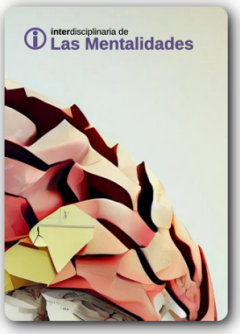
Artículo:

Transtorno do Espectro Autista na CID-11: revisão de literatura sobre a reorganização nosológica, heterogeneidade clínica, linguagem funcional e desenvolvimento intelectual

Autism Spectrum Disorder in ICD-11: a literature review on nosological reorganization, clinical heterogeneity, functional language, and intellectual development

Trastorno del espectro autista en la CIE-11: revisión de la literatura sobre la reorganización nosológica, la heterogeneidad clínica, el lenguaje funcional y el desarrollo intelectual.



DOI: http://doi.org/10.5281/zenodo.23417352

Ana Carolina Nicareta Santos
Médica (Faculdade Evangélica Mackenzie)

Resumo:
O artigo apresenta uma revisão sistemática da literatura médica e neuropsicológica sobre a restruturação diagnóstica do TEA na CID-11. O estudo reconstrói a transição da CID-10 para o código unificado 6A02 da CID-11, analisando o abandono das antigas divisões (como o Autismo Infantil e a Síndrome de Asperger) e detalhando o funcionamento dos dois novos qualificadores centrais: o desenvolvimento intelectual e a linguagem funcional. O trabalho destaca que a avaliação da linguagem no espectro deve focar nos aspectos pragmáticos e comunicativos e aborda a complexidade do diagnóstico em apresentações atípicas, como em mulheres com estratégias de camuflagem social. Conclui-se que a CID-11 oferece um modelo multidimensional mais preciso para a caracterização do perfil individual, exigindo avaliações clínicas e neuropsicológicas abrangentes na ausência de marcadores biológicos exclusivos.
Palavras-chave: Nosologia; Linguagem funcional; Desenvolvimento intelectual.

Interdisciplinaria de Las Mentalidades
Educare et Sabere
e-ISSN: 2965-9604
Periodicidad: Flujo Continuo
n.2, v.2, 2025

https://interdisciplinaria.com.es/index.php/ilment

Esta obra está bajo una Licencia Internacional Creative Commons 4.0.
Copyright (c) de la(s) Autor(es)

Abstract:
This article presents a systematic review of medical and neuropsychological literature regarding the diagnostic restructuring of ASD in the ICD-11. The study traces the transition from the ICD-10 to the unified ICD-11 code 6A02, analyzing the abandonment of previous categories (such as Childhood Autism and Asperger Syndrome) and detailing the function of two new core qualifiers: intellectual development and functional language. The paper highlights that language assessment within the spectrum should focus on pragmatic and communicative aspects and addresses the diagnostic complexity of atypical presentations, such as in women who employ social camouflaging strategies. It concludes that the ICD-11 offers a more precise, multidimensional model for characterizing individual profiles, necessitating comprehensive clinical and neuropsychological assessments in the absence of exclusive biological markers.
Keywords: Nosology; Functional language; Intellectual development.

Resumen:
El artículo presenta una revisión sistemática de la literatura médica y neuropsicológica sobre la reestructuración diagnóstica del TEA en la CIE-11. El estudio reconstruye la transición de la CIE-10 al código unificado 6A02 de la CIE-11, analizando el abandono de las antiguas divisiones (como el autismo infantil y el síndrome de Asperger) y detallando el funcionamiento de los dos nuevos calificadores centrales: el desarrollo intelectual y el lenguaje funcional. El trabajo destaca que la evaluación del lenguaje en el espectro debe centrarse en los aspectos pragmáticos y comunicativos, y aborda la complejidad del diagnóstico en presentaciones atípicas, como en mujeres con estrategias de camuflaje social. Se concluye que la CIE-11 ofrece un modelo multidimensional más preciso para la caracterización del perfil individual, lo que exige evaluaciones clínicas y neuropsicológicas exhaustivas ante la ausencia de marcadores biológicos exclusivos.
Palabras clave: Nosología; Lenguaje funcional; Desarrollo intelectual.

INTRODUÇÃO

A compreensão contemporânea do Transtorno do Espectro Autista encontra-se atravessada por uma transformação classificatória cuja importância ultrapassa a simples substituição de códigos utilizados em prontuários, documentos diagnósticos ou registros epidemiológicos, uma vez que a décima primeira revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde reorganiza a posição nosológica do autismo, consolida uma concepção espectral que vinha sendo progressivamente constituída ao longo das últimas décadas e, sobretudo, modifica o modo pelo qual a heterogeneidade existente entre pessoas que compartilham o mesmo diagnóstico passa a ser formalmente representada, deslocando a classificação de um sistema estruturado por diferentes transtornos globais do desenvolvimento para uma categoria unitária acompanhada de especificadores relacionados ao desenvolvimento intelectual e à linguagem funcional. Essa modificação precisa ser compreendida dentro de um percurso histórico mais amplo, no qual as descrições do autismo transitaram das aproximações iniciais com a esquizofrenia infantil para a constituição de uma síndrome clínica particular, posteriormente para os transtornos invasivos ou globais do desenvolvimento e, finalmente, para a categoria dos transtornos do neurodesenvolvimento, de maneira que aquilo que atualmente se denomina Transtorno do Espectro Autista não corresponde a uma entidade conceitualmente imóvel que apenas teria recebido nomenclaturas sucessivas, mas ao resultado de deslocamentos teóricos, empíricos e classificatórios que modificaram suas fronteiras, seus critérios diagnósticos e as dimensões consideradas relevantes para explicar a variabilidade encontrada no interior do próprio espectro (Tamanaha et al., 2008, p. 296–299; Fernandes et al., 2020, p. 2–4).

A CID-11 deve ser localizada precisamente nessa historicidade, evitando-se tanto a leitura celebratória segundo a qual a classificação contemporânea teria definitivamente solucionado os problemas conceituais acumulados pela nosologia do autismo quanto a interpretação inversa, igualmente simplificadora, que trataria qualquer transformação diagnóstica como mera alteração semântica desprovida de consequências científicas. Uma classificação internacional não se limita a nomear condições previamente conhecidas, porque decide quais fenômenos serão reunidos, quais distinções serão consideradas clinicamente relevantes, quais características serão utilizadas para subdividir uma categoria e quais informações serão comunicadas quando determinado código for registrado; nesse sentido, Andrade e Galvão (2025, p. 1–2) lembram que a CID possui a função de organizar condições de saúde de modo hierárquico e padronizado, permitindo comunicação e sistematização estatística em diferentes territórios, enquanto sua décima primeira revisão acrescenta uma arquitetura digital e atualizável que modifica também a forma pela qual o sistema classificatório circula e se relaciona com sistemas de informação. A CID-11, disponibilizada em língua portuguesa a partir de 2024 no contexto examinado pelos autores, não representa, portanto, simplesmente uma edição posterior à CID-10, mas uma reorganização tecnológica e conceitual cuja implementação requer adaptação profissional e institucional (Andrade & Galvão, 2025, p. 1–2).

No interior dessa reorganização, o TEA torna particularmente visível a passagem de uma nosologia predominantemente categorial para uma lógica que procura conciliar unidade diagnóstica e heterogeneidade clínica. Enquanto a CID-10 distribuía diferentes apresentações entre categorias como autismo infantil, autismo atípico, síndrome de Asperger e outros transtornos globais do desenvolvimento, a CID-11 reúne o autismo sob 6A02 e passa a diferenciar suas apresentações mediante a presença ou ausência de transtorno do desenvolvimento intelectual e o comprometimento da linguagem funcional, mudança que acompanha a tendência já identificada em manuais contemporâneos de substituir parte das antigas fronteiras

entre subtipos por um modelo espectral. A formulação é particularmente relevante porque impede compreender espectro como mera variação quantitativa que iria linearmente de pouco a muito autismo; ao contrário, a própria escolha de especificadores distintos demonstra que a heterogeneidade precisa ser descrita por dimensões que podem se combinar de maneiras diferentes, não havendo fundamento para presumir que linguagem, cognição, comunicação social, comportamentos repetitivos, funcionamento adaptativo e necessidade de suporte variem sempre na mesma direção ou na mesma intensidade (Fernandes et al., 2020, p. 3–4; David, 2024, p. 24).

É justamente essa reorganização que torna necessária uma nova revisão da literatura acerca do TEA, porque parte significativa do conhecimento construído durante a vigência de classificações anteriores continua cientificamente relevante para compreender comunicação social, padrões comportamentais, desenvolvimento, cognição, linguagem, interação, diagnóstico diferencial e condições associadas, ao passo que algumas categorias por meio das quais esse conhecimento foi historicamente ordenado perderam centralidade ou desapareceram formalmente. Síndrome de Asperger, autismo infantil e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, por exemplo, constituem categorias indispensáveis para compreender a genealogia do campo e continuam presentes em pesquisas anteriores, mas já não correspondem às subdivisões utilizadas pela CID-11 para organizar o TEA; simultaneamente, expressões contemporaneamente difundidas, como níveis 1, 2 e 3 de suporte, pertencem à arquitetura de outra classificação e não podem ser introduzidas no sistema da CID como se constituíssem seus próprios especificadores. A revisão da literatura precisa, portanto, realizar uma operação dupla: conservar os resultados científicos produzidos sob diferentes sistemas classificatórios e, ao mesmo tempo, reinterpretá-los à luz da arquitetura atual, distinguindo continuidades empíricas de descontinuidades nosológicas.

Essa necessidade torna-se mais evidente quando se considera que o diagnóstico do TEA continua assentado na análise clínica e desenvolvimental, não tendo sido substituído por marcador biológico isolado capaz de determinar autonomamente a presença do transtorno. A tradição de avaliação descrita por Silva e Mulick (2009, p. 116–131), embora anterior às classificações contemporâneas, já enfatizava a necessidade de avaliação ampla e criteriosa, integrando histórico desenvolvimental, observação, informações de diferentes fontes e instrumentos auxiliares, princípio que permanece coerente com a literatura posterior e impede que escalas de rastreamento sejam convertidas em testes diagnósticos autossuficientes. Fernandes et al. (2020, p. 4–6) mostram, de maneira semelhante, que instrumentos, escalas e tecnologias podem ampliar objetividade e sistematização, mas não eliminam a necessidade de integração clínica das informações, especialmente porque a heterogeneidade do espectro torna insuficiente qualquer tentativa de reduzir o diagnóstico a um único comportamento, resultado instrumental ou marcador cognitivo.

A problemática central desta revisão encontra-se, dessa forma, na análise do que significa compreender o TEA depois da reorganização promovida pela CID-11: quais aspectos da história classificatória permitem compreender a atual categoria espectral; como comunicação social e comportamentos restritos ou repetitivos permanecem nucleares apesar das mudanças terminológicas; por que desenvolvimento intelectual e linguagem funcional assumem importância particular na diferenciação das apresentações; de que modo esses especificadores devem ser interpretados sem serem convertidos em medidas totais de gravidade; como distinguir classificação diagnóstica, funcionamento e necessidade de apoio; e quais tensões permanecem abertas no processo de identificação clínica de uma condição cuja heterogeneidade aumenta precisamente à medida que antigas categorias são reunidas. A revisão de literatura desenvolvida a seguir assume que a principal contribuição da CID-11 não reside em ter simplificado o autismo, mas,

paradoxalmente, em tornar mais evidente sua complexidade, pois a unificação da denominação obriga o campo científico a abandonar a ilusão de que diferentes nomes diagnósticos eram suficientes para representar toda a diversidade existente entre pessoas autistas.

REORGANIZAÇÃO NOSOLÓGICA, HETEROGENEIDADE CLÍNICA, LINGUAGEM FUNCIONAL E DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL

A genealogia do autismo permite compreender por que a atual categoria espectral não deveria ser naturalizada como se tivesse existido com o mesmo significado desde as primeiras descrições clínicas, uma vez que o termo percorreu diferentes configurações teóricas antes de adquirir a acepção contemporânea. Tamanaha, Perissinoto e Chiari (2008, p. 296–297) recuperam as descrições de Kanner, publicadas em 1943, nas quais apareciam alterações intensas das relações, particularidades de linguagem, comportamentos ritualizados e início precoce, enquanto a descrição apresentada por Asperger no ano seguinte enfatizava dificuldades severas de interação social, particularidades da fala e interesses específicos em crianças cujo desenvolvimento intelectual apresentava características distintas daqueles quadros que posteriormente seriam reconhecidos como formas mais comprometidas de autismo. Klin (2006, p. s3–s5), ao reconstruir historicamente o campo, demonstra que durante as décadas subsequentes o autismo permaneceu envolvido em controvérsias etiológicas e diagnósticas, tendo sido por longo período aproximado das psicoses infantis antes que evidências desenvolvimentais e neurobiológicas contribuíssem para sua progressiva separação da esquizofrenia e sua inserção entre os transtornos do desenvolvimento.

Esse percurso revela uma transformação epistemológica importante, porque o abandono gradual das interpretações que concebiam o autismo prioritariamente no interior de uma psicopatologia relacional ou psicótica não correspondeu apenas à substituição de uma teoria causal, mas à mudança do próprio objeto clínico: o

diagnóstico passou a ser organizado por indicadores comportamentais, sociais, comunicacionais e desenvolvimentais cuja emergência precoce e curso longitudinal se tornaram centrais. Araujo, Silva e Zanon (2023, p. 2) retomam essa história ao mostrar a passagem das primeiras formulações vinculadas à esquizofrenia para uma compreensão específica do autismo, enquanto Fernandes et al. (2020, p. 2) identificam, no percurso dos sistemas classificatórios, o momento em que o autismo passa a integrar os transtornos do neurodesenvolvimento e deixa de ser organizado sob as antigas categorias psiquiátricas que haviam marcado etapas anteriores. O significado de transtorno do neurodesenvolvimento, nesse contexto, não deveria ser reduzido à afirmação genérica de origem neurológica, mas compreendido como reconhecimento de que as características se relacionam à organização do desenvolvimento e se manifestam ao longo de um percurso no qual idade, demandas contextuais, aquisição de habilidades e mecanismos compensatórios podem modificar sua expressão observável (Araujo et al., 2023, p. 2–3; Fernandes et al., 2020, p. 2–3).

A noção de espectro emerge justamente da dificuldade de manter fronteiras diagnósticas absolutamente estáveis entre apresentações que compartilhavam características nucleares, mas diferiam quanto ao desenvolvimento da linguagem, funcionamento intelectual, intensidade das dificuldades sociais e padrões de comportamento. A história da síndrome de Asperger constitui exemplo paradigmático dessa instabilidade: inicialmente associada a uma descrição própria e posteriormente institucionalizada como diagnóstico separado, acabou absorvida pela categoria espectral quando as distinções disponíveis deixaram de demonstrar consistência suficiente para justificar entidades nosológicas independentes. Araujo et al. (2023, p. 2) recordam que, com a reorganização promovida pelo DSM-5, transtorno autista, transtorno de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação deixaram de constituir diagnósticos separados dentro daquela classificação, enquanto a CID-11

acompanhou a tendência de concentrar as apresentações autísticas numa categoria abrangente. Essa transformação não significa que todas as diferenças anteriormente observadas tenham desaparecido; significa que tais diferenças deixam de ser tratadas prioritariamente como prova de transtornos distintos e passam a exigir descrição interna ao espectro.

A consequência teórica é decisiva porque desloca a pergunta diagnóstica de "qual tipo de autismo está presente?" para uma composição mais complexa entre pertencimento ao espectro e caracterização da apresentação individual. A alteração poderia parecer mera diferença de formulação, mas modifica o modo pelo qual a heterogeneidade é conceitualmente administrada: num modelo de subtipos, a diversidade é distribuída entre categorias relativamente separadas; num modelo espectral, a diversidade permanece dentro da própria categoria, obrigando o diagnóstico a conservar informações adicionais que permitam distinguir perfis. Fernandes et al. (2020, p. 4) sintetizam precisamente essa passagem ao observar que os manuais anteriores agrupavam características em subgrupos diagnósticos, enquanto os sistemas mais recentes passam a considerar "um espectro", incorporando critérios comportamentais, desenvolvimentais, cognitivos e adaptativos. A mudança não dissolve a classificação, mas altera sua unidade fundamental: o diagnóstico principal torna-se mais abrangente e, por isso mesmo, os qualificadores tornam-se mais importantes.

A CID-11 ocupa posição central nessa transformação porque estabelece o TEA dentro do capítulo dos transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento, utilizando o código 6A02 e organizando suas apresentações segundo duas dimensões particularmente relevantes: transtorno do desenvolvimento intelectual e comprometimento da linguagem funcional. David (2024, p. 24), ao sistematizar as subdivisões da versão final, apresenta 6A02.0 para TEA sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional; 6A02.1 para TEA com transtorno do desenvolvimento

intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional; 6A02.2 para TEA sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional prejudicada; 6A02.3 para TEA com transtorno do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional prejudicada; 6A02.5 para TEA com transtorno do desenvolvimento intelectual e ausência de linguagem funcional; além das categorias 6A02.Y, destinada a outra apresentação especificada, e 6A02.Z, destinada ao TEA não especificado. A mesma sistematização registra que 6A02.4, associado em versões anteriores à ausência de linguagem funcional sem transtorno do desenvolvimento intelectual, não permaneceu especificado na versão final da classificação (David, 2024, p. 24).

Essa configuração possui significado maior do que a memorização da sequência numérica, porque demonstra que os códigos não formam uma escala ordinal de gravidade. 6A02.0 não é simplesmente o primeiro grau de autismo, 6A02.1 não constitui necessariamente uma forma mais intensa que 6A02.2, e 6A02.5 não deveria ser interpretado como terceiro ou último nível de um continuum quantitativo, uma vez que a numeração representa combinações classificatórias específicas. O sistema cruza desenvolvimento intelectual e linguagem funcional; portanto, duas pessoas classificadas em códigos próximos numericamente podem diferir de maneira qualitativa em uma das dimensões, ao passo que pessoas reunidas sob a mesma subcategoria podem apresentar variações substanciais em comunicação social, flexibilidade comportamental, sensorialidade, autonomia, funcionamento adaptativo e necessidade concreta de suporte. Transformar a sequência de códigos em escala hierárquica significaria eliminar a multidimensionalidade que justificou a própria mudança classificatória.

A distinção em relação aos três níveis de suporte utilizados no DSM torna-se, por isso, indispensável. Fernandes et al. (2020, p. 4) apresentam lado a lado os dois sistemas e mostram que o DSM-5 utiliza níveis relacionados à necessidade de apoio e à gravidade observada nos domínios nucleares, enquanto a CID-11 diferencia

apresentações por deficiência ou transtorno do desenvolvimento intelectual e linguagem funcional; na formulação particularmente precisa da revisão, "o CID-11 considera, de forma mais clara, a deficiência intelectual e a linguagem funcional" (Fernandes et al., 2020, p. 4). Dessa forma, a correspondência automática entre 6A02.0 e nível 1, entre 6A02.2 ou 6A02.3 e nível 2, ou entre 6A02.5 e nível 3 não encontra fundamento classificatório suficiente, mesmo quando determinada pessoa possa simultaneamente receber um código da CID e uma caracterização de suporte em outro sistema que pareçam convergir empiricamente.

A diferença torna-se mais clara quando se examina aquilo que os níveis de apoio procuram comunicar. O primeiro nível descrito no DSM relaciona-se à necessidade de apoio diante de prejuízos sociais, dificuldades para iniciar interações, inflexibilidade e problemas de organização; o segundo envolve apoio substancial e dificuldades mais evidentes na comunicação social e na flexibilidade; o terceiro corresponde à necessidade de apoio muito substancial, com prejuízos intensos na comunicação social e grande dificuldade diante de mudanças (Fernandes et al., 2020, p. 4). Nenhuma dessas descrições se reduz à presença de deficiência intelectual ou ao estado da linguagem funcional, de modo que uma pessoa sem transtorno intelectual e com linguagem funcional preservada pode apresentar necessidades relevantes relacionadas à inflexibilidade, autorregulação ou participação social, enquanto uma pessoa com deficiência intelectual e linguagem limitada pode exibir diferentes intensidades de suporte conforme ambiente, atividades, recursos disponíveis e funcionamento adaptativo. O apoio constitui uma dimensão relacional; o código da CID representa uma combinação diagnóstica.

A própria palavra espectro precisa, portanto, ser recuperada de uma interpretação excessivamente linear. Se espectro fosse apenas uma régua sobre a qual pessoas pudessem ser ordenadas entre menos e mais autistas, a classificação necessitaria somente de um índice global de gravidade; todavia, a literatura demonstra que o TEA é uma condição clinicamente heterogênea, com variação

substancial entre domínios. Lima, Britto, Nogueira e Lemos (2024, p. 2), numa revisão de escopo dedicada à funcionalidade da linguagem, descrevem o transtorno como complexo e heterogêneo, registrando ampla variedade de alterações e diferentes intensidades, enquanto os estudos reunidos mostram grande variabilidade dos perfis linguísticos. Essa variabilidade constitui expressão particular de um problema mais abrangente: indivíduos que compartilham critérios suficientes para o mesmo diagnóstico podem apresentar trajetórias desenvolvimentais, repertórios comunicativos, capacidades adaptativas e condições associadas profundamente diferentes, razão pela qual o diagnóstico principal não deveria ser tratado como descrição completa do funcionamento.

O primeiro dos dois grandes conjuntos de características nucleares permanece relacionado à comunicação e à interação social, mas a transformação classificatória ocorrida durante as últimas décadas modificou o modo de conceber essa dimensão. As classificações anteriores distinguiam comunicação e interação social como domínios separados, ao passo que sistemas contemporâneos passaram a agrupá-los mais estreitamente sob uma concepção de comunicação social e reciprocidade socioemocional, deslocamento que Fernandes et al. (2020, p. 3–4) relacionam a uma tendência de utilizar agrupamentos mais conceituais e menos dependentes da simples enumeração de comportamentos. O foco deixa de se concentrar apenas na presença material de fala ou na quantidade de palavras produzidas e passa a considerar o uso social da comunicação, capacidade de compartilhar atenção e interesses, reciprocidade, integração de meios verbais e não verbais e adequação da comunicação aos diferentes contextos.

Esse movimento ajuda a explicar a centralidade adquirida pela linguagem pragmática. Fernandes et al. (2020, p. 4) observam diretamente que "a característica central do TEA está na linguagem pragmática, e não necessariamente na possibilidade da linguagem oral", formulação particularmente importante diante da CID-11 porque impede confundir linguagem funcional com simples existência de

fala. Uma pessoa pode produzir discurso estruturalmente sofisticado e, ainda assim, apresentar dificuldades significativas relacionadas à reciprocidade, inferência, ajuste contextual ou compreensão de significados não literais; em direção oposta, a ausência ou limitação da fala não autoriza concluir automaticamente ausência de compreensão ou incapacidade comunicativa em outras modalidades.

A revisão de Lima et al. (2024, p. 2, 6–10) fornece sustentação contemporânea para essa diferenciação ao mostrar que os estudos da linguagem no TEA identificam ampla variabilidade e que o subsistema pragmático ocupa posição particularmente relevante. Entre os achados sintetizados encontram-se dificuldades relacionadas à iniciação, manutenção de tópicos, compreensão contextual, linguagem não verbal, interpretação de expressões idiomáticas, reciprocidade conversacional e flexibilidade linguística, ao mesmo tempo em que diferentes estudos identificam perfis morfossintáticos, semânticos e fonológicos igualmente heterogêneos. A revisão conclui que crianças e adolescentes com TEA apresentam diversidade de alterações linguísticas e que a organização dos diferentes subsistemas pode favorecer compreensão mais precisa da funcionalidade, resultado que se articula diretamente à decisão classificatória da CID-11 de tratar a linguagem funcional como qualificador específico, sem reduzi-la à dicotomia entre falar e não falar (Lima et al., 2024, p. 6–11).

A noção de funcionalidade acrescenta uma mudança conceitual importante, porque desloca a avaliação da simples existência de determinada habilidade para a capacidade de utilizá-la de maneira efetiva nas demandas cotidianas. Uma pessoa pode conhecer palavras, produzir frases ou reconhecer estruturas linguísticas sem conseguir empregar esses recursos de forma suficientemente flexível para expressar necessidades, negociar situações sociais ou compreender intenções comunicativas; inversamente, recursos gestuais, visuais ou sinalizados podem participar de uma comunicação funcional mesmo na ausência de fala oral convencional. Lima et al. (2024, p. 2) relacionam funcionalidade à interação entre condições pessoais e

contexto, mostrando que capacidades e limitações precisam ser examinadas em relação aos ambientes sociais nos quais a linguagem é utilizada, perspectiva que dificulta qualquer tentativa de converter um qualificador linguístico da CID numa descrição absoluta da pessoa.

A distinção torna-se ainda mais necessária quando se considera que linguagem funcional e desenvolvimento intelectual são tratados separadamente pela CID-11. Historicamente, a ausência de fala ou o atraso de linguagem foram frequentemente associados de maneira intuitiva a comprometimento intelectual, produzindo inferências cuja fragilidade se torna explícita quando uma classificação contemporânea exige que ambas as dimensões sejam avaliadas separadamente. 6A02.0 e 6A02.2 compartilham a ausência de transtorno do desenvolvimento intelectual, embora se diferenciem quanto à linguagem funcional; 6A02.1 e 6A02.3 compartilham presença de transtorno do desenvolvimento intelectual, mas diferem novamente quanto à linguagem; 6A02.5 acrescenta ausência de linguagem funcional à presença do transtorno intelectual (David, 2024, p. 24). A própria arquitetura do sistema, portanto, constitui uma advertência contra a equivalência entre cognição e comunicação.

O desenvolvimento intelectual, por sua vez, não deveria ser reduzido à utilização isolada de um quociente intelectual, sobretudo porque a compreensão contemporânea das dificuldades intelectuais envolve funcionamento adaptativo e desempenho em diferentes contextos, enquanto o TEA pode introduzir desafios específicos na aplicação de instrumentos padronizados. Fernandes et al. (2020, p. 4–6) observam que a introdução de critérios cognitivos e adaptativos aumenta a importância das avaliações de linguagem e do funcionamento cognitivo global na caracterização das apresentações, justamente porque a CID-11 utiliza o funcionamento intelectual na subclassificação do espectro. A consequência clínica é que uma avaliação incompleta dessa dimensão pode produzir não apenas descrição insuficiente, mas também codificação inadequada.

A impossibilidade de inferir desenvolvimento intelectual a partir da linguagem possui ainda outra consequência: ausência de comunicação oral não deve funcionar como prova de ausência de aprendizagem, pensamento ou intencionalidade. A literatura educacional e fonoaudiológica demonstra que pessoas autistas podem empregar recursos gestuais e outras modalidades de comunicação mesmo diante de limitações da fala, enquanto a avaliação pragmática revela que o comportamento comunicativo não se esgota na modalidade verbal. Lima et al. (2024, p. 7–9), ao sintetizarem estudos de diferentes países, registram utilização significativa de gestos por crianças verbais e não verbais, bem como grande diversidade na forma pela qual linguagem e interação aparecem, evidenciando que categorias dicotômicas como verbal e não verbal, embora possam descrever um aspecto aparente, são insuficientes para representar a complexidade comunicacional.

O segundo grande domínio nuclear envolve comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos, cuja centralidade aumentou nas classificações contemporâneas ao lado da reorganização da comunicação social. Fernandes et al. (2020, p. 3–4) mostram que a consolidação dos critérios relativos aos padrões repetitivos contribuiu para aumentar a especificidade diagnóstica, justamente porque dificuldades sociocomunicativas isoladas podem ocorrer em outras condições e não são suficientes, por si, para caracterizar o TEA. O caráter espectral não elimina, portanto, uma fronteira diagnóstica: continua sendo necessário identificar a combinação apropriada entre alterações persistentes da comunicação social e padrões restritos ou repetitivos, compreendidos no curso do desenvolvimento e relacionados a impacto clinicamente significativo.

Essa delimitação é indispensável ao diagnóstico diferencial, pois determinadas dificuldades sociais ou de comunicação podem estar presentes em transtornos da linguagem, deficiência intelectual, transtornos de ansiedade e outras condições, enquanto comportamentos repetitivos ou interesses intensos também não são exclusivos do TEA quando examinados isoladamente. O diagnóstico, portanto, não

deveria resultar da identificação de um comportamento emblemático, como ausência de contato ocular, ecolalia ou interesse circunscrito, mas da organização de um padrão desenvolvimental suficientemente coerente com o conjunto de critérios. Silva e Mulick (2009, p. 116–131) já defendiam uma avaliação minuciosa e interdisciplinar justamente porque manifestações individuais precisam ser interpretadas dentro de história, contexto, desenvolvimento e diagnósticos diferenciais; a permanência desse princípio na era da CID-11 demonstra que a modernização classificatória não substitui raciocínio clínico por uma lista automatizada de sinais.

A distinção entre rastreamento e diagnóstico permanece, nesse sentido, fundamental. Instrumentos de triagem podem identificar pessoas com maior probabilidade de apresentar TEA e orientar encaminhamentos, enquanto escalas observacionais e entrevistas estruturadas podem contribuir para uma avaliação diagnóstica, mas nenhum resultado isolado deveria assumir estatuto de diagnóstico independente. Fernandes et al. (2020, p. 4–6) descrevem diferentes instrumentos utilizados no Brasil e internacionalmente, destacando que avaliações cognitivas, escalas e novas tecnologias podem compor um processo mais preciso, sem eliminar sua natureza clínica. A multiplicação de recursos tecnológicos, inclusive rastreamento ocular e métodos de análise de padrões, precisa ser compreendida como aperfeiçoamento potencial da coleta de informações e não como substituição automática da análise do desenvolvimento, especialmente porque nenhum marcador único representa toda a diversidade do espectro.

A etiologia oferece outro campo no qual a literatura precisa ser interpretada cuidadosamente, porque o deslocamento histórico das hipóteses psicogênicas para modelos neurodesenvolvimentais e biológicos não produziu uma causa única e universal do TEA. Araujo et al. (2023, p. 2–3) situam essa mudança no processo histórico que afastou explicações centradas em relações familiares e aproximou a compreensão do autismo das ciências biológicas e do desenvolvimento, enquanto a literatura contemporânea reconhece heterogeneidade etiológica e contribuição

genética importante sem reduzir todo o espectro a uma mutação ou mecanismo comum. O reconhecimento de uma condição neurodesenvolvimental não significa que todos os casos compartilhem uma etiologia única, mas que o desenvolvimento do sistema nervoso e suas relações com fatores biológicos e ambientais ocupam lugar central na compreensão atual do quadro.

Essa heterogeneidade etiológica acompanha a heterogeneidade fenotípica e ajuda a explicar por que a categoria espectral não deveria ser pensada como uma síndrome simples com causa, mecanismo e manifestação invariáveis. Diferentes trajetórias podem convergir para padrões comportamentais suficientemente semelhantes para preencher critérios diagnósticos, ao mesmo tempo em que diferenças genéticas, cognitivas, linguísticas e adaptativas produzem apresentações bastante diversas. A classificação clínica, nesse sentido, encontra-se necessariamente num nível distinto da explicação etiológica: identificar TEA não significa explicar causalmente sua ocorrência naquele caso particular, assim como reconhecer um determinado perfil de linguagem não determina o mecanismo biológico responsável pelo perfil.

O curso desenvolvimental introduz outra dimensão que a concepção contemporânea precisa preservar. TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento cujas características se originam no desenvolvimento inicial, mas isso não significa que a expressão comportamental permaneça invariável em todas as idades. Demandas ambientais mudam, repertórios são adquiridos, intervenções podem ampliar habilidades, mecanismos compensatórios podem reduzir a visibilidade de determinadas características e novas exigências sociais podem tornar dificuldades anteriormente pouco evidentes mais perceptíveis. Oliveira et al. (2025), ao revisarem estudos sobre diagnóstico de pessoas sem deficiência intelectual evidente e com maior funcionalidade, destacam justamente a possibilidade de identificação tardia quando sinais são menos perceptíveis ou compensados durante fases iniciais,

mostrando que ausência de diagnóstico na primeira infância não equivale necessariamente à ausência de características desenvolvimentais relevantes.

A literatura acerca do diagnóstico tardio também evidencia diferenças relacionadas ao sexo e ao gênero, tema que ganhou importância crescente precisamente porque critérios construídos a partir de amostras predominantemente masculinas podem apresentar menor sensibilidade para determinadas formas de manifestação. Oliveira et al. (2025, p. 10) sintetizam pesquisas indicando diagnóstico mais tardio entre meninas e discutem a hipótese de maior camuflagem das características em determinados grupos, registrando estudos nos quais meninas apresentavam maior reciprocidade aparente mesmo diante de traços autísticos comparáveis. A questão permanece cientificamente aberta em diversos aspectos, mas possui importância clínica suficiente para impedir que modelos estereotipados baseados na apresentação masculina clássica sejam utilizados como padrão universal de reconhecimento.

A camuflagem acrescenta complexidade ao diagnóstico porque demonstra que comportamento observável e dificuldade subjacente não são necessariamente equivalentes. Uma pessoa pode aprender estratégias sociais, imitar padrões comunicacionais, preparar respostas ou controlar determinados comportamentos em contextos avaliativos sem que as demandas internas associadas à interação tenham desaparecido. Esse fenômeno reforça a necessidade de integrar história desenvolvimental, diferentes contextos e relatos de múltiplas fontes, sobretudo quando a avaliação ocorre na adolescência ou idade adulta. A consequência epistemológica é que critérios comportamentais não devem ser confundidos com observação superficial: comportamento precisa ser interpretado longitudinalmente e em relação às estratégias utilizadas para sustentá-lo.

Em direção oposta, a maior visibilidade contemporânea do TEA não autoriza ampliar indefinidamente a categoria até que qualquer diferença social, preferência por rotina ou interesse intenso seja tratada como suficiente para o diagnóstico. A

noção de espectro pode ser mal compreendida como ausência de fronteiras, quando na realidade a classificação continua exigindo um conjunto coerente de características, início no período desenvolvimental e repercussão funcional. A expansão da visibilidade diagnóstica resulta de múltiplos fatores, incluindo mudanças classificatórias e maior reconhecimento, sem que isso transforme toda neurodivergência ou peculiaridade comportamental em TEA. Araujo et al. (2023, p. 2) lembram que o crescimento dos diagnósticos se relaciona também a maior visibilidade e mudanças na forma de classificar e descrever os sintomas, questão que exige prudência tanto contra explicações alarmistas de uma suposta epidemia quanto contra banalização diagnóstica.

Essa tensão conduz à relação entre modelo médico, neurodiversidade e classificação. Araujo et al. (2023, p. 1–4) mostram que o movimento da neurodiversidade questiona a redução do autismo a uma doença que deveria ser eliminada, propondo compreensão das particularidades neurológicas também como parte da diversidade humana, ao mesmo tempo em que a literatura brasileira ainda apresenta presença significativa de perspectivas centradas no déficit. O fato de a CID-11 continuar classificando o TEA como transtorno do neurodesenvolvimento não encerra essa disputa, porque uma categoria diagnóstica pode cumprir função clínica e estatística sem determinar, por si, todo o significado social ou identitário atribuído à condição.

A neurodiversidade, contudo, não elimina a necessidade de reconhecer limitações, sofrimento ou demandas intensas de suporte. A própria abrangência do espectro demonstra por que uma política conceitual consistente precisa evitar tanto a representação exclusivamente deficitária quanto a romantização da diferença. Pessoas reunidas sob o mesmo diagnóstico podem variar desde situações em que as principais dificuldades se tornam evidentes apenas diante de demandas sociais complexas até condições associadas a transtorno do desenvolvimento intelectual, ausência de linguagem funcional e necessidade prolongada de assistência. Araujo et

al. (2023, p. 3–4) registram justamente tensões entre a afirmação da neurodiversidade e críticas relacionadas à representação de pessoas com necessidades mais intensas, indicando que o espectro não pode ser simbolicamente reduzido às experiências de maior autonomia.

A CID-11, ao explicitar o desenvolvimento intelectual e a linguagem funcional, pode contribuir para enfrentar essa invisibilidade desde que seus qualificadores não sejam convertidos em hierarquias de valor. Registrar maior comprometimento não significa diminuir subjetividade, educabilidade ou direito à participação, da mesma forma que registrar ausência de deficiência intelectual não significa ausência de dificuldades clinicamente significativas. A classificação é descritiva em relação a determinadas dimensões; torna-se estigmatizante quando essas dimensões são extrapoladas para afirmar algo sobre valor pessoal, capacidade total ou possibilidade futura de desenvolvimento. O rigor científico exige reconhecer limitações reais sem produzir generalizações que ultrapassem os dados avaliados.

Essa preocupação é particularmente relevante no uso de expressões como alto funcionamento e baixo funcionamento. Oliveira et al. (2025) demonstram que "alta funcionalidade" continua aparecendo na literatura dedicada ao diagnóstico tardio, geralmente associada a pessoas sem deficiência intelectual evidente e sem comprometimentos linguísticos marcantes; todavia, a arquitetura da CID-11 oferece razões para preferir descrições dimensionais mais específicas, porque o termo funcionamento pode produzir a impressão de uma capacidade global relativamente homogênea. Uma pessoa com desempenho intelectual elevado pode apresentar prejuízo adaptativo significativo, enquanto outra com limitações cognitivas pode demonstrar competências funcionais específicas suficientemente desenvolvidas. A linguagem classificatória contemporânea tende, portanto, a ganhar precisão quando descreve a dimensão efetivamente avaliada em vez de atribuir um adjetivo totalizante.

O mesmo problema aparece no uso indiscriminado de leve, moderado e grave. Embora a intensidade seja clinicamente relevante, a pergunta fundamental precisa indicar em qual dimensão se localiza a gravidade: comunicação social, comportamento repetitivo, desenvolvimento intelectual, linguagem funcional, autonomia, regulação ou condição associada. A utilização de um único qualificativo global pode ocultar perfis dissociados, precisamente aqueles que uma classificação multidimensional procura tornar visíveis. Nesse sentido, a CID-11 não elimina a avaliação de gravidade, mas dificulta legitimamente que gravidade seja concebida como essência unidimensional.

A relação entre o diagnóstico principal e condições coexistentes constitui outra dimensão necessária da revisão, uma vez que dificuldades apresentadas por uma pessoa autista não podem ser automaticamente atribuídas ao TEA quando outras condições clínicas ou neurodesenvolvimentais estão presentes. Oliveira et al. (2025) registram elevada frequência de condições de humor, ansiedade e deficiência intelectual em parte da literatura examinada, enquanto a própria CID-11 diferencia o transtorno do desenvolvimento intelectual dentro da subclassificação. A presença de condições associadas pode modificar significativamente o funcionamento, sofrimento, necessidade de intervenção e prognóstico, tornando insuficiente qualquer interpretação que utilize o TEA como explicação universal para todo comportamento ou dificuldade.

Essa distinção possui importância prática porque o diagnóstico de TEA não torna desnecessária a investigação de epilepsia, alterações de sono, transtornos ansiosos, transtornos de atenção, condições genéticas, dificuldades motoras, transtornos de linguagem ou outras condições quando clinicamente indicadas. Uma abordagem que atribui todos os fenômenos ao autismo corre o risco de obscurecer necessidades tratáveis e produzir o que poderia ser denominado eclipsamento diagnóstico, no qual a categoria principal impede o reconhecimento de outras condições relevantes. Em direção contrária, a presença de outro diagnóstico não

invalida necessariamente o TEA quando ambos os conjuntos de critérios são atendidos, razão pela qual o raciocínio clínico precisa ser suficientemente diferenciado para lidar com coexistência e diagnóstico diferencial.

O diagnóstico diferencial com transtorno do desenvolvimento intelectual merece atenção especial devido ao lugar ocupado por essa dimensão na CID-11. Dificuldades sociocomunicativas podem ocorrer em pessoas com comprometimento intelectual global, mas o diagnóstico de TEA requer que o padrão autístico não seja explicado integralmente pelo nível geral de desenvolvimento. Fernandes et al. (2020, p. 4–6) destacam a crescente necessidade de avaliações cognitivas para a aplicação adequada dos critérios contemporâneos, mostrando que a subclassificação depende de compreender o perfil intelectual e não apenas de identificar sinais comportamentais. A necessidade é especialmente importante diante de crianças pequenas ou pessoas com comunicação limitada, situações nas quais instrumentos tradicionais podem oferecer resultados difíceis de interpretar se não forem adequadamente adaptados.

O diagnóstico diferencial com transtornos da linguagem apresenta problema correspondente. Dificuldades linguísticas podem produzir impactos sociais significativos sem constituir TEA, ao passo que o autismo pode coexistir com prejuízos estruturais da linguagem. A reorganização contemporânea procura justamente diferenciar linguagem pragmática, comunicação social e linguagem estrutural, impedindo que atraso de fala seja tratado como marcador suficiente. Fernandes et al. (2020, p. 2–4) mostram que a linguagem funcional ganha centralidade enquanto o atraso de linguagem oral deixa de funcionar da mesma maneira como critério definidor; Lima et al. (2024, p. 2, 6–10) demonstram empiricamente que as alterações linguísticas no TEA podem abranger pragmática, morfossintaxe, semântica e fonologia com grande variabilidade.

Essa modificação explica por que uma criança que fala tardiamente não pode ser diagnosticada com TEA apenas por atraso de linguagem, assim como uma pessoa

que adquiriu fala dentro da idade esperada não pode ter o diagnóstico descartado quando persistem alterações qualitativas da comunicação social acompanhadas de padrões restritos ou repetitivos. A passagem de uma concepção centrada no atraso para uma concepção centrada na funcionalidade e pragmática representa um dos deslocamentos mais relevantes das classificações contemporâneas, pois aumenta a atenção ao modo como a comunicação opera nas relações, e não somente ao momento em que determinadas estruturas formais foram adquiridas.

A atenção compartilhada, a reciprocidade, os comportamentos comunicativos não verbais e a capacidade de ajustar o discurso ao contexto permanecem, nesse quadro, fenômenos particularmente importantes, mas também não devem ser tratados como propriedades absolutas. Pessoas autistas podem demonstrar diferentes formas de atenção, interesse social e comunicação; comportamentos podem variar conforme familiaridade, ambiente, ansiedade, idade e suporte disponível. A avaliação clínica precisa distinguir ausência de determinada forma convencional de expressão da ausência de interesse ou intenção, porque a primeira não implica necessariamente a segunda.

O mesmo cuidado é necessário em relação ao contato visual, cuja presença ou ausência adquiriu enorme popularidade como signo do autismo apesar de não constituir um teste diagnóstico isolado. A pessoa pode evitar olhar direto por desconforto sensorial, ansiedade ou estilo comunicativo, assim como pode aprender a manter contato ocular sem que outras características do TEA deixem de existir. Utilizar contato visual como condição necessária ou suficiente para diagnóstico produz dois erros simétricos: excluir pessoas autistas que aprenderam ou naturalmente utilizam esse comportamento e incluir pessoas não autistas cuja dificuldade ocular possui outras explicações. A lógica espectral exige interpretação de padrões, não fetichização de sinais isolados.

Os comportamentos repetitivos e interesses circunscritos exigem cuidado semelhante. Repetição pode assumir diferentes formas, incluindo movimentos

motores, manipulação de objetos, insistência em rotinas, padrões verbais, interesses intensos e necessidade de previsibilidade; a expressão pode mudar ao longo do desenvolvimento e tornar-se socialmente menos evidente em pessoas que aprenderam a controlar manifestações públicas. A classificação contemporânea reconhece sua importância porque a combinação com dificuldades sociocomunicativas diferencia o TEA de condições nas quais somente a comunicação social está afetada, mas o significado funcional de cada comportamento precisa ser examinado antes que seja interpretado automaticamente como sintoma a ser eliminado.

Essa dimensão aproxima a classificação do debate sobre sensorialidade, uma vez que muitas pessoas autistas apresentam respostas diferenciadas a sons, luzes, texturas, cheiros, movimento ou outras experiências sensoriais. Embora a estrutura e a terminologia utilizadas pelos sistemas diagnósticos tenham se modificado ao longo das versões, a literatura clínica contemporânea reconhece que experiências sensoriais podem influenciar significativamente comportamento, participação e qualidade de vida. A consequência conceitual é que comportamentos aparentemente incompreensíveis podem adquirir sentido quando examinados em relação às condições ambientais, o que reforça uma abordagem funcional e contextualizada.

A ideia de funcionalidade constitui, por isso, importante complemento à classificação diagnóstica, mas não deveria ser confundida com a CID propriamente dita. Lima et al. (2024, p. 2) recuperam uma perspectiva biopsicossocial segundo a qual funcionalidade e incapacidade resultam da interação entre condições de saúde e contextos individual e social, princípio que permite compreender por que pessoas com a mesma classificação clínica podem apresentar desempenho distinto em ambientes diferentes. O código informa uma condição; não descreve integralmente o modo como a condição interage com recursos, barreiras, expectativas e exigências de cada ambiente.

Essa distinção é particularmente importante porque a expressão necessidade de suporte tende a ser substantivada, produzindo fórmulas como "autista de determinado nível" como se a pessoa possuísse uma quantidade fixa de dependência em todos os contextos. A necessidade de auxílio pode variar entre comunicação, autocuidado, atividade acadêmica, organização, deslocamento, trabalho e interação social, e alterações ambientais podem modificar concretamente a intensidade requerida. Descrever suporte adequadamente exige, portanto, especificar função, contexto e finalidade, não apenas repetir uma categoria geral.

A CID-11 fornece informações potencialmente relevantes para essa análise, mas não substitui a avaliação funcional. Uma classificação 6A02.0 informa que não foi identificado transtorno do desenvolvimento intelectual e que existe leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional; não informa necessariamente independência nas atividades da vida diária, tolerância a mudanças, sensorialidade, capacidade de organizar rotinas complexas ou necessidade de suporte social. 6A02.5 informa presença de transtorno do desenvolvimento intelectual e ausência de linguagem funcional, mas tampouco especifica sozinho todas as habilidades disponíveis, formas alternativas de comunicação, interesses, respostas a intervenções ou nível de autonomia possível. O código torna algumas dimensões mais explícitas e permanece silencioso sobre outras.

O reconhecimento desses limites não diminui a importância da classificação; ao contrário, estabelece as condições para utilizá-la corretamente. Uma classificação científica é tanto mais útil quanto mais precisamente se sabe aquilo que classifica e aquilo que deixa de classificar. A tentativa de fazer 6A02 responder simultaneamente por diagnóstico, potencial intelectual, necessidade de suporte, prognóstico, escolarização e autonomia produziria uma falsa precisão, transformando um instrumento destinado a organizar determinadas informações em retrato integral de uma pessoa.

A própria revisão da linguagem realizada pela CID-11 demonstra esse limite. Ao utilizar linguagem funcional como qualificador, o sistema precisa distinguir formas de utilização da linguagem sem afirmar que determinada classificação estabelece toda a competência comunicacional possível. Lima et al. (2024, p. 11) concluem que a diversidade de alterações pragmáticas, morfossintáticas e semânticas exige avaliações capazes de mapear diferentes aspectos da linguagem, demonstrando que nenhuma expressão única substitui uma investigação detalhada. A classificação fornece uma síntese; a avaliação explica a síntese. As categorias 6A02.Y e 6A02.Z também precisam ser compreendidas nesse sentido, evitando interpretações segundo as quais constituiriam formas intermediárias ou níveis inferiores de certeza diagnóstica. Dias, Souza e Conceição (2024, p. 280) registram que a categoria especificada pode ser utilizada quando a apresentação é reconhecida mas os parâmetros das subcategorias nomeadas não se aplicam adequadamente, enquanto a não especificada se relaciona à ausência de informações suficientes para determinar os especificadores. Nenhuma corresponde, portanto, a determinado nível de gravidade.

A retirada do 6A02.4 da versão final constitui exemplo particularmente importante da natureza dinâmica da classificação. David (2024, p. 24) registra expressamente que a categoria referente ao TEA sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional não permaneceu especificada na versão final, fato que explica por que tabelas reproduzidas a partir de versões anteriores podem divergir das listagens atualmente utilizadas. A questão ultrapassa a correção burocrática: a CID-11 foi concebida dentro de uma arquitetura digital e revisável, conforme discutem Andrade e Galvão (2025, p. 1–2), tornando necessário verificar versões e evitar a perpetuação de esquemas preliminares em materiais formativos posteriores.

A classificação contemporânea exige, assim, uma cultura profissional menos dependente da memorização estática e mais comprometida com a compreensão da

lógica interna das categorias. Saber que 6A02.4 esteve presente em versões anteriores e não aparece na final é menos importante do que compreender por que tabelas secundárias precisam ser verificadas; saber a sequência dos códigos é menos importante do que compreender que desenvolvimento intelectual e linguagem funcional são dimensões diferentes; saber que existem níveis de suporte em outro manual é menos importante do que reconhecer que esses níveis não são equivalentes aos códigos da CID. A competência classificatória encontra-se, portanto, na relação entre informação e conceito.

Essa exigência também alcança a epidemiologia, porque mudanças de critérios alteram potencialmente quem será identificado e, por consequência, as estimativas de prevalência produzidas em diferentes períodos. Fernandes et al. (2020, p. 4–6) discutem estudos que encontraram diferenças de sensibilidade entre classificações, especialmente nas apresentações anteriormente reconhecidas como síndrome de Asperger ou transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação, demonstrando que variações estatísticas podem refletir não apenas transformações populacionais, mas também modificações nas fronteiras diagnósticas. A comparação longitudinal de prevalências precisa, portanto, considerar que o objeto estatístico não permanece completamente idêntico quando os critérios mudam.

Araujo et al. (2023, p. 2) desenvolvem argumento convergente ao recordar que o aumento dos diagnósticos não pode ser atribuído unicamente ao crescimento do número de pessoas com a condição, sendo necessário considerar ampliação da visibilidade e alterações classificatórias. Tal consideração não significa negar possíveis mudanças reais de prevalência, mas impedir inferência causal simplista baseada exclusivamente na diferença entre números provenientes de períodos e critérios distintos. Quanto mais abrangente e conhecido se torna o espectro, maior a probabilidade de pessoas anteriormente invisíveis às classificações serem identificadas, especialmente quando não apresentam deficiência intelectual ou atraso de linguagem evidente.

Esse processo ajuda a compreender o aumento do diagnóstico em adolescentes e adultos, inclusive entre pessoas cuja infância transcorreu antes da consolidação contemporânea do espectro. Oliveira et al. (2025) identificam em sua revisão que pessoas sem atraso evidente de linguagem ou deficiência intelectual podem permanecer sem diagnóstico durante anos, sendo frequentemente reconhecidas somente quando demandas sociais e acadêmicas aumentam ou quando dificuldades secundárias conduzem à avaliação. O diagnóstico tardio, nesse sentido, não deveria ser automaticamente interpretado como evidência de surgimento tardio do TEA, uma vez que os critérios se referem a uma condição do desenvolvimento cuja expressão pode tornar-se clinicamente identificável em momentos distintos.

A questão do diagnóstico em adultos acrescenta ainda dificuldades metodológicas, porque a reconstrução da infância depende frequentemente de memórias, documentos incompletos e relatos de familiares, enquanto mecanismos compensatórios podem alterar a apresentação atual. A investigação precisa reconstruir a trajetória, examinando padrões persistentes e não apenas comportamentos observáveis no momento da consulta. Essa complexidade justifica cautela diante tanto do subdiagnóstico quanto da identificação precipitada baseada em semelhanças superficiais com descrições populares do espectro. A expansão do diagnóstico em grupos historicamente menos reconhecidos também mostra que o fenótipo clínico descrito pela literatura pode ter sido influenciado pelas próprias populações utilizadas para construir os critérios. Oliveira et al. (2025, p. 10) registram pesquisas indicando diferenças na idade de diagnóstico de meninas e discutem camuflagem social, tema que desafia a ideia de uma apresentação universal do TEA. A avaliação contemporânea precisa, portanto, reconhecer que comportamentos considerados típicos do diagnóstico podem refletir, em alguma medida, quais populações foram historicamente mais investigadas.

Essa constatação não autoriza transformar diferenças de gênero em novas regras rígidas, como se existisse um autismo masculino e outro feminino

completamente separados, mas sustenta a necessidade de maior sensibilidade a apresentações variadas. A categoria espectral, quando levada a sério, precisa suportar diversidade não apenas na intensidade, mas também na configuração dos sinais, nas estratégias compensatórias e nos contextos em que as dificuldades aparecem.

A mesma lógica deve orientar o diagnóstico em pessoas com deficiência intelectual, cuja apresentação pode dificultar a distinção entre limitações decorrentes do desenvolvimento global e alterações específicas da reciprocidade social e do comportamento. A necessidade de avaliação individual torna-se ainda maior porque instrumentos e expectativas precisam ser comparados ao nível de desenvolvimento real, não simplesmente à idade cronológica, evitando atribuir ao autismo aquilo que decorre de outras condições e, simultaneamente, evitando deixar de reconhecer o TEA quando características qualitativas excedem aquilo que seria esperado a partir do funcionamento intelectual. A CID-11 procura responder a parte dessa complexidade ao incorporar explicitamente o transtorno do desenvolvimento intelectual na subclassificação, mas a solução classificatória continua dependente da qualidade da avaliação que produz o especificador. Um código detalhado baseado em avaliação superficial não é mais preciso que uma categoria ampla baseada em investigação consistente; a sofisticação da classificação aumenta a exigência sobre a coleta de informações.

Essa conclusão vale igualmente para a linguagem funcional. A inclusão dessa dimensão na codificação somente representa avanço quando a avaliação linguística consegue distinguir forma, conteúdo, uso e contexto, evitando inferências baseadas exclusivamente na extensão do vocabulário ou na complexidade gramatical. Lima et al. (2024, p. 6–10) mostram exatamente a diversidade encontrada nos estudos: determinadas crianças apresentam dificuldades predominantemente pragmáticas apesar de habilidades morfossintáticas relativamente desenvolvidas, enquanto outras apresentam alterações em vários subsistemas. A linguagem funcional constitui,

portanto, uma síntese clínica que precisa ser sustentada por observação suficientemente ampla para representar aquilo que a pessoa efetivamente consegue fazer com a linguagem.

A relação entre comunicação e interação social também precisa escapar de uma leitura unilateral na qual toda diferença seja representada apenas como ausência de interesse social. A literatura contemporânea sobre neurodiversidade problematiza interpretações que atribuem automaticamente menor valor social a formas comunicativas divergentes, enquanto a clínica continua reconhecendo prejuízos reais quando dificuldades impedem reciprocidade, compreensão ou participação. Araujo et al. (2023, p. 3–7) mostram que o modelo médico e o movimento da neurodiversidade operam com ênfases distintas, sendo necessário evitar que a crítica à patologização produza invisibilidade de necessidades concretas ou que a identificação de prejuízos reproduza estigma e expectativas negativas.

Essa tensão oferece uma chave importante para compreender a CID-11: a classificação continua pertencendo ao campo da saúde e utiliza a categoria transtorno, mas sua aplicação ocorre numa sociedade em que pessoas autistas também reivindicam reconhecimento identitário e participação na produção do conhecimento. A dimensão clínica e a dimensão social não precisam ser artificialmente confundidas, tampouco necessariamente colocadas em oposição. É possível reconhecer que o TEA constitui categoria diagnóstica associada a dificuldades funcionalmente relevantes e, simultaneamente, que pessoas autistas não podem ser reduzidas a conjuntos de déficits; é possível oferecer intervenções destinadas a ampliar comunicação ou autonomia sem transformar normalização comportamental em objetivo absoluto; é possível reconhecer deficiência e, ao mesmo tempo, preservar diversidade.

A mudança de linguagem classificatória possui implicações diretas para a investigação científica. Pesquisas realizadas com amostras anteriormente denominadas Asperger, autismo de alto funcionamento, autismo infantil ou TID sem

outra especificação não deixam de ter valor após a CID-11, mas precisam ser reinterpretadas em relação aos critérios atuais. Uma amostra histórica classificada como síndrome de Asperger não corresponde automaticamente ao 6A02.0, ainda que exista sobreposição substancial, porque critérios, métodos de avaliação e fronteiras diagnósticas não são idênticos. A revisão da literatura contemporânea deve resistir à tentação de recodificar retrospectivamente todas as populações estudadas como se classificações distintas fossem perfeitamente equivalentes.

A mesma precaução aplica-se ao termo de alta funcionalidade utilizado por Oliveira et al. (2025). A revisão oferece resultados relevantes acerca do diagnóstico tardio, diferenças de gênero e condições associadas, mas a nomenclatura empregada precisa ser lida no contexto da literatura pesquisada e não transformada automaticamente em categoria da CID-11. A classificação atual prefere especificadores mais delimitados, justamente porque expressões globais de funcionamento podem ocultar diferenças importantes entre inteligência, linguagem, autonomia e adaptação.

O desaparecimento formal da síndrome de Asperger também possui significado histórico que não pode ser resolvido pela simples afirmação de que a categoria deixou de existir. Durante décadas, a denominação organizou pesquisas, identidades e práticas clínicas; sua absorção no espectro modifica o diagnóstico, mas não apaga imediatamente a literatura anterior nem a autocompreensão de pessoas diagnosticadas sob o sistema precedente. A revisão científica precisa manter essa historicidade para evitar anacronismos.

Tamanaha et al. (2008, p. 296–299), escrevendo antes da consolidação contemporânea do espectro, ilustram precisamente a importância de compreender as diferenças historicamente atribuídas ao autismo infantil e à síndrome de Asperger. A distância entre essa revisão e a CID-11 demonstra a magnitude da transformação conceitual ocorrida: aquilo que então era apresentado como comparação entre quadros distintos encontra-se hoje reunido dentro de uma categoria espectral,

mostrando que classificações científicas não apenas acumulam conhecimento, mas reorganizam o modo como o conhecimento anteriormente produzido é interpretado.

A revisão histórica também impede que a CID-11 seja tomada como ponto final. Andrade e Galvão (2025, p. 1–3) demonstram que a própria história da CID é composta por sucessivas revisões destinadas a acompanhar transformações científicas e sociais, enquanto sua arquitetura digital contemporânea institucionaliza ainda mais explicitamente a possibilidade de atualização. Uma classificação internacional representa consenso técnico historicamente situado, não descrição metafísica definitiva das entidades humanas. Reconhecer essa condição não relativiza arbitrariamente os critérios, mas estabelece uma postura epistemologicamente adequada diante de um instrumento que, por definição, se modifica à medida que o conhecimento se transforma.

A ausência de biomarcador diagnóstico único reforça essa compreensão. Enquanto determinadas condições médicas podem ser confirmadas por exames com elevada especificidade etiológica, o TEA permanece definido pela organização de características do desenvolvimento e do comportamento, ainda que pesquisas genéticas, neurobiológicas e cognitivas forneçam conhecimentos relevantes sobre seus mecanismos. Fernandes et al. (2020, p. 5–6) discutem tecnologias emergentes e instrumentos auxiliares, mas preservam o caráter clínico da avaliação, evidenciando que avanços técnicos ainda não substituíram a integração de informações. Esse fato possui implicação conceitual importante: diagnóstico clínico não significa diagnóstico subjetivo ou arbitrário. Critérios comportamentais podem ser sistemáticos, empiricamente informados e submetidos a avaliação interprofissional sem depender de um marcador laboratorial, da mesma forma que a inexistência de biomarcador isolado não autoriza utilizar impressões superficiais ou autodiagnósticos não avaliados como equivalentes à investigação clínica. Entre positivismo biomarcador e relativismo classificatório existe um campo de raciocínio

clínico estruturado, no qual história, observação, instrumentos e conhecimento do desenvolvimento são integrados.

Silva e Mulick (2009, p. 116–131) já defendiam uma avaliação interdisciplinar cuidadosa exatamente porque o diagnóstico exige coleta de diferentes tipos de informação, princípio cuja importância aumenta diante da CID-11. Quanto maior o número de dimensões que precisam ser caracterizadas — comunicação social, comportamentos restritos, desenvolvimento intelectual, linguagem funcional, funcionamento adaptativo e condições associadas —, menos plausível se torna a ideia de um diagnóstico produzido por uma única observação breve ou instrumento isolado. A participação de diferentes profissionais, contudo, não significa fragmentar a pessoa em avaliações independentes que jamais são integradas. A interdisciplinaridade somente acrescenta precisão quando as informações dialogam, permitindo compreender discrepâncias e convergências entre funcionamento observado em diferentes situações. Uma avaliação cognitiva, por exemplo, pode ser influenciada pela compreensão das instruções; uma avaliação de linguagem pode ser afetada pela familiaridade com o interlocutor; observações escolares podem revelar padrões diferentes daqueles observados em ambiente clínico. A síntese diagnóstica precisa interpretar essas variações em vez de simplesmente somar resultados.

A avaliação longitudinal possui relevância correspondente. Como o TEA se relaciona ao desenvolvimento, manifestações podem modificar-se ao longo do tempo sem que isso necessariamente implique erro no diagnóstico. A aquisição de linguagem, aprendizagem de habilidades sociais, mudanças nas rotinas e intervenções podem alterar a expressão funcional, enquanto características nucleares permanecem reconhecíveis na história da pessoa. A classificação não deveria congelar o desenvolvimento num momento avaliativo, sobretudo quando qualificadores como linguagem funcional podem mudar significativamente.

Nesse ponto, a separação entre diagnóstico e prognóstico torna-se indispensável. Embora determinados fatores, como desenvolvimento intelectual e

linguagem funcional, possam estar estatisticamente relacionados a trajetórias diferentes, nenhum código individual determina integralmente o futuro. Fernandes et al. (2020, p. 4–6) reconhecem a relevância de fatores cognitivos e funcionais para a caracterização, mas a própria heterogeneidade observada na literatura impede transformar associação populacional em previsão absoluta. O risco de transformar classificação em prognóstico é particularmente intenso no campo educacional, no qual códigos podem ser utilizados informalmente para antecipar aprendizagem possível. David (2024, p. 24–26) sustenta a necessidade de ampliar a análise para além do diagnóstico, considerando participação e funcionalidade no cotidiano escolar, precisamente porque experiências e condições ambientais modificam o desempenho observado. A presença de transtorno do desenvolvimento intelectual pode exigir objetivos e mediações diferenciadas, mas não determina previamente quais aprendizagens serão impossíveis; a limitação de linguagem funcional pode exigir comunicação alternativa, mas não constitui prova de ausência de compreensão.

A distinção entre capacidade e desempenho aparece, assim, como questão central. Desempenho corresponde ao que uma pessoa realiza em determinadas condições; capacidade procura aproximar-se do potencial de realização considerando recursos e limitações. Um ambiente inacessível pode reduzir desempenho sem representar perda equivalente de capacidade, enquanto suporte adequado pode revelar competências anteriormente ocultas. Uma classificação diagnóstica que reconhece funcionalidade precisa ser interpretada à luz dessa relação, sobretudo quando utilizada fora do consultório.

A linguagem oferece novamente exemplo evidente: uma pessoa que não consegue responder oralmente pode demonstrar compreensão e produzir respostas por sistemas alternativos; uma pessoa capaz de conversar longamente sobre temas conhecidos pode não conseguir compreender inferências sociais complexas. O comportamento observável depende da tarefa e do meio de resposta, razão pela qual

a expressão linguagem funcional não deveria ser reduzida ao número de palavras pronunciadas.

Lima et al. (2024, p. 6–10) mostram que a pragmática se relaciona diretamente ao uso social da linguagem e que diferentes estudos encontram dificuldades na compreensão de contexto, expressões idiomáticas, manutenção de tópicos e equilíbrio conversacional, inclusive em indivíduos com estruturas morfológicas e sintáticas bem desenvolvidas. Esse conjunto de achados ajuda a compreender por que a CID-11 escolhe a funcionalidade como dimensão relevante: a linguagem socialmente eficaz não é equivalente à linguagem formalmente complexa.

A heterogeneidade também impede a construção de um perfil neuropsicológico único capaz de explicar todos os casos. Teorias sobre função executiva, cognição social, coerência central e outros processos contribuíram significativamente para a investigação do TEA, mas nenhuma explicou de forma exclusiva toda a diversidade do espectro. A literatura histórica já identificava variação entre subgrupos e sobreposição de explicações, circunstância que se torna ainda mais relevante quando diferentes categorias anteriores são reunidas numa mesma denominação. A categoria diagnóstica não deveria, portanto, ser confundida com uma teoria cognitiva única.

Essa pluralidade não diminui a utilidade de modelos explicativos, mas altera sua pretensão: determinados mecanismos podem contribuir para compreender dimensões específicas e subgrupos sem funcionar como causa psicológica universal. A revisão contemporânea precisa abandonar a busca por um déficit único que explique todos os indivíduos e favorecer modelos capazes de reconhecer múltiplas trajetórias e perfis. A relação entre neurodiversidade e ciência clínica pode ser pensada justamente nessa direção. Araujo et al. (2023, p. 3–7) argumentam pela participação de pessoas autistas e familiares na pesquisa, destacando que uma ciência inspirada pela neurodiversidade pode ampliar a atenção para estigma, inclusão e experiência vivida sem abandonar evidências científicas. Tal movimento

possui importância metodológica porque perguntas construídas exclusivamente a partir da redução de sintomas podem ignorar dimensões consideradas relevantes pelas próprias pessoas avaliadas, como participação, autonomia, sobrecarga e qualidade de vida.

A CID-11 não resolve essa disputa, mas fornece um contexto classificatório em que a heterogeneidade está formalmente reconhecida, criando espaço para uma ciência menos dependente da ideia de um autista prototípico. A categoria espectral precisa ser acompanhada de amostras melhor caracterizadas, com informações sobre linguagem, desenvolvimento intelectual, idade, condições coexistentes e funcionamento adaptativo, caso contrário resultados produzidos num subgrupo restrito continuam sendo indevidamente generalizados para toda a população.

Esse problema é particularmente relevante na comparação entre estudos realizados antes e depois das mudanças classificatórias. Pesquisas antigas frequentemente utilizaram critérios, terminologias e amostras diferentes, razão pela qual metanálises e revisões precisam considerar heterogeneidade diagnóstica como possível fonte de variação. A nova CID não torna a literatura anterior inútil; exige leitura historicamente informada. O mesmo princípio vale para estudos epidemiológicos. Mudanças de definição podem alterar sensibilidade e especificidade, influenciando prevalência, idade do diagnóstico e composição das amostras. Fernandes et al. (2020, p. 4–6) registram que alterações entre versões produziram divergências na identificação, especialmente nas apresentações mais leves segundo categorias anteriores, demonstrando que diferenças epidemiológicas precisam ser interpretadas também à luz das regras utilizadas para produzir o diagnóstico.

A revisão da literatura a partir da CID-11 exige, enfim, reconhecer que a categoria TEA se torna simultaneamente mais simples e mais complexa. Torna-se mais simples nominalmente porque reúne diferentes diagnósticos sob uma única denominação; torna-se mais complexa clinicamente porque a diversidade

anteriormente administrada mediante nomes distintos precisa ser descrita dentro da categoria, aumentando a importância da linguagem funcional, desenvolvimento intelectual, funcionamento adaptativo e condições coexistentes.

Essa relação entre unificação e diferenciação constitui o núcleo epistemológico da nova arquitetura. O espectro não significa indistinção, e sim unidade acompanhada de variação; o qualificador não significa subtipo ontologicamente separado, e sim informação adicional; linguagem funcional não significa inteligência; desenvolvimento intelectual não significa gravidade total; necessidade de suporte não significa código da CID; ausência de fala não significa ausência de comunicação; presença de fala não significa ausência de prejuízo; diagnóstico não significa prognóstico e, sobretudo, classificação não significa identidade integral.

A consequência clínica consiste em deslocar o diagnóstico de uma lógica de rotulação para uma lógica de caracterização. Nomear TEA continua indispensável quando os critérios são preenchidos, mas a utilidade do diagnóstico aumenta quando acompanhado de uma descrição capaz de responder quais características estão presentes, como se manifestam, quais condições coexistem, quais barreiras surgem e quais recursos favorecem funcionamento. A CID-11 oferece parte dessa estrutura ao tornar determinados especificadores obrigatoriamente mais visíveis; a avaliação precisa completar aquilo que o código não contém.

A consequência científica consiste em abandonar inferências automáticas entre categorias que pertencem a sistemas distintos. A difusão dos níveis de suporte produzidos pelo DSM e das subdivisões 6A02 da CID favoreceu uma prática de tradução informal que tende a converter duas classificações diferentes em uma mesma escala, mas Fernandes et al. (2020, p. 4) fornecem evidência textual suficiente para mostrar que as arquiteturas não são equivalentes. O uso científico deveria conservar essa diferença, mesmo quando documentos clínicos registram informações provenientes de ambos os sistemas. A consequência conceitual consiste em reconhecer que deficiência intelectual e linguagem funcional possuem importância

prognóstica e funcional sem esgotar a heterogeneidade. A pessoa classificada em 6A02.0 pode necessitar suportes significativos em determinados domínios; a pessoa classificada em 6A02.5 pode adquirir recursos comunicacionais e aprendizagens que não são antecipados pela ausência atual de linguagem funcional; a pessoa classificada numa mesma subcategoria pode mudar ao longo do desenvolvimento em determinadas dimensões. A classificação organiza o presente avaliativo sem transformar o futuro em consequência inevitável do código.

A consequência ética consiste em impedir que a maior precisão diagnóstica seja transformada em maior capacidade de hierarquização. A distinção entre perfis deve servir à adequação dos apoios e à compreensão clínica, não à construção de categorias sociais de maior ou menor valor. Araujo et al. (2023, p. 3–7) mostram precisamente como estigma e neurodiversidade atravessam a interpretação contemporânea do autismo, lembrando que concepções centradas exclusivamente no déficit podem produzir representações negativas que ultrapassam aquilo que os dados clínicos permitem sustentar.

A consequência metodológica, finalmente, consiste em ampliar a qualidade da avaliação. Se a CID-11 exige diferenciar desenvolvimento intelectual e linguagem funcional, avaliações superficiais tornam-se especialmente inadequadas; se a comunicação pragmática ocupa posição central, instrumentos precisam ir além da produção formal da linguagem; se apresentações podem ser camufladas, histórico e diferentes contextos ganham importância; se condições coexistentes modificam o funcionamento, diagnóstico diferencial precisa permanecer ativo mesmo depois de confirmado o TEA. Nesse ponto, a nova classificação pode ser compreendida não como simplificação administrativa, mas como exigência de maior rigor. Uma categoria única não significa diagnóstico mais fácil; significa que a diferenciação precisa ocorrer internamente, exigindo mais informação para caracterizar adequadamente a pessoa. O código 6A02 identifica pertencimento ao espectro, mas

as subdivisões começam apenas parte do trabalho necessário para compreender a apresentação.

A própria literatura sobre linguagem demonstra a extensão desse trabalho. Lima et al. (2024, p. 10–11) observam que os estudos ainda apresentam grande diversidade metodológica e que a investigação da funcionalidade linguística permanece limitada, indicando que a introdução de linguagem funcional na classificação antecede, em alguma medida, a padronização completa das formas de avaliá-la. Essa lacuna deveria ser reconhecida como problema de pesquisa, não ocultada por uma aparente exatidão dos códigos. Algo semelhante pode ser afirmado sobre as diferenças entre sexos e gêneros, o diagnóstico de adultos, a influência da camuflagem e o funcionamento de pessoas com maiores necessidades de apoio, áreas nas quais a pesquisa continua ampliando seus modelos. Oliveira et al. (2025, p. 10) mostram que diferenças diagnósticas e camuflagem constituem temas ainda em desenvolvimento, reforçando que critérios atuais precisam permanecer sensíveis aos resultados científicos futuros.

A CID-11 aparece, assim, como fotografia provisória de um campo em movimento, embora uma fotografia produzida com maior capacidade de representar determinadas diferenças que os sistemas anteriores. Seu valor científico reside na padronização e na incorporação de conhecimento disponível; seu limite reside exatamente na impossibilidade de qualquer classificação capturar integralmente a diversidade individual e acompanhar instantaneamente todos os avanços posteriores. Essa tensão entre padronização e singularidade é inevitável. Sem categorias comuns, torna-se difícil produzir epidemiologia, organizar serviços, comparar pesquisas ou comunicar diagnósticos; com categorias excessivamente rígidas, diferenças individuais desaparecem. A lógica espectral procura construir um ponto intermediário, preservando uma categoria suficientemente estável para produzir comunicação e especificadores suficientemente flexíveis para representar

variação, ainda que nenhuma solução nosológica possa eliminar por completo essa tensão.

Uma revisão de literatura contemporânea sobre TEA precisa, por conseguinte, evitar dois excessos: tratar a CID-11 como mero detalhe administrativo que nada modifica na compreensão científica ou tratá-la como teoria total que redefiniria sozinha tudo aquilo que se sabe sobre autismo. O primeiro ignora que classificações organizam populações, pesquisas e decisões clínicas; o segundo esquece que a CID sintetiza conhecimento produzido em campos que permanecem muito mais amplos que a própria classificação.

A história reconstruída por Tamanaha et al. (2008, p. 296–299), a sistematização nosológica de Fernandes et al. (2020, p. 2–6), a discussão da funcionalidade linguística realizada por Lima et al. (2024, p. 2–11), as tensões entre diagnóstico, neurodiversidade e estigma examinadas por Araujo et al. (2023, p. 1–7) e os achados sobre reconhecimento tardio discutidos por Oliveira et al. (2025) convergem justamente nesse ponto: o TEA somente pode ser compreendido adequadamente como fenômeno do neurodesenvolvimento heterogêneo, cuja unidade diagnóstica não elimina variações clínicas, cognitivas, linguísticas, adaptativas e sociais. A CID-11 formaliza parte dessa convergência ao abandonar a multiplicação dos antigos subtipos e tornar o diagnóstico simultaneamente mais abrangente e mais dependente de caracterização. Nesse sentido, o principal deslocamento não consiste simplesmente em passar de F84 para 6A02, mas em abandonar a expectativa de que o nome do subtipo contenha, sozinho, as informações necessárias para compreender uma pessoa. O espectro exige descrição, e a descrição exige avaliação multidimensional.

Considerações finais

A revisão da literatura sobre o Transtorno do Espectro Autista a partir da CID-11 demonstra que a reorganização nosológica contemporânea deve ser

compreendida como resultado de longa transformação histórica do conceito de autismo, e não como simples atualização terminológica acrescentada a um objeto científico invariável, pois a passagem das aproximações iniciais com a esquizofrenia e as psicoses infantis para os transtornos globais do desenvolvimento, seguida pela consolidação do paradigma dos transtornos do neurodesenvolvimento e da concepção espectral, modificou sucessivamente as fronteiras diagnósticas, os domínios considerados centrais e as relações estabelecidas entre comunicação, comportamento, desenvolvimento intelectual, linguagem e funcionamento. A CID-11 cristaliza, no presente, uma etapa desse percurso ao reunir sob 6A02 apresentações anteriormente distribuídas entre diferentes diagnósticos e ao reconhecer que a heterogeneidade interna precisa ser descrita não pela simples manutenção dos antigos subtipos, mas por qualificadores capazes de preservar informações clinicamente relevantes (Tamanaha et al., 2008, p. 296–299; Fernandes et al., 2020, p. 2–6).

O deslocamento produzido pela nova classificação é, nesse sentido, paradoxalmente unificador e diferenciador: unificador porque abandona a fragmentação da CID-10 em autismo infantil, autismo atípico, síndrome de Asperger e outras categorias próximas; diferenciador porque exige atenção explícita ao transtorno do desenvolvimento intelectual e à linguagem funcional, construindo combinações que permitem reconhecer que pessoas reunidas sob o mesmo diagnóstico podem apresentar perfis muito distintos. A versão final sistematizada na literatura acadêmica contempla 6A02.0, 6A02.1, 6A02.2, 6A02.3, 6A02.5, 6A02.Y e 6A02.Z, não permanecendo 6A02.4 entre as subdivisões especificadas, circunstância que também evidencia a necessidade de distinguir versões preliminares e finais dos documentos classificatórios (David, 2024, p. 24).

A organização das subcategorias demonstra, sobretudo, que a CID-11 não constitui uma escala simples de gravidade. A sequência numérica não representa progressão necessária entre pessoas pouco e muito autistas, porque resulta do

cruzamento de dimensões específicas; desenvolvimento intelectual e linguagem funcional não variam obrigatoriamente na mesma direção, tampouco esgotam comunicação social, flexibilidade comportamental, funcionamento adaptativo, sensorialidade, autonomia e necessidades concretas de suporte. O maior equívoco contemporâneo consiste, por conseguinte, em transformar maior sofisticação classificatória numa escala mais rudimentar que aquela que a própria CID substituiu.

Essa conclusão torna particularmente importante separar os códigos da CID dos níveis de suporte utilizados no DSM, pois a proximidade temporal das duas classificações e a circulação simultânea de seus vocabulários favoreceram uma equivalência que não encontra sustentação nos respectivos critérios. Fernandes et al. (2020, p. 4) mostram que os três níveis do DSM procuram caracterizar necessidade de apoio diante das manifestações do espectro, enquanto a CID-11 coloca desenvolvimento intelectual e linguagem funcional no centro da diferenciação de suas apresentações. Os sistemas podem fornecer informações complementares numa avaliação, mas não podem ser traduzidos mediante fórmulas automáticas.

A linguagem funcional constitui uma das contribuições mais importantes e, simultaneamente, uma das dimensões que exigem maior cuidado interpretativo. Sua centralidade desloca o diagnóstico para além da existência ou ausência de fala oral, tornando relevante aquilo que a pessoa consegue realizar comunicativamente nos diferentes contextos; por isso, a literatura contemporânea enfatiza a pragmática, a reciprocidade e a utilização social da linguagem, ao mesmo tempo em que reconhece grande variabilidade morfossintática e semântica. A conclusão de Fernandes et al. (2020, p. 4) de que a característica central se encontra na linguagem pragmática, não necessariamente na possibilidade de linguagem oral, converge com a revisão de Lima et al. (2024, p. 6–11), na qual dificuldades de contexto, gerenciamento de tópicos, reciprocidade e compreensão inferencial aparecem lado a lado com perfis estruturais bastante diferentes.

A separação entre linguagem funcional e transtorno do desenvolvimento intelectual representa avanço conceitual correspondente, porque impede que a fala seja utilizada como substituto intuitivo da cognição. A própria estrutura dos códigos demonstra que desenvolvimento intelectual e linguagem precisam ser avaliados como dimensões relacionadas, porém distintas, exigindo investigações adequadas para cada uma. A consequência clínica é particularmente importante nas apresentações com comunicação oral limitada, nas quais avaliações superficiais podem produzir subestimação cognitiva, mas também nas apresentações de linguagem formalmente sofisticada, nas quais a fluência verbal pode ocultar dificuldades pragmáticas e adaptativas significativas.

O diagnóstico continua, por conseguinte, fundamentalmente clínico e desenvolvimental, ainda que instrumentos estruturados, avaliações neuropsicológicas, escalas e novas tecnologias possam ampliar precisão e sistematização. A inexistência de marcador biológico único não torna o diagnóstico arbitrário; torna mais exigente a integração entre história, observação, critérios, contexto e diferentes fontes de informação. A tradição interdisciplinar defendida por Silva e Mulick (2009, p. 116–131) permanece atual precisamente porque uma categoria heterogênea não pode ser compreendida por meio de uma única medida, enquanto Fernandes et al. (2020, p. 5–6) mostram que a própria CID-11 aumenta a importância das avaliações cognitivas e linguísticas quando utiliza essas dimensões na subclassificação.

A compreensão desenvolvimental também impede transformar o código em imagem estática e definitiva do funcionamento. Características podem modificar sua expressão ao longo da vida, linguagem pode desenvolver-se, habilidades adaptativas podem ampliar-se, estratégias compensatórias podem tornar sinais menos visíveis e novas demandas sociais podem revelar dificuldades anteriormente pouco aparentes. A literatura acerca do diagnóstico tardio e da camuflagem, inclusive entre mulheres, reforça que os critérios precisam ser aplicados longitudinalmente e com atenção às

diferentes formas de apresentação, evitando modelos excessivamente dependentes do perfil historicamente mais reconhecido (Oliveira et al., 2025, p. 10). Essa historicidade individual encontra correspondência na historicidade da própria classificação. A CID foi sucessivamente revista para incorporar transformações científicas e sociais e, em sua décima primeira versão, passou a utilizar uma arquitetura digital que acentua a possibilidade de atualização; dessa maneira, a classificação vigente precisa ser tratada simultaneamente com rigor e consciência de sua condição histórica. O fato de determinada categoria ser oficialmente utilizada não transforma suas fronteiras em essência imutável, assim como sua revisabilidade não autoriza abandoná-la em favor de preferências subjetivas. A postura científica adequada reside entre esses extremos: utilizar critérios padronizados porque produzem comunicação e comparabilidade, mas reconhecer que os critérios são construídos e aperfeiçoados à medida que novas evidências se acumulam (Andrade & Galvão, 2025, p. 1–3).

A noção de espectro adquire, sob essa perspectiva, um significado mais preciso. Não designa ausência de fronteiras diagnósticas nem significa que toda pessoa possa ser posicionada em algum ponto de uma continuidade autística; designa a heterogeneidade de apresentações que compartilham uma configuração clínica suficientemente consistente para pertencer à mesma categoria, embora difiram em intensidade, combinação e impacto das características. O espectro é multidimensional precisamente porque comunicação, comportamento, cognição, linguagem e adaptação não se organizam numa única linha.

Essa multidimensionalidade também esclarece a relação entre TEA e neurodiversidade. O reconhecimento do autismo como transtorno do neurodesenvolvimento pode coexistir com a crítica às representações que reduzem a pessoa ao déficit, desde que não se transforme diversidade em negação das necessidades de apoio nem deficiência em negação de identidade e participação. Araujo et al. (2023, p. 3–7) demonstram que as tensões entre modelo médico, estigma

e neurodiversidade permanecem abertas, sendo especialmente importante que a pesquisa inclua as perspectivas das próprias pessoas autistas e de familiares sem abandonar evidências científicas ou invisibilizar apresentações associadas a necessidades intensas.

A CID-11 pode contribuir para esse equilíbrio justamente quando seus qualificadores são lidos como descrições de dimensões específicas e não como hierarquias pessoais. Presença de transtorno do desenvolvimento intelectual exige reconhecimento das limitações e dos suportes necessários, mas não reduz a pessoa ao comprometimento intelectual; ausência de linguagem funcional descreve uma condição comunicacional relevante, mas não significa ausência de pensamento, intenção ou possibilidade de aprendizagem; inexistência de comprometimento intelectual e presença de linguagem funcional não significam inexistência de deficiência ou sofrimento. A classificação preserva informação quando seu alcance é respeitado e produz estigma quando suas categorias são extrapoladas para domínios que não foram avaliados.

A maior contribuição conceitual da nova CID encontra-se, portanto, menos na promessa de classificar pessoas autistas com exatidão absoluta do que na possibilidade de substituir antigas tipologias por caracterizações mais diferenciadas, reconhecendo que a mesma categoria diagnóstica comporta perfis substancialmente distintos. Esse movimento exige, todavia, abandonar a tendência cultural de reconstruir imediatamente uma hierarquia simples utilizando os novos códigos, os níveis de suporte ou expressões de funcionamento; caso contrário, a lógica categorial reaparecerá sob nomenclatura espectral. A revisão da literatura permite, finalmente, sustentar que compreender o TEA a partir da CID-11 requer uma sequência epistemológica rigorosa: reconhecer a historicidade da categoria; compreender seus domínios nucleares; confirmar clinicamente o pertencimento ao espectro; avaliar separadamente desenvolvimento intelectual e linguagem funcional; investigar funcionamento adaptativo e condições coexistentes; distinguir código diagnóstico de

necessidade de suporte; interpretar resultados em relação ao desenvolvimento e ao contexto; e revisar conclusões quando novas informações se tornam disponíveis. Essa sequência não transforma o diagnóstico num procedimento mecânico, mas estabelece limites contra improvisações e inferências que uma classificação contemporânea já não deveria sustentar.

O TEA que emerge da CID-11 é, assim, menos compatível com imagens homogêneas do autismo do que qualquer uma das categorias precedentes: trata-se de um espectro cuja unidade reside na presença de padrões específicos do neurodesenvolvimento e cuja diversidade se expressa em diferentes combinações de comunicação social, comportamento, cognição, linguagem e funcionalidade. A classificação torna essa heterogeneidade oficialmente legível, mas a compreensão científica somente se completa quando o código deixa de ser interpretado como ponto final da avaliação e passa a funcionar como síntese inicial de uma descrição muito mais extensa da pessoa.

REFERÊNCIAS

Abbeg, T. P. (2024a). Cultura digital na escola: Implicações iniciais para um debate contínuo. *Interdisciplinaria de Las Innovaciones y Tecnologías*, *1*(1), 1–15. https://doi.org/10.5281/zenodo.10975115

Abbeg, T. P. (2024b). Entre o cálculo e o raciocínio: Transformações epistemológicas nas concepções contemporâneas de Educação Matemática. *Interdisciplinaria de Las Mentalidades*, *1*(1), 52–91. https://doi.org/10.5281/zenodo.23330306

Abbeg, V. A. J. O. (2018). *Pro Brasilia Fiant Eximia: Nacionalismo e paulistanidade em livros didáticos aprovados no Estado de São Paulo (1911-1937)* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Paulo].

Abbeg, V. A. J. O. (2024). Entrelaçando fios da educação: Confluência teórica de Feuerstein, Ausubel e Freinet – um debate necessário entre passado e presente.

Interdisciplinaria de Las Mentalidades, *1*(1), 1–18. https://doi.org/10.5281/zenodo.10974810

Abbeg, V. A. J. O. (2025). A não religião como tradição emergente: Ateísmo, agnosticismo, sem religião com crença e espiritualidade autônoma como formas de pertencimento negativo. *Interdisciplinaria de Las Mentalidades*, *2*(2), 1–43. https://doi.org/10.5281/zenodo.23330527

Andrade, E. A., & Galvão, M. C. B. (2025). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11): de sua origem ao uso nos sistemas digitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, *30*(Supl. 1), e01402024. https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.01402024

Araujo, A. G. R., Silva, M. A., & Zanon, R. B. (2023). Autismo, neurodiversidade e estigma: perspectivas políticas e de inclusão. *Psicologia Escolar e Educacional*, *27*, e247367. https://doi.org/10.1590/2175-35392023-247367

David, G. P. (2024). *Rotina pedagógica de alunos com Transtorno do Espectro Autista: Relato de professores* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista].

Dias, I. dos S. F., Souza, M. M. G. da S. e, & Conceição, A. de N. (2024). Percepções de crianças e pré-adolescentes sobre o Transtorno do Espectro Autista. *Série-Estudos*, *29*(67), 277–295. https://doi.org/10.20435/serieestudos.v29i67.1912

Fernandes, C. S., Tomazelli, J., & Girianelli, V. R. (2020). Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP*, *31*, e200027. https://doi.org/10.1590/0103-6564e200027

Friedrich Abbeg, V. A. R. (2025). A mentalidade de crescimento e seus limites psicanalíticos: Crença no desenvolvimento, ideal de aperfeiçoamento e impossibilidade subjetiva de superação permanente. *Interdisciplinaria de Las Mentalidades*, *2*(2), 44–88.

Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *28*(Supl. 1), s3–s11. https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000500002

Lima, L. J. C., Britto, D. B. O., Nogueira, G. D. R., & Lemos, S. M. A. (2024). Funcionalidade da linguagem no transtorno do espectro do autismo: uma revisão de escopo. *Revista CEFAC*, *26*(2), e6423. https://doi.org/10.1590/1982-0216/20242626423s

Nicareta, S. E. (2010). *Livros didáticos: Gênero, currículo e ideologia na escola primária* [Dissertação de mestrado, Universidade Tuiuti do Paraná].

Nicareta, S. E. (2018). *Para serem bem comportadas? Imagens de mulheres em livros escolares de autoria feminina (1889-1945)* [Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina].

Nicareta, S. E. (2023). Percorrendo alguns dos circuitos do livro escolar no Brasil: Elucidando aspectos da mulher na Primeira República à Era Vargas. *Cadernos de InterPesquisas*, *1*. https://doi.org/10.5281/zenodo.8023595

Nicareta, S. E., & Abbeg, V. A. J. O. (2024a). A construção da identidade infantil em "Meus Deveres" (1945). *Interdisciplinaria de La Educación*, *1*(1), 1–30. https://doi.org/10.5281/zenodo.11186205

Nicareta, S. E., & Abbeg, V. A. J. O. (2024b). Imaginários da infância: Resistência, fantasia e formação ética nas interfaces entre literatura e história. *Interdisciplinaria de La Comunicación y Lenguage*, *1*(1). https://doi.org/10.5281/zenodo.11237828

Nicareta, S. E., & Abbeg, V. A. J. O. (2024c). Modernidades e tecnologias em diálogo: A arte reprodutível de Benjamin e a reflexividade global de Giddens. *Interdisciplinaria de Las Innovaciones y Tecnologías*, *1*(1), 16–31. https://doi.org/10.5281/zenodo.11236921

Nicareta, S. E., & Abbeg, V. A. J. O. (2024d). Outsider: Uma exploração das teorias sociais de Becker e Elias & Scotson. *Interdisciplinaria de La Cultura y Sociedad*, *1*(1), 1–22. https://doi.org/10.5281/zenodo.11181712

Oliveira, F. G., Ogata, B. M. S., Jamus, D. R., Kimura, E. C., Oliveira, P. N. P., & Mello, R. G. (2025). Diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista de alta funcionalidade: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, *31*, e0093. https://doi.org/10.1590/1980-54702025v31e0093

Santos, A. C. N., & Zattar, A. C. N. S. (2024). Transtorno do Espectro Autista, níveis de suporte e CID-11: Deslocamentos classificatórios, tensões conceituais e implicações para a Educação Especial. *Interdisciplinaria de Las Mentalidades*, *1*(1), 19–51. https://doi.org/10.5281/zenodo.23324565

Santos, A. C. N., Trzaskos, L., & Nicareta, S. M. (2024). Educação da maternidade: Aspectos saúde pública e manuais de ensino início do século XX. *Interdisciplinaria de La Salud y Bienestar*, *1*(1), 1–17. https://doi.org/10.5281/zenodo.11188392

Silva, M., & Mulick, J. A. (2009). Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *29*(1), 116–131. https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100010

Tamanaha, A. C., Perissinoto, J., & Chiari, B. M. (2008). Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, *13*(3), 296–299. https://doi.org/10.1590/S1516-80342008000300015

Trzaskos, L. (2024a). A dualidade narrativa de Pinóquio: Da página à tela, entre complexidades morais e adaptações cinematográficas. *Interdisciplinaria de La Comunicación y Lenguage*, *1*(1), 1–25. https://doi.org/10.5281/zenodo.1097481X

Trzaskos, L. (2024b). Desigualdades intraescolares e práticas docentes no ensino da matemática. *Interdisciplinaria de La Enseñanza*, *1*(1), 1–10. https://doi.org/10.5281/zenodo.12738007