornos globais do desenvolvimento	232.543
G80	G80 Paralisia cerebral	100.459
F71	F71 Retardo mental moderado	97.299
Q90	Q90 Síndrome de Down	50.491
F72	F72 Retardo mental grave	44.231
F70	F70 Retardo mental leve	35.306
G40	G40 Epilepsia	31.259
F90	F90 Transtornos hipercinéticos	27.823
F79	F79 Retardo mental NE	22.463
H90	H90 Perda de audição por transtorno de condução neurossensorial	21.194
H54	H54 Cegueira e visão subnormal	18.347
G91	G91 Hidrocefalia	13.222
C91	C91 Leucemia linfóide	10.597
H91	H91 Outras perdas de audição	10.198

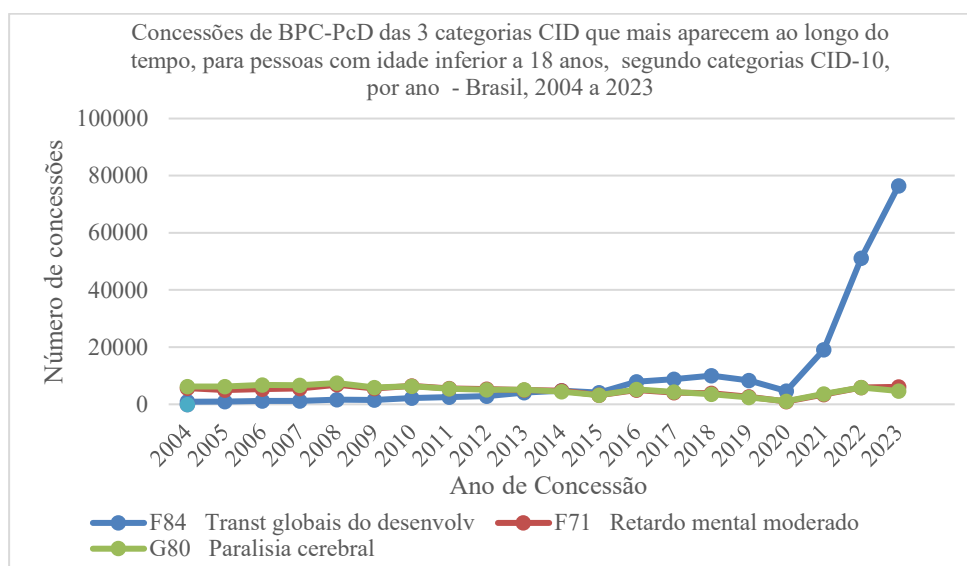
Fonte: MDS

Elaboração dos autores

A análise por faixa etária revela que, entre beneficiários de 0 a 17 anos, os diagnósticos mais frequentes incluem transtornos globais do desenvolvimento (F84), paralisia cerebral (G80), retardo mental moderado (F71), síndrome de Down (Q90) e distúrbios de atenção (F90). Até 2012, as concessões por retardo mental e paralisia cerebral eram superiores às de transtornos globais do desenvolvimento, mas esse cenário se inverteu a partir de 2016 (Figura 3). O crescimento da pressão da expansão diagnóstica do TEA sobre a concessão do BPC é particularmente notável: em 2004, havia 906 concessões para transtornos globais do desenvolvimento, número que saltou para 76.497 em 2023. O autismo infantil (F84.0) apresentou um avanço ainda mais acentuado, passando de 256 registros em 2004 para 59.315 em 2023, com aumento significativo a partir de 2021. A figura 4 detalha o número de concessões de BPC-PcD de Autismo infantil (CID-F84.0), para pessoas com idade inferior a 18 anos entre 2004 e 2023.

FIGURA 3

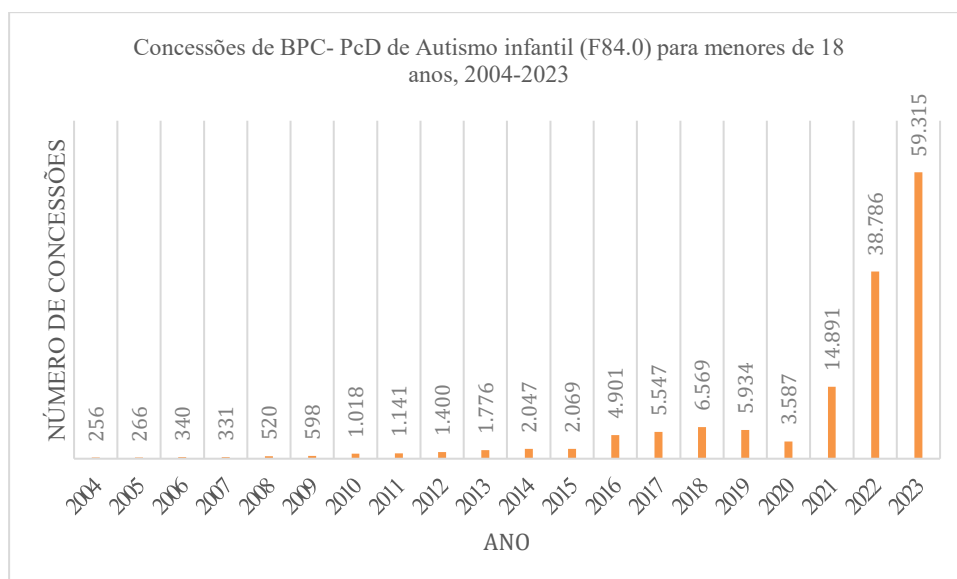
Número de concessões de BPC-PcD das 3 categorias CID que mais aparecem ao longo do tempo, para pessoas com idade inferior a 18 anos, segundo categorias CID-10, por ano - Brasil, 2004 a 2023.



Fonte: Base Mantidos (MDS), carga março de 2024
Elaboração dos autores

FIGURA 4

Número de concessões de BPC-PcD de Autismo infantil (CID-F84.0), para pessoas com idade inferior a 18 anos, segundo categorias CID-10, por ano - Brasil, 2004 a 2023



Fonte: MDS
Elaboração dos autores

A expansão dos diagnósticos de TEA ocorre em paralelo ao aumento das concessões do BPC, o que sugere uma possível associação que merece investigação mais detalhada, especialmente nos últimos anos, em um cenário de alta demanda por diagnósticos e a falta de capacitação

adequada de profissionais para realizar de forma adequada o diagnóstico do TEA. Outros componentes também envolvem a expansão do alcance do tema em escala industrial, tornando a perspectiva do Complexo Industrial do Autismo, mencionada anteriormente, uma chave teórica importante na compreensão dessa ampliação na concessão dos benefícios.

6.2 Possíveis fatores Explicativos do Crescimento dos Diagnósticos

6.2.1 Condições Socioeconômicas

A identificação e o diagnóstico do TEA também parecem ser influenciados pelo status socioeconômico. Dados do estudo de Kelly et al. (2019) sugerem subdiagnóstico entre crianças de mães com menor escolaridade. Nos EUA, diagnósticos precoces são mais comuns em famílias com maior escolaridade materna e em bairros com maior nível educacional (Accordino, Green e Diaz, 2017). Em estudo populacional realizado na Dinamarca, país no qual o acesso ao sistema de saúde é mais equânime, Larsson et al. (2005) não encontraram associação estatisticamente significativa entre condição socioeconômica e diagnóstico de autismo, indicando que fatores como renda ou nível socioeconômico familiar não explicam a ocorrência do transtorno.

No entanto, para Shaw (2025) há grande variação entre comunidades, sugerindo que fatores locais, como políticas públicas, acesso a serviços e práticas clínicas, influenciam fortemente os padrões de diagnóstico (Shaw, 2025). Para Accordino et al (2017), o autismo é igualmente prevalente em todas as classes sociais, mas o acesso ao diagnóstico é desigual, ocorrendo mais precocemente em famílias com maior status socioeconômico.

6.2.2 Cultura

O contexto cultural desempenha um papel crucial no processo diagnóstico do TEA. O estigma associado ao autismo varia entre culturas, afetando a disposição das famílias em buscar diagnóstico e suporte. Em certas culturas africanas, o TEA pode ser erroneamente atribuído a causas sobrenaturais, resultando em estigmatização e barreiras ao acesso a serviços de saúde (Rosen, Lord e Volkmar, 2021). Por outro lado, nas culturas ocidentalizadas na contemporaneidade, o autismo pode operar como uma chave de identificação, pertencimento e como via de acessos a direitos econômicos, o que impacta diretamente a demanda sobre os orçamentos públicos.

6.2.3 Raça/Etnia

Embora a prevalência do TEA provavelmente não difira entre grupos raciais e étnicos (Fombonne, 2020; Maenner et al., 2023), a idade média do diagnóstico continua a diferenciar esses grupos. Conforme dados dos EUA, crianças afro-americanas, hispânicas e asiáticas têm mais probabilidade de receber um diagnóstico em idade mais avançada do que crianças caucasianas. Embora a porcentagem de crianças diagnosticadas com TEA e deficiência intelectual seja maior entre crianças afro-americanas e hispânicas em comparação com crianças caucasianas nos EUA, crianças afro-americanas e hispânicas são diagnosticadas em uma idade mais tardia, em média, do que crianças caucasianas (Maenner, 2023).

Mais do que um mero “marcador” identitário de etnia, Arantes (2024) argumenta que o debate contemporâneo da expansão do autismo reproduz privilégios historicamente vinculados à branquitude, ao reconhecer que nenhum dos dois polos da discussão causal sobre o autismo (biologicista versus psicologicista) considera a experiência vivida de pessoa autistas como atravessada pelas opressões sociais como racismo, capacitismo, violências de gênero e de condição econômica e/ou negligências estatais. Para o autor, essa a discussão opera tão somente como cortina de fumaça que assegura a continuidade dos privilégios da branquitude como mecanismo de regulação do campo.

A leitura do autismo cristalizada no DSM reduz a condição autista ao seu diagnóstico clínico numa dimensão individual, apagando qualquer leitura sobre marcadores étnico raciais, econômicos, de gênero etc. Nesse sentido, Pereira (2020) discute o deslocamento do entendimento de uma causa psicogênica em direção a uma leitura de fatores biológicos e genéticos como forma de criar uma “teoria a-teórica”, supostamente neutra, sobre a gênese da condição autista.

Arantes (2024) propõe ainda revisitar a constituição histórica do cenário brasileiro em torno do tema do autismo, destacando dois movimentos precursores: a fundação da Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo (AMA-SP) em 1983, fortemente influenciada por métodos apoiados em teorias cognitivistas/cerebralistas, sobretudo estadunidenses, e as experiências pioneiras da psicanálise de influência lacaniana a partir dos anos 1990, carregada dos francofonismos. Em ambos os casos, observa-se a importação de discursos, tecnologias e práticas de cuidado produzidos majoritariamente nos EUA, frequentemente descolados de seu contexto sociocultural (Arantes; Andrada, 2019).

Para Arantes (2024),

Disfarçada por essa dita neutralidade, na universalidade forjada das abordagens (comportamentais ou psicodinâmicas), seja das ferramentas de rastreio ou de formalização diagnóstica, a raça torna-se inerente e invisível, embutida nos aparatos tecnocientíficos como resultado de muito trabalho e de uma atmosfera social, política e cultural favorável à conformação de certos modos de pensar. (Arantes, 2024, p. 67)

A aparente neutralidade científica vista como ‘a-teoria’ ou como o ‘puramente científico’ opera para perpetuar silenciosamente a hegemonia branca das classes econômicas mais privilegiadas. Esse argumento encontra amplo respaldo na provocação de Tatiane Muniz (2021), ao dizer que a raça está o tempo todo regulando o campo biomédico, mesmo quando não se menciona uma abordagem racial da saúde. (p. 333)

Isto porque, mesmo quando prevalece o silêncio sobre a categoria, é a noção de raça branca que está sendo considerada e operacionalizada no cotidiano destas práticas. Ou seja, porque a ideia de raça branca se constitui como neutra, e não é significada como raça, tudo o que se produz no campo biomédico, de modo aparentemente desracializado, na verdade é racializado, na medida em que se direciona para a população branca, tomada como universal – ou “população em geral”, conforme é mais recorrentemente referida na área da Saúde. (Muniz, 2021, p. 333)

Muniz sustenta que toda a gama de aparatos tecnológicos voltados para produção de diagnósticos e intervenção em saúde, à primeira vista, não faz a distinção necessária entre as especificidades raciais apresentadas entre diferentes corpos. Ao ignorá-las, produzem e materializam a raça pela aparente ausência, ou seja, ao tomar corpos brancos como neutros e universais, operacionalizam a raça o tempo todo, mas de modo que as intervenções são aparentemente desracializadas (Muniz, 2021, p. 349)

Por fim, num cenário onde a hegemonia branca adultocêntrica se impõe, o contato visual direto pode ser considerado como uma afronta, de modo que o comportamento de “não olhar nos olhos”, quando lido por lentes brancas, pode facilmente ser confundido com “sintomas de autismo”. Em artigo recente publicado ao debater a racialização do autismo, Vasques (2024) relata:

Em algum momento do semestre escolar, a mãe da menina é chamada para conversar. Há indícios de autismo: as dificuldades em interagir, as expressões corporais e, sobretudo, o olhar evitante. A mãe revela não ser a primeira vez que esse nome lhe chega; através do sistema único de saúde já havia sido informada das dificuldades da filha, embora tenha decidido não compartilhar essa situação desde o início, esperando um começo leve na escola. Assim, ela entendia e compreendia as diferenças da filha. No entanto, ela discordava em relação ao olhar evitante, considerando-o um sinal de que sua menina era inteligente e aprendera bem a lição

de casa, pois, para uma criança preta e pobre, olhar nos olhos dos brancos é perigoso.

7 AUMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE AUTISMO: EXPLORANDO AS CAUSAS

7.1 Fatores ambientais e genéticos

Os resultados de um estudo realizado a partir de dados de dois grandes registros de gêmeos na Suécia, o Registro Sueco de Gêmeos (STR) e o Estudo de Gêmeos Crianças e Adolescentes na Suécia (CATSS), apontaram que a variância de traços autistas ao longo de tempo apresentou aumento modesto e concluiu que não foram encontradas evidências fortes de mudanças nos fatores genéticos e ambientais subjacentes ao TEA e traços autistas ao longo do tempo. Portanto, fatores ambientais são improváveis de explicar o aumento na prevalência do TEA (Taylor et al., 2020).

Estudos indicam que a variação na ocorrência de TEA na população é, em grande parte, devida a influências genéticas herdadas. Em um grande estudo de coorte internacional, que analisou dados de mais de 2 milhões de indivíduos, sendo 22.156 diagnosticados com TEA, a herdabilidade do transtorno foi estimada em aproximadamente 80% (Bai et al., 2019). Isso significa que a maior parte da probabilidade de desenvolver TEA é explicada por fatores genéticos transmitidos pelos pais.

Um estudo de Yip et al (2018) realizado com crianças nascidas na Suécia entre 1998 e 2007, analisou o impacto de fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento do TEA. A pesquisa concluiu que o principal fator de risco para o transtorno é a variação genética aditiva¹⁰, que corresponde à contribuição acumulada de pequenos efeitos herdados de vários genes. Essa variação foi responsável por cerca de 84,8% da probabilidade total de desenvolver TEA, indicando que o risco é majoritariamente determinado pela genética.

7.2 Medicalização de Comportamentos Mais Leves

Um fator central na ampliação dos diagnósticos de autismo é a crescente patologização de comportamentos situados na extremidade mais leve do espectro. Traços antes vistos como

¹⁰ A variação genética aditiva refere-se à parte da variação genética que é herdada dos pais e que afeta diretamente uma característica de maneira previsível. Em termos simples, cada gene herdado dos pais contribui com um pequeno efeito que se soma para determinar o risco ou a manifestação de uma característica ou condição, como o transtorno do espectro autista (TEA). No caso do TEA, a variação genética aditiva indica que o risco de desenvolver o transtorno é amplamente determinado pela combinação dos efeitos individuais de vários genes herdados, sem que haja necessariamente uma interação complexa entre eles.

peculiaridades ou excentricidades passaram a ser reconhecidos como manifestações do TEA, resultando em um aumento expressivo dos diagnósticos (Russell, 2020).

Mottron e Bzdok (2020) argumentam que a fragmentação do fenótipo do autismo em "traços autistas" dimensionais (o que é ligado intrinsecamente com a mudança nos sistemas classificatórios, quando passaram a adotar a estratégia dimensional em substituição à estratégia categorial) tem levado ao reconhecimento de características similares às do TEA em diversas condições psiquiátricas e neurodesenvolvimentais, bem como em pessoas que sequer receberiam um diagnóstico psiquiátrico na vigência de um outro sistema classificatório. Segundo os autores, essa abordagem compromete a definição de um limiar diagnóstico claro e está diretamente associada ao aumento de vinte vezes na prevalência do transtorno nos últimos trinta anos. As flexibilizações pelas quais passaram as últimas versões do DSM (mudança no escopo de idade, valorização da confiabilidade em detrimento da validade e utilização da estratégia dimensional) permitiram diagnósticos menos restritivos e ampliaram ainda mais a diversidade de manifestações enquadradas como TEA, tornando a categoria diagnóstica mais abrangente (Mottron e Bzdok, 2020).

Esse fenômeno pode ser compreendido como um exemplo clássico de medicalização, conceito definido por Peter Conrad (2007) como o processo pelo qual questões antes consideradas não médicas passam a ser interpretadas e tratadas dentro do campo da medicina. Desde a década de 1990, os critérios para o diagnóstico do autismo foram significativamente ampliados de três formas:

1. A inclusão de novos grupos populacionais no escopo do diagnóstico pela expansão dos critérios diagnósticos;
2. A ampliação do espectro de comportamentos considerados característicos do TEA;
3. A flexibilização dos critérios diagnósticos, reduzindo a gravidade e a frequência necessárias para que um comportamento seja classificado como autista.

A trajetória da expansão diagnóstica do autismo pode ser observada desde o DSM-II, no qual o transtorno era classificado como “esquizofrenia infantil”, tornando o diagnóstico raro. Com o DSM-III (1980), o autismo foi dissociado dessa categoria e passou a integrar os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, o que resultou em critérios baseados predominantemente na observação comportamental, sem exigências etiológicas ou prognósticas.

Atualmente, segundo Mottron e Bzdok (2020), o diagnóstico do TEA baseia-se em uma avaliação categórica, considerando sete critérios principais — três relacionados a aspectos

sociais e quatro a comportamentos repetitivos. No entanto, esses critérios são avaliados predominantemente de forma quantitativa, levando em conta a frequência ou intensidade de certos comportamentos, como menor envolvimento social, sem necessariamente considerar suas características qualitativas. Essa abordagem pode gerar imprecisões, uma vez que características como dificuldades de socialização são subjetivas e podem abranger perfis diversos que não são exclusivos do autismo.

Por exemplo, um indivíduo com TEA pode apresentar um olhar considerado “atípico”, enquanto outra pessoa pode desviar o olhar por timidez. Embora qualitativamente distintos, ambos podem ser enquadrados no critério de déficits na comunicação não verbal. A consideração de dimensões qualitativas, como a dinâmica do contato visual ao longo de uma interação, poderia tornar a avaliação mais precisa.

A tendência à ampliação diagnóstica intensificou-se na revisão do DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987), que eliminou a exigência de manifestação dos sintomas antes dos 30 meses de idade e substituiu a ausência total de responsividade social por uma definição mais ampla. Além disso, os sintomas passaram a ser organizados em um espectro de gravidade, permitindo diagnósticos com base em manifestações mais sutis, como dificuldades na manutenção de interações sociais e interesses restritos. Essas mudanças impulsionaram o crescimento do número de diagnósticos e evidenciaram a relação entre a flexibilização dos critérios e a expansão do TEA.

7.3 Triagem para TEA como ferramenta de expansão do número de diagnósticos

Uma outra forma relevante de expansão em escala quase industrial desses diagnósticos pode ser observada no investimento voltado à aplicação universal de ferramentas de rastreio para sinais de risco de TEA. Nessa perspectiva, opera uma pressão significativa para converter o risco em diagnóstico conclusivo, transformando o próprio diagnóstico em uma espécie de bitcoin a ser minerado incessantemente. Essa dinâmica pode ser rastreada a partir da aprovação da Lei Federal nº 13.438, de 2017, que prevê a aplicação universal de protocolo de detecção de risco psíquico em bebês de até 18 meses em consultas pediátricas.

A lei foi aprovada e sancionada a despeito de dois pareceres contrários emitidos pelo próprio Ministério da Saúde, e acabou criando condições para a implementação compulsória de um protocolo cuja validade e aplicabilidade permanecem controversas. Tal obrigatoriedade, ao promover o rastreamento universal e precoce, se coloca em desacordo com as orientações de uso do próprio M-CHAT-R, que não recomenda sua aplicação de forma indiscriminada nem

como instrumento diagnóstico, mas sim como ferramenta de triagem contextualizada, seguida de entrevistas de confirmação e avaliação clínica especializada (Arantes, Andrada 2019).

Em Nota Técnica publicada após a sanção da lei (BRASIL, 2017), o MS reforçou essa posição ao indicar a Caderneta da Criança como instrumento adequado para a vigilância do desenvolvimento integral, desaconselhando a adoção de protocolos específicos voltados a uma única condição ou conjunto restrito de condições.

Cabe ressaltar que a recomendação para uso do instrumento delimita sua faixa etária de aplicação entre 16 e 30 meses (portanto, sem caráter universal) e orienta seu uso apenas em consultas de rotina, quando há preocupação parental. Não há, portanto, recomendação para aplicação universal como ferramenta de rastreio, uma vez que seu alto índice de sensibilidade gera um número expressivo de falsos positivos. Em outras palavras, o instrumento busca minimizar o risco de deixar de identificar casos suspeitos, mas ao custo de indicar risco em muitas crianças que, posteriormente, não serão diagnosticadas com TEA.

Isso ocorre porque atrasos temporários, diferenças culturais ou contextos de menor de exposição a determinadas situações podem levar crianças a serem classificadas como “de risco”. Além disso, interpretações equivocadas por parte dos pais podem gerar respostas imprecisas. Por essa razão, a equipe responsável pelo instrumento recomenda uma entrevista obrigatória de seguimento sempre que o resultado inicial for positivo (≥ 3 respostas de risco). Nessa etapa, perguntas adicionais ajudam a esclarecer se o comportamento está realmente ausente ou apenas mal interpretado, reduzindo falsos positivos. Dessa forma, a controvérsia não se refere à legitimidade do M-CHAT-R como ferramenta, mas ao uso político e institucional que desloca a triagem do âmbito clínico contextualizado para uma aplicação universal e mandatória, contribuindo para a medicalização ampliada do desenvolvimento infantil.

Todavia, a terceira versão da Caderneta da Criança, publicada em janeiro de 2022¹¹, rompeu com o posicionamento expresso da Nota Técnica anterior e passou a incluir o novo instrumento em seu conteúdo. A justificativa baseou-se justamente na Lei Federal 13.438/2017, descrevendo o instrumento como “de rápida aplicação, [que] pode ser utilizado por qualquer profissional da saúde, e deve ser respondido pelos pais ou cuidadores durante a consulta.” A tentativa de reparar esse equívoco veio em abril de 2024, quando a sexta edição da publicação removeu o instrumento baseado em critérios técnicos. Contudo, poucas semanas depois, diante

¹¹ <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/nova-versao-da-caderneta-da-crianca-sera-enviada-para-todo-o-brasil>

da forte reação de grupos da sociedade civil à retirada, a Coordenação de Saúde da Criança do MS promoveu um webinar¹² para responder às críticas, esclarecer o conteúdo da Lei Federal e reafirmar as recomendações oficiais de aplicação do M-CHAT-R.

Entretanto, bastaram apenas dois meses para uma reviravolta:

“em diálogo com a sociedade e com movimentos sociais, o Ministério da Saúde lança a nova edição da Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania. A publicação traz novamente o M-CHAT-R, um instrumento para detecção precoce de risco para Transtorno do Espectro Autista, além de uma novidade: foram acrescentadas orientações para cuidadores e profissionais de saúde sobre a aplicação e a interpretação do teste.” (BRASIL, 2024)

Vemos, assim, um importante conflito de expertise (Andrada, Arantes 2019) em torno do uso de um instrumento cuja aplicação universal e indiscriminada tem enorme potencial de inflar artificialmente as taxas diagnósticas.

7.4 Natureza ou Criação?

Esse aumento nos diagnósticos gerou um debate sobre suas causas e significado. Uma interpretação naturalista - onde o autismo seria uma entidade biológica estável “que sempre esteve ali aguardando ser descoberta” - sugere que a ampliação dos critérios reflete um aprimoramento na compreensão do transtorno. No entanto, ao utilizarmos uma lente relacional e compreendermos o autismo dentro de dimensões biológicas, individuais, sociais e econômicas, essa hipótese enfrenta dificuldades para estabelecer um critério externo de validação, pois o diagnóstico do autismo continua baseado exclusivamente em parâmetros comportamentais, sem um marcador biológico objetivo, como uma mutação genética ou lesão cerebral específica.

Diante disso, diversos pesquisadores adotaram uma abordagem construcionista social para explicar o crescimento dos diagnósticos. Estudos indicam que esse aumento não decorre necessariamente de uma maior prevalência da condição, mas sim de fatores associados à oferta e demanda por diagnósticos (Prior, 2003; Yeargin-Allsopp et al., 2003; Fombonne, 1999; Croen et al., 2002). Do lado da oferta, a flexibilização dos critérios diagnósticos possibilitou uma ampliação da elegibilidade para o diagnóstico. Do lado da demanda, a maior conscientização sobre o autismo entre pais, professores e profissionais da saúde impulsionou a busca por diagnósticos, especialmente após a inclusão do autismo na legislação norte-americana Individuals with Disabilities Education Act (IDEA), em 1991. Essa medida garantiu acesso a

¹² disponível em https://www.youtube.com/watch?v=7qTxSr_fWxU

serviços especializados para crianças diagnosticadas, tornando o diagnóstico uma ferramenta fundamental para viabilizar suporte educacional e terapêutico. Como consequência, a interação entre mudanças nos critérios clínicos e fatores sociais desempenhou um papel central na ampliação do número de diagnósticos de autismo em diversos países.

7.5 Aumento da Consciência

A conscientização pública sobre o autismo também é apontada como uma das causas da ampliação do número de diagnósticos de TEA. Esse aumento da conscientização levou mais pais, educadores e profissionais de saúde a reconhecerem os sinais de autismo e a buscarem avaliações para crianças e adultos que apresentam esses comportamentos. Como resultado, mais indivíduos estão sendo diagnosticados com autismo.

Maior acesso à informação e conscientização pública sobre o autismo têm incentivado mais diagnósticos precoces, ainda que sem indicadores claros de aumento real na incidência (Almeida e Neves, 2020).

O estudo de Rios et al. (2015) explora como o autismo tem sido representado pela mídia brasileira entre 2000 e 2012. Ela examina como as narrativas jornalísticas moldam as percepções sociais sobre o autismo, utilizando o conceito de narrativa para compreender os significados atribuídos a essa condição no contexto cultural e político do Brasil. O termo “epidemia de autismo” tem sido usado por alguns autores para descrever o aumento expressivo de diagnósticos e reflete a crescente visibilidade do autismo, impulsionada por mudanças nos critérios diagnósticos e nas redes de cuidado. Argumenta-se que essa “epidemia” (apesar do autismo não ser contagioso) é mais um reflexo da maior conscientização e visibilidade do autismo do que de um aumento real na prevalência. Além disso, os autores destacam que as narrativas jornalísticas desempenham um papel central na construção de sentidos sobre o autismo. Algumas matérias se organizam em torno de problemas específicos, como a falta de atendimento público, e atuam como “narrativas-gatilho”, gerando debates mais amplos. Essas narrativas frequentemente associam o autismo a contextos de crise, reforçando a ideia de que ele exige intervenções intensivas e específicas.

7.6 Evolução Histórica e Ampliação Diagnóstica

O aumento da visibilidade em torno do Transtorno do Espectro Autista (TEA) ao longo das últimas décadas tem impactado tanto as práticas de saúde quanto a formulação de políticas públicas. Nos anos 1970, a desinstitucionalização do “retardo mental” e a expansão dos serviços

comunitários, dos programas de intervenção precoce e da educação especial levaram ao desaparecimento de antigas designações diagnósticas e ao surgimento de uma nova estrutura institucional. Nesse contexto, o autismo passou a ser identificado, diferenciado e amplamente categorizado (Eyal, 2013). Pais, terapeutas, ativistas e pesquisadores passaram a atuar como coprodutores do processo diagnóstico, reduzindo a tradicional separação entre especialistas médicos e leigos. Para alguns pais, buscar o diagnóstico tornou-se uma estratégia para reduzir o estigma e acessar suporte especializado (Chiri, Bergey e Mackie, 2022).

O ativismo de organizações de pais e a influência das redes sociais também contribuíram para a expansão dos diagnósticos. Fenômenos como a substituição diagnóstica – em que casos anteriormente classificados como retardo mental passaram a compor o espectro autista de “baixo funcionamento”, enquanto dificuldades de linguagem e aprendizagem foram realocadas para o espectro de “alto funcionamento” – ilustram essa transformação (Eyal, 2013).

7.7 Conflitos Epistemológicos e Abordagens de Diagnóstico

Especialistas da área médica têm historicamente interpretado os comportamentos autistas sob um viés patologizante, tratando-os como deficiências individuais a serem corrigidas por meio de intervenções clínicas (Molloy e Vasil, 2002; Steurnagel, 2005). Em contrapartida, debates recentes ampliaram a discussão para incluir as perspectivas da neurodiversidade e do direito à inclusão, deslocando o foco para estratégias de reabilitação e habilitação que priorizem a aceitação das diferenças (Eyal, 2013). Essa tensão entre abordagens – a centrada na cura e a voltada para a inclusão – gera conflitos na definição dos objetivos das políticas públicas, refletindo uma disputa entre interesses técnicos, mercadológicos e sociais (Araújo, 2022; Scotch, 2000; Schur et al., 2013).

As divergências também se manifestam nas agendas de organizações que atuam em defesa das pessoas com TEA. Enquanto grupos como a Autism Speaks historicamente adotam uma visão biomédica e concentram esforços em pesquisa, tratamento e busca por cura, outras organizações, como a Autistic Self Advocacy Network, enfatizam a promoção da inclusão, o reconhecimento da neurodiversidade e a ampliação dos direitos civis (Leadbitter et al., 2021; Silberman, 2015).

8 IMPACTO NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E NO CONTEXTO BRASILEIRO

8.1 Educação

O crescimento do número de estudantes enquadrados no Censo Educacional dentro da categoria TGD/TEA na rede regular de ensino tem gerado importantes tensões e distorções no campo, sobretudo no que se refere ao aumento da demanda por profissionais capazes de apoiar a inclusão escolar. Segundo o Decreto nº 8.368/2014, caso seja comprovada a necessidade de apoio nas atividades de comunicação, interação social, locomoção, alimentação e cuidados pessoais, a instituição de ensino deverá disponibilizar um acompanhante especializado para estudantes com TEA ou outras deficiências, nos termos do parágrafo único do art. 3º da Lei nº 12.764/2012. Entretanto, o Decreto não deixa claro como se dará essa comprovação da necessidade e não diz qual o “tipo” de especialização terá esse acompanhante. Neste sentido, a recomendação da Nota Técnica 04/2014 MEC/SECADI (BRASIL, 2014) propõe que o AEE e todo trabalho voltado para minimizar as barreiras de acesso ao currículo são ferramentas pedagógicas e não clínicas e o papel dos profissionais de saúde é articular-se com os profissionais da Educação para construção de redes integradas, não hierarquizadas.

O conceito de profissional de apoio escolar foi posteriormente regulamentado pela Lei Brasileira de Inclusão (LBI), em seu art. 3º, inciso XIII, definindo-o como o agente que realiza atividades de alimentação, higiene e locomoção do estudante com deficiência, atuando em todas as atividades escolares em que se fizer necessária, sem exercer funções técnicas específicas de profissões regulamentadas. No entanto, até o momento, não há regulamentação federal detalhando como esse profissional deve ser ofertado pelas redes de ensino, quais suas atribuições específicas, a formação necessária ou os critérios para a definição de sua necessidade. Essa lacuna transfere aos estados e municípios a responsabilidade de regulamentar essas questões, gerando desigualdades e inseguranças jurídicas.

Esse debate ganha novos contornos com a edição do Decreto nº 12.686/2025, que atualiza as diretrizes da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. O Decreto reafirma o direito de estudantes público-alvo da educação especial à matrícula na rede regular de ensino, fortalecendo o princípio da inclusão como eixo estruturante das políticas educacionais. Entretanto, sua publicação gerou reações nas mídias sociais e de alguns grupos organizados, especialmente pela supressão da possibilidade de escolarização exclusivamente em escolas especiais, salvo em situações excepcionais e transitórias. Para seus defensores, o Decreto corrige retrocessos recentes e garante alinhamento às normativas internacionais de

direitos humanos; já para seus críticos, ele reduziria a autonomia das famílias na escolha da modalidade educacional e não enfrentaria, de modo suficiente, a falta de infraestrutura, formação docente e oferta equitativa de profissionais de apoio. Assim, o novo marco regulatório recoloca no centro do debate a relação entre a garantia formal do direito à inclusão e as condições materiais necessárias para sua efetivação no cotidiano escolar, evidenciando como as políticas públicas de educação vêm sendo tensionadas pelo crescimento dos diagnósticos de TEA e pela consequente pressão por oferta de recursos pedagógicos e profissionais de apoio no ambiente escolar.

O estudo de Haas, Baptista e Freitas (2024) analisa como as interpretações normativas influenciam as políticas públicas de profissionais de apoio escolar na rede pública de Porto Alegre (RS). A pesquisa qualitativa identificou três problemáticas principais: (i) a judicialização crescente da educação, estimulada por diagnósticos médicos; (ii) a supervalorização do apoio individualizado em detrimento de práticas pedagógicas inclusivas; e (iii) a patologização das políticas de apoio, que reduz a deficiência à incapacidade individual e desresponsabiliza o Estado. Os autores concluem que essas práticas reforçam uma visão medicalizadora e capacitista, em detrimento da construção de ambientes educacionais efetivamente inclusivos.

8.2 Saúde

No campo da saúde, a formulação de políticas públicas voltadas ao autismo no Brasil foi inicialmente marcada pela atuação paralela de movimentos com origens e perspectivas distintas. De um lado, surgiram associações de pais, como a AMA-SP, criada em resposta à ausência de políticas públicas específicas e à necessidade de acesso a serviços especializados. De outro, ganhava força o movimento da reforma psiquiátrica, que defendia a substituição da lógica de institucionalização por redes comunitárias de cuidado, integradas territorialmente e orientadas por práticas não patologizantes (Arantes e Andrada, 2019).

Esses movimentos divergentes impactaram a formulação de documentos oficiais. Oliveira et al. (2017) identificam, no âmbito do Ministério da Saúde, duas abordagens que se mantiveram justapostas: (i) a reabilitação, centrada na deficiência e orientada por práticas terapêuticas especializadas, expressa nas "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista"; e (ii) a atenção psicossocial, orientada pelo modelo de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo foco recai sobre o cuidado em liberdade e o enfrentamento do sofrimento psíquico. Essa dualidade evidencia um impasse político-

institucional, no qual estratégias de cuidado distintas coexistem sem integração efetiva, contribuindo para a fragmentação da oferta os serviços de saúde destinados a pessoas autistas.

Nesse sentido, sustenta-se que o documento ‘Diretrizes’ (BRASIL, 2013a) enfatiza fatores genéticos, neurobiológicos e psicossociais associados, dando maior peso a concepções oriundas da psiquiatria clássica e da neurologia (particularmente às formulações de Kanner e Asperger). Em contraposição, o documento ‘Linha de Cuidado’ (BRASIL, 2013b), adota uma abordagem mais ampla, situando o autismo em sua historicidade e examinando as transformações conceituais que condicionam suas formas contemporâneas de identificação e intervenção.

Arantes (2024), ao analisar o processo de elaboração de ambos os documentos a partir das vozes de seus protagonistas, demonstra que tal tensão envolve não apenas divergências conceituais sobre causalidade (“autismo biológico” versus “autismo psicogênico”), mas também disputas por espaços decisórios em instâncias como o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - CONADE e o Conselho Nacional de Saúde. Essas disputas dizem respeito à definição de modelos de cuidado e ao modo como se articulam interesses públicos e privados na oferta de serviços, bem como às diferentes concepções acerca da própria garantia de direitos.

Segundo o autor, a leitura hegemônica no movimento de familiares associa a garantia de direitos ao acesso a procedimentos terapêuticos e reabilitativos, frequentemente ofertados por instituições filantrópicas paraestatais, em consonância com modelos de provisão alinhados ao neoliberalismo. Em contraponto, defende-se a garantia de direitos como resultado da construção de políticas integrais, intersetoriais e articuladas, com participação ativa de pessoas autistas e de suas famílias (Arantes, 2024).

O autor, ao pesquisar o abismo e as interfaces entre estes campos, sinaliza o autismo como uma entidade ubíqua, ora sendo reconhecido no campo das pessoas com deficiência, sobretudo após a promulgação da Lei nº12.764/2012 como marco legal, ora afirmando-se no campo das ações e políticas de Saúde Mental, em torno da reivindicação ao “acesso ao diagnóstico” e de seus efeitos políticos, econômicos e institucionais derivados da emissão do “laudo de autismo”.

A publicação da nova versão da Linha de Cuidado (BRASIL, 2025) sinaliza um esforço de superação desse descompasso ao reconhecer, em posição equivalente, tanto a RAPS quanto a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) como estratégicas na organização das respostas às demandas de pessoas com Transtorno do Espectro Autista no SUS.

Paralelamente, Machado, Lajonquière e Machado (2022) observam que a Lei nº 12.764/2012 reforçou a percepção de que o autismo demanda tratamento especializado, contribuindo para a

expansão da demanda por centros exclusivos para autistas na rede pública. Embora tais centros possam responder a necessidades específicas, sua proliferação contribui para a segregação simbólica e fragiliza o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). A especialização do cuidado, impulsionada pelas reivindicações de especificidade, reforça estigmas e restringe a convivência de crianças autistas em ambientes socialmente compartilhados.

Por fim, observa-se também a importação acrítica de tecnologias e protocolos estrangeiros, especialmente oriundos dos Estados Unidos, sem adequada contextualização sociocultural, como aponta Arantes e Andrada (2020). Protocolos de detecção precoce, concebidos em contextos culturais específicos, vêm sendo aplicados no Brasil, desconsiderando suas finalidades originais, os contextos históricos e culturais de sua formulação e sem a devida adaptação às realidades locais.

8.3 Judicialização

O fenômeno da judicialização tornou-se um dos principais meios de acesso a direitos por parte das pessoas autistas e suas famílias. A judicialização ocorre quando indivíduos recorrem ao Poder Judiciário para garantir direitos previstos em lei, mas não assegurados de forma efetiva pelas políticas públicas. O estudo de Alves, Gama e Medrado (2024) aponta que lacunas no acesso a serviços de saúde e educação têm sido os principais motivadores desse processo.

Entre as demandas mais comuns judicializadas estão a oferta de mediadores escolares e tratamentos de saúde específicos, que muitas vezes não estão previstos nos orçamentos públicos. Embora a via judicial possa representar uma ferramenta de efetivação de direitos, ela também gera efeitos colaterais importantes: o favorecimento de soluções individuais em detrimento de políticas públicas estruturadas, o desequilíbrio na alocação de recursos e o agravamento de desigualdades regionais, dado que o acesso ao Judiciário é desigual no país.

O estudo de Alves, Gama e Medrado (2024) também destaca a importância da regionalização como estratégia para corrigir essas distorções. A organização descentralizada dos serviços poderia permitir maior equidade, mas enfrenta desafios práticos, como a desigualdade na infraestrutura de saúde e educação entre regiões metropolitanas e áreas rurais. No caso do autismo, essa disparidade é visível na distribuição desigual de centros de atendimento e profissionais capacitados, evidenciando a necessidade de investimentos públicos em capacitação e ampliação da rede.

8.4 Expansão Legislativa e Riscos de Fragmentação

O aumento da visibilidade social do autismo também se reflete no crescimento de propostas legislativas. O autismo foi a primeira condição reconhecida apenas por meio de um projeto de lei, convertido em legislação federal. A partir desse precedente, diversos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional propõem equiparar aproximadamente trinta condições clínicas ou diagnósticos a deficiências, baseando-se exclusivamente em laudos médicos. O quadro 1 do anexo sistematiza essas proposições, incluindo o diagnóstico ou patologia, a autoria e o ano de apresentação, demonstrando que o TEA pode ter tido papel relevante na consolidação do reconhecimento de diagnósticos médicos por meio de propostas legislativas.

Conforme argumentam Bernardes, Marcelino e Vilela (2024), o TEA manifesta-se de forma altamente heterogênea, envolvendo indivíduos com diferentes graus de necessidade de apoio. O reconhecimento da condição de deficiência apenas com base no diagnóstico clínico descontextualiza a pessoa de seu cenário de vida e das barreiras que enfrenta em seu contexto, reduzindo deficiência à descrição biomédica do impedimento, sem considerar a diversidade funcional. A adoção irrestrita do modelo biomédico de deficiência, nesse cenário, pode aprofundar injustiças e fragilizar o princípio da equidade.

8.5 Disputa de Expertise e o Papel dos Movimentos Sociais

O debate sobre o autismo no campo das políticas públicas envolve uma tensão entre a expertise dos profissionais e as demandas dos movimentos familiares e ativistas. Estudos como os de Arantes e Andrada (2020) demonstram que a mobilização de famílias de pessoas com TEA têm impulsionado a produção de normas legais e estratégias biopolíticas, articulando uma “economia política da esperança” que conecta demandas emocionais, sociais e políticas. Ao mesmo tempo, a mídia e os mercados associados ao autismo ampliam a percepção do transtorno como uma questão urgente, influenciando a formulação de legislações específicas – como a inclusão de dados sobre autismo no Censo do IBGE, proposta pela Lei Nº 6575/2016.

Nesse contexto, conflitos de expertise surgem na disputa sobre “quem decide as diretrizes para o autismo”. Por um lado, os profissionais e especialistas defendem abordagens técnicas e padronizadas; por outro, os grupos familiares reivindicam a valorização das experiências vividas e a ampliação dos direitos e do acesso a serviços. Essa disputa impacta diretamente a construção das políticas públicas, determinando prioridades que podem favorecer intervenções clínicas em detrimento de medidas estruturais de inclusão.

Desse modo, compreender como essas disputas se materializam no processo legislativo torna-se fundamental para identificar os rumos que a política para o autismo vem assumindo no país.

9 PROJETOS DE LEI SOBRE AUTISMO NA CÂMARA DOS DEPUTADOS

O exame do processo legislativo permite observar como tais disputas simbólicas e materiais se traduzem em normas e prioridades institucionais. As análises apresentadas a seguir baseiam-se em 437 proposições legislativas identificadas no Portal da Atividade Legislativa da Câmara dos Deputados, por meio da busca pelo termo “autis*”, abrangendo o período de 2014 a julho de 2025. Foram selecionados apenas projetos de lei em tramitação que tratavam de TEA, e os dados foram tratados para padronização de variáveis como número da proposição, autor(a), partido, unidade federativa, data, situação de tramitação, ementa e observações. Em seguida, procedeu-se à classificação temática (educação, saúde, acessibilidade, atendimento prioritário, benefícios fiscais e direitos trabalhistas, entre outros) e à aplicação de técnicas de agrupamento, contagem e filtragem, possibilitando a análise da distribuição temporal, autoria, partidos, estados e etapas de tramitação. Os resultados foram organizados em gráficos e tabelas, com processamento automatizado, garantindo reprodutibilidade e transparência.

9.1 Crescimento do número de proposições legislativas

O aumento expressivo de diagnósticos de TEA ao longo dos últimos anos, acompanhado do ativismo das famílias de pessoas com TEA, teve como reflexo direto o crescimento do número de proposições legislativas relacionadas ao tema no Congresso Nacional. Esse volume evidencia o crescente interesse político em regulamentar direitos, serviços e garantias específicas para a população autista.

A tabela 4 e a figura 5 ilustram o número de propostas apresentadas anualmente entre 2014 e julho de 2025, evidenciando o crescente interesse legislativo sobre o tema.

TABELA 4

Projetos de Lei sobre TEA apresentadas na Câmara dos Deputados – 2014 a jul/2025

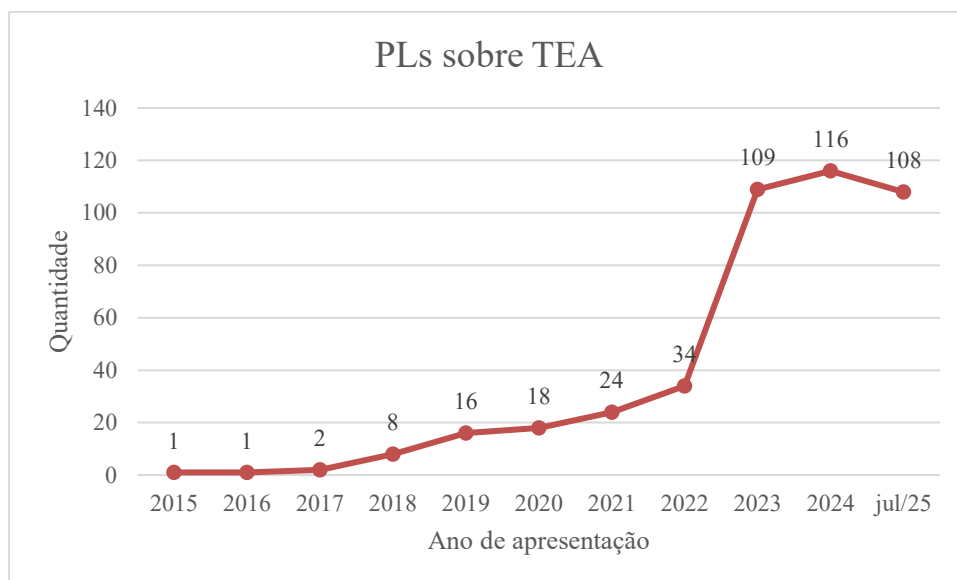
Ano	Número de projetos de lei sobre TEA
2014	0
2015	1
2016	1
2017	2
2018	8
2019	16
2020	18

2021	24
2022	34
2023	109
2024	116
Jul/25	108
Total	437

Fonte: Portal da Atividade Legislativa da Câmara dos Deputados
Elaboração dos autores

FIGURA 5

Número de Projetos de Lei sobre TEA apresentadas na Câmara dos Deputados – 2014 a julho de 2025

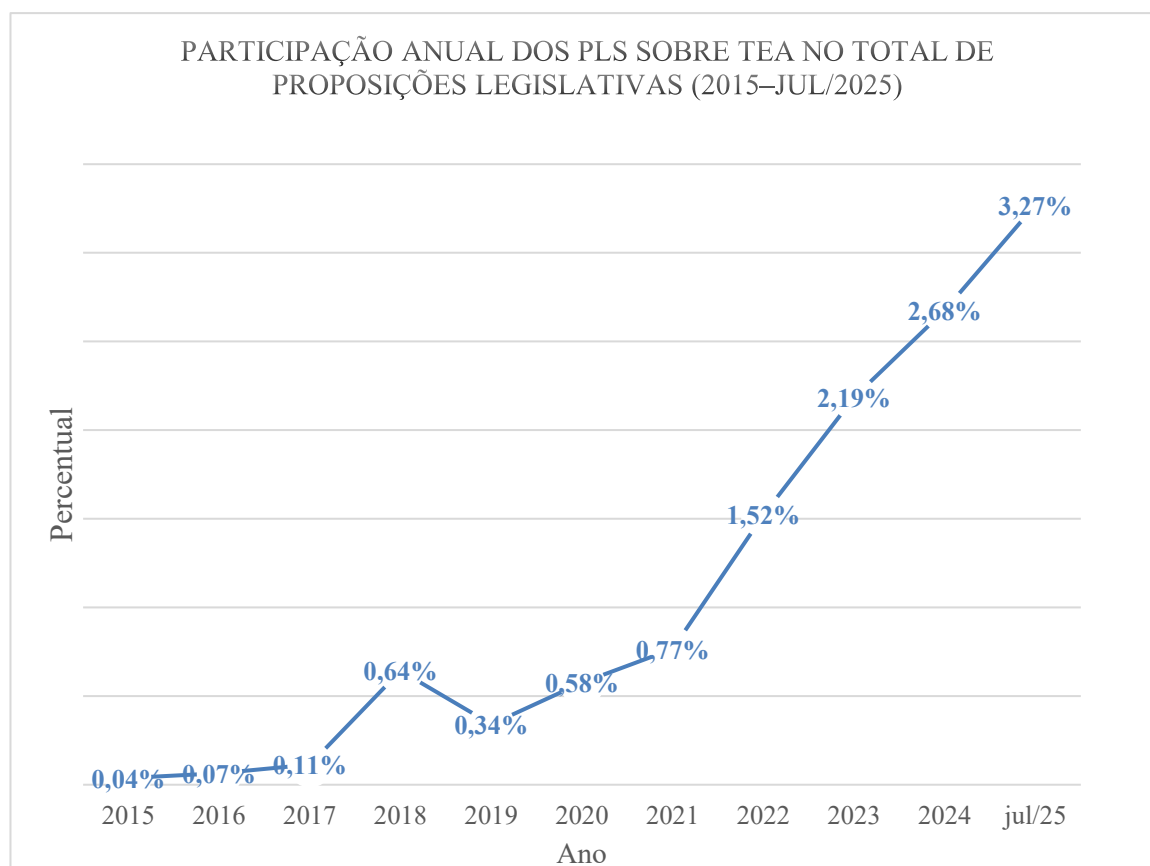


Fonte: Portal da Atividade Legislativa da Câmara dos Deputados
Elaboração dos autores

Em 2015, os projetos de lei sobre autismo representavam apenas 0,04% do total de proposições apresentadas na Câmara dos Deputados. Desde então, esse percentual tem crescido de forma contínua, alcançando 3,24% em 2025, conforme mostra a figura 6. Esse aumento indica que as proposições relacionadas ao autismo têm crescido em ritmo mais acelerado do que o total geral de proposições, ou seja, em ritmo mais acelerado do que proposições relacionadas a outros temas, evidenciando a ampliação do debate legislativo sobre o tema.

FIGURA 6

Participação anual dos PLs sobre TEA no total de proposições legislativas (2015–jul/2025)



Fonte: Portal da Atividade Legislativa da Câmara dos Deputados

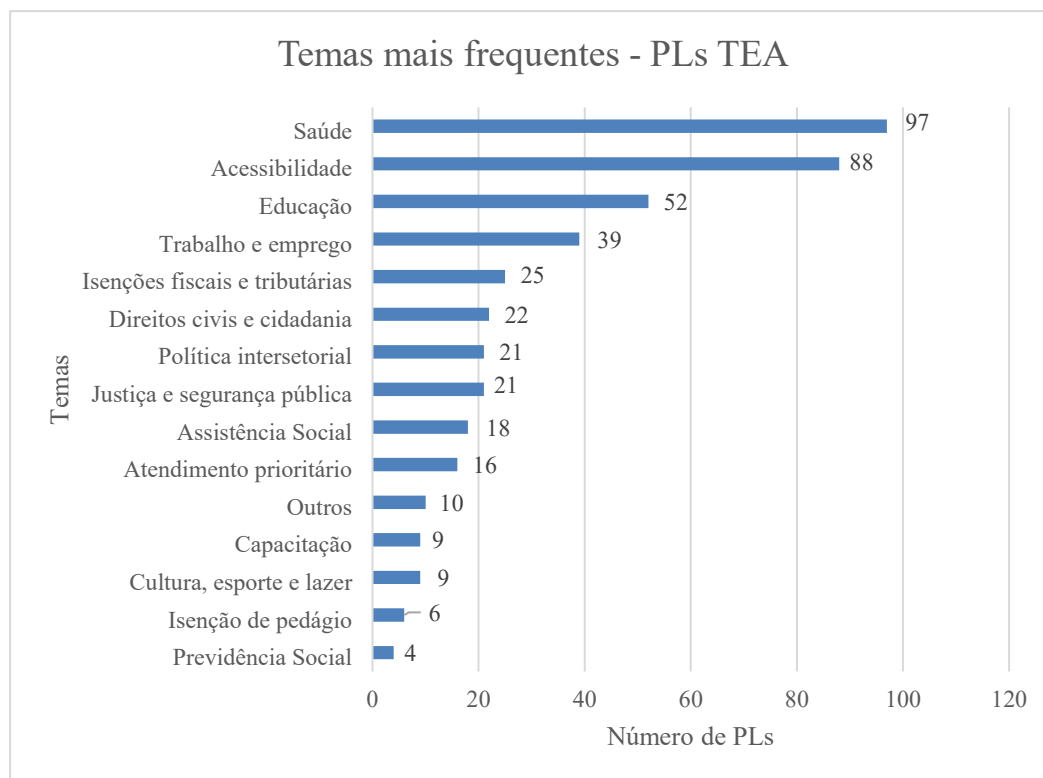
Elaboração dos autores

9.2 Tendências temáticas dos projetos

A figura 7 apresenta os temas mais frequentes das proposições apresentadas do total de proposições analisadas. Verifica-se que os temas saúde, acessibilidade, educação, trabalho e emprego e isenções fiscais e tributárias são os mais frequentes.

FIGURA 7

Temas mais frequentes das proposições apresentadas sobre TEA



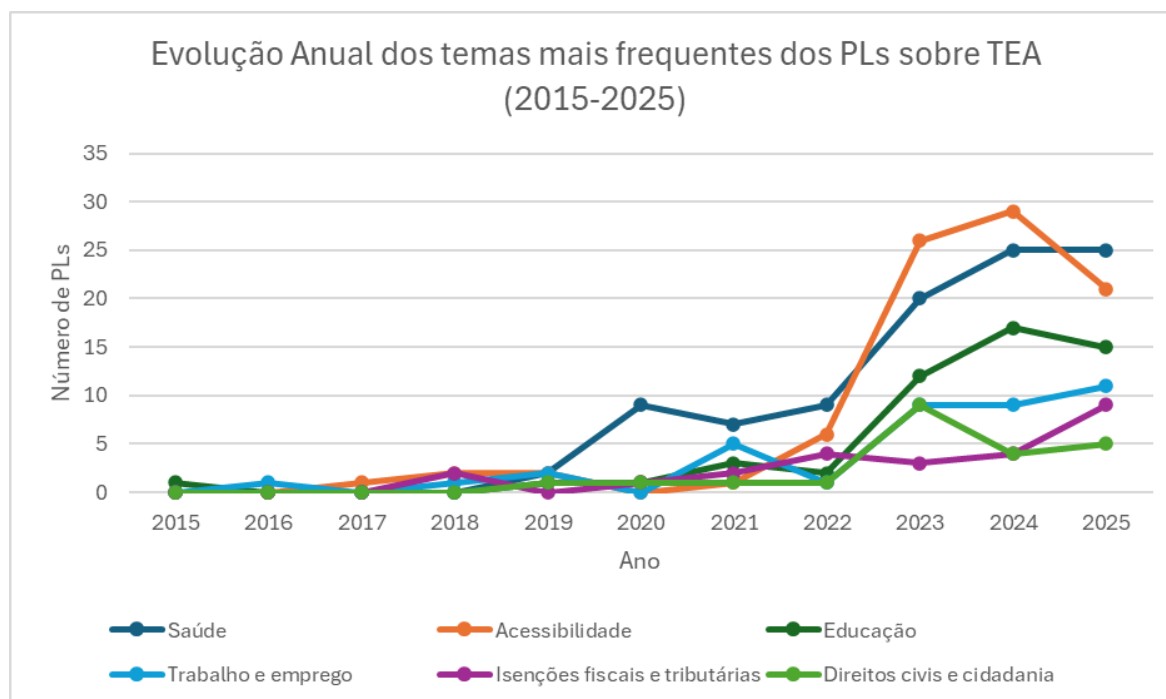
Fonte: Portal da Atividade Legislativa da Câmara dos Deputados

Elaboração dos autores

A análise da evolução dos temas das propostas legislativas ao longo dos anos (figura 8) revela a incorporação gradual de novos temas, como isenções fiscais e tributárias, direitos civis e cidadania, além de políticas intersetoriais. Há um crescimento exponencial de registros no período 2022-2025, em quase todos os temas. Saúde é o tema mais recorrente, com 97 registros, dos quais 79 ocorreram entre 2022-2025. Isso indica que a saúde se consolidou como eixo central nas políticas e demandas relacionadas às pessoas com autismo, refletindo provavelmente a ampliação da pauta da atenção integral e das terapias. Acessibilidade aparece em segundo lugar (88 registros), mas chama a atenção a concentração em 2022-2025 (82).

FIGURA 8

Evolução dos seis temas mais frequentes dos projetos de lei relacionados ao TEA por ano (2014-2025)



Fonte: Portal da Atividade Legislativa da Câmara dos Deputados

Elaboração dos autores

TABELA 5

Evolução anual dos temas dos projetos de lei relacionados ao TEA

Tema	2015-2018	2019-2021	2022-2025	Total Geral
Saúde		18	79	97
Acessibilidade	3	3	82	88
Educação	1	5	46	52
Trabalho e emprego	2	7	30	39
Isenções fiscais e tributárias	2	3	20	25
Direitos civis e cidadania		3	19	22
Justiça e segurança pública			21	21
Política intersectorial		4	16	20
Assistência Social		2	16	18
Atendimento prioritário	3	8	5	16
Outros	1	1	8	10
Cultura, esporte e lazer		1	8	9
Capacitação		1	8	9
Isenção de pedágio		2	4	6
Previdência Social			4	4
Total Geral	12	58	366	437

Fonte: Portal da Atividade Legislativa da Câmara dos Deputados

Elaboração dos autores

9.2.1 Saúde

A análise do detalhamento por subtemas ligados à saúde revela que o total de registros passa de 2 em 2019 para 25 em 2025, acumulando 97 projetos de lei no período. Esse salto confirma a tendência já vista na tabela anterior: os últimos três anos concentram a maior parte das demandas e iniciativas, indicando uma forte intensificação da atenção ao autismo na agenda legislativa.

TABELA 6

Distribuição das proposições legislativas relacionadas ao TEA por subtema da saúde (2019–2025)

Subtema	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total Geral
Plano de saúde	1	3	1	2	4	7	4	22
Diagnóstico precoce	1			2	3	4	3	13
Centros de Autismo				1	2	4	2	9
ABA		2	1	2	1		1	7
Atendimento no SUS		1	2			1	2	6
Acesso a Terapias					1	1	2	4
Laudo médico					2	2		4
Acompanhante			1	1			1	3
Medicamentos					1	1	1	3
Tecnologia Assistiva					1	1	1	3
Terapia nutricional		2		1				3
Vacinação		1	1				1	3
Identificação como autista						1	1	2
Monitoramento por câmeras							2	2
Pesquisas					1	1		2
Saque de FGTS para tratamento							2	2
Terapia assistida por animais					1		1	2
Diagnóstico tardio					1			1
Divulgação de informações sobre TEA					1			1
Financiamento					1			1
Gestantes com TEA							1	1
Oferta de estimulação neuro-cognitivo-sensorial no âmbito do PRONAS			1					1
Tratamento com Canadibiol						1		1
Tratamento odontológico						1		1
Total Geral	2	9	7	9	20	25	25	97

Fonte: Portal da Atividade Legislativa da Câmara dos Deputados

Elaboração dos autores

A análise dos subtemas legislativos vinculados à saúde revela a predominância de proposições relacionadas a planos privados de saúde (22 ocorrências), seguidas de iniciativas voltadas ao diagnóstico precoce (13), à criação de centros especializados em autismo (9), à

institucionalização da terapia ABA (7) e ao atendimento no SUS (6). Esse padrão evidencia duas tendências complementares: a mercantilização do autismo e a ênfase no modelo biomédico como matriz de resposta pública.

Em primeiro lugar, a centralidade conferida aos planos privados de saúde aponta para a inscrição do autismo em uma lógica de mercado, em que direitos se materializam por meio do consumo de bens e serviços de saúde. Ao priorizar a regulação e a cobertura contratual, as proposições legislativas reforçam um cenário em que o acesso a terapias e acompanhamentos é mediado por operadoras privadas, frequentemente mobilizando a judicialização como mecanismo de garantia. Trata-se de um fenômeno de mercantilização, em que a condição do autismo passa a ser interpretada não apenas como categoria clínica, mas também como um campo de oportunidades econômicas para clínicas e prestadores de serviços em constante tensionamento com as seguradoras e operadoras de planos privados.

Em segundo lugar, a frequência de proposições sobre diagnóstico precoce pode ser interpretada como um componente alimentador do mecanismo de gerar mais diagnósticos como expansão do movimento e do tema, a despeito de outras condições que se iniciam na infância e podem igualmente ser reconhecidas no início da vida. A insistência na aplicação das ferramentas de triagem com foco no “diagnóstico precoce do autismo” distorce a noção de vigilância integral do desenvolvimento como um dos componentes fundamentais da Caderneta da Criança. A nota técnica Nº8-SEI/2017 CGSCAM/DAPES/SAS/MS é bastante clara nesse sentido:

“a aplicação de instrumento nos primeiros dezoito meses de vida de todas as crianças brasileiras prevista na Lei nº 13.438/2017 já é contemplada na atual organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Essa aplicação se dá por meio da Caderneta de Saúde da Criança, que é o instrumento de acompanhamento longitudinal da criança até os seus 9 anos e 11 meses. Em toda consulta, o profissional de saúde deve avaliar e orientar sobre diversos elementos do desenvolvimento, inclusive psíquico, contendo sessão específica voltada para triagem de sinais de autismo.”

As proposições legislativas que nomeiam o ABA e seus derivados como as ferramentas de excelência para guiar as “terapias para autismo” distorcem a importância da pluralidade de abordagens e criam um nicho de mercado no seio das políticas públicas. A discussão sobre eficácia e evidências precisa dialogar com a complexidade de um sistema universal de saúde para mais de 200 milhões de pessoas. O foco e a insistência em uma orientação teórica de abordagem tão somente favorecem financeiramente os profissionais qualificados nessa abordagem e as instituições certificadoras.

Por sua vez, a premência da proposição da criação de “centros especializados em TEA” distorce os princípios que guiam as políticas temáticas em saúde, sobretudo três delas: a Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, a Política Nacional de Saúde Mental. Essas proposições parecem partir da falta de conhecimento a respeito dessas políticas e podem criar importantes desvios na organização do financiamento, drenando recursos dos CAPS e dos CERs, que atendem um universo muito maior de pessoas com suas diferentes condições e agravos à saúde.

Considerando os quatro subtemas mais recorrentes entre as proposições legislativas no tema saúde (que somam 51 PLs), observa-se que mais da metade das iniciativas no período analisado reforça uma compreensão predominantemente técnico-assistencial do autismo. Essas proposições enfatizam diagnósticos, terapias e intervenções clínicas, situando o autismo sobretudo como um campo de atenção especializada e tratamento individual. Em linha com o que Oliver (2004) descreve como “modelo individual da deficiência”, tal orientação tende a privilegiar respostas baseadas em intervenções técnicas, em detrimento de abordagens centradas em inclusão e transformação dos contextos.

Em vez de promover o reconhecimento do autismo como uma diferença a ser socialmente acolhida e incluída, essas iniciativas acabam por consolidar o lugar do tema nas políticas de saúde, expandindo a oferta de procedimentos e serviços especializados. Por outro ângulo, isso evidencia uma dinâmica em que o autismo é incorporado à engrenagem de produção de ações e protocolos clínicos, mais do que a um sistema articulado de cuidado e garantia de direitos.

Por fim, o dado de que apenas seis proposições trataram do atendimento pelo SUS merece destaque. Ele sugere uma relativa marginalidade da perspectiva da saúde pública universal e integral, em contraste com a predominância do setor privado e de terapias específicas. Tal assimetria evidencia a dificuldade de incorporar o autismo em uma agenda de políticas públicas que articule saúde, educação, assistência social e participação comunitária, em consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei Brasileira de Inclusão.

Em síntese, a distribuição dos subtemas reflete um processo de privatização e mercantilização do autismo no campo legislativo, que contribui para reforçar desigualdades de acesso e limita a construção de uma política pública mais abrangente e orientada pelo paradigma dos direitos humanos.

9.3 Fortalecimento do modelo biomédico e possíveis indícios de descolamento do Autismo de outras deficiências

A análise preliminar dos projetos legislativos indica uma tendência consistente de definir o TEA predominantemente em termos biomédicos, tomando o diagnóstico classificatório — segundo a CID ou o DSM — como elemento suficiente para o reconhecimento da deficiência. Esse padrão reproduz, em grande medida, a lógica inaugurada pela Lei nº 12.764/2012, sem considerar plenamente a perspectiva da avaliação biopsicossocial prevista na Lei Brasileira de Inclusão (LBI).

Observa-se também um possível movimento de diferenciação ou descolamento do autismo em relação a outras deficiências. Essa hipótese emerge da identificação de projetos de lei que tratam exclusivamente de pessoas autistas, sem articulação explícita com as políticas mais amplas voltadas às pessoas com deficiência. Embora tais iniciativas possam refletir a crescente visibilidade política do tema e o fortalecimento de grupos de defesa de direitos, elas também podem, ainda que de modo não intencional, contribuir para certa fragmentação do campo da deficiência, com implicações para a construção coletiva de direitos. Essa fragmentação também repercute em disputas por recursos e reconhecimento, criando categorias de prioridade artificialmente hierarquizadas dentro das políticas públicas. Esse fenômeno merece atenção crítica, pois pode contrariar os princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da própria LBI, que preveem uma abordagem interseccional e inclusiva.

Essa hipótese de fragmentação ainda requer investigação empírica mais sistemática, uma vez que os indícios observados decorrem da análise documental de proposições legislativas, e não de um estudo abrangente sobre os efeitos dessas iniciativas. Ainda assim, merece atenção o fato de que a proposta de criação de marcos jurídicos autônomos, como o PL nº 3080/2020 (“Política Nacional dos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista”) e o PL nº 3628/2025 (“Estatuto da Pessoa Neurodivergente”), sugere um movimento de especialização normativa que se desenvolve em paralelo à LBI e à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD).

Esse processo pode ter efeitos ambivalentes: de um lado, amplia a visibilidade e o reconhecimento político das pessoas neurodivergentes; de outro, pode favorecer a sobreposição normativa e a disputa por recursos e prioridades, relativizando o princípio de universalidade e interseccionalidade que orienta a CDPD. Assim, mais do que uma constatação definitiva, o possível descolamento do autismo de outras deficiências deve ser compreendido como uma

hipótese interpretativa, que aponta para a necessidade de pesquisas futuras sobre os impactos da especialização normativa no campo dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecer, documentar e investigar os fatores que influenciam a expansão dos diagnósticos de autismo no Brasil constitui etapa essencial para qualificar o debate sobre os rumos das políticas públicas em um país de dimensões continentais, marcado por desigualdades e disputas por orçamentos e prioridades dentro de diferentes sistemas de garantia de direitos.

Nesse contexto, é importante distinguir entre a defesa do protagonismo das pessoas com deficiência — consagrado no princípio do “nada sobre nós sem nós” — e o risco de apropriação indevida desse princípio por interesses corporativos ou financeiros. O reconhecimento da legitimidade das pessoas com deficiência, e das pessoas autistas em particular, como sujeitos políticos centrais na formulação das políticas que lhes dizem respeito, não significa restringir o debate apenas a esses grupos. Ao contrário, reafirma a necessidade de ampliar os espaços de deliberação democrática, assegurando que o diálogo entre diferentes saberes — científicos, institucionais e vivenciais — seja efetivo, ético e equitativo.

Sob essa perspectiva, a disputa em torno da equivalência entre o diagnóstico clínico de TEA e a condição de pessoa com deficiência ultrapassa o âmbito individual. Trata-se de uma questão pública e de justiça social, inserida no campo mais amplo das desigualdades e das políticas redistributivas. As pessoas com TEA devem ocupar posição de prioridade e legitimidade nas discussões, mas a efetividade das políticas depende também da participação de outros atores — pesquisadores, profissionais, gestores e demais grupos sociais — comprometidos com a promoção dos direitos e com a redução das assimetrias que estruturam o acesso a eles.

Outra distinção importante, nesse processo de fortalecimento democrático das políticas, refere-se à diferença entre demandas e necessidades. As demandas referem-se às solicitações e expectativas apresentadas pelos sujeitos — por exemplo, a busca por um diagnóstico ou por um determinado tipo de atendimento — e precisam ser reconhecidas e legitimadas como expressões reais de experiências e sentidos atribuídos ao cuidado. Já as necessidades são identificadas no encontro entre essas demandas e a análise técnica das condições concretas de vida, dos contextos institucionais e das possibilidades de suporte disponíveis. Assim, a qualificação das políticas públicas exige a construção de espaços de negociação entre demandas e necessidades, evitando tanto a automação de respostas imediatas, quanto a subordinação das vozes dos usuários a critérios exclusivamente técnicos. Trata-se de promover práticas que articulem

escuta, diálogo e responsabilidade pública, sustentando decisões que sejam ao mesmo tempo justas, tecnicamente fundamentadas e sensíveis às singularidades das pessoas e de seus contextos.

Assim, o avanço na construção de políticas públicas responsáveis pelo cuidado e pela proteção às pessoas com TEA e suas famílias exige reafirmar o papel ético e técnico dos pesquisadores, profissionais e formuladores de políticas. As políticas específicas para o TEA devem ser continuamente negociadas dentro de um marco mais amplo de princípios universais, de modo que o interesse público e os direitos humanos prevaleçam sobre lógicas mercantilistas ou corporativas nas decisões legislativas e administrativas.

REFERÊNCIAS

ACCORDINO, R. E.; GREEN, I. W.; DIAZ, A. Autism Spectrum Disorder in Lower Socioeconomic Communities. *Annals of Global Health*, v. 83, n. 5–6, p. 753, 13 dez. 2017

ALMEIDA, M. L.; NEVES, A. S. A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e180896, 9 nov. 2020.

ALVES, M. R.; GAMA, G. B. A. C. V. R. N. E; MEDRADO, L. C. POLÍTICAS PÚBLICAS E AUTISMO NO BRASIL: DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS INCLUSIVAS. **Revista Filosofia Capital - ISSN 1982-6613**, v. 20, n. 26, p. e549–e549, 6 nov. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R. 3rd ed., revised. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987.

ARANTES, Ricardo Lugon. Pontes sobre o abismo: entremeios entre saúde mental e o campo das pessoas com deficiência. 2024. 248 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2024. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/276553/001206405.pdf?sequence=1>.

Acesso em: 04 nov. 2025.

ARANTES, R.; ANDRADA, B. C. Militâncias de familiares de autistas e a economia política da esperança no Brasil de 2019. Em: Surjus, L. T. De L. E S.; Moyses, M. A. A.(Eds.). Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, Políticas e Clínicas de Resistência. São Paulo: Abrasme, 2019.

ARAÚJO, L. A. Guerra ao autismo: da violência simbólica à urgência legal. *PERI*, v. 14, n. 2, p. 78–99, 2022.

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, 1 out. 2019.

BAUMAN, M. L.; KEMPER, T. L. Neuroanatomic observations of the brain in autism: a review and future directions. *International Journal of Developmental Neuroscience*, v. 23, n. 2–3, p. 183–187, 2005.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves. Autismo e deficiência: a avaliação biopsicossocial é necessária? Brasília, DF: Ipea, jun. 2025. 27 p.: il. (Texto para Discussão, n. 3113). Disponível em: DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/td3113-port>

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; MARCELINO, Miguel Abud; VILELA, Lailah Vasconcelos de Oliveira. Avaliação da deficiência para acesso a políticas públicas: contribuições para um instrumento unificado de avaliação da deficiência. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2024. (Texto para Discussão, n. 2979). DOI: <https://doi.org/10.38116/td2979-port>.

BLEULER, EUGEN. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Verlag Franz Deuticke, 1911.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 8-SEI/2017-CGSCAM/DAPES/SAS/MS. Discussão acerca da Lei Nº 13.438/2017 que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), tornando obrigatória a adoção pelo SUS de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília, DF: 28-29 set. 2017. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/11/NT_-Lei13438-3-2.pdf. Acesso em: 04 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes/diretrizes-de-atencao-a-reabilitacao-da-pessoa-com-transtornos-do-espectro-do-autismo.pdf/view>. Acesso em: 04 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança é lançada com inclusão de teste para detecção precoce de TEA. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/caderneta-da-crianca-e-lancada-com-inclusao-de-teste-para-deteccao-precoce-de-tea>>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Nota Técnica nº 04/2014/MEC/SECADI/DPEE: Orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar. Brasília: MEC, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf Acesso em: 04 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf. Acesso em: 04 nov. 2025.

BRODERICK, A. A.; MCGUIRE, A. **The autism industrial complex: how branding, marketing, and capital investment turned autism into big business**. Gorham, Maine: Myers Education Press, 2022.

CAMPOY, L. Como se vive o autismo. Notas etnográficas sobre o sofrimento, o cuidado e o desenvolvimento de crianças autistas. Trabalho apresentado na 29a Reunião Brasileira de Antropologia, 2014.

CHIRI, G.; BERGEY, M.; MACKIE, T. I. Deserving but not entitled: The social construction of autism spectrum disorder in federal policy. **Social Science & Medicine**, v. 301, p. 114974, maio 2022.

CONRAD, Peter. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CROEN, L. A.; GREETHER, J. K.; SELVIN, S. Descriptive epidemiology of autism in a California population: Who is at risk? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 32, p. 217-224, 2002. DOI: 10.1023/A:1015405914950.

DINIZ, Débora. O que é deficiência. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007. 96 p. (Coleção Primeiros Passos, 324). ISBN: 978-85-11-00107-5.

EYAL, G. For a Sociology of Expertise: The Social Origins of the Autism Epidemic. **American Journal of Sociology**, v. 118, n. 4, p. 863–907, jan. 2013.

FOMBONNE, E. The epidemiology of autism: a review. **Psychological Medicine**, v. 29, n. 4, p. 769–786, jul. 1999.

_____. Camouflage and autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 61, n. 7, p. 735–738, 2020.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2021 AUTISM SPECTRUM COLLABORATORS. The global epidemiology and health burden of the autism spectrum: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet. Psychiatry**, v. 12, n. 2, p. 111–121, fev. 2025.

HAAS, Clarissa; BAPTISTA, Claudio Roberto; FREITAS, Cláudia Rodrigues de. Profissional de apoio escolar e políticas públicas em educação especial. *Cadernos de Pesquisa*, v. 54, e10545, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980531410545>.

HACKING, Ian. Making Up People. *London Review of Books*, v. 28, n. 16, 17 Aug. 2006, p. 23–26.

HACKING, I. (1995). *The looping effects of human kinds*. In D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Eds.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351–394). Clarendon Press/Oxford University Press.

IBGE. Censo Demográfico 2022: Pessoas com Deficiência e Pessoas Diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista – Resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>

JIANG, X. *et al.* Prevalence of autism spectrum disorder in mainland china over the past 6 years: a systematic review and meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 404, 29 maio 2024.

KANNER, L. Autistic Disturbances of Affective Contact. **Nervous Child**, v. 2, n. 3, p. 217–250, 1943.

KELLY, B. *et al.* The association between socioeconomic status and autism diagnosis in the United Kingdom for children aged 5-8 years of age: Findings from the Born in Bradford cohort. **Autism: The International Journal of Research and Practice**, v. 23, n. 1, p. 131–140, jan. 2019.

LARSSON, Heidi Jeanet *et al.* *Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status.* **American Journal of Epidemiology**, v. 161, n. 10, p. 916–925, 2005.

LEADBITTER, K. *et al.* Autistic Self-Advocacy and the Neurodiversity Movement: Implications for Autism Early Intervention Research and Practice. **Frontiers in Psychology**, v. 12, 12 abr. 2021.

LOOMES, R.; HULL, L.; MANDY, W. P. L. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 56, n. 6, p. 466–474, jun. 2017.

LORD, C. *et al.* Autism spectrum disorder. **Lancet (London, England)**, v. 392, n. 10146, p. 508–520, 2018.

MACHADO, Letícia Vier; LAJONQUIÈRE, Leandro de; MACHADO, Adriana Marcondes. O autismo em políticas públicas brasileiras na interface entre saúde e educação: da singularidade à excepcionalidade. *Revista Humanidades & Inovação*, v. 9, n. 21, p. 187-202, 2022.

MAENNER, M. J. 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, 2023.

MALLET, R.; RUNSWICK-COLE, K. Commodifying autism: The cultural contexts of ‘Disability’ in the academy. *Em: Disability and social theory.* [s.l.] Springer, 2012. p. 33–51.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO E TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5. [s.l.] Artmed, 2021.

MOLLOY, H.; VASIL, L. AND. The Social Construction of Asperger Syndrome: The pathologising of difference? **Disability & Society**, v. 17, n. 6, p. 659–669, 1 out. 2002.

MOTTRON, L.; BZDOK, D. Autism spectrum heterogeneity: fact or artifact? **Molecular Psychiatry**, v. 25, n. 12, p. 3178–3185, dez. 2020.

MUNIZ, T. P. De corpos universais a corpos refratários: branquitude e efeitos raciais das tecnologias biomédicas. Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas: saberes, práticas e desigualdades. Brasília, ABA Publicações, p. 331–355, 2021.

OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro de; FELDMAN, Clara; COUTO, Maria Cristina Ventura; LIMA, Rossano Cabral. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 707-726, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300017>.

OLIVER, M. *If I had a hammer: The social model in action*. Disabling barriers–Enabling environments, v. 2, p. 7–12, 2004.

OLIVER, Mike. The individual and social models of disability. Paper presented at Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians, 23 July 1990.

O'REILLY, C.; LEWIS, J. D.; ELSABBAGH, M. Is functional brain connectivity atypical in autism? A systematic review of EEG and MEG studies. **PLOS ONE**, v. 12, n. 5, p. e0175870, 3 maio 2017.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: OMS; 2003.

OMS. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization, 2022.

PEREIRA, A. B. Autismo e maternidade migrante: psicopatologizando relações em mobilidade. *Vivência: Revista de Antropologia*, v. 1, n. 56, 24 dez. 2020.

PRIOR, Margot. Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 44, n. 3, p. 309-336, 2003.

RIOS, C. *et al.* Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 325–336, jun. 2015.

ROSEN, N. E.; LORD, C.; VOLKMAR, F. R. The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 51, n. 12, p. 4253–4270, 1 dez. 2021.

RUSSELL, G. **The Rise of Autism: Risk and Resistance in the Age of Diagnosis**. 1. ed. London: Routledge, 2020.

SALARI, N. *et al.* The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 48, n. 1, p. 112, 8 jul. 2022.

SCHUR, L., KRUSE, D., & BLANCK, P. (2013). *People with Disabilities: Sidelined or Mainstreamed?* New York: Cambridge University Press

SCOTCH, R. K. “Models of Disability and the Americans with Disabilities Act.” *Berkeley Journal of Employment and Labor Law*, vol. 21, no. 1, 2000, pp. 213-222

SHAW, K. A. Prevalence and Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 and 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 Sites, United States, 2022. *MMWR. Surveillance Summaries*, v. 74, 2025

SHAKESPEARE, Tom. The social model of disability. In: *Understanding disability: From theory to practice*. London: St Martin's Press, 1996.

SILBERMAN, S. (2015). *NeuroTribes: The Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity*. Avery.

STEUERNAGEL, T. Increases in identified cases of autism spectrum disorders: Policy implications. **Journal of Disability Policy Studies**, v. 16, n. 3, p. 138–146, 2005.

TAYLOR, M. J. *et al.* Etiology of Autism Spectrum Disorders and Autistic Traits Over Time. **JAMA psychiatry**, v. 77, n. 9, p. 936–943, 1 set. 2020.

TREFFERT, D. A. Epidemiology of Infantile Autism. **Archives of General Psychiatry**, v. 22, n. 5, p. 431–438, 1 maio 1970.

VASQUES, CARLA K. (2024). Lição de casa: Notas sobre a trajetória escolar de estudantes autistas no contexto brasileiro. *Correio APPOA*, Vol. 11, nº 3, Abril 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade** Geneva: WHO, , 2019. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#437815624%2Funspecified>>. Acesso em: 3 fev. 2025

YEARGIN-ALLSOPP, M.; RICE, C.; KARAPURKAR, T.; DOERNBERG, N.; BOYLE, C.; MURPHY, C. Prevalence of autism in a US metropolitan area. *JAMA*, v. 289, n. 1, p. 49-55, 2003. DOI: 10.1001/jama.289.1.49.

YIP, B. H. K. *et al.* Heritable Variation, With Little or No Maternal Effect, Accounts for Recurrence Risk to Autism Spectrum Disorder in Sweden. **Biological Psychiatry**, v. 83, n. 7, p. 589–597, 1 abr. 2018.

ZEIDAN, J. *et al.* Global prevalence of autism: A systematic review update. **Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research**, v. 15, n. 5, p. 778–790, maio 2022.

ANEXO

QUADRO 1

Proposições legislativas que visam equiparar diagnósticos a deficiências (2014 a 2024)

Proposições	Ementa	Autor	Partido	Apresentação
PL 4559/2024	Altera a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência); a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 (Planos de Benefícios da Previdência Social) e a Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dispõe sobre a prioridade de atendimento às pessoas que especifica; para admitir a aracnoidite em suas diferentes modalidades como uma deficiência.	Luiz Carlos Motta	PL	27/11/2024
PL 4521/2024	Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), para designar a distonia como deficiência.	Silvia Waiãpi	PL	26/11/2024
PL 4364/2024	Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Tremor Essencial e estabelece diretrizes para sua consecução.	Lafayette de Andrada	REPUB LIC	13/11/2024
PL 3823/2024	Dispõe sobre direitos dos pacientes com doença renal crônica.	Evair Vieira de Melo	PP	08/10/2024
PL 3460/2024	Equipara a discopatia degenerativa às deficiências físicas e intelectuais, em todos os seus efeitos jurídicos.	Rogéria Santos	REPUB LIC	05/09/2024

PL 3135/2024	Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para incluir as dificuldades de comunicação no rol dos impedimentos que caracterizam a pessoa com deficiência.	Marangoni	UNIÃO	13/08/2024
PL 3131/2024	Dispõe sobre a inclusão da informação de "Pessoa com Deficiência" na Carteira de Identidade Nacional do Portador de Doença Renal Crônica, em todo o território nacional.	Dr. Victor Linhalis	PODE	13/08/2024
PL 3076/2024	Institui a Política Nacional de Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Pulmonar; e altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), para reconhecer a hipertensão pulmonar como deficiência.	Luiz Fernando Vampiro	MDB	07/08/2024
PL 2909/2024	Acrescenta o artigo 24-A na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para incluir o prazo de validade indeterminado para os laudos e perícias médicas que diagnostiquem deficiências irreversíveis.	Missionária Michele Collins	PP	16/07/2024
PL 4767/2020	Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para determinar que as pessoas com síndrome de Tourette sejam consideradas pessoas com deficiência para todos os fins legais.	Senado Federal - Nelsinho Trad	PSD	11/06/2024
PL 1976/2024	Inclui a Displasia Ectodérmica (DE) no rol das doenças raras, declara seus portadores Pessoas com Deficiência, para todos os efeitos legais, institui o Dia Nacional de Inclusão do Portador de DE e dá outras providências.	Mauricio Neves	PP	21/05/2024
PL 1063/2024	Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), para classificar a Síndrome de Duchenne como deficiência para todos os efeitos legais.	Rosângela Moro	UNIÃO	02/04/2024

PL 1046/2024	Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para estabelecer que os indivíduos diagnosticados com a Demência Frontotemporal (DFT) terão os mesmos direitos das pessoas com deficiência.	Raimundo Santos	PSD	01/04/2024
PL 986/2024	Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, para determinar que atestados ou laudos que comprovem a existência de deficiência irreversível possuem validade indeterminada.	Renata Abreu	PODE	26/03/2024
PL 792/2024	Reconhece a pessoa com fibromialgia como pessoa com deficiência, na forma que especifica.	Marcos Soares	UNIÃO	15/03/2024
PL 770/2024	Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para estabelecer que os indivíduos diagnosticados com a Síndrome da Pessoa Rígida terão os mesmos direitos das pessoas com deficiência.	Raimundo Santos	PSD	14/03/2024
PL 694/2024	Dispõe sobre a validade dos laudos de comprovação de deficiência para apresentação junto às organizadoras de concursos públicos	Roberto Duarte	REPUB LIC	12/03/2024
PL 233/2024	Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), para classificar a espinha bífida aberta como deficiência para todos os efeitos legais.	Rosângela Moro	UNIÃO	08/02/2024
PL 113/2024	Estende aos portadores de fibromialgia incapacitante os direitos previstos na Lei nº 13.146, de 2015.	Eduardo da Fonte	PP	05/02/2024
PL 103/2024	Institui cadastro nacional de pessoas com doença renal crônica avançada e determina que o laudo médico pericial que ateste a doença renal crônica avançada tenha validade indeterminada.	Messias Donato	REPUB LIC	05/02/2024

PL 5454/2023	Altera a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para dispensar a avaliação periódica para fins de gratuidade de transporte público	Kim Kataguiri	UNIÃO	09/11/2023
PL 5201/2023	Equipara a pessoa com fissura labial ou palatina à pessoa com deficiência.	Augusto Puppio	MDB	26/10/2023
PL 4969/2023	Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para incluir no conceito de deficiência as deficiências não aparentes, o transtorno do espectro autista e as doenças raras	Eriberto Medeiros	PSB	11/10/2023
PL 4892/2023	Dispõe sobre o reconhecimento da retroatividade do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), atestado em laudo médico pericial, desde o nascimento do portador e com validade permanente, para fins de reconhecimento de direitos.	Marcos Tavares	PDT	09/10/2023
PL 4820/2023	Institui PENSÃO ESPECIAL destinada ao portador da doença EPIDERMÓLISE BOLHOSA.	Saullo Vianna;Marcel o Queiroz;Delegado Matheus Laiola;Gilvan Maximo;Yandra Moura;Raimundo Santos	UNIÃO; PP;UNIÃO;REPUBLICA;UNIÃO;PSD	03/10/2023
PL 4783/2023	Inclui no rol de doenças graves e raras, a doença de Crohn e a colite ulcerativa.	Alfredo Gaspar	UNIÃO	03/10/2023
PL 3569/2023	Acrescenta o § 3º ao art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para estabelecer que os indivíduos diagnosticados com a Síndrome de Hutchinson-Gilford terão os mesmos direitos das pessoas com deficiência.	Raimundo Santos	PSD	14/07/2023
PL 2219/2023	Classifica o ceratocone, de graus 3 e 4, como deficiência sensorial, do tipo visual, e dá outras providências.	Delegado Bruno Lima	PP	27/04/2023

PL 1456/2023	Equipara o Lúpus Eritematoso Sistêmico às deficiências físicas e intelectuais, em todos os seus efeitos jurídicos.	Saullo Vianna	UNIÃO	28/03/2023
PL 1301/2023	Reconhece a condição de deficiência aos portadores de doença falciforme.	Clodoaldo Magalhães	PV	21/03/2023
PL 3021/2022	Altera a Lei nº 14.126, de 22 de março de 2021, para classificar o ceratocone como deficiência sensorial, do tipo visual.	Tereza Nelma	PSD	19/12/2022
PL 2687/2022	Classifica o diabetes mellitus tipo 1 como deficiência para todos os efeitos legais.	Flávia Moraes;Dr. Zacharias Calil	PDT;UNIÃO	27/10/2022
PL 2434/2022	Acrescenta o art. 2º na Lei nº 14.126, de março de 2021, que classifica a visão monocular como deficiência sensorial, do tipo visual, concedendo a redução de 50% dos valores da taxa de renovação da carteira nacional de habilitação (CNH).	Paulo Bengtson	PTB	08/09/2022
PL 2359/2022	Equipara as malformações congênitas Fissura Labiopalatina e/ou outras anomalias Craniofaciais às deficiências, para efeitos jurídicos e dá outras providências.	José Nelto	PP	29/08/2022
PL 1497/2022	Dispõe sobre incluir as pessoas com diagnóstico de disfunções linfáticas primária ou secundária, como pessoas com deficiência (PCD).	José Nelto	PP	06/06/2022
PL 992/2022	Institui o Estatuto da Pessoa com Doença Rara.	Silvia Cristina;Weliton Prado	PL;PROS	25/04/2022
PL 930/2022	Assegura às pessoas com fibromialgia os direitos e garantias estabelecidos na Lei 13.146/2015 (Estatuto das Pessoas com Deficiência).	Delegado Marcelo Freitas	UNIÃO	18/04/2022
PL 801/2022	Altera a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para determinar que os indivíduos com alopecia areata sejam considerados pessoas com deficiência.	Fred Costa	PATRIOTA	01/04/2022
PL 601/2022	Altera a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para determinar que as pessoas com Tremor Essencial (TE) sejam consideradas pessoas com	José Nelto	PODE	16/03/2022

		ssor Israel Batista;Perpétua Almeida;Maria do Rosário;Afonso Florence;Rejane Dias;Airton Faleiro		
PL 193/2020	Altera o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, para estender a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, na aquisição de automóveis por pessoas portadoras de visão monocular.	Carlos Henrique Gaguim	DEM	06/02/2020
PL 6596/2019	Altera a lei 8.899, 29 de junho de 1994, é concede passe livre as Pessoas com Deficiência, Síndromes, Anemia Falciforme, Câncer e doenças raras no transporte coletivo interestadual e das outras providencias.	Dr. Gonçalo	REPUBLIC	18/12/2019
PL 3050/2019	Alteras as Leis 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e 13.146, de 6 de julho de 2015 para dar nova redação à definição de pessoa com deficiência.	Roberto de Lucena	PODE	22/05/2019
PL 3010/2019	Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Fibromialgia. NOVA EMENTA: Altera a Lei nº 14.705, de 25 de outubro de 2023, para prever programa nacional de proteção dos direitos da pessoa acometida por Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica ou por Síndrome Complexa de Dor Regional ou outras doenças correlatas.	Dr. Leonardo	SOLIDARI	21/05/2019
PL 1751/2019	Altera a Lei nº 13.196, de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão, para incluir o diagnóstico de doença renal crônica no conceito de deficiência	Eduardo Costa	PTB	26/03/2019
PL 1626/2019	Dispõe sobre o reconhecimento dos pacientes que apresentam fissura palatina ou labiopalatina não reabilitados como pessoas com deficiência.	Leandre	PV	20/03/2019

PL 1129/2019	Estabelece que a pessoa com audição unilateral deve ser considerada pessoa com deficiência, para os fins que especifica, e dá outras providências.	David Soares	DEM	26/02/2019
PL 1105/2019	Estabelece critérios para a caracterização da deficiência auditiva.	David Soares	DEM	25/02/2019
PL 1074/2019	Altera as Leis nº 13.146, de 6 de julho de 2015, e nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para determinar igualdade de direitos entre os portadores de doença grave e as pessoas com deficiência.	José Medeiros;Delegado Palumbo	PODE; MDB	22/02/2019
PL 1000/2019	Altera o inciso XIV do artigo 6º da Lei 7.713 de 22 de abril de 1988, isentando de imposto de renda de pessoa física o portador de cegueira monocular.	Rubens Pereira Júnior	PCdoB	21/02/2019
PL 524/2019	Equipara o Lúpus Eritematoso Sistêmico às deficiências físicas e intelectuais, para os efeitos jurídicos em todo País.	Sergio Vidigal	PDT	06/02/2019
PL 11251/2018	Considera pessoa com deficiência aquela com perda auditiva unilateral.	Carlos Henrique Gaguim	DEM	20/12/2018
PL 11259/2018	Reconhece-se as pessoas com doenças renais crônicas como pessoas com deficiência para todos os fins de direito e demais providências.	Carlos Henrique Gaguim	DEM	20/12/2018
PL 11217/2018	Dispõe sobre o reconhecimento dos pacientes que apresentam fissura palatina ou labiopalatina não reabilitados como pessoas com deficiência.	Domingos Neto	PSD	18/12/2018
PL 8046/2017	Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990 (que dispõe sobre o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, e dá outras providências), para permitir a movimentação da conta vinculada do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) do trabalhador acometido de doença crônica degenerativa; a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 (que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências), para incluir as doenças crônicas degenerativas entre as que dão direito a inexistência de ...	Ricardo Izar	PP	05/07/2017

PL 6338/2016	Estabelece critérios para a caracterização da deficiência auditiva.	Marcos Soares	DEM	19/10/2016
PL 456/2015	Reconhece as pessoas com doenças renais crônicas como pessoas com deficiência para todos os fins de direito e dá outras providências.	Arnaldo Faria de Sá	PTB	25/02/2015
PL 155/2015	Reconhece ao paciente Renal Crônico, a partir da paralisia total dos rins nativos em hemodiálise e diálise peritoneal e da constatação do comprometimento de sua funcionalidade, o mesmo tratamento legal e os mesmos direitos garantidos às pessoas com deficiência.	Carmen Zanotto	PPS	03/02/2015
PL 410/2019 (Nº Anterior: PL 39/2015)	Equipara a síndrome de Von Recklinghausen (neurofibromatose) às deficiências físicas e mentais, para os efeitos jurídicos em todo País.	Sergio Vidigal	PDT	02/02/2015
PL 7467/2014	Assegura aos portadores de Diabetes Melito insulino dependente o direito de concorrerem às vagas reservadas a pessoas com deficiência em concursos públicos no âmbito da administração pública federal.	Hugo Motta	PMDB	29/04/2014