

Bernardes, Liliane Cristina Gonçalves

Working Paper

Autismo e deficiência: A avaliação biopsicossocial é necessária?

Texto para Discussão, No. 3113

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Bernardes, Liliane Cristina Gonçalves (2025) : Autismo e deficiência: A avaliação biopsicossocial é necessária?, Texto para Discussão, No. 3113, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília,
<https://doi.org/10.38116/td3113-port>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/322214>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/2.5/br/>

TEXTO PARA DISCUSSÃO

3113

**AUTISMO E DEFICIÊNCIA:
A AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL
É NECESSÁRIA?**

LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES



**AUTISMO E DEFICIÊNCIA: A AVALIAÇÃO
BIOPSISSOCIAL É NECESSÁRIA?**

LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES¹

1. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea).
E-mail: liliane.bernardes@ipea.gov.br.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

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**

ARISTIDES MONTEIRO NETO

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação,
Regulação e Infraestrutura (substituto)**

PEDRO CARVALHO DE MIRANDA

Diretora de Estudos e Políticas Sociais (substituta)

JOANA SIMÕES DE MELO COSTA

Diretora de Estudos Internacionais

KEITI DA ROCHA GOMES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

**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, Liliane Cristina Gonçalves

Autismo e deficiência : a avaliação biopsicossocial é necessária? /

Liliane Cristina Gonçalves Bernardes. – Brasília, DF: Ipea, 2025.

27 p. : il., gráfs. – (Texto para Discussão ; n. 3113).

Inclui Bibliografia.

ISSN 1415-4765

1. Deficiência. 2. Transtorno do Espectro Autista (TEA). 3. Avaliação Biopsicossocial. 4. Benefício de Prestação Continuada (BPC). 5. Políticas Públicas. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. II. Título.

CDD 353.5

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

Como citar:

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). DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/td3113-port>

JEL: H51, H55, I18, I38.

DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/td3113-port>

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.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 MÉTODOS.....	10
3 O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO CONTEXTO DA DEFICIÊNCIA.....	11
4 IMPLICAÇÕES NO BRASIL.....	14
5 CENÁRIO INTERNACIONAL.....	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

SINOPSE

No Brasil, a Lei nº 12.764/2012, reconheceu o transtorno do espectro autista (TEA) como deficiência para todos os efeitos legais. Esse reconhecimento, somado ao crescimento expressivo do número de diagnósticos, tem implicações diretas na formulação e na implementação de políticas públicas. O aumento da população considerada com deficiência pressiona a revisão dos critérios de acesso a benefícios, especialmente os não contributivos, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Política de Assistência Social (Lei nº 8.742/1993), e demanda um equilíbrio entre a expansão da cobertura e a sustentabilidade fiscal. Nesse cenário, o tema 376 da Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Federais (TNU) discute uma questão central: o diagnóstico de TEA, por si só, é suficiente para caracterizar a deficiência, dispensando a avaliação biopsicossocial? A decisão da TNU transcende o acesso ao BPC, podendo redefinir a interpretação jurídica da deficiência no país e influenciar futuras normativas. Uma análise comparativa internacional mostra que, em países como Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Chile, Argentina e Espanha, o diagnóstico de TEA, apenas por si, não garante acesso automático a benefícios. Nesses países, é necessária uma avaliação detalhada que comprove o impacto funcional na vida cotidiana da pessoa. A dispensa da avaliação biopsicossocial a partir apenas do diagnóstico, seja de TEA, seja de outras condições, pode comprometer o modelo interacional de deficiência adotado pelo Brasil e pelos tratados internacionais. Esse enfoque pode gerar desigualdades entre diferentes grupos de pessoas com deficiência, afetando negativamente a inclusão e o acesso equitativo a direitos e benefícios.

Palavras-chave: deficiência; transtorno do espectro autista (TEA); avaliação biopsicossocial; Benefício de Prestação Continuada (BPC); políticas públicas.

ABSTRACT

In Brazil, Law nº 12.764/2012 recognized Autism Spectrum Disorder (ASD) as a disability for all legal purposes. This recognition, coupled with the significant increase in diagnoses, directly impacts the formulation and implementation of public policies. The growth of the population considered to have disabilities puts pressure on the review of access criteria for benefits, especially non-contributory ones, such as the Continuous Cash Benefit (BPC), requiring a delicate balance between expanding coverage and maintaining fiscal sustainability. In this context, Theme 376 of the National Uniformization Panel (TNU) addresses a crucial issue: is the diagnosis of ASD alone sufficient to characterize the disability, thereby dispensing with the biopsychosocial evaluation? The TNU's decision has implications that go beyond access to the BPC, as it could redefine the legal interpretation of disability in the country and influence future regulations. An international comparative analysis reveals that in countries such as the United States, the United Kingdom, Australia, Chile, Argentina, and Spain, the diagnosis of ASD alone does not automatically guarantee access to benefits. In these countries,

a detailed evaluation is required to demonstrate the functional impact on the individual's daily life. Dispensing with the biopsychosocial evaluation based solely on the diagnosis – whether of ASD or other conditions – could undermine the interactional model of disability adopted by Brazil and international treaties. This approach may create inequalities between different groups of people with disabilities, negatively impacting inclusion and equitable access to rights and benefits.

Keywords: disability; Autism Spectrum Disorder (ASD); biopsychosocial assessment; continuing benefit benefit (BPC); public policies.

1 INTRODUÇÃO

Em 2021, aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas (cerca de 16% da população global) apresentavam deficiência. Esse número aumentou substancialmente durante a última década devido a mudanças demográficas e epidemiológicas, como o aumento populacional e do número de pessoas com doenças não transmissíveis, que estão vivendo mais e envelhecendo com limitações de funcionamento (WHO, 2022). Entre essas pessoas, estão aquelas com os mais diversos diagnósticos; por exemplo, pessoas cegas ou com baixa visão, surdas, com síndromes variadas, paralisia cerebral, lesões na medula espinhal, esquizofrenia, demência e aquelas com autismo – ou transtorno do espectro autista (TEA).¹

A compreensão da deficiência evoluiu substancialmente ao longo dos últimos anos. Três modelos teóricos que explicam esse fenômeno destacam-se: o modelo médico ou individual; o modelo social; e o modelo biopsicossocial. Histórica e culturalmente, muitas pessoas associam a deficiência a limitações funcionais ou a diagnósticos médicos específicos. Esse entendimento é representado pelo modelo médico de deficiência, que enxerga a deficiência como uma condição biológica ou patológica, algo que deve ser “curado” ou “normalizado”. Em contraste, o modelo social da deficiência, ou modelo individual, propõe que a deficiência não reside no indivíduo, mas nas barreiras impostas pela sociedade – sejam estas físicas, sociais, culturais ou atitudinais (Diniz, 2007; Oliver, 1990; Shakespeare, 1996).

O modelo social da deficiência considera que as limitações enfrentadas pelas pessoas com deficiência não são inerentes à condição, mas sim produto das interações entre o indivíduo e um ambiente social que não está preparado para a inclusão plena. Esse modelo tem suas raízes em movimentos de ativismo das pessoas com deficiência, especialmente a União dos Deficientes Físicos contra a Segregação (Union of the Physically Impaired Against Segregation – Upias), criada em 1974 (Upias e The Disability Alliance, 1975). Esta defende que o foco deve estar nas barreiras que a sociedade impõe, não na “cura” ou “normalização” do indivíduo.

A adoção do modelo social implica reconhecer que as pessoas com deficiência não são, por si mesmas, um problema; ao contrário, as barreiras impostas pela sociedade é que limitam sua plena inclusão. Esse modelo desloca o foco da responsabilidade individual pelo “tratamento” ou “cura” da deficiência para a necessidade de construção de um ambiente mais acessível e inclusivo (Banco Mundial, 2012; Diniz, 2007; Shakespeare, 1996; Upias e The Disability Alliance, 1975).

1. Neste texto, autismo e TEA serão utilizados de forma intercambiável.

Por sua vez, o modelo biopsicossocial da deficiência busca integrar as perspectivas médica e social, ampliando a compreensão desse fenômeno. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a deficiência refere-se a limitações de atividade ou restrições de participação decorrentes de alterações nas habilidades físicas – incluindo-se deficiências sensoriais – e/ou mentais – como deficiências cognitivas e transtornos psiquiátricos. 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 (Banco Mundial, 2012; OMS, 2003). O quadro 1 sintetiza as diferenças entre o modelo médico, o social e o biopsicossocial.

QUADRO 1

Diferenças entre modelos médico, social e biopsicossocial de deficiência

Modelo médico	Modelo social	Modelo biopsicossocial
A deficiência é uma incapacidade ou anormalidade.	A deficiência é uma diferença e opressão.	A deficiência é uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais.
A deficiência reside no indivíduo.	A deficiência deriva da interação entre o indivíduo e a sociedade.	A deficiência surge da interação entre problemas de saúde e fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais).
Ser pessoa com deficiência é negativo.	Ter um corpo diverso, por si só, é neutro.	A deficiência é parte da diversidade humana.
Busca a normalização ou cura do indivíduo.	Busca intervir na interação entre o indivíduo e a sociedade, para redução e/ou eliminação de barreiras.	A deficiência é uma questão de direitos humanos.

Elaboração da autora.

Na legislação brasileira, o conceito de deficiência a ser destacado está na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (CDPD/ONU). Esse tratado internacional, do qual o Brasil é signatário e, mais ainda, o incorporou ao seu ordenamento jurídico com valor de emenda constitucional (EC), estabeleceu que pessoas com deficiência são aquelas que possuem um impedimento de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em interação com as diversas barreiras no meio, podem ser impedidas de gozar de plena participação social em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil, 2009). Portanto, o conceito de deficiência determinado na CDPD define que a deficiência vai além da abordagem biomédica do modelo médico, que está centrada no corpo e em alguma alteração de função ou estrutura. A deficiência emerge da interação dessa alteração corporal (impedimento) com as barreiras (fatores ambientais e pessoais), gerando uma limitação de participação social (Bernardes, Marcelino e Oliveira, 2024).

O entendimento presente na CDPD está plasmado na Lei nº 13.146/2015, principal legislação brasileira ordinária referente aos direitos das pessoas com deficiência. Essa lei, além de reafirmar o conceito estabelecido na CDPD, determina que a caracterização da deficiência, quando necessária, deve ser realizada por meio de avaliação biopsicossocial, multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2015).

Assim, de acordo com esses referenciais normativos, pessoas com os mais diversos impedimentos ou diagnósticos devem ser submetidas a essa avaliação para terem sua condição de pessoas com deficiência reconhecida pelo Estado, caso isso se faça necessário, especialmente em relação a acesso a serviços e benefícios.

Indo na contramão desse entendimento, a Lei nº 12.764/ 2012, portanto editada em data anterior à Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), estabeleceu que o TEA é reconhecido como deficiência, afirmando, em seu art.1º, § 2º, que “a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais”. Observe que, nesse caso, o impedimento – ou seja, a alteração da estrutura ou função corporal – está sendo elevado e equiparado à condição de deficiência, sem considerar os demais elementos necessários para sua devida caracterização, como as limitações (dificuldades para executar certas atividades) e as restrições à participação (obstáculos para viver em sociedade e desta participar como as demais pessoas).

No contexto apresentado, uma dúvida recorrente é: basta o diagnóstico de autismo para que essa condição seja automaticamente reconhecida como uma deficiência?

Nos últimos anos, um tema que tem gerado ampla discussão é a exigência de que indivíduos diagnosticados com TEA passem por avaliação biopsicossocial para acessar uma série de benefícios e serviços oferecidos pelo Estado. Um exemplo atual dessa questão é o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Política de Assistência Social (Lei nº 8.742/1993), que tem se tornado alvo de judicialização. Isso ocorre porque, para obter o benefício, os requerentes com diagnóstico de autismo precisam ser submetidos a uma perícia médica e a uma avaliação social que atestem a deficiência. Muitas vezes, essa perícia enfrenta demora considerável, dificultando a caracterização da deficiência e o consequente acesso ao benefício.

A relevância dessa questão é tamanha que gerou uma demanda com a Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Federais (TNU), para emitir um parecer sobre o tema. Criada em 2002 e vinculada ao Conselho da Justiça Federal (CJF), a TNU tem como missão uniformizar a jurisprudência nos juizados federais, conforme estabelecido pela Lei nº 10.259/2001. Sua função é analisar pedidos de uniformização relacionados à interpretação de leis federais, especialmente quando há divergências entre decisões

das turmas recursais ou quando uma decisão conflita com a jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça (STJ) ou da própria 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, especialmente no acesso ao BPC. A decisão da TNU sobre esse tema pode impactar a compreensão jurídica da deficiência no Brasil, influenciando legislações e direitos das pessoas com deficiência.

O objetivo deste texto é, portanto, contribuir para o debate sobre a necessidade de avaliação biopsicossocial para o acesso ao BPC e a outros benefícios sociais em casos de diagnóstico de autismo. A estrutura do trabalho está organizada em cinco seções, além desta introdução. A seção 2 descreve os métodos utilizados. A seção 3 discute o TEA no contexto da deficiência. A seção 4 revela e analisa dados sobre o TEA no Brasil, com destaque para as implicações do aumento dos diagnósticos no país. A seção 5 examina o acesso a benefícios sociais para pessoas com autismo em outros países, com ênfase na exigência de avaliação da deficiência. Por fim, a seção 6 apresenta as considerações finais.

2 MÉTODOS

Este estudo adota uma abordagem qualitativa e quantitativa para investigar como as concepções de deficiência, especialmente aquelas estabelecidas na legislação, influenciam o acesso ao BPC com foco específico nos casos relacionados ao TEA. A dimensão qualitativa baseia-se em uma revisão narrativa da literatura, abrangendo artigos acadêmicos, livros, legislações e documentos técnicos nacionais e internacionais. Foram priorizadas fontes que discutem os modelos explicativos da deficiência e suas implicações para o reconhecimento de direitos, com especial atenção às produções que abordam o autismo no contexto das políticas públicas.

No plano quantitativo, foi realizada uma análise exploratória de dados do Censo Escolar do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, do Ministério da Educação (Inep/MEC) e de dados administrativos do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), referentes às concessões do BPC ao longo dos últimos anos. Os dados administrativos foram organizados por faixa etária, sexo, forma de ingresso (administrativo ou judicial) e diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), com destaque para os códigos relacionados ao TEA (CID-10 F84). O objetivo desta análise é evidenciar padrões, tendências e possíveis assimetrias na concessão do benefício a pessoas com autismo, à luz das concepções normativas e institucionais que orientam a política de assistência social.

3 O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO CONTEXTO DA DEFICIÊNCIA

O autismo é caracterizado por uma combinação de traços identificados por meio de comportamentos que se repetem em diversos ambientes e diferentes momentos. Esses traços incluem déficits persistentes na interação social e na comunicação e padrões de comportamento e interesses restritos, repetitivos e inflexíveis. A percepção sensorial também pode ser aumentada ou diminuída. O diagnóstico de autismo envolve a identificação desses comportamentos e traços no contexto do desenvolvimento e ambiente social do indivíduo (Chiri, Bergey e Mackie, 2022; Fombonne, 1999; Joon, Kumar e Parle, 2021; Lord *et al.*, 2018; Rosen, Lord e Volkmar, 2021).

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5) fornece níveis de gravidade dos sintomas principais de TEA com base no nível de suporte necessário para o funcionamento individual (Rosen, Lord e Volkmar, 2021). A CID-11 alinha-se com o DSM-5 ao listar dois sintomas principais do autismo: déficits na interação social e na comunicação; e padrões de comportamento e interesses restritos e repetitivos.² Esses são manuais padronizados amplamente utilizados, que fornecem critérios para o diagnóstico de autismo e são comumente utilizados por profissionais de saúde em todo o mundo.

Os fatores genéticos desempenham um papel fundamental no desenvolvimento do autismo. Avanços na pesquisa genética identificaram inúmeros genes associados à condição, sugerindo que uma combinação de fatores genéticos e ambientais contribui para o autismo. Fatores ambientais, que podem incluir condições pré-natais e perinatais, como exposição a certos produtos químicos, infecções maternas e complicações no parto também podem influenciar o desenvolvimento do autismo (Bai *et al.*, 2019; Taylor *et al.*, 2020).

O aumento do número de diagnósticos de autismo é reconhecido pela literatura e está no centro de um debate para identificar e explicar as causas da elevação no número de pessoas com essa condição (Brugha *et al.*, 2016; Fernandes, Tomazelli e Girianelli, 2020; Global Burden of Disease, 2025; Jiang *et al.*, 2024; Maenner, 2023; Matos, Bara e Cordeiro, 2022). O reconhecimento e a aceitação de uma gama mais ampla de comportamentos autistas é uma das razões que contribuiu para o aumento nos diagnósticos de autismo. No passado, indivíduos com formas hoje consideradas mais leves de autismo podem ter passado despercebidos ou sido diagnosticados com outras condições.

2. Informações no *link* disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#437815624%2Fspecified>. Acesso em: 3 fev. 2025

Apesar dos debates em andamento, há consenso entre epidemiologistas e pesquisadores do autismo de que a elevação nos diagnósticos de autismo é amplamente artificial ou metodológica – ou seja, é fruto de mudanças nas práticas diagnósticas, maior conscientização e critérios mais amplos, em vez de um aumento real na prevalência do autismo. Numerosos estudos históricos e sociológicos apoiam essa perspectiva, destacando o impacto das mudanças diagnósticas nas taxas de diagnóstico do autismo (Eyal, 2013; Molloy e Vasil, 2002; Mottron e Bzdok, 2020; Rosen, Lord e Volkmar, 2021).

Um fator-chave para a elevação dos diagnósticos de autismo é a medicalização de comportamentos na extremidade mais leve do espectro do autismo. Comportamentos que antes eram considerados simplesmente peculiares ou excêntricos agora são reconhecidos e diagnosticados como parte do espectro autista. Essa mudança na percepção levou a uma aplicação mais ampla do diagnóstico de autismo, abrangendo uma gama maior de comportamentos (Chiri, Bergey e Mackie, 2022).

A substituição diagnóstica é outro fator que desempenhou um papel importante no aumento da incidência de diagnósticos de autismo. Esse fenômeno ocorre quando indivíduos que poderiam ter sido diagnosticados com outros transtornos de desenvolvimento no passado agora são diagnosticados com autismo. À medida que a compreensão do autismo evoluiu, este se tornou um diagnóstico mais comum, substituindo outros diagnósticos. A ampliação dos critérios diagnósticos contribuiu para o aumento dos casos identificados (Eyal, 2013; Mottron e Bzdok, 2020).

Por fim, a conscientização pública sobre o autismo cresceu significativamente nos últimos anos, graças à cobertura da mídia, aos esforços de associações de defesa de direitos das pessoas com autismo e às campanhas educativas (Callaghan e Sylvester, 2021; Chiri, Bergey e Mackie, 2022). 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.

A comunidade do autismo tem se tornado cada vez mais polarizada. De um lado, há quem veja o TEA como mera expressão da diversidade humana, sem necessariamente associá-lo a uma deficiência (Anderson-Chavarria, 2022; Araújo, 2022; Kapp *et al.*, 2013; Ortega, 2009). De outro, há aqueles que consideram o autismo um impedimento de longo prazo, intrinsecamente incapacitante, ou destacam as condições médicas associadas que geram limitações substanciais no funcionamento diário (TJDFT reconhece..., 2025; TRF-1, 2021; TRF-1, 2022).

Essa diversidade de opiniões decorre, em parte, da grande heterogeneidade na manifestação dos sintomas centrais e das condições concomitantes entre indivíduos autistas (Waizbard-Bartov *et al.*, 2023). No entanto, o grau de deficiência frequentemente é modulado por fatores ambientais, como o acesso a intervenções eficazes, o nível socioeconômico e a disponibilidade de serviços de suporte de qualidade (OMS, 2003). Essa é a problemática de atribuir exclusivamente ao impedimento de longo prazo o critério para caracterização da deficiência, o que contraria a concepção estabelecida pela CDPD e pela LBI.

Araújo (2022) examinou o processo legislativo que resultou na criação da Lei nº 12.764/2012 e argumenta que essa legislação reforça a patologização do autismo no Brasil. Esse fenômeno ocorre porque o autismo é enquadrado como um “transtorno”, fazendo com que a pessoa autista seja reconhecida como sujeito de direitos apenas em contexto médico e normativo. Dessa forma, o discurso legislativo enfatiza a condição de “transtorno” do espectro autista, estabelecendo uma relação simbólica entre a garantia de direitos e a ideia de que o autismo é algo a ser tratado ou corrigido.

Segundo a autora, essa abordagem legítima a alocação seletiva de recursos públicos para demandas consideradas prioritárias, mas que estão enraizadas em uma visão patologizante. Embora esse enfoque possa parecer benéfico ao ampliar direitos e assistência, este reforça códigos culturais que perpetuam a violência simbólica contra pessoas autistas, sugerindo que sua condição deve ser combatida (Araújo, 2022).

O cenário legislativo brasileiro também é marcado pela crescente influência de interesses econômicos e ideológicos. Broderick e McGuire (2022) argumentam que o chamado complexo industrial do autismo consolidou um monopólio global sobre os serviços, os produtos e as narrativas relacionadas ao TEA. Essa dinâmica não apenas influencia a percepção social do autismo – por meio da mercantilização e da disseminação de uma lógica intervencionista –, mas também orienta a produção legislativa.

No Brasil, essa abordagem medicalizante reflete-se no aumento de propostas legislativas que vinculam o reconhecimento da deficiência exclusivamente a diagnósticos clínicos. Além disso, o reconhecimento da deficiência apenas com base em diagnósticos diversos tende a descaracterizar o conceito de deficiência conforme estabelecido pela CDPD e pela LBI. Esse movimento amplia o público-alvo de benefícios e serviços estatais para grupos que não deveriam ser o foco dessas políticas, comprometendo a equidade na distribuição de recursos públicos.

4 IMPLICAÇÕES NO BRASIL

No Brasil, não há estatísticas oficiais sobre a prevalência de TEA na população em geral, e os dados são limitados. Para trazer alguns dados estatísticos nacionais sobre autismo, serão analisados neste texto o número de estudantes com TEA na educação especial e o número de concessões do BPC da Política de Assistência Social, a partir de dados do Censo Escolar e do MDS, respectivamente.

Em relação aos dados do Censo Escolar, observou-se que o número de matrículas de estudantes com TEA cresceu de 102.031, em 2017, para 636.202, em 2023 – ou seja, elevação superior a seis vezes nesse período. A tabela 1 apresenta o número de matrículas de estudantes com TEA na educação especial entre 2017 e 2023. O gráfico 1 apresenta a evolução do número de matrículas de estudantes com TEA na educação especial, entre 2017 e 2023.

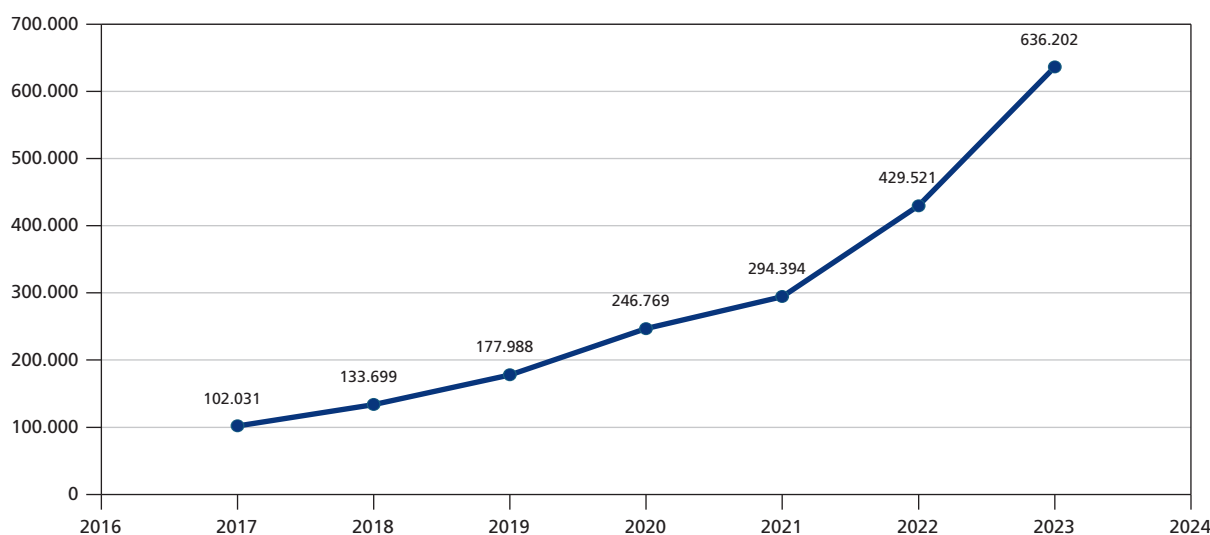
TABELA 1

Total de matrículas de estudantes com TEA na educação especial: Censo Escolar do Inep (2017-2023)

Ano	Total de matrículas de estudantes com TEA na educação especial
2017	102.031
2018	133.699
2019	177.988
2020	246.769
2021	294.394
2022	429.521
2023	636.202

Elaboração da autora.

O expressivo crescimento no número de matrículas de estudantes com TEA entre 2017 e 2023 tem impactos significativos tanto para os próprios estudantes, que podem necessitar de apoio individualizado, quanto para o sistema educacional, especialmente no nível municipal, que é responsável por garantir a inclusão desses alunos no ensino regular. O crescimento acelerado das matrículas impõe desafios, como a formação de professores e equipes pedagógicas, a alocação de recursos financeiros para a contratação de profissionais de apoio, a adequação da infraestrutura escolar e o desenvolvimento de práticas pedagógicas inclusivas. No nível municipal, esses desafios são ainda mais acentuados, pois muitas redes de ensino enfrentam limitações orçamentárias e estruturais para atender a essa demanda crescente.

GRÁFICO 1**Evolução do número de matrículas de estudantes com TEA na educação especial (2017-2023)**

Fonte: Censo da Educação Básica do Inep/MEC. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/microdados/censo-escolar>. Acesso em: 13 fev. 2025.
Elaboração da autora.

Em relação ao BPC, analisou-se a evolução dos códigos da Classificação Internacional de Doenças registrados nos processos de concessão entre 2004 e 2023, com base em dados fornecidos pelo MDS. A CID-10, padronizada pela OMS, quando registrada pelos peritos médicos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), não constitui critério de elegibilidade ao benefício. Desde 2009, a caracterização da deficiência é realizada conjuntamente por médicos peritos e assistentes sociais, com base em instrumento próprio fundamentado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), conforme o modelo biopsicossocial estabelecido pela CDPD (Decreto nº 6.949/2009). Nesse contexto, o registro da CID tem caráter complementar e informativo, sendo utilizado neste estudo como um indicador do reconhecimento institucional de deficiências para fins de acesso ao BPC.

A tabela 2 apresenta o número total de concessões de BPC para pessoas com deficiência das quinze categorias CID que mais aparecem ao longo do tempo, para pessoas com idade inferior a 18 anos, entre 2004 e 2024. O TEA está incluído na categoria F84 – transtornos globais do desenvolvimento.

A análise por faixa etária evidencia 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, como mostra o gráfico 2. Esse gráfico apresenta o número de concessões de BPC para pessoas com deficiência das três categorias CID que mais aparecem ao longo do tempo, para pessoas com idade inferior a 18 anos, segundo categorias CID-10, por ano.

TABELA 2

Número de concessões de BPC para pessoas com deficiência das quinze categorias CID que mais aparecem ao longo do tempo, para pessoas com idade inferior a 18 anos, segundo categorias CID-10 – Brasil (2004-2024)

Código da categoria	Descrição da categoria abreviada	Número de concessões (2004 - 2024)
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 não especificado	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.

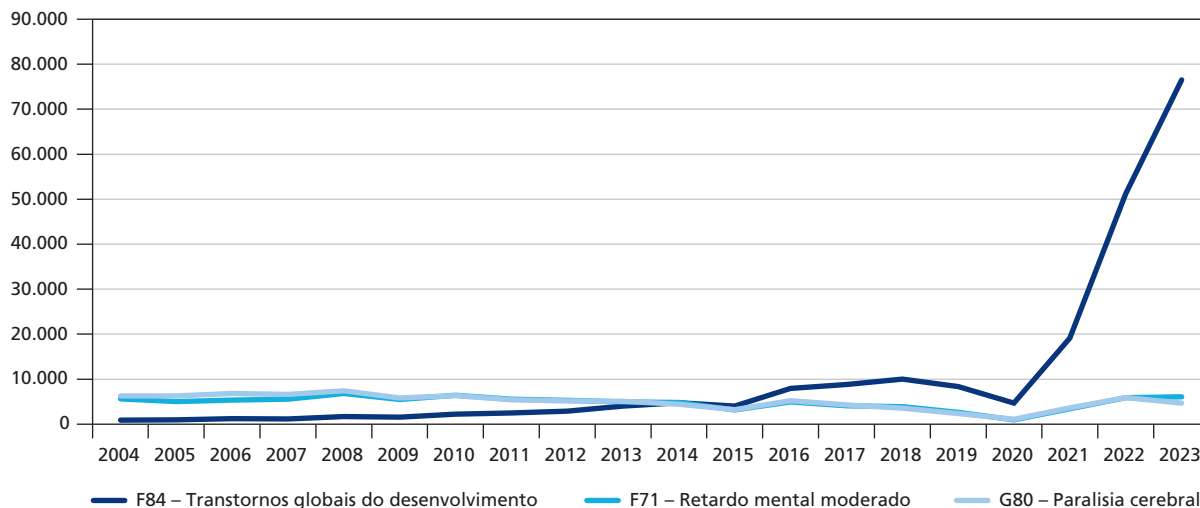
Elaboração da autora.

O crescimento do TEA 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 avanço ainda mais acentuado, passando de 256 registros, em 2004 para 59.315, em 2023, com aumento significativo a partir de 2021. O gráfico 2 ilustra essa evolução, enquanto o gráfico 3 detalha as variações ao longo do período analisado.

TEXTO para DISCUSSÃO

GRÁFICO 2

Número de concessões de BPC para pessoas com deficiência das três categorias CID que mais aparecem ao longo do tempo, para pessoas com idade inferior a 18 anos, segundo categorias CID-10, por ano – Brasil (2004-2023)

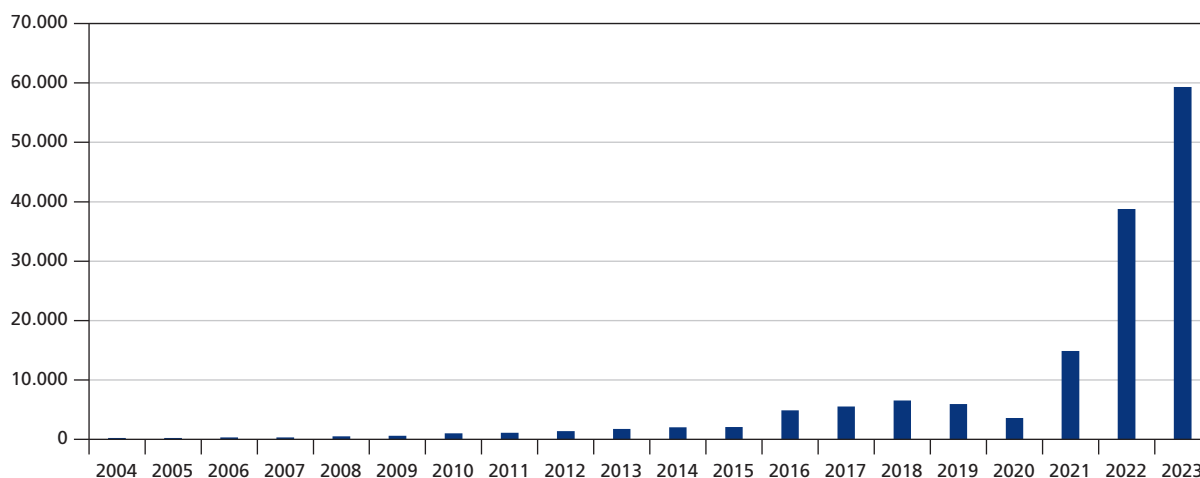


Fonte: Base Mantidos do MDS, carga: mar. 2024.

Elaboração da autora.

GRÁFICO 3

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



Fonte: MDS.

Elaboração da autora.

Esse cenário sugere que a ampliação do diagnóstico do TEA pode ter influenciado a expansão da concessão do BPC como um todo, especialmente nos últimos anos. Contudo, a alta demanda por diagnósticos e a falta de capacitação adequada de profissionais para realizar de forma adequada o diagnóstico do TEA podem ter levado a um crescimento de registros imprecisos, impactando o reconhecimento do benefício e reforçando a necessidade de avaliação mais criteriosa para caracterizar a deficiência.

Embora a dispensa da avaliação biopsicossocial possa ser vista por alguns como um avanço na garantia de direitos das pessoas com autismo, na prática, admitir que o diagnóstico de TEA é suficiente para caracterizar a deficiência é reforçar o modelo médico, que se fundamenta exclusivamente em diagnósticos clínicos, sem considerar as barreiras sociais, ambientais e individuais que limitam a participação plena do indivíduo na sociedade. Além disso, pode criar um precedente para que outros diagnósticos, futuramente reconhecidos pela legislação, recebam o mesmo tratamento. Caso a TNU decida dispensar a avaliação biopsicossocial para o TEA, esse entendimento poderá ser estendido a diversas outras condições de saúde, ignorando a análise das barreiras reais que afetam a participação social dessas pessoas.

Além disso, uma consequência real do reconhecimento do diagnóstico do TEA como suficiente para caracterizar a deficiência é a geração de impacto fiscal considerável. A adoção de critério exclusivamente médico pode resultar na ampliação excessiva do número de beneficiários do BPC, comprometendo a sustentabilidade fiscal da política e gerando distorções na concessão do benefício. Esse cenário se afastaria do princípio da seletividade previsto na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) para os benefícios assistenciais, ampliando o número de beneficiários sem necessariamente atender às pessoas que mais necessitam do benefício. O impacto fiscal pode, inclusive, criar pressões para revisão do BPC e de outras políticas sociais sob a justificativa do controle das contas públicas, medida que penalizaria principalmente as pessoas com deficiência grave, pois essas são as que mais dependem desses benefícios para sobrevivência e inclusão.

Outro aspecto relevante diz respeito à formação específica dos profissionais responsáveis por atestar o TEA. O diagnóstico do autismo é um processo clínico complexo, conduzido por médicos especialistas, com o suporte de avaliações padronizadas e de uma equipe multidisciplinar. Além de exigir conhecimento técnico aprofundado, trata-se de procedimento dispendioso e, possivelmente, inacessível para grande parte da população, até mesmo no Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (SUS/MS). Diante desse cenário, surgem questionamentos sobre o expressivo aumento no número de diagnósticos de autismo no Brasil, especialmente quanto à realização de avaliações criteriosas que fundamentem tais diagnósticos.

Como discutido neste texto, a interação entre mudanças nos critérios clínicos e fatores sociais teve um papel fundamental na ampliação do número de diagnósticos de autismo em diversos países, o que gera pressão sobre os governos para lidar com essa questão. Compreender como diferentes nações enfrentam esse crescimento e de que forma ocorre o reconhecimento da condição de deficiência das pessoas autistas pode contribuir para uma tomada de decisão mais embasada por parte dos agentes públicos.

5 CENÁRIO INTERNACIONAL

A análise comparada de políticas públicas é estratégia amplamente utilizada para avaliar a formulação, a implementação e o impacto de determinadas políticas em diferentes contextos nacionais. Esse método permite compreender como diferentes governos estruturam suas abordagens para enfrentar desafios semelhantes, identificando boas práticas, limitações e lições que podem ser aplicadas em outros países (Papaioannou, Rush e Bessant, 2006).

Na caracterização do TEA para acesso a benefícios estatais, a comparação entre políticas de diferentes países permite identificar semelhanças e diferenças na concepção dessa condição como critério de elegibilidade, no uso de laudos médicos e avaliações funcionais, bem como na articulação entre saúde, assistência social e educação no suporte às pessoas autistas e a suas famílias. Além disso, as políticas públicas são influenciadas por fatores culturais, econômicos e institucionais, o que explica as variações na concessão e na administração desses benefícios. Nesse sentido, o quadro 2 apresenta um panorama comparativo dos critérios adotados nos Estados Unidos, no Reino Unido, na Austrália, no Chile, na Argentina e na Espanha, permitindo uma reflexão sobre os diferentes modelos de proteção social voltados para pessoas com TEA.

QUADRO 2**Comparação dos critérios de elegibilidade para benefícios sociais para pessoas com TEA – diferentes países**

País	Benefício	Critérios necessários para acesso ao benefício	Avaliação de profissionais de saúde	Exemplos de não acesso ao benefício, até mesmo com diagnóstico de TEA
Estados Unidos ¹	Supplemental Security Income (SSI): benefício mensal para indivíduos de baixa renda com deficiência. Social Security Disability Insurance (SSDI): para pessoas que contribuíram para a seguridade social. Auxílios educacionais e terapêuticos: programas locais e federais oferecem apoio adicional.	O indivíduo deve ter um diagnóstico formal de TEA e comprovar limitações significativas nas atividades diárias. Renda e os recursos da família influenciam a elegibilidade para o SSI.	É necessário apresentar laudos médicos e passar por avaliações de especialistas.	Indivíduos com autismo leve sem limitações severas. Famílias com renda superior ao limite podem ser inelegíveis para o SSI.
Reino Unido ²	Disability Living Allowance (DLA) para menores de 16 anos: baseado no nível de apoio necessário para a vida diária e a mobilidade. Personal Independence Payment (PIP) para maiores de 16 anos: avaliação baseada no impacto do TEA no cotidiano. Carer's Allowance: para cuidadores que dedicam pelo menos 35 horas semanais a uma pessoa com deficiência.	Baseado no nível de apoio necessário para a vida diária e a mobilidade, bem como no impacto do TEA na vida diária.	Exames médicos e entrevistas são exigidos. A avaliação examina o impacto do TEA no cotidiano.	Indivíduos com TEA que não precisam de suporte diário significativo. Pessoas cujos sintomas não impactam a mobilidade ou a independência de forma substancial.
Austrália ³	National Disability Insurance Scheme (NDIS): financiamento para terapias, suportes e equipamentos adaptativos. Disability Support Pension (DSP): para pessoas cuja deficiência as impede de trabalhar. Carer Payment e Carer Allowance: apoio financeiro para cuidadores.	O autismo nível 2 ou 3 – segundo o DSM-5 – garante acesso automático ao programa. Indivíduos com autismo nível 1 precisam demonstrar impacto funcional severo.	Laudos médicos e relatórios detalhados de profissionais de saúde são exigidos.	Indivíduos com autismo nível 1 sem impacto funcional significativo. Pessoas que não apresentam documentação detalhada dos desafios enfrentados.

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

País	Benefício	Critérios necessários para acesso ao benefício	Avaliação de profissionais de saúde	Exemplos de não acesso ao benefício, até mesmo com diagnóstico de TEA
Chile ⁴	<p>Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI): para pessoas sem recursos financeiros.</p> <p>Aporte Previsional Solidário de Invalidez (APSI) e Subsídio para la Discapacidad Mental (SDM): pessoas com deficiência mental menores de 18 anos.</p> <p>Apoios educacionais e de reabilitação são financiados pelo governo.</p>	<p>Diagnóstico de TEA e impacto funcional significativo são obrigatórios.</p>	<p>Avaliação feita por médicos e assistentes sociais.</p> <p>É necessário obter certificação médica e avaliação funcional.</p> <p>A deficiência é avaliada e certificada pela Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin).</p>	<p>Pessoas com autismo leve sem impacto funcional relevante.</p> <p>Indivíduos sem documentação médica adequada.</p>
Espanha ⁵	<p>Prestación por Hijo a Cargo: € 1 mil anuais para crianças com deficiência igual ou superior a 33%.</p> <p>Prestación Económica por Ley de Dependencia: De € 1.200,00 a € 8.967,00 anuais, conforme o grau de dependência.</p> <p>Deducción por Descendiente con Discapacidad: Redução fiscal de €1.200 anuais.</p> <p>Becas y Ayudas para Alumnado con Necesidades Educativas Especiales: até € 2.800,00 anuais para suporte educacional.</p>	<p>Diagnóstico de TEA e impacto funcional significativo.</p> <p>Percentual de deficiência igual ou superior a 33%.</p>	<p>Avaliações com médicos, psicólogos e terapeutas são exigidas.</p>	<p>Indivíduos com autismo leve sem impacto funcional significativo.</p> <p>Pessoas sem diagnóstico formal ou documentação médica adequada.</p> <p>Casos em que o TEA não afeta de forma substancial a vida cotidiana.</p>

(Continua)

(Continuação)

País	Benefício	Critérios necessários para acesso ao benefício	Avaliação de profissionais de saúde	Exemplos de não acesso ao benefício, até mesmo com diagnóstico de TEA
Argentina ⁶	<p>O Certificado Único de Discapacidade (CUD) dá acesso a diversos benefícios: cobertura integral para tratamentos médicos, medicamentos e equipamentos relacionados à condição. Transporte público gratuito em todo o território nacional. Isenções fiscais, como isenção de impostos em determinados casos. Acesso a programas de inclusão educacional e laboral. Acesso a programas sociais e subsídios.</p>	<p>O CUD é concedido a pessoas cuja condição afete significativamente sua funcionalidade e qualidade de vida. No caso do autismo, é avaliado o impacto do TEA na vida cotidiana, incluindo-se limitações sociais e necessidade de suporte.</p>	<p>É necessário passar por uma avaliação realizada por uma junta médica interdisciplinar. Essa equipe avalia aspectos médicos, sociais e funcionais da pessoa, considerando relatórios médicos, exames complementares e entrevistas.</p>	<p>Indivíduos sem limitações significativas que justifiquem a concessão do CUD. No caso do TEA, serão certificadas como pessoas com deficiência se tiverem déficits moderados a graves nas funções corporais e limitações em pelo menos 50% das atividades e participações avaliadas. Esses critérios são usados para avaliar a gravidade da lesão nas estruturas do corpo.</p> <p>Falta de documentação completa ou atualizada.</p>

Elaboração da autora.

Notas: ¹ Disponível em: <https://www.ssa.gov/redbook/eng/overview-disability.htm?tl=0%2C1%2C2%2C3>. Acesso em: 20 mar. 2025.

² Disponível em: <https://www.gov.uk/dia-disability-living-allowance-benefit>. Acesso em: 20 mar. 2025.

³ Disponível em: [https://www.dss.gov.au/disability-support-pension#:~:text=The%20Disability%20Support%20Pension%20\(DSP,years%2C%20due%20to%20their%20impairment](https://www.dss.gov.au/disability-support-pension#:~:text=The%20Disability%20Support%20Pension%20(DSP,years%2C%20due%20to%20their%20impairment). Acesso em: 20 mar. 2025.

⁴ Ver Ormeño (2016) e Chile Atiende. Disponível em: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/5178-pension-basica-solidaria-de-invalidez-pbsi>. Acesso em: 20 mar. 2025.

⁵ Ver Oadis (2023) e Real Patronato sobre Discapacidad. Disponível em: <https://www.rpdiscapacidad.gob.es/ayudas/otros-beneficios.htm>. Acesso em: 20 mar. 2025.

⁶ Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/servicio/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud>. Acesso em: 20 mar. 2025.

Em todos os países analisados, observa-se que, além do diagnóstico médico, é necessária uma avaliação da deficiência realizada por profissionais de saúde, com o objetivo de determinar o impacto do TEA na vida do indivíduo antes da concessão

de benefícios e serviços estatais. Assim, até mesmo pessoas diagnosticadas com TEA podem não ser elegíveis caso o impacto da condição na vida cotidiana não seja considerado significativo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto abordou a evolução do conceito de deficiência e a importância da avaliação biopsicossocial para seu reconhecimento no Brasil, conforme estabelecido pela CDPD. Embora a legislação brasileira exija essa avaliação para a concessão de direitos e benefícios, o TEA tem sido tratado de forma diferenciada, sendo dispensado desse requisito em alguns contextos.

O aumento expressivo dos diagnósticos de TEA é um fenômeno global, impulsionado, entre outros fatores, pela ampliação dos critérios clínicos, que passaram a abranger um espectro mais amplo de manifestações, incluindo-se quadros leves. No Brasil, esse crescimento tem impacto direto nas políticas públicas, refletindo-se no aumento significativo do número de estudantes e beneficiários do BPC com TEA, o que pressiona a estrutura dos serviços e os orçamentos públicos.

Os dados do BPC e do Censo Escolar confirmam essa expansão acelerada dos diagnósticos. No Brasil, diferentemente de outros países, nos quais o simples laudo médico não garante automaticamente o acesso a benefícios sociais, o TEA tornou-se uma exceção, gerando desequilíbrios em relação a outras deficiências. Muitas destas impõem restrições tão ou mais severas às atividades e à participação social, evidenciando preocupante falta de isonomia.

Essa diferenciação resulta em tratamento desigual: enquanto pessoas com diagnóstico de autismo são automaticamente consideradas como tendo deficiência para fins legais, independentemente do grau de suporte necessário, indivíduos com outras condições limitantes, como cegueira total, precisam passar pela avaliação biopsicossocial para comprovar sua elegibilidade. Essa inconsistência compromete os princípios de equidade na concessão de direitos e benefícios.

A incorporação do modelo biopsicossocial ao ordenamento jurídico brasileiro reforça a necessidade dessa avaliação, alinhando-se às práticas internacionais. Em diversos países, o diagnóstico médico do TEA, por si só, não é suficiente para garantir acesso a benefícios sociais, que são concedidos com base na análise do impacto funcional da condição. No entanto, a Lei nº 12.764/2012 reconhece o TEA como deficiência para todos os efeitos legais, contrariando tanto a experiência internacional quanto a lógica da legislação nacional.

Além disso, vincular o reconhecimento da deficiência exclusivamente a um laudo médico, seja para o TEA, seja outras condições, pode gerar distorções nas políticas públicas, desviando recursos de quem realmente necessita. Isso compromete a gestão eficiente dos recursos públicos e acentua desigualdades no acesso a serviços e benefícios.

A decisão da TNU no tema 376, ao debater a exigência da avaliação biopsicossocial para a concessão de benefícios a pessoas com TEA, tem implicações diretas para a política de inclusão e a gestão das políticas públicas, especialmente no que diz respeito à uniformidade dos critérios de elegibilidade.

O debate sobre a aplicação do modelo biopsicossocial vai além de uma questão técnica ou jurídica, pois impacta diretamente a justiça social e a efetividade das políticas voltadas às pessoas com deficiência. Para garantir direitos com equidade, é essencial avaliar o impacto real da deficiência na vida de cada indivíduo, assegurando que os benefícios alcancem aqueles que realmente necessitam.

REFERÊNCIAS

ANDERSON-CHAVARRIA, M. The autism predicament: models of autism and their impact on autistic identity. **Disability & Society**, v. 37, n. 8, p. 1321-1341, 14 set. 2022.

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, 1º out. 2019.

BANCO MUNDIAL. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012.

BERNARDES, L. C. G.; MARCELINO, M. A.; OLIVEIRA, L. V. de. **Avaliação da deficiência para acesso a políticas públicas**: contribuições para um instrumento unificado de avaliação da deficiência. Brasília: Ipea, mar. 2024. (Texto para Discussão, n. 2979). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/13407/1/TD_2979_Web.pdf.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 ago. 2009.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 jul. 2015.

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

BRUGHA, T. S. *et al.* Epidemiology of autism in adults across age groups and ability levels. **The British Journal of Psychiatry**, v. 209, n. 6, p. 498-503, dez. 2016.

CALLAGHAN, T.; SYLVESTER, S. Private citizens as policy entrepreneurs: evidence from autism mandates and parental political mobilization. **Policy Studies Journal**, v. 49, n. 1, p. 123-145, fev. 2021.

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. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622002805>.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos).

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.

FERNANDES, C. S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. **Psicologia USP**, v. 31, p. e200027, 28 out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/4W4CXjDCTH7G7nGXVPk7ShK/>.

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

GLOBAL BURDEN OF DISEASE. 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.

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.

JOON, P.; KUMAR, A.; PARLE, M. What is autism? **Pharmacological Reports**, v. 73, n. 5, p. 1255-1264, 1 out. 2021.

KAPP, S. K. *et al.* Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. **Developmental Psychology**, v. 49, n. 1, p. 59-71, 2013.

- LORD, C. *et al.* Autism spectrum disorder. **Lancet**, Londres, v. 392, n. 10146, p. 508-520, 2018.
- 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, n. 2, p. 1-14, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36952288/>. MATOS, M. B.; BARA, T. S.; CORDEIRO, M. L. Autism spectrum disorder diagnoses: a comparison of countries with different income levels. **Clinical Epidemiology**, v. 14, p. 959-969, 31 dez. 2022.
- MOLLOY, H.; VASIL, L. 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.
- OADIS – OFICINA DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD. **Beneficios y ayudas para las personas con discapacidad**. Madri: Oadis, 2023. Disponível em: <https://www.rpdiscapacidad.gob.es/documentos/OADIS/Beneficios.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- OLIVER, M. The individual and social models of disability. *In*: JOINT WORKSHOP PF THE LIVING OPTIONS GROUPS AND THE RESEARCH UNIT OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 1990, Londres. **Anais...** Londres, 23 jul. 1990.
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Edusp, 2003.
- ORMEÑO, I. A. **Subsidio a la discapacidad**. Santiago: BCN, 2016. <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=45373&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 67-77, fev. 2009.
- PAPAIIOANNOU, T.; RUSH, H.; BESSANT, J. Benchmarking as a policy-making tool: from the private to the public sector. **Science and Public Policy**, v. 33, n. 2, p. 91-102, 1 mar. 2006.
- 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, dez. 2021.
- SHAKESPEARE, T. Disability, identity and difference. *In*: BARNES, C.; MERCER, G. (Ed.). **Exploring the divide: illness and disability**. Leeds: Disability Press, 1996. p. 94-113.
- 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.

TJDFT reconhece transtorno do espectro autista como deficiência em concurso público do DF. **TJDFT**, 17 jan. 2025. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2025/janeiro/tjdft-reconhece-transtorno-do-espectro-autista-co-mo-deficiencia-em-concurso-publico-do-df>.

TRF-1 – TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO. **Recurso contra sentença do juizado cível**: AGREXT XXXXX-03.2021.4.01.3200. Brasília: TRF-1, 21 out. 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-1/2185590071>.

TRF-1 – TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO. **Recurso contra sentença do juizado cível**: XXXXX-94.2021.4.01.4000, Brasília: TRF-1, 28 jan. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-1/2592795828>.

UPIAS – THE UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION; THE DISABILITY ALLIANCE. **Fundamental principles of disability**. Londres: Upias; The Disability Alliance, out. 1975.

WAIZBARD-BARTOV, E. *et al.* Autism severity and its relationship to disability. **Autism Research**, v. 16, n. 4, p. 685–696, 2023.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on health equity for persons with disabilities**. Geneva: WHO, 2022.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Alice Souza Lopes

Revisão

Amanda Ramos Marques Honorio

Cláudio Passos de Oliveira

Denise Pimenta de Oliveira

Emilly Dias de Matos

Gisela Carneiro de Magalhães Ferreira

Letycia Luiza de Souza

Nayane Santos Rodrigues

Reginaldo da Silva Domingos

Susana Sousa Brito

Yally Schayany Tavares Teixeira

Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Ipea – Brasília

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea
Qualificar a tomada de decisão do Estado e o debate público.

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO
E ORÇAMENTO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO