



**O DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM AUTISMO: REFLEXÕES SOBRE O  
ACESSO AOS TRATAMENTOS PERTINENTES DIANTE DA CONFORMAÇÃO  
ATUAL DO CID 11**

Júlia Sousa Silva<sup>1</sup>

**RESUMO:**

A conformação do CID 11 comprime todas as condições relacionadas ao autismo com o TEA, fazendo diferenciação apenas a prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual. A pesquisa tem como objeto geral averiguar de que forma o CID 11 impacta na comunidade autista, ao reunir todos em um espectro. E como objetivo específico, analisar se facilita o acesso à saúde e aos tratamentos pertinentes aos autistas. Metodologicamente trata-se de revisão bibliográfica com método hipotético-dedutivo. Quanto à conclusão, pode-se inferir que a CID 11 impacta benéficamente a população com autismo, pois é ferramenta que permite o acesso às terapêuticas pertinentes.

Palavras-chave: Autismo; TEA; Pessoas com deficiência; CID11; Direito à saúde.

**THE RIGHT TO HEALTH OF PEOPLE WITH AUTISM: REFLECTIONS ON  
ACCESS TO RELEVANT TREATMENTS IN THE CURRENT  
CONFORMATION OF ICD 11**

**ABSTRACT:**

The conformation of ICD 11 compresses all conditions related to autism with ASD, making a distinction only to impairments in functional language and intellectual disability. The research's objectives is to find out how CID 11 impacts the autistic community, by bringing everyone together on a spectrum. Also to analyze whether it facilitates access to health and relevant treatments for autistic people. Methodologically, it is a literature review with a

<sup>1</sup> Mestranda em Direito, pelo PPGD/UCSAL, na linha de pesquisa Bioética, Alteridade e Meio Ambiente Social, com pesquisa financiada pela FAPESB. Especializanda em Direito Médico, da Saúde e da Bioética, pela Faculdade Baiana de Direito. Pesquisadora membro do CEBIDJUSBIOMED, rede de pesquisa em Bioética e Biodireito. Membro da Sociedade Brasileira de Bioética e da Comissão de Direito Médico e da Saúde da OAB/BA. Advogada. E-mail: juliasousa.adv@gmail.com





hypothetical-deductive method. As for the conclusion, it can be inferred that ICD 11 has a beneficial impact on this population, as it is a tool that allows access to relevant therapies.

Keywords: Autism; ASD; Disability; ICD11; Right to health.

## 1. INTRODUÇÃO

O autismo é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma série de condições que se caracterizam por demonstrar algum grau de comprometimento no comportamento social, na comunicação e na linguagem, também é caracterizado pelo universo restrito de interesse em atividades e por ações repetitivas.

Para lidar com esses quadros, a medicina já evidenciou a necessidade de terapias comportamentais que reduzam o dano ao indivíduo, como Comunicação Suplementar Alternativa (CSA), Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), método TEACCH, acompanhamento terapêutico e Análise do Comportamento Aplicada (ABA), além de, quando necessário, a utilização de psicofármacos. Com o aumento vertiginoso de diagnósticos nas últimas décadas, falou-se em “epidemia de autismo”, em especial pela mídia, mas a ciência já comprovou que o autismo tem uma origem fortemente genética, afastando a possibilidade de contágio. Com o apelo midiático, o aumento de diagnóstico reforçou a necessidade de debate acerca do acesso à saúde das pessoas com autismo, com destaque aos tratamentos terapêuticos pertinentes à população autista.

Desde a sua 5ª edição, publicada em 2014, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5, reúne as condições relacionadas ao autismo em um grande “guarda-chuva”, em que todos os diferentes transtornos se enquadram em um único diagnóstico: Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), com diferenciação apenas por nível de gravidade. Recentemente, em janeiro de 2022, entrou em vigor o novo código do Classificação Internacional de Doenças, CID 11, que, assim como o DSM-5, elenca todas as condições relacionadas ao autismo com o Transtorno do Espectro do Autismo, fazendo diferenciação apenas a prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual.



Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo geral averiguar de que forma essa mudança advinda da conformação do CID 11, mais importante referencial de doenças mundial, impacta na comunidade autista, uma vez que reúne todos no mesmo espectro. E, como objetivo específico, analisar se a conformação do CID 11 melhora o acesso à saúde e aos tratamentos pertinentes aos autistas.

Do ponto de vista metodológico, para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizado o método hipotético-dedutivo, de Karl Popper, com pesquisa baseada em revisão bibliográfica, utilizando como base teórica tanto conceitos fundamentais e clássicos da literatura médica, quanto pesquisas científicas recentes. Utiliza-se, também, a análise comparativa entre os institutos do CID 10, o atual CID 11 e o DSM-5, bem como o ordenamento brasileiro.

## 2. NOTAS ELEMENTARES SOBRE O AUTISMO

O autismo é definido por uma série de condições caracterizadas por algum grau de comprometimento no comportamento social, na comunicação e na linguagem, além de gama estreita de interesses e atividades que são únicas para o indivíduo e realizadas de forma repetitiva (WHO, 2016). É um transtorno multifatorial, sem etiologia totalmente determinada e que apresenta grande interação entre fatores genéticos e ambientais (BAIO et al., 2018). Em verdade, fatores ambientais como idade parental avançada e baixo peso ao nascer podem contribuir para o risco de autismo. No entanto, mostra-se necessário enfatizar que os fatores genéticos de herdabilidade representam a maior contribuição para o risco de TEA, pois variam entre 37% a 90%, de acordo com a concordância entre gêmeos, e 15% dos casos de Transtorno do Espectro Autista parecem estar ligados a uma mutação genética conhecida (APA, 2014, p. 56-57).

Segundo a Sociedade Americana de Psiquiatria (2014, p. 53-55), as características do autismo são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social do indivíduo, que costumam apresentar padrões restritos e repetitivos de comportamento, bem como de interesses ou atividades. Muitos indivíduos dentro do espectro autista têm déficits de linguagem que podem chegar à ausência total de fala, mas as possibilidades perpassam



por atrasos na linguagem, compreensão mitigada quanto à fala, fala em eco (ecolalia), além de déficits na comunicação social, verbais ou não verbais e déficits na reciprocidade socioemocional. Ressalte-se que mesmo em casos em que há habilidades linguísticas formais, como vocabulário e gramática, intactos, o uso da linguagem para comunicação social recíproca ainda se demonstra prejudicado dentro do transtorno do espectro autista.

Os déficits socioemocionais evidenciam-se em crianças com o transtorno, que apresentam incapacidade total ou relativa de iniciar interações sociais e de compartilhar emoções, podendo ser exemplificados por pequena ou nenhuma capacidade de envolvimento com outros e compartilhamento de ideias e sentimentos. Quando se apresentam em adultos sem deficiência intelectual ou atrasos na linguagem, os déficits socioemocionais costumam aparecer em dificuldades de processamento e resposta a pistas sociais complexas, fazendo com o que os autistas lidem com dificuldade quando se deparam com situações novas ou sem apoio, momento em que apresentam sintomas de sofrimento com esforço e ansiedade para fazer o que costuma ser intuitivo para a maioria dos indivíduos sem autismo (APA, 2014).

As manifestações do transtorno podem variar conforme a gravidade, o nível de desenvolvimento e a idade cronológica, no entanto, compensações ou apoio podem mascarar os sintomas do autismo (APA, 2014). Outrossim, os indivíduos com autismo podem ter diferentes níveis de necessidade de suporte, o que significa que não há um eixo linear de dificuldades a serem enfrentadas por estes indivíduos (ORTEGA, 2008). Fala-se, portanto, em complexidade e heterogeneidade nas manifestações do transtorno, de forma que a maneira complexa e heterogênea que se manifestam as características do autismo, acabam por dificultar a generalização das características do transtorno do espectro do autismo (ORTEGA, 2015).

Quanto à incidência de autismo na sociedade, de acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), estima-se que 1 em 59 pessoas sejam autistas. Essa estimativa traz uma incidência de 1,7% de autismo na população, percentual que partiu de 1,5%, antes de serem adicionados dados das populações negra e hispânica, o que demonstra, também, que o autismo está presente nas diversas populações e minorias. A pesquisa recolheu e analisou dados de 11 regiões dos Estados Unidos, nos Estados do Arizona,



Arkansas, Colorado, Geórgia, Maryland, Minnesota, Missouri, Nova Jersey, Carolina do Norte, Tennessee e Wisconsin, chegando ao enorme percentual de 2,9% no Estado de Nova Jersey. São os resultados da pesquisa produzida em 2014, com dados atualizados em 2018 (CDC, 2018).

De acordo com a legislação brasileira, às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo são garantidos todos os direitos previstos em leis específicas para pessoas com deficiência, além de todos os direitos tratados em legislação e normas específicas. Isto porque a pessoa com TEA é considerada, para todos os efeitos legais, pessoa com deficiência, por isso, goza de todas as prerrogativas asseguradas a esta população (BRASIL, 2011).

No que concerne ao diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autismo, este é feito, de maneira basilar, por meio clínico, sendo composto por três etapas: a primeira é a análise do histórico do desenvolvimento infantil, a segunda etapa é a observação comportamental da criança e a terceira é a observação comportamental com o uso e aplicação das medidas de avaliações (RANDALL et al., 2018). As fontes de informação devem ser múltiplas, para que resultem em um diagnóstico mais confiável, devendo incluir observações do clínico, história do cuidador e autorrelato, nas situações em que for possível (APA, 2014). Ressalte-se que os testes e medidas de avaliação que permitem o diagnóstico do TEA foram, igualmente, desenvolvidas a partir de entrevistas com os cuidadores, pais ou responsáveis, e da observação da criança, reafirmando a base de observação do diagnóstico (RANDALL et al., 2018).

A obtenção de diagnóstico no Transtorno do Espectro do Autismo é absolutamente crucial. Isto porque não diagnosticar o autismo, para o autista, significa impedir que o indivíduo receba as intervenções e terapias existentes, o mais cedo possível, fundamentais para auxiliar em seu desenvolvimento. Para a família, significa deixar de receber apoio e educação sobre o transtorno, o que pode causar estresse e levar a uma busca infinita e desnecessária por respostas (RANDALL et al., 2018).

Além disso, para que o indivíduo tenha acesso a todos os direitos e as terapêuticas asseguradas na legislação brasileira, junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos planos



de saúde, na forma de saúde suplementar, é necessário que haja o diagnóstico do transtorno. Afinal, é o diagnóstico que garante atenção e acesso às diretrizes específicas para autistas, situação em que é fundamental o rastreio, a identificação e o encaminhamento a essas diretrizes, em especial às terapias recomendadas, pois há evidências do benefício da intervenção precoce em crianças com suspeita de TEA (LANDA, 2018; SU MAW; HAGA, 2018; GRIFFITH, 2017; ZWAIGENBAUM; PENNER, 2018). Essa é, inclusive, uma das maiores contribuições da conformação atual do CID 11 para a comunidade autista: a facilitação do diagnóstico.

Em se falando de tratamento dentro do contexto de autismo, o objetivo é habilitação e reabilitação. Em 2015, o Ministério da Saúde publicou documento intitulado “Linha de cuidado para atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”, em que descrevia uma série de métodos reconhecidos para o tratamento do TEA, quais sejam, tratamento clínico de base psicanalítica; Análise do Comportamento Aplicada – ABA; Comunicação Suplementar e Alternativa – CSA; Integração Sensorial; método TEACCH; acompanhamento terapêutico e o uso de aparelhos de alta tecnologia (BRASIL, 2015).

### 3. O CID 11 E O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A Classificação Internacional de Doenças (CID) fornece conhecimento crítico sobre as doenças em todo o mundo, bem como sua extensão, causas e consequências das doenças, por meio de dados relatados e codificados com a CID. Ressalte-se que os termos clínicos codificados com CID são a principal base para o registro de saúde e estatísticas sobre doenças na atenção primária, secundária e terciária. A orientação diagnóstica vinculada às categorias da CID padroniza a coleta de dados e possibilita pesquisas em larga escala (WHO, 2022).

Em suma, o CID é importante porque fornece uma linguagem comum para gravação, relato e monitoração de doenças, na perspectiva mundial. Isso permite ao mundo comparar e compartilhar dados, facilitando a coleta e o estoque de dados para análise e tomada de decisões baseadas em evidência. O primeiro CID foi criado em 1999, pela Organização



Mundial da Saúde (OMS), e vem fornecendo dados e padrões diagnósticos desde lá (WHO, 2016). O mais recente CID 11, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2022, foi aprovado em 2019, pela 72ª Assembleia Mundial de Saúde, e traz grandes mudanças (WHO, 2022).

Do ponto de vista do estudo acerca do autismo, a principal dessas mudanças é a classificação dos transtornos relacionados ao autismo, que com o anterior CID 10, eram classificadas em diferentes diagnósticos, dentro dos transtornos de desenvolvimento (WHO, 2016). Com a conformação atual do CID 11, todos os transtornos relacionados passaram a integrar um único diagnóstico, qual seja, o de Transtorno do Espectro do Autismo (WHO, 2022).

Anteriormente, na perspectiva do CID 10, as condições relacionadas ao autismo eram enquadradas no capítulo referente aos Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD), pelo código F84, em que constavam o Autismo Infantil, Autismo Atípico, Síndrome de Rett, Outro Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno com Hipercinesia Associada ao Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados, Síndrome de Asperger e Outros Transtornos Globais não Especificados do Desenvolvimento (WHO, 2016).

O CID 10 trazia o Autismo na seção de Transtorno Global do Desenvolvimento, sob o código F84, que trazia inúmeras classificações que serão descritas a seguir. Primeiramente, classificava-se o Autismo Infantil, definido por a) presença de desenvolvimento anormal antes dos três anos e b) a criança deveria apresentar funcionalidade anormal nas três áreas da psicopatologia: interação social recíproca, comunicação e comportamento restrito e repetitivo, sob o código F84.0. Ato contínuo, havia a classificação de Autismo Atípico, que se diferenciava pela idade de manifestação, após os três anos, ou por não preencher qualquer um dos três critérios descritos no autismo infantil, e apresentava o código F84.1. (WHO, 2016)

Logo então, havia a classificação da Síndrome de Rett, sob o código F84.2, que se mantém em apartado na conformação do CID 11, mas agora sob o código LD90.4. O documento seguia com a quarta classificação, a de Outro Transtorno Desintegrativo da Infância, que se caracterizava por um período normal de desenvolvimento antes do início do transtorno, seguido pela perda de habilidades anteriormente aprendidas. Havia, nessa





classificação, a descrição da perda do interesse pelo ambiente e de ações estereotipadas e repetitivas, características já conhecidas e já retratadas dentro do espectro, era classificado sob o código F84.3 (WHO, 2016).

Além disso, o CID 10 apresentava também outra classificação, a do Transtorno Hiperativo associado a Retardo Mental e Movimentos Estereotipados, que, por sua vez, existia para incluir um grupo de crianças com grave retardo mental, com QI abaixo de 35, que apresentava problemas de hiperatividade e atenção, bem como movimentos estereotipados, classificado sob o código F84.4. Por fim, havia no CID 10 a classificação da Síndrome de Asperger, uma das mais conhecidas, que era caracterizada pelo mesmo tipo de anormalidades de interação social recíproca que tipificam o autismo, além de um restrito repertório de interesses e atividades, estereotipado e restrito. Na Síndrome de Asperger, apresentado com o código F84.5, a diferenciação do autismo se dava, justamente, pelo fato de não haver atraso no desenvolvimento ou tampouco na linguagem (WHO, 2016).

Já na conformação do CID 11, que entrou em vigor em janeiro de 2022, todas essas classificações desaparecem, e dão espaço a um único diagnóstico, o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Apresentando o código 6A02, as suas especificações dizem respeito, exclusivamente, à presença ou ausência de deficiência intelectual e à linguagem funcional, que pode ser comprometida, ausente ou prejudicada. Permanece presente a possibilidade de outro transtorno do espectro do autismo especificado ou não especificado. Nesse contexto, a única classificação que permanece apartada é a Síndrome de Rett que, no entanto, também aparece no capítulo referente ao TEA. (WHO, 2022)

No âmbito do CID 11, o diagnóstico é para Transtorno do Espectro do Autismo. As classificações, que antes eram muitas e muito específicas, com pouca diferenciação entre si, não são mais utilizadas, pelo contrário, com a conformação do novo CID, aparecem apenas especificadores para o autismo. As especificidades, ou qualificadoras, se dão, em primeira etapa, de acordo com a presença ou ausência de deficiência intelectual, que diz respeito à limitação de habilidades intelectuais, e deve ser categorizado pelo nível de gravidade, podendo ser leve, moderado, grave, profundo e provisório, e, caso exista, deve ser utilizado como qualificador do TEA, sob código 6A02.0. Caso se demonstre inexistente a deficiência intelectual, esta deve ser especificada, sob o código 6A02.1 (WHO, 2022).





A outra especificação utilizada para o diagnóstico do autismo é o comprometimento de linguagem funcional, que se relaciona à funcionalidade da linguagem, falada ou escrita, que, por sua vez, deve ser utilizada como segunda qualificadora. Essa qualificadora tem a pretensão de refletir os déficits na linguagem verbal e não verbal que podem estar presentes no indivíduo com TEA em análise, individualmente, não dizendo respeito ao déficit central de linguagem, característico do Transtorno do Espectro do Autismo. Desta maneira, deve ser especificada em “com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional”, “com linguagem funcional prejudicada”, se o indivíduo for incapaz de usar mais do que palavras ou frases simples, e “com completa, ou quase completa, ausência de linguagem funcional” (WHO, 2022).

A seguir, tem-se a tabela disponibilizada pela OMS (2022), no servidor do CID 11, que demonstra os códigos correspondentes ao diagnóstico das categorias após a aplicação dos dois especificadores, quais sejam, a ocorrência de deficiência intelectual e o comprometimento da linguagem funcional.

	<b>with mild or no impairment of functional language</b>	<b>with impaired functional language</b>	<b>with complete, or almost complete, absence of functional language</b>
without Disorder of Intellectual Development	6A02.0	6A02.2	_____
with Disorder of Intellectual Development	6A02.1	6A02.3	6A02.5

(WHO, 2022)



Em verdade, a conformação do CID 11 em relação ao autismo segue o mesmo caminho de classificação proposta pelo DSM-5, que desde 2014 compreende o autismo como um espectro, unificando, desta forma, o diagnóstico. O DSM-5 traz a diferenciação dentro do espectro por meio de níveis “apoio”, ou de suporte, em que Nível 1 “exigindo apoio”, Nível 2 “exigindo apoio substancial” e Nível 3 “exigindo apoio muito substancial”, esse apoio diz respeito à comunicação social e aos comportamentos restritos e repetitivos (APA, 2014).

Com o CID 10, para ter o diagnóstico de autismo, era necessário que o indivíduo se enquadrasse completamente em alguma das classificações pré-estabelecidas, como, por exemplo, Autismo Infantil ou Síndrome de Asperger, o que nem sempre era possível, tendo em vista as peculiaridades de cada indivíduo dentro do espectro e a complexidade e a heterogeneidade nas manifestações do transtorno (ORTEGA, 2015). Essa necessidade de classificação dificultava o diagnóstico e o posterior acesso à saúde e às terapias pertinentes à população autista que, por sua vez, requerem o diagnóstico para que tenham o acesso garantido.

#### 4. AS IMPLICAÇÕES DO CID 11 NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM AUTISMO

O diagnóstico é fundamental para a pesquisa empírica, para a prática clínica e para o planejamento e a gestão em saúde. Além disso, o diagnóstico é considerado valioso no sentido de permitir a sistematização da experiência clínica do indivíduo, bem como dos dados obtidos em pesquisa, o que conduz para facilitar a comunicação entre profissionais e auxiliar no planejamento e na organização dos tratamentos e terapias pertinentes (BRASIL, Ministério da Saúde, 2015, p. 35, 42). Frise-se que com o advento do CID 11, o compartilhamento de dados clínicos e de pesquisas foi facilitado, pois a nova versão do CID dispõe de plataforma completamente digital para consultas, com recurso offline, e que permite aos profissionais fazerem sugestões e contribuições de dados junto à plataforma (WHO, 2022).

No entanto, referindo-se à valiosidade do diagnóstico, entendia-se que a classificação diagnóstica seria componente intrínseco do diagnóstico, momento em que as queixas, os



sintomas, os sinais e, eventualmente, os resultados dos exames serviriam para definir uma classe ou categoria nosológica dentro do autismo em que o indivíduo pudesse ser alocado (VOLKMAR; KLIN, 2005). Com o advento do DSM-5 e, mais recentemente, com a conformação do CID 11, essa necessidade de categorizar e classificar para diagnosticar, caiu por terra.

Isso porque, conforme supramencionado, as manifestações dentro do Transtorno do Espectro do Autismo são complexas e heterogêneas, o que dificulta uma classificação geral das características. (ORTEGA, 2015). Reitera-se que as classificações do CID 10, que eram apresentadas em diferentes síndromes e transtornos, supracitados, não mais existem a partir da conformação do CID 11, que entrou em vigor em janeiro de 2022, e seguiu a tendência que já se apresentava, substituindo a visão categorial pela noção dimensional do transtorno, que compreende as variações como pontos distintos de um mesmo espectro (BRASIL, 2015, p.56).

Com efeito, a intenção da supressão das classificações anteriormente existentes é facilitar o diagnóstico e simplificar a codificação para permitir o acesso aos serviços de saúde. As numerosas classificações abriram espaço para apenas duas qualificadoras, que devem ser aplicadas quando do fechamento do diagnóstico, e que dizem respeito tão somente à presença ou ausência de deficiência intelectual e ao comprometimento da linguagem funcional, na manifestação do autismo em cada indivíduo em análise (WHO, 2022).

Nesse sentido, o Brasil apresenta institutos legais e normativos para a proteção da pessoa com autismo, como a Lei nº 12.764/2012, que instituiu a Política nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, que considera a pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência para todos os efeitos legais, assegurando os mesmos direitos concedidos à classe. O Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, lei brasileira de inclusão das pessoas com deficiência, a qual dispõe sobre todos os direitos assegurados a esta população (BRASIL, 2012. BRASIL, 2015).

Ainda quanto aos dispositivos legais, há também o Decreto nº 6.949/2009, que promulgou a convenção internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e seu protocolo facultativo, reconhecendo o direito de usufruir o padrão mais elevado possível em



saúde, estendendo serviços e programas completos de habilitação e reabilitação (BRASIL, 2009). E, finalmente, a CIPTEA (Lei 13.977/2020), que instituiu a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, que garante atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados às pessoas com autismo (BRASIL, 2020).

Destaque-se que o diagnóstico é essencial para o garantir à pessoa com TEA, os direitos que lhe são assegurados por lei. Insta salientar, ainda, que para a comprovação da condição de pessoa com autismo, faz-se elementar a apresentação do laudo médico com a indicação expressa do código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, o CID. Essa é, portanto, a condição central para a garantia de efetivação dos direitos, e aparece como requisito primordial para a solicitação, por exemplo, da CIPTEA, conforme dispõe a Lei. (BRASIL, 2020, art. 3, §1º). Ressalte-se que mesmo quando não há menção expressa à necessidade do CID no laudo médico, é o código que tem o condão de caracterizar o indivíduo dentro do transtorno (BRASIL, 2020).

O Ministério da Saúde publicou, em 2015, um documento denominado “Linha de Cuidado para Atenção à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista”, que institui diretrizes para o cuidado dos indivíduos com autismo. Essas diretrizes baseiam-se na integralidade e na garantia de direitos de cidadania, dispondo de arranjos e dispositivos para o cuidado, trazendo, também, referências de tratamentos que devem ser utilizados para as pessoas com autismo e que, portanto, devem ser disponibilizados pelo sistema de saúde (BRASIL, 2015).

No que tange à integralidade, o conceito diz respeito a duas dimensões: o reconhecimento de um sujeito integral e a organização de uma rede de apoio que responda integralmente à diversidade de demandas. A integralidade coloca-se, portanto, contra a visão fragmentada do indivíduo e a fragmentação de ações e serviços, em especial na saúde, mas também em todos os outros aspectos, desde educação à segurança pública. Demonstra-se a necessidade de visão multidimensional e não estereotipada das dificuldades apresentadas pela pessoa com TEA (BRASIL, 2015).

Para além disso, o documento ressalta que não há uma única abordagem ou uma única forma de tratamento para as pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo, e que a



escolha da melhor abordagem deve ser tomada de acordo com a peculiaridade de cada caso. No entanto, o documento faz referências a alguns tratamentos, fazendo com o que se compreenda que são abordagens respaldadas cientificamente e apoiadas pelo Ministério da Saúde. Uma delas é o Tratamento Clínico de Base Psicanalítica, que detecta as aberturas que a pessoa apresenta em relação ao meio para ajudá-la, a partir de seus interesses, tendo como objetivos a) minimizar dificuldades e/ou angústias; b) ampliar suas capacidades de aprendizagem; c) permitir que localizem suas fragilidades nas trocas emocionais e afetivas que as fazem se isolar; d) acolher a família e incluí-la como parceira do trabalho (BRASIL, 2015).

Tem-se ainda a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), que envolve avaliação, planejamento e orientação do comportamento. Nessa abordagem, os procedimentos devem ser baseados na análise de cada caso. A Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), que utiliza de dispositivos, métodos ou sistemas para complementar a fala e de comunicação alternativa, quando a fala não se desenvolve ou sofre mudança. A Integração Sensorial, que relaciona desordens na percepção, organização e interpretação sensoriais com as dificuldades no aprendizado e os desempenhos ocupacionais ineficientes (BRASIL, 2015).

O documento publicado pelo Ministério da Saúde também faz referência ao Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH), abordagem que tem foco na independência, e possui como objetivo apoiar a pessoa com TEA em seu desenvolvimento, auxiliando a construção da sua autonomia para a vida adulta, oferecendo, quando possível, condições de escolher junto às próprias necessidades do indivíduo. Há referência também ao Acompanhamento terapêutico, que diz respeito a atividades que possuem valor de tratamento e se ocupam com a mediação das atividades com a cidade, pode ser desenvolvido por profissional específico ou ser ação dentro de projeto terapêutico de diferentes profissionais (BRASIL, 2015).

Por fim, o Ministério da Saúde lista as abordagens com aparelhos de alta tecnologia e o tratamento medicamentoso. A primeira abordagem utiliza de jogos e aplicativos voltados para o desenvolvimento de pessoas com TEA, podendo incluir, por exemplo, jogos educativos, tarefas de desenvolvimento cognitivo e ampliação de vocabulário. Já no que se refere ao tratamento medicamentoso, cumpre ressaltar que não há medicamento específico



para tratamento desse transtorno, no entanto, a utilização destes tem objetivo de mitigar sintomas que causem sofrimento e que prejudiquem o convívio com a pessoa com TEA, como condutas agressivas e autolesivas.

Desta maneira, as implicações do CID 11 na efetivação do direito à saúde das pessoas com autismo, dizem respeito à condição elementar de caracterização por código junto ao diagnóstico, no laudo médico, para garantir o efetivo acesso à saúde, que englobam, neste caso, as terapias pertinentes ao indivíduo. O diagnóstico garante o rastreio, a identificação e o encaminhamento da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo para as terapias recomendadas, garantindo melhor chance de desenvolvimento, baseada nos benefícios comprovados da intervenção precoce (LANDA, 2018; SU MAW; HAGA, 2018; GRIFFITH, 2017; ZWAIGENBAUM; PENNER, 2018) e o CID comprova, na forma da Lei, a caracterização da pessoa para gozar dos direitos

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a conformação do CID-11 trouxe alterações que facilitam o diagnóstico da pessoa com Transtorno do Espectro Autista, por não mais exigir o enquadramento do indivíduo em uma das numerosas classificações anteriormente utilizadas, que tinham critérios distintos e, por facilitar o diagnóstico, facilitam o acesso à saúde a essa população.

Compreende-se que o CID-11 segue uma tendência que já tinha sido demonstrada pelo DSM-5, em 2015, a de reunir o TEA em um espectro, não mais seguindo com a compreensão categorial, que trazia distintos transtornos e síndromes dentro do Transtorno Global de Desenvolvimento, como no caso do CID-10. Nesse sentido, entende-se que o CID-11 compreende o transtorno de maneira dimensional, no sentido de que todas as variações são pontos de um mesmo espectro e, por isso, encontram-se reunidos no Transtorno do Espectro do Autismo, apresentando apenas qualificadores que distinguem características do indivíduo em análise.



Compreende-se que o código do CID é necessário para a caracterização da pessoa com TEA em institutos de garantias de direitos, como para a obtenção da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (CIPTEA), que autoriza o acesso a todos os outros direitos garantidos pelo ordenamento jurídico brasileiro.

Dessa maneira, pode-se inferir que a conformação do CID-11 impacta à população com autismo, pois apresenta-se, junto ao diagnóstico, como mecanismo que permite o acesso das pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo, aos direitos que lhe são assegurados por lei, como o atendimento prioritário e, principalmente, tendo em vista a sua importância, as terapias pertinentes, tanto no SUS quanto na saúde suplementar.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico De Transtornos Mentais: DSM-5**. 5 ed ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAI, D. et al. **Association of Genetic and Environmental Factors With Autism in a 5-Country Cohort**. *JAMA Psychiatry*, v. 76, n. 10, p. 1035-1043, 2019. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2019.1411







BAIO, J. et al. **Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years** — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. MMWR. Surveillance Summaries, v. 67, n. 06, p. 01-23, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2015. Acesso em: 18/04/2022, Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtorno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf)

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm) Acesso em: 23/04/2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm) Acesso em 23/04/2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm) Acesso em: 23/04/2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 13.977, de 08 de janeiro de 2020**. Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências. Brasília, 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/l13977.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13977.htm) Acesso em 23/04/2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Screening and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder** | CDC. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/screening.html>. Acesso em: 18/04/2022.

COSTA, Marli Marlene Moraes da; FERNANDES, Paulo Vanessa. **Autismo, cidadania e políticas públicas: as contradições entre a igualdade formal e a igualdade material**. Revista do Direito Público, Londrina, v. 13, n. 2, p.195-229, ago. 2018. DOI: 10.5433/24157-108104-1.2018v13n2p195. ISSN: 1980-511X.

LANDA, R. J. **Efficacy of early interventions for infants and young children with, and at risk for, autism spectrum disorders**. International Review of Psychiatry, v. 30, n. 01, p. 25-39, 2018. DOI: 10.1080/09540261.2018.1432574





MADASCHI, Vanessa. **Autismo: fatores relacionados a idade de diagnóstico.** Tese de doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2021.

NAMUR, Victor Santos. **Evidências de efetividade de uma capacitação de profissionais da saúde mental no uso da Autism Diagnostic Observational Schedule (ADOS).** Dissertação Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2019.

OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro de; FELDMAN, Clara; COUTO, Maria Cristina Ventura; PHYSIS, Rossano Cabral Lima. **Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [3]: 707-726, 2017

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtorno do espectro autista.** Brasília, DF, Brasil, 2017. Acessado em 18/04/2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>>

ORTEGA, Francisco. **Deficiência, Autismo e Neurodiversidade.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, n.1: p. 67-77, 2009.

RIOS, C; ORTEGA, F; ZORZANELLI, R; NASCIMENT, LF. **Da invisibilidade à pandemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira.** Rev. Interface, v. 19, p. 325-335, 2015.

RUSSEL, Barbara. **Review of The Ethics of Autism: Among Them, but Not of Them** by Deborah R. Barnbaum, The American Journal of Bioethics, 10:2, 70-71, 2010. DOI: 10.1080/15265161003622089

WAINER, A. L.; HEPBURN, S.; GRIFFITH, E. M. **Remembering parents in parent-mediated early intervention: An approach to examining impact on parents and families.** Autism, v. 21, n. 01, p. 5-17, 2017. DOI: 10.1177/1362361315622411

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version: 02/2020.** Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f437815624>> Acesso em 23/04/2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.** Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f437815624> Acesso em 23/04/2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.** Disponível em: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases> Acesso em 23/04/2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).** Disponível em: <<https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/importance-of-icd>> Acesso em 18/04/2022.





WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases ICD-10. Version: 2019.** Disponível em: < <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F84> >  
Acesso em 18/04/2022.