



NOTA TÉCNICA

# TEA como agenda de Estado: subsídios para a Política Nacional de Proteção e Inclusão das Pessoas Autistas

Subsídios técnicos para o debate legislativo sobre  
o Projeto de Lei nº 3.080/2020 e para o desenho  
de instrumentos públicos de garantia de direitos

Maio de 2026

INSTITUIÇÕES DA





NOTA TÉCNICA

# TEA como agenda de Estado: subsídios para a Política Nacional de Proteção e Inclusão das Pessoas Autistas

Subsídios técnicos para o debate legislativo sobre  
o Projeto de Lei nº 3.080/2020 e para o desenho  
de instrumentos públicos de garantia de direitos



UM PROGRAMA DO INSTITUTO PENSI

INSTITUIÇÕES DA



## **Ficha técnica**

**Realização institucional**  
**Fundação José Luiz Setúbal**

**Iniciativa e coordenação de incidência pública**  
**INFINIS | Fundação José Luiz Setúbal**  
Sofia Guimarães Campos  
Carolina de Andrade Santos

**Elaboração técnico-científica e responsabilidade técnica**  
**Instituto Pensi | Fundação José Luiz Setúbal**  
Dra. Claudia Cheron König  
Dra. Ana Luiza Gomes Pinto Navas  
Renan Rosolem Machado  
Paula Macchione Saes

**Contribuição temática e revisão especializada em autismo**  
**Autismo e Realidade | Fundação José Luiz Setúbal**  
Aline Andriotti de Moraes

**Doi: 10.29327/7847698**

Esta nota técnica foi produzida no âmbito da Fundação José Luiz Setúbal, a partir de iniciativa do INFINIS, com elaboração técnico-científica e responsabilidade técnica do Instituto Pensi, e contribuição temática do programa Autismo e Realidade.

## **Como citar esta nota técnica**

König, C. C.; Navas, A. L. G. P.; Machado, R. R.; Saes, P. M. (2026). TEA como agenda de Estado: subsídios para a Política Nacional de Proteção e Inclusão das Pessoas Autistas. Nota Técnica. Instituto Pensi, INFINIS e Autismo e Realidade | Fundação José Luiz Setúbal.

## Como ler essa nota técnica



Esta nota técnica foi elaborada para subsidiar o debate legislativo sobre a Política Nacional para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), no contexto da tramitação do Projeto de Lei nº 3.080/2020 e de suas proposições apensadas. Sua finalidade é oferecer elementos técnicos para qualificar a formulação da política pública, com base em evidências científicas, documentos oficiais, experiências internacionais e aprendizados acumulados pelo Instituto Pensi no campo da educação especial e da inclusão.

O documento não deve ser lido como um parecer jurídico exaustivo sobre todos os projetos em tramitação. Seu foco está na qualidade do desenho da política pública: quais escolhas legislativas, regulatórias, financeiras, assistenciais, educacionais e institucionais podem aumentar a capacidade do Estado brasileiro de garantir direitos de forma efetiva.

A leitura está organizada em três movimentos. O primeiro situa o problema, apresenta a dimensão do tema e explicita o marco analítico adotado. O segundo reúne evidências sobre triagem, diagnóstico, cuidado, intervenções, inclusão escolar e desigualdades de acesso. O terceiro examina o debate legislativo, mobiliza a comparação internacional e sistematiza requisitos técnicos para o aperfeiçoamento da proposta.

Essa estrutura permite que diferentes leitores utilizem a nota de maneiras complementares. Parlamentares e assessorias legislativas podem recorrer ao texto para identificar pontos críticos de redação e regulamentação. Gestores públicos podem utilizá-lo para refletir sobre condições de execução. Profissionais da saúde, da educação e da assistência social podem encontrar referências para a organização de práticas intersetoriais. Famílias, organizações da sociedade civil e movimentos de defesa de direitos podem usá-lo como instrumento de incidência qualificada.

Ao longo da nota, as proposições legislativas são analisadas a partir de uma pergunta prática: em que medida contribuem para organizar respostas públicas mais consistentes, acessíveis e monitoráveis para pessoas autistas ao longo do curso de vida? Essa chave de leitura desloca o debate da simples criação de novos enunciados legais para a construção de uma política capaz de produzir efeitos concretos nos territórios.



## Resumo executivo

O debate sobre uma Política Nacional para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista ocorre em um momento de maior visibilidade pública do autismo, ampliação da demanda por serviços e intensa mobilização de famílias, profissionais, organizações sociais e parlamentares. Nesse cenário, o Projeto de Lei nº 3.080/2020 ocupa posição central na Câmara dos Deputados por reunir a discussão sobre uma política pública nacional voltada à garantia, proteção e ampliação dos direitos das pessoas autistas.

A nota parte de uma constatação fundamental: o Brasil não se encontra diante de um vazio normativo. A Lei nº 12.764/2012, conhecida como Lei Berenice Piana, já instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, reconheceu a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais e previu diretrizes de intersetorialidade, atenção integral à saúde, inclusão educacional, acesso ao trabalho, formação profissional e pesquisa. Normas posteriores ampliaram esse marco, como a Lei nº 13.977/2020, que criou a Carteira de Identificação da Pessoa com TEA, a Lei nº 15.131/2025, que especificou o direito à nutrição adequada e à terapia nutricional, e a Lei nº 15.256/2025, que incluiu o incentivo à investigação diagnóstica em pessoas adultas e idosas. Esse percurso reforça que o problema central não é apenas formular novos direitos, mas criar instrumentos para sua execução (Brasil, Câmara dos Deputados, 2012; Brasil, Presidência da República, 2020; Brasil, Senado Federal, 2025; Brasil, Câmara dos Deputados, 2025b).

A principal contribuição desta nota técnica é afirmar que uma boa política para o TEA precisa combinar reconhecimento de direitos com capacidade real de implementação. O desafio brasileiro está na relação entre norma, financiamento, capacidade instalada, formação profissional, coordenação federativa, governança intersetorial, produção de dados e mecanismos de monitoramento. Sem esses elementos, a tendência é repetir um padrão já observado em outras áreas: avanços normativos relevantes que não se convertem, com a mesma intensidade, em acesso efetivo nos territórios.

As evidências analisadas indicam que a resposta estatal ao TEA deve ser organizada como rede articulada de cuidado e apoio. A triagem precisa estar integrada à vigilância do desenvolvimento infantil e à Atenção Primária à Saúde. Instrumentos como o M-CHAT-R/F são relevantes para identificar sinais de risco, mas não substituem avaliação clínica qualificada. O diagnóstico deve considerar história do desenvolvimento, observação, escuta da família, avaliação funcional e, quando necessário, apoio multiprofissional. Além disso, o início do cuidado não deve depender de uma espera indefinida por laudo definitivo quando já existem sinais que justificam acompanhamento.

A escola também deve ser reconhecida como espaço estratégico de observação, sem que isso signifique transferir aos professores responsabilidade diagnóstica. Em muitos territórios, especialmente onde há escassez de especialistas, docentes são alguns dos primeiros adultos a observar a criança de forma sistemática em situações

de interação social, comunicação, brincadeira, aprendizagem e regulação sensorial. Esse potencial depende de formação continuada, protocolos de comunicação com as famílias e fluxos claros entre educação, saúde e assistência social.

No campo das intervenções, a nota recomenda cuidado com o uso genérico da expressão “baseado em evidências”. Na saúde, ela deve orientar protocolos públicos, transparentes, revisáveis e avaliáveis. Na educação, deve respeitar a especificidade do trabalho pedagógico, evitando a transposição automática de lógicas clínicas para a escola. A legislação deve evitar a indução de métodos únicos, proprietários ou pouco contextualizados, privilegiando parâmetros públicos de qualidade, monitoramento de resultados e adequação às necessidades de cada pessoa.

A experiência brasileira em educação especial oferece um alerta importante. Estudos recentes do Instituto Pensi mostram que normas mais detalhadas não garantem, por si só, maior oferta de Atendimento Educacional Especializado. Persistem lacunas de cobertura, desigualdades territoriais e dificuldades de implementação. A nota publicada anteriormente pelo Instituto Pensi sobre o Projeto de Lei nº 9.997/2018 contribui diretamente para esse argumento ao sistematizar o percurso da Lei Berenice Piana, discutir a distinção entre evidência clínica e evidência pedagógica e reforçar a necessidade de financiamento e monitoramento.

A proteção social também precisa ser tratada como parte da política. Pessoas com TEA podem acessar o Benefício de Prestação Continuada quando atendidos os critérios socioeconômicos e de deficiência, mas o acesso ao BPC/LOAS depende de avaliação biopsicossocial, inscrição atualizada no Cadastro Único e comprovação de baixa renda, o que pode impor barreiras burocráticas e informacionais às famílias. Esse ponto reforça a necessidade de integração entre saúde, educação e assistência social e de acompanhamento público dos tempos e gargalos de acesso.

A nota incorpora ainda a perspectiva do curso de vida. O debate brasileiro permanece fortemente concentrado na infância, mas o autismo acompanha a pessoa ao longo de toda a vida. A ampliação legal do incentivo à investigação diagnóstica em adultos e idosos abre uma oportunidade importante para enfrentar diagnóstico tardio, interrupção de cuidado após a maioridade, baixa inserção no mercado de trabalho, ausência de protocolos de transição e insuficiência de alternativas de moradia assistida ou apoio à vida independente.

Dessa forma, a eventual criação de uma política nacional específica para pessoas com TEA pode representar avanço relevante se funcionar como instrumento de coordenação intersetorial, indução de capacidades públicas, garantia de acesso e responsabilização. O objetivo maior não é apenas produzir uma nova referência normativa, mas construir uma política pública capaz de melhorar a experiência concreta das pessoas autistas e de suas famílias, com equidade, consistência técnica e compromisso com direitos ao longo de toda a vida.

## 1. Introdução, escopo e pergunta orientadora

O debate público sobre Transtorno do Espectro Autista (TEA) ganhou intensidade no Brasil nos últimos anos. Isso ocorre por uma combinação de fatores. Houve maior reconhecimento social da condição, ampliação da procura por serviços, aumento do registro de diagnósticos, maior visibilidade da agenda de inclusão e uma intensa mobilização de famílias, movimentos sociais, profissionais e parlamentares. Esse cenário produziu uma expansão de projetos legislativos, programas públicos, disputas interpretativas e demandas por respostas mais rápidas do sistema de saúde, da educação e da assistência social. Em contextos assim, o risco institucional é conhecido. A pressão por soluções normativas imediatas pode estimular respostas com forte apelo simbólico, mas com baixa capacidade de implementação.

Esta nota técnica foi elaborada para responder a esse risco com uma contribuição institucional própria do Instituto Pensi. O documento não pretende encerrar o debate nem oferecer uma avaliação jurídica exaustiva do conjunto de proposições em tramitação sobre Transtorno do Espectro Autista. Seu objetivo é mais específico. Busca examinar, à luz de evidências científicas e de experiências nacionais e internacionais, quais elementos tornam uma política para pessoas com Transtorno do Espectro Autista efetiva. O foco está na relação entre desenho normativo e mecanismos de implementação. Em termos práticos, a pergunta orientadora é a seguinte. Quais instrumentos públicos precisam acompanhar qualquer inovação legislativa para que ela produza diagnóstico oportuno, cuidado longitudinal, suporte educacional e proteção concreta às crianças, adolescentes e famílias, no contexto mais amplo da discussão em torno do Projeto de Lei nº 3.080/2020 e de seus apensados.

O texto adota uma abordagem de revisão narrativa informada por documentos oficiais, literatura revisada por pares, legislação comparada e produção institucional do próprio Instituto Pensi. Foram priorizados dados e normas com maior relevância para o contexto brasileiro atual. Entre as fontes mobilizadas estão o Censo Demográfico 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista do Ministério da Saúde de 2025, documentos oficiais sobre a ampliação recente dos dispositivos de rastreamento e cuidado no Sistema Único de Saúde, diretrizes internacionais de diagnóstico e uma seleção de estudos científicos sobre barreiras de acesso, diagnóstico precoce, intervenções e camuflagem em meninas e mulheres autistas.

**Esta nota aprofunda quatro dimensões: o marco legal brasileiro já existente**, com ênfase na Lei Berenice Piana e em suas atualizações; **a interface com a proteção social**, especialmente o BPC/LOAS; **o papel da escola e dos professores** na observação de sinais de risco e no encaminhamento responsável; **e a invisibilidade das pessoas autistas adultas**, incluindo diagnóstico tardio, continuidade do cuidado, trabalho, renda e moradia ao longo do curso de vida.

A nota também dialoga diretamente com três produtos institucionais recentes: O policy brief sobre o Projeto de Lei nº 9.997/2018, o relatório "A Inclusão no Papel" e o relatório "Entre a Lei e a Prática". Esses documentos são relevantes porque mostram que, no campo da educação especial, detalhamento normativo e implementação efetiva não caminham necessariamente juntos. Essa constatação, discutida adiante, não deve ser usada para desqualificar a importância da norma. Deve ser usada para qualificar o que se espera de uma boa norma em contextos complexos e desiguais como o brasileiro.

## 2. Marco analítico. Direitos, implementação e transformação dos sistemas de cuidado



A discussão sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) costuma oscilar entre dois polos incompletos. De um lado, há abordagens excessivamente jurídicas, que concentram a resposta pública na afirmação normativa de direitos. De outro, há abordagens excessivamente clínicas, que reduzem o problema à escolha de escalas, métodos ou terapias. Nenhuma dessas perspectivas é suficiente, isoladamente, para orientar o desenho de uma política pública consistente. Uma leitura mais robusta precisa tratar cuidado, inclusão e proteção de direitos como processos institucionais que dependem de desenho, coordenação, capacidade e monitoramento (Howlett & Rayner, 2007; Damschroder et al., 2022).

Uma perspectiva de mudança sistêmica ajuda a entender por que políticas podem fracassar mesmo quando o problema está bem identificado e a norma parece adequada. Em sistemas públicos complexos, a mudança não depende apenas de uma decisão legislativa. Depende da reconfiguração simultânea de práticas profissionais, incentivos, capacidades institucionais, rotinas administrativas, tecnologias disponíveis e formas de coordenação entre organizações. No caso do TEA, isso significa reconhecer que identificação precoce, diagnóstico, cuidado, inclusão escolar e proteção social não são etapas isoladas, mas partes de um mesmo sistema de cuidado (Geels, 2004; Damschroder et al., 2022).

A literatura clássica de implementação oferece uma advertência relevante para esse debate. Grandes expectativas formuladas no centro decisório frequentemente se perdem ao longo da cadeia de execução quando os pontos de decisão se multiplicam e quando faltam recursos, coordenação e instrumentos operacionais. Em termos simples, entre aprovar uma lei e produzir um serviço, há um caminho longo. Quanto maior a complexidade intersetorial da política, maior a necessidade de clareza procedimental, alocação de responsabilidades, apoio técnico e mecanismos de aprendizado institucional (Pressman & Wildavsky, 1973; Damschroder et al., 2022).

É nessa chave que esta nota lê o debate brasileiro. A pergunta relevante não é apenas se cabe ou não uma legislação específica para pessoas com TEA. A pergunta relevante é se a arquitetura normativa proposta cria ou não os instrumentos públicos capazes de sustentar a implementação. Essa distinção evita um falso dilema. Não se trata de opor norma e serviço. Trata-se de saber quando a norma fortalece o serviço e quando se limita a reiterar direitos sem alterar as condições de oferta, coordenação e garantia material (Howlett & Rayner, 2007; Instituto Pensi, 2025b).

## 2.1 O marco legal brasileiro existente: do reconhecimento à implementação

A discussão sobre o Projeto de Lei nº 3.080/2020 precisa partir do reconhecimento de que o Brasil já dispõe de um marco legal específico para o autismo. A Lei nº 12.764/2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, estabeleceu diretrizes para sua consecução e reconheceu a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais. Entre suas diretrizes estão a intersectorialidade das ações, a participação social, a atenção integral às necessidades de saúde, o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional, a inserção no mercado de trabalho, a informação pública, a formação de profissionais e o estímulo à pesquisa científica. A própria lei também assegura direitos relacionados à saúde, educação, moradia, trabalho, previdência e assistência social (Brasil, Câmara dos Deputados, 2012).

A existência desse marco muda a pergunta central da nota. Não se trata apenas de indagar se o país precisa de uma nova lei, mas de avaliar se a nova arquitetura normativa corrige fragilidades de implementação da política já existente. A Lei Berenice Piana foi decisiva para o reconhecimento público e jurídico do TEA, contudo, muitos de seus dispositivos permaneceram em nível de diretriz geral, sem detalhamento suficiente sobre financiamento, fluxos assistenciais, arranjos federativos, mecanismos de coordenação intersectorial, indicadores públicos e responsabilização pela entrega de serviços. O Policy Brief do Instituto Pensi sobre o Projeto de Lei nº 9.997/2018 já destacava essa característica ao afirmar que a lei teve papel fundamental de reconhecimento, mas caráter mais declaratório do que operacional, deixando em aberto o modo de implementação em um país marcado por desigualdades sociais e regionais (Instituto Pensi, 2025c).

As atualizações posteriores reforçam essa leitura. A Lei nº 13.977/2020 criou a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de facilitar identificação, prioridade de atendimento e atenção integral em serviços públicos e privados. A Lei nº 15.131/2025 especificou o direito à alimentação adequada e à terapia nutricional, quando realizadas por profissional habilitado e conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. A Lei nº 15.256/2025, por sua vez, incluiu entre as diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA o incentivo à investigação diagnóstica em pessoas adultas e idosas (Brasil, Presidência da República, 2020; Brasil, Senado Federal, 2025; Brasil, Câmara dos Deputados, 2025b).

Esse conjunto normativo mostra um processo incremental de ampliação de direitos. O risco, entretanto, é que novas leis acrescentem camadas temáticas sem resolver os gargalos estruturais da política. Para que a evolução legislativa produza efeitos concretos, cada nova diretriz precisa ser traduzida em instrumentos operacionais: quem identifica, quem encaminha, quem avalia, quem oferta o cuidado, quem financia, quais dados serão coletados, quais prazos serão acompanhados e quais mecanismos de controle social permitirão verificar se a política está chegando às pessoas autistas e às suas famílias.

### 3. Dimensão do tema. O que os dados oficiais mostram

O dado oficial brasileiro mais importante sobre autismo no momento é o do Censo Demográfico de 2022. Pela primeira vez, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística investigou diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista e identificou 2,4 milhões de pessoas com TEA no país, o que corresponde a 1,2% da população de dois anos ou mais. A prevalência observada foi maior entre homens do que entre mulheres e mais elevada nas idades de 5 a 9 anos. Esse dado não esgota a realidade do tema, mas oferece a melhor base disponível para planejamento público, formulação legislativa e monitoramento nacional (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2025).

No plano internacional, os números também apontam para aumento da identificação de TEA nas últimas décadas, embora a interpretação desse movimento exija cautela. A Organização Mundial da Saúde estimou em 2025 que aproximadamente uma em cada 127 pessoas no mundo é autista. O *Centers for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos informou, em 2025, que uma em cada 31 crianças de oito anos foi identificada com TEA nas localidades monitoradas em 2022. Revisões sistemáticas recentes mostram que o crescimento das estimativas globais reflete combinação de ampliação do rastreamento, refinamento diagnóstico, maior conscientização pública e mudanças nos sistemas de registro, mais do que qualquer interpretação simplista de “explosão” epidemiológica (*World Health Organization*, 2025; *Centers for Disease Control and Prevention*, 2025; Zeidan et al., 2022; Salari et al., 2022).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) sintetizou esse cenário em relatório publicado em 2026. Segundo a organização, os diagnósticos de TEA na infância cresceram entre duas e quatro vezes em muitos países ao longo de aproximadamente quinze anos. A interpretação predominante é que esse crescimento reflete sobretudo ampliação da detecção, mudanças institucionais, acesso desigual a serviços e refinamento nos critérios de identificação. Esse ponto é importante para o debate brasileiro porque reforça que prevalência observada, capacidade diagnóstica e acesso a cuidado caminham juntos e não podem ser lidos de forma isolada (*Organisation for Economic Co-operation and Development*, 2026; Zeidan et al., 2022).

No caso brasileiro, a relevância do tema também aparece quando se observa a experiência das famílias. O Mapa Autismo Brasil, iniciativa independente do Instituto Autismos, oferece um retrato exploratório recente das trajetórias de diagnóstico, acesso e sobrecarga de cuidado. Como a pesquisa é online e baseada em participação voluntária, ela não deve ser usada como estimativa populacional. Ainda assim, seus resultados ajudam a ilustrar problemas relevantes, como diagnóstico tardio, barreiras de acesso e forte feminização do cuidado, que precisam ser enfrentados por qualquer política pública nacional (Mapa Autismo Brasil, 2026).





## 4. O que a evidência científica sustenta sobre triagem, diagnóstico e cuidado

### 4.1 Triagem e vigilância do desenvolvimento

A literatura contemporânea é consistente ao tratar o rastreo de sinais de autismo como parte de uma estratégia mais ampla de vigilância do desenvolvimento infantil. Isso significa que instrumentos padronizados podem qualificar a identificação de risco, mas não substituem observação clínica, escuta da família e acompanhamento longitudinal do desenvolvimento. A *American Academy of Pediatrics* recomenda vigilância do desenvolvimento em todas as consultas de puericultura e triagem específica para Transtorno do Espectro Autista em idades-chave. Revisões amplas sobre o tema reforçam que o valor desses instrumentos depende de seu uso integrado a uma rede de cuidado organizada (Hyman et al., 2020; Lord et al., 2020).

Essa distinção entre triagem e diagnóstico é decisiva para o desenho de política pública. A triagem existe para identificar risco, organizar seguimento e orientar encaminhamento, e não para encerrar, sozinha, a avaliação clínica. Quando o rastreo é tratado como se resolvesse o problema do diagnóstico, o sistema gera expectativa excessiva sobre um instrumento cuja utilidade depende de entrevista de seguimento, supervisão, disponibilidade de profissionais com formação específica e fluxos de referência. A literatura internacional e as diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence são convergentes nesse ponto, assim como a validação do *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up* para o Brasil (National Institute for Health and Care Excellence, 2017; Robins et al., 2014; Brasil, Ministério da Saúde, 2025).

A incorporação recente do *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up* ao ecossistema digital do Sistema Único de Saúde é relevante justamente porque aproxima instrumento e infraestrutura. Em abril de 2026, o Ministério da Saúde informou que a ferramenta passou a contar com entrevista de seguimento digital e integração ao prontuário eletrônico e-SUS Atenção Primária à Saúde, à Caderneta Digital da Criança e ao Meu SUS Digital, com o objetivo de reduzir falsos positivos, qualificar encaminhamentos e dar rastreabilidade ao percurso assistencial. Na mesma ocasião, o Ministério informou a ampliação da rede de Centros Especializados em Reabilitação no país. Esse tipo de arranjo é mais importante para a efetividade da triagem do que a simples existência de um instrumento isolado (Brasil, Ministério da Saúde, 2026).

### 4.1.1 O papel da escola e dos professores na observação de sinais de risco

A triagem deve permanecer ancorada na saúde e na vigilância do desenvolvimento, mas uma política nacional efetiva precisa reconhecer que a escola ocupa posição estratégica na observação de sinais de risco. Professores não devem ser transformados em diagnosticadores, nem a escola deve assumir funções clínicas. Ainda assim, em muitos contextos brasileiros, sobretudo em territórios com escassez de especialistas e baixa cobertura de serviços, docentes são alguns dos primeiros adultos a acompanhar de forma sistemática a criança fora do ambiente familiar, observando comunicação, interação social, brincadeira, aprendizagem, comportamento adaptativo, rigidez de rotinas e respostas sensoriais.

A literatura internacional e as diretrizes clínicas convergem ao reconhecer que informações provenientes de diferentes contextos são relevantes para a decisão de encaminhamento e para a avaliação diagnóstica. As diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* recomendam que os fluxos locais envolvam profissionais de saúde, assistência, educação e setor voluntário, e que a decisão de encaminhamento considere a presença de sinais em diferentes ambientes, como casa e escola. Também recomendam que a equipe de autismo tenha acesso a profissionais relevantes, incluindo professor especializado, quando necessário (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2017).

No Brasil, estudo qualitativo com professoras da educação infantil concluiu que docentes podem identificar sinais de autismo e contribuir para o diagnóstico precoce, mas ressaltou a necessidade de ampliar ações intersetoriais e interprofissionais para assegurar acolhimento e cuidado integral. O estudo também observou que, apesar de os professores aparecerem no algoritmo do Ministério da Saúde para rastreamento de sinais, há pouca descrição de fluxos efetivos entre equipes de educação e saúde (Couto et al., 2019). Esse achado dialoga com a realidade descrita no Mapa Autismo Brasil, no qual professores foram apontados como responsáveis pelo alerta inicial em apenas 9,4% dos casos respondidos, dado exploratório que sugere subaproveitamento desse potencial de observação (Empresa Brasil de Comunicação, 2026).

A implicação legislativa é clara: a política deve prever formação continuada para professores e gestores escolares sobre sinais de risco e barreiras à participação, mas também protocolos de comunicação com famílias, fluxos de encaminhamento para a rede de saúde e assistência social, proteção contra estigmatização da criança e registro qualificado das observações escolares. Esse desenho preserva a especificidade pedagógica da escola e, ao mesmo tempo, fortalece sua função como ponto de observação, acolhimento e encaminhamento responsável.

## 4.2 Diagnóstico e papel dos profissionais

No debate público brasileiro, o diagnóstico ainda é frequentemente tratado como se dependesse de um pequeno número de especialistas e de um conjunto fechado de escalas. A evidência científica recomenda uma formulação mais cuidadosa. Diretrizes como a do *National Institute for Health and Care Excellence*, o relatório clínico da *American Academy of Pediatrics* e a síntese da *Lancet Commission* sustentam que o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista deve combinar história do desenvolvimento, observação clínica, escuta qualificada da família, avaliação funcional e, quando necessário, uso de instrumentos padronizados e apoio multiprofissional. Nenhum instrumento, isoladamente, substitui o raciocínio clínico nem a organização da rede de referência (Hyman et al., 2020; *National Institute for Health and Care Excellence*, 2017; Lord et al., 2022).

Essa conclusão tem consequências práticas para o desenho da política. Concentrar a possibilidade diagnóstica exclusivamente em psiquiatras ou neurologistas, por exemplo, pode reforçar gargalos em contextos de baixa oferta especializada. A literatura recente mostra que pediatras e outros profissionais da Atenção Primária à Saúde, quando recebem treinamento adequado, apoio de rede e acesso a avaliação multiprofissional para casos complexos, podem diagnosticar Transtorno do Espectro Autista com boa acurácia em muitos casos. Esse ponto é especialmente importante para um país marcado por desigualdades territoriais e escassez de especialistas em diversas regiões (Keehn et al., 2023; Hyman et al., 2020).

A mesma prudência vale para o uso de instrumentos mais complexos. Escalas e protocolos como *Childhood Autism Rating Scale*, *Autism Diagnostic Interview-Revised* e *Autism Diagnostic Observation Schedule* podem ser muito úteis como apoio à avaliação, especialmente em serviços especializados e em pesquisa. O problema surge quando são apresentados como solução universal, ou como requisito exclusivo para acesso a direitos e serviços. O *National Institute for Health and Care Excellence* recomenda explicitamente que nenhum desses instrumentos seja usado como substituto de avaliação clínica abrangente. A formulação institucional mais segura, portanto, é tratá-los como ferramentas de apoio, e não como porta única de entrada para o cuidado (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2017; Lord et al., 2020).

A literatura brasileira reforça essa preocupação. Girianelli e colaboradores (2023) mostraram que a identificação precoce de autismo e outros transtornos do desenvolvimento melhorou no Brasil entre 2013 e 2019, mas ainda representava cerca de 30% dos diagnósticos analisados. Araripe e colaboradores (2022), por sua vez, identificaram barreiras importantes de acesso a cuidado para crianças e adolescentes autistas, relacionadas a renda, escolaridade das famílias e tipo de rede utilizada. Em conjunto, esses estudos mostram que o problema não é apenas técnico. É também territorial, socioeconômico e organizacional (Girianelli et al., 2023; Araripe et al., 2022).

### 4.3 Intervenções baseadas em evidências

No campo das intervenções, o debate público brasileiro é especialmente suscetível a simplificações. A expressão baseado em evidências costuma ser mobilizada como selo de legitimidade, mas nem sempre acompanhada de precisão sobre qualidade metodológica, contexto de uso, desfechos avaliados e limites da generalização. As revisões de terceira geração sobre práticas baseadas em evidências e a meta-análise recente de estudos de intervenção precoce mostram que diferentes abordagens podem produzir benefícios em comunicação, comportamento adaptativo e participação, mas também mostram que a qualidade da base empírica varia e que raramente há justificativa científica para a adoção de um método único como resposta normativa universal (Hume et al., 2021; Sandbank et al., 2023; Lord et al., 2022).

Esse ponto é central para a redação de qualquer norma. Uma lei que introduz a linguagem da evidência sem construir parâmetros públicos de avaliação pode, involuntariamente, abrir espaço para disputa comercial, captura por protocolos proprietários e judicialização em torno de tratamentos específicos. A formulação institucional mais robusta não é nomear um método, mas estabelecer que práticas financiadas ou recomendadas pelo poder público devem estar ancoradas em evidências científicas consistentes, transparentes, atualizáveis e avaliáveis, com acompanhamento contínuo de resultados e respeito à diversidade de necessidades das crianças e das famílias (Sandbank et al., 2023; Lord et al., 2022).

Também é importante reconhecer a diferença entre evidência clínica e evidência pedagógica. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são instrumentos típicos da área da saúde. Práticas pedagógicas baseadas em evidências, por sua vez, exigem critérios próprios, relacionados a participação, aprendizagem, acessibilidade, currículo e contexto escolar. A literatura brasileira sobre educação especial e autismo mostra que a transposição automática de uma lógica clínica para o interior da escola pode produzir medicalização indevida e empobrecimento do projeto pedagógico. Por isso, a legislação deve diferenciar explicitamente essas esferas, protegendo o espaço educacional e, ao mesmo tempo, promovendo articulação qualificada entre saúde e educação (Nunes & Schmidt, 2019; Instituto Pensi, 2025c).

### 4.4 Meninas, mulheres e camuflagem

A literatura mais recente sobre Transtorno do Espectro Autista também chama atenção para diferenças de identificação entre meninos e meninas e, mais amplamente, para os processos de camuflagem. A expressão camuflagem se refere a estratégias cognitivas e comportamentais usadas por algumas pessoas autistas para mascarar dificuldades ou para se adequar a expectativas sociais em determinados contextos. Revisões sistemáticas mostram que esse fenômeno está associado a custos subjetivos importantes, inclusive sofrimento psíquico, exaustão e atraso na identificação das necessidades de apoio (Cook et al., 2021; Lord et al., 2020).

Meninas e mulheres autistas podem ser subidentificadas porque seus sinais nem sempre correspondem aos perfis historicamente mais reconhecidos pelos serviços e pela literatura clínica. Além disso, processos de camuflagem, expectativas sociais de gênero e vieses acumulados na produção do conhecimento e na prática assistencial podem contribuir para diagnóstico tardio, sofrimento psíquico e menor acesso a apoio adequado. Esse enquadramento é mais consistente com a literatura recente e permite tratar o tema com maior rigor analítico e cautela conceitual (Cook et al., 2021).

#### **4.5 Pessoas autistas adultas: invisibilidade, diagnóstico tardio e continuidade do cuidado**

A agenda brasileira sobre TEA permanece fortemente concentrada na infância. Essa ênfase é compreensível, porque a identificação precoce e o início oportuno de apoios podem reduzir barreiras ao desenvolvimento e à participação. Entretanto, uma política pública nacional não pode se limitar à infância. O autismo é uma condição do neurodesenvolvimento que acompanha a pessoa ao longo da vida, e as necessidades de apoio se transformam conforme a trajetória escolar, familiar, laboral, afetiva, comunitária e de envelhecimento.

A invisibilidade do adulto autista se expressa em pelo menos quatro dimensões. A primeira é o diagnóstico tardio, especialmente entre pessoas que não foram identificadas na infância, mulheres, pessoas com maior capacidade de camuflagem, pessoas com menor acesso a serviços especializados e pessoas que chegam aos serviços por sofrimento psíquico, dificuldades de socialização, ruptura ocupacional ou demandas de saúde mental. A segunda é a descontinuidade assistencial após a maioridade, quando se rompem fluxos organizados em torno da criança e do adolescente e faltam protocolos específicos para adultos. A terceira é a fragilidade das políticas de trabalho e renda. A quarta é a insuficiência de alternativas de moradia assistida, residência protegida, apoio à vida independente e suporte a famílias cuidadoras envelhecidas.

Os dados oficiais brasileiros ainda são limitados para caracterizar de forma abrangente a vida adulta autista. O Censo Demográfico 2022 identificou 2,4 milhões de pessoas com diagnóstico de TEA e mostrou maior prevalência entre crianças e adolescentes, enquanto nos grupos etários adultos os percentuais foram mais baixos. Esse padrão pode refletir diferenças geracionais de acesso a diagnóstico e registro, e não apenas diferenças reais de prevalência (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2025). O Mapa Autismo Brasil, embora não seja pesquisa probabilística, oferece sinal importante: entre os respondentes de 18 a 76 anos, 29,9% afirmaram estar desempregados ou sem renda, apontando para um desafio estrutural de inclusão produtiva (Empresa Brasil de Comunicação, 2026).

A Lei nº 15.256/2025 abre oportunidade relevante ao incluir na Lei Berenice Piana o incentivo à investigação diagnóstica em adultos e idosos. No entanto, sua efetividade dependerá de regulamentação e instrumentos operacionais. Isso inclui definição de portas de entrada para suspeita em adultos, formação de equipes de saúde mental e Atenção Primária, protocolos para diagnóstico diferencial e

comorbidades, integração com assistência social, orientação sobre direitos, estratégias de empregabilidade apoiada e atenção às necessidades de moradia e cuidado de longa duração (Brasil, Câmara dos Deputados, 2025b).

A experiência internacional oferece parâmetros úteis. As diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* para adultos recomendam avaliação abrangente por profissionais treinados, considerando funcionamento em casa, educação e trabalho, reconhecendo dificuldades para obter ou manter emprego como uma das razões para avaliação. Além disso, recomendam programas individuais de emprego apoiado para adultos autistas com dificuldade de inserção ou permanência no trabalho, e tratam a organização de caminhos locais de cuidado, coordenação e continuidade como parte da política para adultos. As diretrizes também preveem cuidados residenciais comunitários de pequeno porte quando necessários, com ambiente estruturado, apoio à autonomia e envolvimento da família ou cuidadores (*National Institute for Health and Care Excellence, 2021*).

## 5. O que a experiência brasileira ensina sobre acesso, rede e capacidades públicas

Uma política consistente para Transtorno do Espectro Autista não pode ser pensada apenas a partir do diagnóstico. Ela depende de acesso real a serviços, profissionais, informação qualificada, continuidade do cuidado e coordenação entre saúde, educação e assistência social. Essa constatação é especialmente importante em um país marcado por desigualdades regionais e por forte variação na capacidade de resposta dos municípios. A literatura brasileira recente mostra barreiras relevantes de acesso a cuidado para crianças e adolescentes autistas, relacionadas a renda, escolaridade das famílias, localização territorial e tipo de rede disponível (Araripe et al., 2022).

O estudo de Araripe e colaboradores evidencia que acesso a intervenções comportamentais e a serviços especializados é mais frequente entre usuários do sistema privado ou entre famílias com maior escolaridade. A ausência de tratamentos especializados é menos frequente em capitais e em contextos com melhores condições socioeconômicas. Em termos de política pública, isso significa que o debate legislativo sobre TEA deve ser acompanhado de uma discussão séria sobre desigualdade territorial, coordenação federativa e financiamento. Do contrário, o risco é universalizar o direito apenas no plano formal e reproduzir profundas assimetrias de acesso no plano material (Araripe et al., 2022).

No plano da rede pública, o Ministério da Saúde já dispõe de uma arquitetura normativa relevante, com papel para a Atenção Primária à Saúde, para os Centros Especializados em Reabilitação e para os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. O anúncio ministerial de 2026 sobre a ampliação dos Centros Especializados em Reabilitação e a digitalização do M-CHAT-R/F é um passo importante, mas ainda não substitui a necessidade de pactuar fluxos, formar equipes, reduzir filas, integrar bases de dados e criar indicadores transparentes. Em políticas complexas, a simples existência da rede no papel não garante seu funcionamento coordenado.

Essa observação vale também para a escola. O debate sobre TEA frequentemente destaca o direito à matrícula e à inclusão escolar, mas a experiência brasileira em educação especial mostra que acesso formal e suporte efetivo não caminham automaticamente juntos. Essa é uma das contribuições mais relevantes da pesquisa recente do Instituto Pensi e um aprendizado que pode e deve ser transferido para a discussão sobre TEA.

### 5.1 Proteção social, BPC/LOAS e barreiras de acesso

A proteção social deve integrar o desenho da política nacional para TEA. A Lei Berenice Piana reconhece a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais e inclui entre seus direitos o acesso à previdência social e à assistência social. Nesse contexto, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, pode ser acessado por pessoas autistas quando atendidos os critérios legais e administrativos aplicáveis às pessoas com deficiência em situação de baixa renda.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o BPC garante um salário-mínimo mensal à pessoa idosa com 65 anos ou mais e à pessoa com deficiência de qualquer idade que comprove baixa renda. Para recebê-lo, são exigidos renda familiar per capita de até um quarto do salário-mínimo, deficiência verificada por avaliação biopsicossocial, inscrição atualizada no Cadastro Único, CPF dos membros do grupo familiar, registro biométrico e residência no Brasil. Portanto, o diagnóstico de TEA pode fundamentar o reconhecimento da deficiência, mas não torna o benefício automático (Brasil, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2026).

Esse desenho cria uma desconexão frequente entre direito reconhecido e acesso concreto. Famílias precisam reunir laudos, documentos socioeconômicos, inscrição cadastral, avaliações e informações que muitas vezes estão dispersas entre saúde, assistência social, escola e serviços privados. Além disso, a avaliação do BPC exige compreender os impedimentos de longo prazo e sua interação com barreiras sociais, comunicacionais, econômicas e territoriais, o que nem sempre é captado adequadamente por procedimentos administrativos padronizados. A consequência pode ser demora, indeferimento, necessidade de recurso ou judicialização, especialmente para famílias com menor acesso à informação, apoio jurídico e serviços especializados.

O Mapa Autismo Brasil oferece sinal exploratório desse problema. A pesquisa informou que 76,6% dos entrevistados utilizavam algum tipo de benefício, mas a maior parte se referia a instrumentos de identificação ou prioridade de atendimento, sendo que apenas 16,6% declararam acesso ao BPC. Por se tratar de levantamento online e voluntário, o dado não deve ser usado como estimativa populacional. Ainda assim, ele reforça a necessidade de investigar a distância entre elegibilidade potencial, solicitação, concessão e manutenção do benefício (Empresa Brasil de Comunicação, 2026).

Para o aperfeiçoamento legislativo, esse tema sugere três cuidados. Primeiro, a política nacional deve prever articulação efetiva entre CRAS, unidades de saúde, escolas e serviços especializados para orientar famílias sobre proteção social. Segundo, deve produzir indicadores sobre acesso ao BPC por pessoas com TEA, incluindo tempo de análise, motivos de indeferimento e perfil territorial das concessões. Terceiro, deve evitar que famílias precisem comprovar repetidamente a mesma condição em múltiplos sistemas, fortalecendo fluxos de informação e preservando a proteção de dados pessoais.

## 6. Lições da pesquisa do Instituto Pensi sobre educação especial

Os relatórios “A Inclusão no Papel” e “Entre a Lei e a Prática” fornecem um aprendizado institucional decisivo para esta nota técnica. O primeiro mapeou políticas de educação especial em estados e capitais e construiu uma régua para avaliar a robustez normativa das legislações e arranjos institucionais. O segundo examinou a oferta efetiva do Atendimento Educacional Especializado (AEE) com base em dados oficiais. Em conjunto, esses documentos mostram que o Brasil convive com um padrão recorrente. Há casos em que o arcabouço normativo é relativamente detalhado, mas a implementação permanece limitada. Em outros, a oferta de serviços depende mais de capacidades locais, coordenação e financiamento do que do grau de detalhamento formal da norma (Instituto Pensi, 2025a, 2025b).

O dado mais expressivo desse diagnóstico é que apenas 20,5% das escolas declararam ofertar AEE no país. Além disso, 45,5% dos estudantes público-alvo da educação especial estava matriculados em escolas sem esse atendimento e 568 municípios não registravam nenhuma escola ou centro com esse serviço. O estudo também mostrou associação fraca entre a robustez normativa e a implementação observada. A leitura correta desse achado não é que a norma seja irrelevante. A leitura correta é que detalhamento jurídico, sozinho, não garante inclusão. Ele é apenas um dos mecanismos necessários para que a política funcione (Instituto Pensi, 2025b).

Essa conclusão é extremamente relevante para o debate sobre Transtorno do Espectro Autista. Se um campo com longa trajetória normativa e obrigação clara de oferta ainda apresenta distância expressiva entre direito declarado e serviço entregue, seria pouco prudente assumir que uma nova lei específica, por si só, resolverá o problema do acesso a diagnóstico, cuidado e suporte educacional. A lição do Instituto Pensi é outra. Mecanismos importam. Regulamentação importa. Fontes de custeio importam. Indicadores importam. Coordenação intersetorial importa. E sobretudo, formação profissional importa. Em síntese, a eficácia de uma lei depende da arquitetura pública que a acompanha.

A nota técnica propõe, portanto, que a experiência da educação especial seja mobilizada não para enfraquecer a discussão sobre TEA, mas para qualificá-la. O argumento não é contra normas. O argumento é contra a ilusão de que a norma basta. Quando o sistema não define quem faz o quê, com quais recursos, em que prazos, com quais critérios e sob qual forma de prestação de contas, o resultado tende a ser conhecido. Expansão desigual, judicialização, sobrecarga das famílias e persistência de lacunas na ponta.

## 7. Projeto de Lei nº 3.080/2020 e agendas legislativas correlatas



O Projeto de Lei nº 3.080/2020 deve ser analisado à luz desse percurso normativo. Seu papel potencial não é substituir a Lei Berenice Piana, mas consolidar, atualizar e operacionalizar uma política que já existe formalmente e que foi ampliada por leis posteriores. A contribuição do Policy Brief publicado anteriormente pelo Instituto Pensi é especialmente útil nesse ponto: ele organiza a evolução desde a Lei nº 12.764/2012, mostra como a Lei Romeo Mion e a Lei nº 15.131/2025 se conectam ao eixo de implementação, e oferece uma análise específica sobre os riscos de usar a expressão “baseado em evidências” sem balizas conceituais, financiamento e monitoramento (Instituto Pensi, 2025c).

No plano legislativo mais amplo, o debate atual sobre política nacional para pessoas com Transtorno do Espectro Autista é estruturado pelo Projeto de Lei nº 3.080/2020, de autoria de Alexandre Frota, apresentado em 2 de junho de 2020, que institui a política pública nacional para garantia, proteção e ampliação dos direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Esse é o projeto principal vinculado à Comissão Especial sobre a Política Nacional para Pessoas com Autismo, criada para proferir parecer sobre a matéria e seus apensados. Na consulta realizada para esta nota, a ficha de tramitação da Câmara registrava 99 proposições apensadas ao Projeto de Lei nº 3.080/2020, o que evidencia sua centralidade no ordenamento do debate legislativo atual. A agenda da comissão e a notícia publicada pela Câmara em 23 de abril de 2026, sobre audiência dedicada à inclusão de jovens e adultos autistas no mercado de trabalho, confirmam que essa é a proposição estruturante em discussão no momento (Brasil, Câmara dos Deputados, 2026b, 2026c, 2026d).

Entre as proposições correlatas, o Projeto de Lei (PL) nº 9.997/2018 permanece relevante por tratar de um eixo mais específico da agenda, relacionado à alteração da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, com ênfase em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas baseados em evidências e em atendimento educacional apropriado. A proposição já foi aprovada na Comissão de Educação e na Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e aguarda designação de relatoria na Comissão de Finanças e Tributação. Seu conteúdo é importante para esta nota não porque represente a proposição principal atualmente em debate, mas porque oferece um exemplo concreto de como questões sobre evidência, educação inclusiva, regulamentação, financiamento e monitoramento aparecem de forma setorial e podem dialogar com a arquitetura mais abrangente em discussão na Comissão Especial do Projeto de Lei nº 3.080/2020 (Brasil, Câmara dos Deputados, 2026a, 2026b).

A leitura proposta nesta nota é que o valor do Projeto de Lei nº 3.080/2020 e de suas proposições correlatas não deve ser medido apenas pela intenção normativa, mas pela capacidade de produzir uma política executável. Isso exige, no mínimo, quatro cuidados. Primeiro, definir com clareza o que significa baseado em evidências em cada campo. Na saúde, o termo deve remeter a protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas públicos, transparentes e atualizáveis. Na educação, deve se referir a práticas pedagógicas ancoradas em evidência, com critérios próprios e sem importar automaticamente uma lógica terapêutica para o espaço escolar. Segundo, o texto precisa indicar como se dará a regulamentação dos fluxos, das responsa-

bilidades e da articulação intersetorial. Terceiro, a proposta precisa ser lida à luz do financiamento. A experiência brasileira mostra que transferência de responsabilidade sem contrapartida de recursos tende a aprofundar desigualdades federativas. Quarto, é indispensável incorporar dispositivos de monitoramento e prestação de contas (Howlett & Rayner, 2007; Instituto Pensi, 2025b).

Nessa mesma direção, o Projeto de Lei (PL) nº 2.163/2025 merece ser observado como peça complementar. Ele trata da formação continuada de professores da rede pública em práticas pedagógicas baseadas em evidências, com foco em estudantes com Transtorno do Espectro Autista. Ainda que sua tramitação seja paralela, seu conteúdo reforça uma tese importante. A legislação só se sustenta quando a capacidade profissional acompanha a ambição do texto. Nesse sentido, o desenho normativo brasileiro ganha consistência quando articula lei, formação, financiamento e monitoramento em vez de imaginar que qualquer um desses elementos possa funcionar sozinho (Brasil, Câmara dos Deputados, 2025a; Instituto Pensi, 2025c).

## 8. Legislação comparada e lições internacionais



A comparação internacional ajuda a evitar dois equívocos frequentes. O primeiro é imaginar que países com respostas mais robustas necessariamente possuem uma lei separada e exaustiva para Transtorno do Espectro Autista. O segundo é supor que a existência de uma lei específica seja irrelevante em todos os casos. A evidência comparada mostra algo mais complexo. Em diferentes países, os direitos fundamentais das pessoas autistas costumam estar protegidos por marcos gerais de deficiência, educação, saúde e acessibilidade. Ao mesmo tempo, muitos sistemas criam instrumentos específicos de coordenação, planos de ação, estratégias nacionais, *guidance* estatutário ou programas focalizados para responder a necessidades próprias do autismo (*Organisation for Economic Co-operation and Development*, 2026).

A Inglaterra é o caso mais conhecido de legislação específica, com o *Autism Act* 2009. Mas o próprio modelo inglês confirma a lógica desta nota. A lei é importante, porém sua efetividade depende de estratégia nacional, diretrizes normativas e deveres concretos para autoridades locais e para o *National Health Service*. Nos Estados Unidos, por sua vez, o núcleo da proteção jurídica está em leis gerais como o *Individuals with Disabilities Education Act* e o *Americans with Disabilities Act*, enquanto instrumentos específicos como o *Autism CARES Act* operam sobretudo em coordenação, vigilância e financiamento federal. Austrália, Irlanda, Canadá e França mostram arranjos diversos, mas todos apontam para a mesma conclusão. O que realmente faz diferença é a articulação entre direitos, serviços, financiamento e mecanismos de implementação.

**Tabela 1. Síntese comparativa de políticas para pessoas com autismo em países selecionados**

País	Base geral de direitos	Instrumento específico ligado ao autismo	Como a implementação é garantida	Lição para o Brasil
 <b>Inglaterra</b>	Legislação geral de saúde, assistência e igualdade	Autism Act 2009 e diretrizes estatutárias para autoridades locais e National Health Service	Estratégia nacional, diretrizes obrigatórias, deveres administrativos e monitoramento	Lei específica pode ser útil quando opera como mecanismo de coordenação e responsabilização, não apenas como declaração de princípios
 <b>Estados Unidos</b>	Individuals with Disabilities Education Act e Americans with Disabilities Act	Autism CARES Act para pesquisa, treinamento, vigilância e coordenação federal	Proteção de direitos via marcos gerais e apoio específico por programas federais e estaduais	Direitos podem estar em marcos gerais, desde que combinados com instrumentos específicos de financiamento e coordenação
 <b>Austrália</b>	Legislação geral sobre deficiência e sistemas de apoio	National Autism Strategy 2025–2031	Estratégia nacional, alinhamento com serviços, com o sistema nacional de seguro para deficiência e com roteiros setoriais	Estratégias nacionais podem ser mais relevantes do que novas leis quando articulam serviços e metas de implementação
 <b>Irlanda</b>	Marcos gerais de deficiência e inclusão	Autism Innovation Strategy	Ações intergovernamentais de duração definida para problemas específicos não cobertos por outras políticas	Instrumentos específicos podem complementar políticas gerais quando há lacunas reconhecidas
 <b>Canadá</b>	Accessible Canada Act e marcos provinciais	Programas provinciais, como o Ontario Autism Program	Combinação entre legislação geral de acessibilidade e arranjos subnacionais específicos de oferta e financiamento	A proteção pode ser geral em nível federal e específica na provisão local, desde que existam regras de acesso claras
 <b>França</b>	Direitos gerais de deficiência, saúde e educação	Estratégias nacionais para autismo e transtornos do neurodesenvolvimento	Planos plurianuais com metas, financiamento e plataformas de coordenação	A política específica pode ser estruturada por estratégia interministerial e não necessariamente por lei autônoma

*Fonte: elaboração própria a partir de documentos oficiais do Reino Unido, Estados Unidos, Austrália, Irlanda, Canadá e França, além de síntese comparativa da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2026).*

A comparação acima sustenta uma formulação importante para o debate brasileiro. Não se trata de defender automaticamente uma legislação específica nem de recusá-la por princípio. Uma lei específica pode ser útil quando resolve problemas de coordenação, cria deveres claros, estabelece parâmetros de acesso, induz formação, organiza financiamento e fortalece a prestação de contas. Mas, sem esses mecanismos, a lei tende a ter alto valor simbólico e baixo valor operativo.

Essa é a razão pela qual esta nota recomenda que o debate brasileiro se desloque da pergunta simplificadora sobre ter ou não ter uma lei própria para a pergunta substantiva sobre quais instrumentos tornam uma política executável. A experiência internacional sugere que o núcleo da boa resposta está menos na forma jurídica isolada e mais na qualidade do arranjo institucional que a acompanha e na formação contínua dos profissionais de saúde e educação envolvidos.

## 9. Condições institucionais para que a política pública nacional produza efeitos

À luz das evidências analisadas, o debate brasileiro sobre Transtorno do Espectro Autista não deve ser organizado em torno de uma oposição simplificadora entre criar ou não criar uma legislação específica. A questão substantiva é outra. Quais condições institucionais tornam um direito exequível em um país federativo, desigual e marcado por capacidades públicas muito heterogêneas. A literatura de implementação mostra que normas ambiciosas fracassam quando não são acompanhadas de instrumentos, incentivos, clareza procedimental, apoio organizacional e mecanismos de aprendizagem ao longo da execução (Pressman & Wildavsky, 1973; Damschroder et al., 2022).

No caso brasileiro, isso significa que qualquer arranjo normativo associado ao Projeto de Lei nº 3.080/2020 e às proposições correlatas precisa ser avaliado menos por sua autonomia simbólica e mais por sua capacidade de produzir identificação precoce, avaliação diagnóstica qualificada, cuidado longitudinal, integração entre saúde, educação e assistência social, formação profissional e prestação de contas pública. A literatura científica e os documentos oficiais convergem na direção de que triagem, diagnóstico, intervenção, inclusão escolar e acompanhamento social precisam ser tratados como partes de um sistema articulado de cuidado, e não como frentes independentes (Brasil, Ministério da Saúde, 2025; Lord et al., 2022; Instituto Pensi, 2025c).

Também é indispensável explicitar como se dará a garantia material desses direitos. Em um país com forte desigualdade federativa, transferir encargos adicionais a estados e municípios sem previsão clara de financiamento, apoio técnico e responsabilidades compartilhadas tende a reproduzir assimetrias territoriais. A experiência do Atendimento Educacional Especializado é ilustrativa nesse ponto. Mesmo em um campo com obrigação legal consolidada, a implementação permanece incompleta quando a política não combina indução financeira, capacidade institucional e monitoramento público. Os estudos do Instituto Pensi mostram que maior detalhamento normativo, por si só, não resulta automaticamente em maior inclusão, o que reforça a centralidade dos mecanismos de implementação (Instituto Pensi, 2025a, 2025b; Damschroder et al., 2022).

A conclusão que decorre desse conjunto de evidências é objetiva. O Brasil deve fortalecer a proteção de direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista, mas esse fortalecimento só produzirá efeitos socialmente relevantes se vier acompanhado de triagem validada, fluxos diagnósticos claros, rede de cuidado, formação profissional, orçamento, integração intersetorial e monitoramento público. A eventual criação de uma lei específica pode ser útil quando opera como instrumento de coordenação, garantia e responsabilização. Sem esses elementos, a tendência é reproduzir o padrão já observado em outras áreas, no qual a norma expande promessas, mas não altera com a mesma intensidade a experiência concreta das crianças, dos adolescentes e de suas famílias (Instituto Pensi, 2025b; United Kingdom, 2009; Lord et al., 2022).

## 10. Requisitos técnicos para o aperfeiçoamento legislativo e regulatório



O primeiro requisito é informacional. O país precisa adotar um critério estável para dimensionar a magnitude do tema e acompanhar sua evolução. Para isso, o dado do Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística deve permanecer como referência principal para o planejamento público, enquanto levantamentos independentes podem ser usados como fonte complementar para compreender experiências de acesso, barreiras e trajetórias de cuidado. Essa distinção é importante porque evita tanto o uso indevido de pesquisas não probabilísticas como estimativa populacional quanto o apagamento de evidências relevantes sobre a experiência concreta das famílias (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2025; Zeidan et al., 2022; Mapa Autismo Brasil, 2026).

O segundo requisito é assistencial. Qualquer aperfeiçoamento legislativo deve ser ancorado na Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista do Ministério da Saúde e em suas atualizações operacionais. Isso implica reconhecer o papel da Atenção Primária à Saúde, da entrevista de seguimento do *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up*, dos Centros Especializados em Reabilitação, dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e dos fluxos diagnósticos multiprofissionais. Também implica afirmar, de modo claro, que a entrada da criança no cuidado não deve depender de espera indefinida por laudo definitivo quando os sinais de risco já justificam acompanhamento e intervenção (Brasil, Ministério da Saúde, 2025, 2026; Hyman et al., 2020; *National Institute for Health and Care Excellence*, 2017).

O terceiro requisito é regulatório. O texto legal não deve transformar instrumentos específicos de avaliação ou métodos terapêuticos em solução isolada para o acesso a direitos. A literatura científica sustenta que o diagnóstico depende de avaliação clínica e multiprofissional e que diferentes práticas podem produzir efeitos positivos quando são precoces, individualizadas e acompanhadas por monitoramento contínuo. A solução institucional mais robusta é exigir parâmetros públicos de evidência, transparência e revisão periódica, evitando tanto a captura por protocolos proprietários quanto a falsa expectativa de que exista um único método superior a todos os demais em qualquer contexto (Lord et al., 2020; Hume et al., 2021; Sandbank et al., 2023).

O quarto requisito é pedagógico e profissional. A legislação deve diferenciar explicitamente evidência clínica e evidência pedagógica, protegendo o espaço escolar de medicalização indevida. Nesse ponto, o Projeto de Lei nº 2.163/2025 aparece como peça complementar relevante, porque trata da formação continuada de professores em práticas pedagógicas baseadas em evidências. A experiência comparada e a produção brasileira em educação especial indicam que uma política consistente precisa articular saúde e educação sem diluir a especificidade de cada campo nem transformar a escola em extensão do consultório (Brasil, Câmara dos Deputados, 2025a; Nunes & Schmidt, 2019; Instituto Pensi, 2025c).

O quinto requisito é financeiro e federativo. Qualquer desenho normativo associado ao Transtorno do Espectro Autista precisa vir acompanhado de definição mais clara

sobre financiamento, cofinanciamento e apoio técnico para implementação. Isso é particularmente importante em um país no qual a capacidade local é muito desigual e no qual a mera transferência de responsabilidade para entes subnacionais tende a ampliar disparidades. A evidência produzida pelo Instituto Pensi sobre educação especial mostra que, sem mecanismos de indução e sem estrutura de monitoramento, mesmo políticas juridicamente consolidadas apresentam grandes vazios de cobertura e qualidade (Instituto Pensi, 2025a, 2025b; Pressman & Wildavsky, 1973).

O sexto requisito é de monitoramento e *accountability*. A eventual política precisa prever indicadores públicos e comparáveis, como tempo entre suspeita e primeira avaliação, cobertura territorial dos serviços, proporção de equipes capacitadas, início de cuidado após triagem positiva e integração entre saúde, educação e assistência social. Sem essas informações, a sociedade, os gestores e os próprios legisladores perdem a capacidade de acompanhar implementação, corrigir rotas e identificar onde persistem gargalos. A literatura de implementação e a experiência internacional mostram que monitoramento não é etapa posterior. É parte constitutiva de uma política capaz de aprender e ajustar seu curso (Damschroder et al., 2022; *Organisation for Economic Co-operation and Development*, 2026; Instituto Pensi, 2025b).

O sétimo requisito é longitudinal e orientado pelo curso de vida. A política nacional deve prever atenção a pessoas autistas em todas as etapas da vida, com instrumentos específicos para a transição da adolescência para a vida adulta, diagnóstico tardio, continuidade assistencial após a maioridade, inserção e permanência no mercado de trabalho, acesso à proteção social, apoio a cuidadores e alternativas de moradia assistida ou vida independente. A Lei nº 15.256/2025 cria uma janela institucional para esse avanço ao incentivar a investigação diagnóstica em adultos e idosos, mas sua efetividade dependerá de protocolos, responsabilidades, prazos e indicadores. Entre os indicadores possíveis estão: tempo entre suspeita e avaliação em adultos, número de equipes capacitadas para diagnóstico tardio, proporção de jovens autistas com plano de transição para a vida adulta, acesso a programas de emprego apoiado, uso de auxílio-inclusão e BPC, disponibilidade de serviços residenciais comunitários e continuidade do cuidado após os 18 anos (Brasil, Câmara dos Deputados, 2025b; *National Institute for Health and Care Excellence*, 2021).

## 11. Considerações finais



A evidência reunida nesta nota sugere que o debate brasileiro sobre Transtorno do Espectro Autista precisa sair de uma oposição simplificada entre criar ou não criar novas normas. O ponto central é outro. Direitos só se tornam efetivos quando há instrumentos públicos capazes de sustentá-los. No campo do autismo, isso significa triagem validada, capacidade diagnóstica distribuída, rede de cuidado, formação continuada, integração entre setores, financiamento e monitoramento (Brasil, Ministério da Saúde, 2025, 2026; Hyman et al., 2020; *Organisation for Economic Co-operation and Development*, 2026).

A experiência recente da educação especial no Brasil oferece um alerta valioso. Mesmo quando as normas são detalhadas, a implementação pode permanecer parcial, desigual e frágil se o mecanismo institucional não estiver bem desenhado. É por isso que a contribuição mais útil do Instituto Pensi para o debate sobre o Projeto de Lei nº 3.080/2020 não é a defesa abstrata de uma nova lei, mas a afirmação técnica de que qualquer nova arquitetura normativa deve vir acompanhada de garantias concretas de execução. Nesse ponto, proposições correlatas, como o Projeto de Lei nº 9.997/2018, ajudam a ilustrar como debates setoriais sobre evidências, formação qualificada em educação inclusiva e regulamentação precisam ser integrados a uma política mais ampla. Sem isso, o risco é conhecido. Uma nova promessa jurídica sem mudança suficiente na experiência real das crianças, adolescentes e famílias (Instituto Pensi, 2025a, 2025b).

Se houver legislação específica para TEA, ela deve ser concebida como dispositivo de coordenação, indução de capacidade e responsabilização pública. Se o caminho escolhido for fortalecer marcos já existentes com regulamentação e instrumentos operacionais, a exigência é a mesma. Em ambos os casos, a prioridade substantiva permanece. Construir uma política pública que una direito, ciência e capacidade estatal para responder, com equidade e consistência, às necessidades das pessoas autistas ao longo do curso de vida (Howlett & Rayner, 2007; *Organisation for Economic Co-operation and Development*, 2026; United Nations, 2006).

Depois de mais de uma década da Lei Berenice Piana, a evidência reunida nesta nota indica que a pergunta decisiva não é apenas como ampliar o texto legal, mas como garantir que cada direito já reconhecido seja acompanhado por condições materiais de entrega. A incorporação de professores nos fluxos de observação e encaminhamento, o fortalecimento da proteção social, a articulação com o BPC/LOAS e a atenção explícita à vida adulta e ao envelhecimento tornam a proposta mais consistente com a realidade brasileira. Também reduzem o risco de que a política nacional permaneça centrada apenas na infância e na promessa normativa, deixando sem resposta as necessidades de adolescentes, adultos, idosos, famílias e cuidadores ao longo do curso de vida.

## Referências

**Araripe, B., Montiel-Nava, C., Bordini, D., Cecílio, J. O., Garrido, G., & Paula, C. S. (2022).** Profile of service use and barriers to access to care among Brazilian children and adolescents with autism spectrum disorders. *Brain Sciences*, 12(10), 1421. <https://doi.org/10.3390/brainsci12101421>

**Australian Government. (2025).** National Autism Strategy 2025–2031. Department of Health and Aged Care. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-autism-strategy-2025-2031>

**Brasil. Câmara dos Deputados. (2025a).** Projeto de Lei nº 2.163/2025. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2505499>

**Brasil. Câmara dos Deputados. (2026a).** Projeto de Lei nº 9.997/2018. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2171623>

**Brasil. Câmara dos Deputados. (2026b).** Projeto de Lei nº 3.080/2020. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2254341>

**Brasil. Câmara dos Deputados. (2026c).** Comissão Especial sobre a Política Nacional para Pessoas com Autismo (PL 3080/20). <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/57a-legislatura/comissao-especial-destinada-a-proferir-parecer-ao-projeto-de-lei-no-3080-de-2020>

**Brasil. Câmara dos Deputados. (2026d, 23 de abril).** Comissão discute inclusão de jovens e adultos autistas no mercado de trabalho. <https://www.camara.leg.br/noticias/1265356-comissao-discute-inclusao-de-jovens-e-adultos-autistas-no-mercado-de-trabalho/>

**Brasil. Ministério da Saúde. (2025).** Linha de cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_pessoas\\_tea.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf)

**Brasil. Ministério da Saúde. (2026, 1 de abril).** Ministério da Saúde amplia assistência a pessoas com TEA com investimento de R\$ 83 milhões. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/abril/ministerio-da-saude-amplia-assistencia-a-pessoas-com-tea-com-investimento-de-r-83-milhoes>

**Brasil. Câmara dos Deputados. (2012).** Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12764-27-dezembro-2012-774838-publicacaooriginal-138466-pl.html>

**Brasil. Câmara dos Deputados. (2025b).** Lei nº 15.256, de 12 de novembro de 2025. Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, para incentivar a realização da investigação diagnóstica do transtorno do espectro autista em pessoas adultas e idosas. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2025/lei-15256-12-novem->

bro-2025-798277-publicacaooriginal-176979-pl.html

**Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. (2026).** Benefício de Prestação Continuada (BPC). <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>

**Brasil. Presidência da República. (2020).** Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020. Altera a Lei nº 12.764/2012 para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CipTEA). [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/l13977.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13977.htm)

**Brasil. Senado Federal. (2025, 30 de abril).** Lei garante terapia nutricional para autistas. Agência Senado. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/04/30/lei-garante-terapia-nutricional-para-autistas>

**Centers for Disease Control and Prevention. (2025).** Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 sites, United States, 2022. *MMWR Surveillance Summaries*, 74(2). <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/ss/ss7402a1.htm>

**Cook, J., Hull, L., Crane, L., & Mandy, W. (2021).** Camouflaging in autism: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 89, 102080. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102080>

**Couto, C. C., Furtado, M. C. C., Zilly, A., & Silva, M. A. I. (2019).** Teachers' experiences with autism: Impact on early diagnosis and school inclusion. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 21, 55954. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.55954>

**Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022).** The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17, 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>

**Department of Health and Social Care. (2015).** Statutory guidance for local authorities and NHS organisations to support implementation of the Adult Autism Strategy. Government of the United Kingdom. <https://www.gov.uk/government/publications/adult-autism-strategy-statutory-guidance>

**Empresa Brasil de Comunicação. (2026, 9 de abril).** Autismo: pesquisa aponta baixo acesso a diagnóstico e terapias. Agência Brasil. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2026-04/autismo-pesquisa-aponta-baixo-acesso-diagnostico-e-terapias>

**Geels, F. W. (2004).** From sectoral systems of innovation to socio-technical systems: Insights about dynamics and change from sociology and institutional theory. *Research Policy*, 33(6–7), 897–920. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2004.01.015>

**Girianelli, V. R., Tomazelli, J., Silva, C. M. F. P., Fernandes, C. S., & Girianelli, V. R. (2023).** Early diagnosis of autism and other developmental disorders,

Brazil, 2013–2019. *Revista de Saúde Pública*, 57, 21. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004710>

**Government of Canada. (2019).** Accessible Canada Act (S.C. 2019, c. 10). Justice Laws Website. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/a-0.6/>

**Government of Ireland. (2024).** Autism Innovation Strategy. Department of Children, Disability and Equality. <https://www.gov.ie/en/department-of-children-disability-and-equality/publications/autism-innovation-strategy/>

**Government of Ontario. (2019).** Ontario Autism Program. <https://www.ontario.ca/page/ontario-autism-program>

**Howlett, M., & Rayner, J. (2007).** Design principles for policy mixes: Cohesion and coherence in new governance arrangements. *Policy and Society*, 26(4), 1–18. [https://doi.org/10.1016/S1449-4035\(07\)70118-2](https://doi.org/10.1016/S1449-4035(07)70118-2)

**Hume, K., Steinbrenner, J. R., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N. S., Yücesoy-Özkan, Ş., & Savage, M. N. (2021).** Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism: Third generation review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 4013–4032. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04844-2>

**Hyman, S. L., Levy, S. E., Myers, S. M., Council on Children with Disabilities, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2020).** Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 145(1), e20193447. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025, 23 de maio).** Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil. <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>

**Instituto Pensi. (2025a).** A inclusão no papel: Mapeamento das políticas de educação especial no Brasil. Fundação José Luiz Setúbal. [https://pensisocial.org.br/wp-content/uploads/2025/10/Vol\\_1-A\\_Inclusao\\_no\\_Papel-Digital.pdf](https://pensisocial.org.br/wp-content/uploads/2025/10/Vol_1-A_Inclusao_no_Papel-Digital.pdf)

**Instituto Pensi. (2025b).** Entre a lei e a prática: Um retrato da oferta do atendimento educacional especializado no Brasil. Fundação José Luiz Setúbal. [https://pensisocial.org.br/wp-content/uploads/2025/10/Vol\\_2-Entre\\_lei\\_e\\_pratica.pdf](https://pensisocial.org.br/wp-content/uploads/2025/10/Vol_2-Entre_lei_e_pratica.pdf)

**Instituto Pensi. (2025c).** Baseado em evidências? O futuro da inclusão escolar no Brasil: Projeto de Lei nº 9.997/2018. Fundação José Luiz Setúbal. [https://pensisocial.org.br/wp-content/uploads/2025/10/Policy-Brief\\_O-futuro-da-inclusao-escolar.pdf](https://pensisocial.org.br/wp-content/uploads/2025/10/Policy-Brief_O-futuro-da-inclusao-escolar.pdf)

**Keehn, R. M. N., Swigonski, N. L., Enneking, B. A., Myers, S. M., & Shapiro, R. A. (2023).** Diagnostic accuracy of primary care clinicians across a statewide system of autism evaluation. *Pediatrics*, 152(2), e2023061188. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-061188>

**Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J. H., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. W., Taylor, J. L., & Veenstra-VanderWeele, J. (2020).** Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6, 5. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>

**Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., Carr, T., de Vries, P. J., Dissanayake, C., Divan, G., Freitag, C. M., Gotelli, M., Kasari, C., Knapp, M., Mundy, P., Plank, A., Scahill, L., Servili, C., Shattuck, P., Simonoff, E., Singer, A., Slonims, V., Wang, P. P., Ysraelit, M. C., Jellett, R., Pickles, A., Cusack, J., Howlin, P., Holbrook, A., Toolan, C., & McCauley, J. B. (2022).** The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271–334. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01541-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01541-5)

**M-CHAT-R/F. (2020).** Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up: Brazilian Portuguese version. [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R\\_F\\_Brazilian\\_Portuguese\\_v2.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portuguese_v2.pdf)

**Mapa Autismo Brasil. (2026).** Resultados da pesquisa sobre autismo. <https://www.mapaautismobrasil.com.br/resultados>

**National Institute for Health and Care Excellence. (2017).** Autism spectrum disorder in under 19s: Recognition, referral and diagnosis (Clinical guideline CG128; original publication 2011). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128>

**National Institute for Health and Care Excellence. (2021).** Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis and management (Clinical guideline CG142; original publication 2012). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142>

**Nunes, D. R. P., & Schmidt, C. (2019).** Educação especial e autismo: das práticas baseadas em evidências à escola. *Cadernos de Pesquisa*, 49(173), 84–104. <https://doi.org/10.1590/198053145494>

**Organisation for Economic Co-operation and Development. (2026).** Policy responses to rising autism diagnoses in childhood. [https://www.oecd.org/en/publications/policy-responses-to-rising-autism-diagnoses-in-childhood\\_08394255-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/policy-responses-to-rising-autism-diagnoses-in-childhood_08394255-en.html)

**Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1973).** Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland. University of California Press. <https://archive.org/details/implementationho00jeff>

**Republic of France. (2023).** Nouvelle stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023–2027. *Handicap.gouv.fr*. <https://handicap.gouv.fr/nouvelle-strategie-nationale-pour-les-troubles-du-neurodeveloppement-autisme-dys-tdah-tdi>

**Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C. M. A., Dumont-Mathieu, T., & Fein, D. (2014).** Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*, 133(1), 37–45. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1813>

**Salari, N., Rasoulpoor, S., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., Mohammadi, M., Djafarian, K., & Mohammadi, E. (2022).** The global prevalence of autism spectrum disorder: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 48, 112. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01310-w>

**Sandbank, M., Bottema-Beutel, K., Crowley, S., Cassidy, M., Dunham, K., Feldman, J. I., Crank, J., Albarran, S. A., Raj, S., Mahbub, P., & Woynaroski, T. G. (2023).** Autism intervention meta-analysis of early childhood studies. *BMJ*, 383, e076733. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076733>

**U.S. Department of Education. (n.d.).** Individuals with Disabilities Education Act. <https://sites.ed.gov/idea/>

**U.S. Department of Justice. (n.d.).** The Americans with Disabilities Act. <https://www.ada.gov/>

**United Kingdom. (2009).** Autism Act 2009. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2009/15/contents>

**United Nations. (2006).** Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

**World Health Organization. (2025).** Autism. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

**Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022).** Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>



**Pensi**  
Instituto de  
Pesquisa e Ensino



**Infinis**  
Instituto de Filantropia  
e Advocacy



Fundação  
**José Luiz  
Setúbal**

INSTITUIÇÕES DA