REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

DIAGNÓSTICO TARDIO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM ADULTOS: CAMUFLAGEM SOCIAL, COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS E IMPACTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

LATE DIAGNOSIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER IN ADULTS: SOCIAL CAMOUFLAGING, PSYCHIATRIC COMORBIDITIES AND IMPACTS ON QUALITY OF LIFE

Ciências Biológicas, Ciências da Saúde • 01/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793499116

Relton Santos Ramos Júnior[1]

RESUMO

O diagnóstico do transtorno do espectro autista (TEA) na vida adulta constitui desafio clínico e assistencial, especialmente quando estratégias de camuflagem social, apresentações não prototípicas e transtornos psiquiátricos coexistentes dificultam a identificação de características do neurodesenvolvimento. O objetivo deste artigo é analisar criticamente a relação entre reconhecimento tardio do autismo, camuflagem, comorbidades psiquiátricas e qualidade de vida, considerando também os percursos de cuidado no Brasil. Desenvolveu-se revisão sistematizada qualitativa com síntese narrativa de estudos publicados, diretrizes clínicas e legislação identificável, sem coleta primária nem metanálise própria. A discussão compreende critérios de avaliação em adultos, barreiras de acesso, mensuração da camuflagem, ansiedade e depressão, diagnóstico diferencial, experiências de identificação e apoios pós-diagnósticos. A literatura examinada associa camuflagem a indicadores de sofrimento mental, mas não permite estabelecer causalidade universal; também indica que condições psiquiátricas podem coexistir com o TEA ou, em certos casos, integrar trajetórias de hipóteses diagnósticas revistas. O impacto do diagnóstico sobre a qualidade de vida não é automático e depende de aceitação social, acessibilidade e continuidade do cuidado. Conclui-se que o atendimento deve reunir avaliação clínica abrangente, participação da pessoa e suporte ajustado às necessidades, considerando a previsão brasileira de incentivo à investigação diagnóstica em adultos e idosos introduzida em 2025.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Diagnóstico Tardio; Camuflagem Social; Comorbidades Psiquiátricas; Qualidade de Vida; Adultos.

ABSTRACT

The diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) in adulthood poses clinical and service-delivery challenges, particularly when social camouflaging, non-stereotypical presentations and co-occurring psychiatric conditions complicate the recognition of neurodevelopmental characteristics. This article critically examines the relationship among late autism diagnosis, camouflaging, psychiatric comorbidity and quality of life, including care pathways in Brazil. A qualitative systematized review with narrative synthesis was conducted using identifiable scientific studies, clinical guidance and legislation, without primary data collection or a new meta-analysis. The discussion addresses adult assessment criteria, access barriers, camouflaging measures, anxiety and depression, differential diagnosis, experiences of diagnosis and post-diagnostic support. The literature associates camouflaging with indicators of psychological distress but does not establish universal causal relationships. Psychiatric conditions may genuinely co-occur with ASD, whereas some individuals report earlier diagnostic formulations they consider inaccurate. The influence of receiving a diagnosis on quality of life is neither uniform nor automatic and depends partly on social acceptance, accessibility and continuing support. Comprehensive clinical assessment, shared decision-making and individually tailored care are therefore essential, alongside attention to the Brazilian legislative provision introduced in 2025 encouraging diagnostic investigation in adults and older people.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Late Diagnosis; Social Camouflaging; Psychiatric Comorbidity; Quality of Life; Adults.

1. INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento cuja identificação clínica depende da análise de padrões persistentes de comunicação e interação social, comportamentos ou interesses restritos e repetitivos, particularidades sensoriais e repercussões no funcionamento cotidiano. Seu reconhecimento na vida adulta exige considerar que as características não começam quando são nomeadas por um profissional: manifestam-se no percurso do desenvolvimento, ainda que possam permanecer pouco evidentes em ambientes favoráveis ou ser atenuadas por estratégias aprendidas. O número de pessoas que procura avaliação depois da adolescência torna relevante revisar pressupostos historicamente associados ao diagnóstico infantil, especialmente a expectativa de que dificuldades sociais sejam sempre visíveis ou de que desempenho escolar, emprego e vínculos afetivos sejam incompatíveis com autismo. A diretriz NICE para adultos explicita a necessidade de exame abrangente, análise de condições coexistentes e atenção à variação de apresentação entre pessoas e contextos (Nice, 2021). Uma abordagem contemporânea deve reconhecer a heterogeneidade do espectro sem transformar qualquer desconforto social em evidência diagnóstica suficiente.

A expressão diagnóstico tardio possui significado variável na literatura. Algumas pesquisas a aplicam à identificação posterior à infância inicial; outras privilegiam a adolescência ou a maioridade como marcos. A revisão sistemática de Russell et al. (2025) demonstrou que estudos empregam limiares distintos, de maneira que comparar prevalências de diagnóstico tardio sem esclarecer a definição operacional pode produzir conclusões equivocadas. Neste artigo, a expressão designa especificamente a primeira identificação clínica do TEA a partir dos dezoito anos, embora publicações sobre diagnósticos em idades anteriores sejam utilizadas quando

esclarecem mecanismos que persistem na transição à vida adulta. Esse recorte é necessário porque necessidades de avaliação, responsabilidades laborais, autonomia financeira, formação de família e acesso a serviços assumem configurações distintas das observadas na infância. A falta de reconhecimento anterior não constitui, isoladamente, prova de negligência familiar ou profissional; pode refletir mudanças nos critérios, escassez de serviços, apresentações menos prototípicas e formas complexas de compensação desenvolvidas ao longo da vida.

O conceito de camuflagem social tornou-se central para explicar parte da discrepância entre experiência subjetiva e apresentação observável. Pessoas autistas podem ensaiar respostas em situações sociais, copiar gestos, controlar expressões faciais, preparar conversas ou suprimir comportamentos que julgam socialmente inadequados. Essas estratégias não são exclusivas do autismo, mas, em algumas pessoas, demandam esforço contínuo e podem reduzir a probabilidade de que terceiros reconheçam necessidades de apoio. Hull et al. (2017) documentaram experiências de camuflagem e seus custos percebidos, enquanto Hull et al. (2019) desenvolveram um instrumento para investigar dimensões de compensação, mascaramento e assimilação. A associação com sofrimento psicológico requer atenção metodológica: indivíduos mais expostos ao estigma podem simultaneamente recorrer a estratégias de camuflagem e apresentar sintomas de ansiedade, sem que medidas transversais permitam estabelecer uma relação causal única. A relação entre adaptação social, identidade e saúde mental deve, portanto, ser interpretada de maneira contextualizada.

Outro elemento que dificulta o percurso diagnóstico é a coexistência de sintomas psiquiátricos. Ansiedade social, depressão,

manifestações obsessivo-compulsivas, sintomas relacionados ao trauma e dificuldades de atenção podem aparecer antes de uma investigação específica do neurodesenvolvimento. Parte dessas condições representa comorbidade efetiva; em outras situações, manifestações associadas ao autismo são confundidas com categorias diagnósticas distintas. Revisões e metanálises confirmam a importância de investigar transtornos mentais em populações autistas, mas também indicam variações expressivas decorrentes de instrumentos, amostras e critérios empregados (Lai et al., 2019; Hollocks et al., 2019). A pesquisa de Kentrou et al. (2024), sobre diagnósticos psiquiátricos percebidos como equivocados, reforça a necessidade de escutar trajetórias clínicas sem presumir automaticamente que toda condição anterior era incorreta. Reconhecer o TEA não autoriza desconsiderar sofrimento emocional que demanda avaliação e cuidado próprios.

O impacto sobre a qualidade de vida ultrapassa a confirmação ou a ausência de um diagnóstico. Relações pessoais, autonomia, condições de trabalho, acessibilidade sensorial, acesso a serviços, saúde mental e aceitação social participam dos resultados vividos por cada pessoa. Uma avaliação tardia pode produzir alívio, validação da história de vida e oportunidades de acomodação, mas também suscitar luto pelo suporte não recebido, revisão de relacionamentos e receio de discriminação. Revisões de experiências de diagnóstico em adultos indicam que esses efeitos podem coexistir e não se traduzem em benefício automático (Nayyar et al., 2025). Dessa forma, a pergunta orientadora é como camuflagem social, comorbidades psiquiátricas e barreiras assistenciais interagem na identificação tardia do autismo e de que modo essa trajetória se relaciona à qualidade de vida. O objetivo geral é integrar criticamente a literatura científica e os referenciais clínicos

pertinentes, destacando limitações inferenciais, implicações diagnósticas e possibilidades de cuidado centrado na pessoa.

2. METODOLOGIA

Trata-se de revisão sistematizada qualitativa com síntese narrativa, de caráter exploratório e analítico, orientada à integração de conhecimentos sobre avaliação de autismo em adultos, camuflagem social, coexistência de transtornos psiquiátricos e qualidade de vida. A consulta documental que fundamentou a elaboração incluiu registros de artigos científicos disponíveis em PubMed, páginas de periódicos indexados, a diretriz NICE CG142 e legislação brasileira em portais oficiais, com prioridade para fontes que permitissem verificar autoria, ano, desenho de estudo e pertinência da conclusão. Os termos de busca envolveram, em português e inglês, autismo em adultos, diagnóstico tardio, late autism diagnosis, social camouflaging, masking, psychiatric comorbidity, differential diagnosis, autistic burnout e quality of life. A seleção foi temática e deliberadamente não exaustiva. Não se realizou triagem formal com dois revisores independentes, avaliação padronizada do risco de viés de todos os estudos nem protocolo registrado, motivo pelo qual não se reivindica o estatuto de revisão sistemática ou metanálise própria.

A literatura foi organizada em eixos de análise: critérios clínicos e especificidade do diagnóstico adulto; atrasos de reconhecimento e apresentações menos estereotipadas; mecanismos e mensuração da camuflagem; comorbidades e diagnóstico diferencial; efeitos subjetivos do diagnóstico; qualidade de vida; itinerários de cuidado e contexto jurídico brasileiro. A interpretação comparou estudos qualitativos, pesquisas observacionais, revisões sistemáticas e

diretrizes, preservando a diferença entre seus propósitos. Resultados derivados de questionários sobre camuflagem, por exemplo, foram utilizados para discutir comportamento relatado e correlações, não como estimativas individuais de probabilidade diagnóstica. Investigações qualitativas receberam destaque por oferecerem informações sobre experiência vivida, mas sem extrapolação numérica a populações não representadas. As normas clínicas foram consideradas parâmetros de boa prática em seus respectivos sistemas de saúde, reconhecendo-se que a organização de serviços e a distribuição de competências profissionais variam segundo o país.

Os critérios de pertinência favoreceram estudos que examinassem adultos ou permitissem inferências justificadas para essa fase do ciclo vital, apresentassem identificação bibliográfica consistente e diferenciassem características autísticas de desfechos de saúde mental. Documentos de caráter exclusivamente promocional, alegações sem fonte identificável e pesquisas sem relação direta com os objetivos não foram utilizados como suporte de afirmações centrais. Para evitar conclusões excessivas, a discussão separou mecanismos possíveis, associações observadas, vivências subjetivas e recomendações de organização do cuidado. Não foram estimadas prevalências próprias, calculados efeitos combinados ou produzidos números artificiais de registros identificados e excluídos. A ausência de pesquisa original com participantes dispensa a descrição de procedimentos de coleta de dados humanos neste manuscrito, mas não afasta a obrigação de cautela ética na interpretação de evidências sensíveis. Entre as limitações estão predominância de estudos de países com serviços especializados, vieses de amostragem por recrutamento on-line e relativa escassez de

pesquisas brasileiras longitudinais específicas sobre adultos diagnosticados tardiamente.

3. FUNDAMENTOS DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NA VIDA ADULTA

O TEA envolve diferenças persistentes na reciprocidade social, na comunicação e em padrões comportamentais, de interesse e sensoriais, interpretadas em relação ao desenvolvimento e ao funcionamento. A expressão clínica é heterogênea: duas pessoas podem preencher critérios semelhantes com necessidades de suporte, estilos comunicativos e trajetórias escolares muito diferentes. O diagnóstico não equivale à identificação de um fenótipo único, tampouco pode ser deduzido da presença isolada de sensibilidade a sons, interesse intenso por determinado assunto ou dificuldade em ambientes sociais. Na avaliação de adultos, deve-se investigar a organização global dessas características, sua continuidade histórica e os impactos relatados em diferentes cenários. A diretriz NICE (2021) recomenda análise compreensiva da história do desenvolvimento, funcionamento, condições coexistentes e necessidades de apoio, evitando reduzir a consulta à contagem de sinais comportamentais observados em um único encontro. Essa perspectiva é especialmente importante quando há capacidade de comunicação verbal elaborada ou competências profissionais que levam avaliadores não especializados a descartar precipitadamente a hipótese de autismo.

A avaliação na maioridade pode depender de informações retrospectivas, cujo acesso é desigual. Documentos escolares, relatos de familiares e recordações pessoais podem ajudar a reconstituir padrões desde fases precoces, mas nenhuma dessas fontes deve ser

considerada infalível. Famílias podem ter interpretado sensibilidades e interesses intensos como traços de personalidade, enquanto adultos podem reorganizar memórias após descobrir o conceito de autismo. A falta de registros antigos requer análise cuidadosa e reconhecimento explícito da incerteza, não conclusão automática de que a condição jamais esteve presente. Por outro lado, uma narrativa retrospectiva muito coerente não substitui avaliação clínica dos critérios e de hipóteses alternativas. Instrumentos padronizados podem estruturar observação ou entrevista, mas seus resultados devem integrar julgamento profissional e dados contextuais. A recomendação NICE (2021) é clara ao não indicar testes biológicos, genéticos ou neuroimagem rotineiramente como métodos diagnósticos do autismo em adultos; a identificação permanece clínica, multidimensional e dependente da qualidade das informações reunidas.

A compreensão de autismo também demanda distinguir capacidade observada de custo de desempenho. Um adulto pode comparecer a reuniões, manter contato visual aprendido e cumprir rotinas com precisão, ao mesmo tempo em que relata preparação prolongada, fadiga após encontros ou necessidade de isolamento para recuperar-se de sobrecarga sensorial. Nenhum desses relatos isolados é específico para o TEA, mas sua combinação com padrões persistentes de desenvolvimento pode orientar aprofundamento diagnóstico. A avaliação deve explorar não apenas o que a pessoa consegue fazer, mas em quais condições, com quais apoios e a que custo. Quando a consulta enfatiza exclusivamente desempenhos breves em situação estruturada, tende a negligenciar barreiras presentes em relações informais, trabalho sob mudanças constantes ou ambientes com estímulos imprevisíveis. A consideração de contextos cotidianos amplia a validade ecológica da avaliação e

permite reconhecer necessidades reais sem assumir que todos os adultos autistas vivenciam as mesmas dificuldades.

O conceito de neurodiversidade acrescenta dimensão ética ao processo ao afirmar que diferenças neurológicas integram a variedade humana e que problemas de participação resultam também do encontro com ambientes pouco acessíveis. Essa perspectiva não elimina a legitimidade do diagnóstico clínico nem a existência de sofrimento e deficiência em determinadas circunstâncias. O desafio consiste em evitar duas simplificações: apresentar o TEA apenas como conjunto de déficits intrínsecos ou, no extremo oposto, reduzir todas as dificuldades à ausência de acolhimento externo. Uma abordagem orientada à pessoa avalia necessidades concretas, recursos, capacidades e barreiras ambientais, articulando atendimento em saúde com direitos sociais. A própria linguagem deve ser sensível às preferências do indivíduo, pois algumas pessoas optam por identidade primeiro, como pessoa autista, enquanto outras preferem expressões centradas na pessoa. Tal escolha comunicativa não altera critérios diagnósticos, mas afeta confiança e participação no cuidado, particularmente após anos de experiências de incompreensão.

4. POR QUE O RECONHECIMENTO PODE OCORRER APENAS NA VIDA ADULTA

O reconhecimento tardio resulta de trajetórias diversas e não de um único mecanismo. Critérios diagnósticos foram modificados ao longo do tempo, assim como a circulação pública de informações sobre autismo e o treinamento dos profissionais. Pessoas que cresceram em períodos de menor reconhecimento de apresentações sem deficiência intelectual podem ter recebido

outras interpretações para seu comportamento. Além disso, recursos familiares, condições escolares previsíveis ou competências acadêmicas podem ter reduzido dificuldades aparentes durante a infância. Na transição para cursos superiores, trabalho ou moradia independente, exigências de autogestão e adaptação podem ampliar discrepâncias entre necessidades e suportes disponíveis. A revisão de Russell et al. (2025) mostra que a categoria diagnóstico tardio tem sido empregada de forma inconsistente, o que torna necessário situar cada trajetória no contexto social e histórico pertinente. O atraso, portanto, não deve ser convertido automaticamente em indicador de gravidade do autismo ou de baixa competência profissional prévia.

As expectativas sociais baseadas em apresentações masculinas da infância constituem outra possível barreira. Adultos, especialmente mulheres e pessoas cujas características não correspondem a estereótipos predominantes, podem ter interesses intensos socialmente valorizados, amizades construídas mediante esforço ou estratégias de imitação pouco percebidas por terceiros. Leedham et al. (2020), em investigação qualitativa com mulheres diagnosticadas após os quarenta anos, identificaram trajetórias marcadas por busca de explicações e reorganização da própria biografia. Esse achado não autoriza afirmar que todas as mulheres autistas camuflam mais do que todos os homens; diferenças de seleção das amostras, expectativas de gênero e oportunidades de diagnóstico precisam ser consideradas. A preocupação clínica central é que o avaliador não utilize casamento, maternidade, emprego formal ou habilidade verbal como evidência suficiente contra o autismo, mas investigue necessidades ocultas e padrões de desenvolvimento consistentes com critérios clínicos.

Há também barreiras estruturais relacionadas a território, custos, encaminhamento e disponibilidade de serviços. Adultos podem encontrar profissionais com experiência predominantemente pediátrica, filas prolongadas ou avaliações fragmentadas nas quais cada sintoma é considerado separadamente. A revisão de Nayyar et al. (2025) descreve obstáculos percebidos, como estereótipos, itinerários pouco claros e dificuldade de encontrar equipes capazes de interpretar apresentações adultas. A revisão de Khudiakova et al. (2026) acrescenta a comparação entre perspectivas de pessoas avaliadas, famílias e profissionais, identificando tensões quanto ao acesso a informações, instrumentos e suporte posterior. Embora essas sínteses ampliem a compreensão dos problemas, seus resultados não permitem estimar automaticamente tempos médios de espera ou custos no Brasil. Para a pesquisa nacional, permanece relevante documentar desigualdades regionais, capacidade dos serviços de saúde mental e existência de fluxos de referência apropriados para adultos.

Uma investigação diagnóstica também pode ser desencadeada por acontecimentos relacionais ou profissionais. Mudanças abruptas de rotina, nascimento de filhos, descoberta de autismo em parentes, adoecimento psíquico ou perda de apoios podem incentivar a busca de explicação para padrões antigos. A procura por avaliação não significa, necessariamente, piora súbita do neurodesenvolvimento. Pode indicar que a pessoa passou a compreender suas experiências sob novo enquadramento ou que o ambiente se tornou menos compatível com suas necessidades. Esse aspecto recomenda investigar o motivo atual da consulta sem confundir evento precipitante e origem da condição. Para evitar vieses de confirmação, convém examinar hipóteses concorrentes e condições coexistentes com o mesmo rigor. Uma avaliação respeitosa não

parte da obrigação de confirmar ou refutar rapidamente a identidade que o adulto considera possível; ela constrói entendimento compartilhado sobre evidências, dúvidas e consequências práticas da conclusão clínica.

5. CAMUFLAGEM SOCIAL: ESTRATÉGIAS, FUNÇÕES E LIMITES DE MENSURAÇÃO

A camuflagem social compreende estratégias de apresentação que podem minimizar a percepção de diferenças autísticas em interações específicas. O termo reúne fenômenos relacionados, mas não idênticos: compensar envolve aprender meios alternativos de realizar tarefas sociais; mascarar pode significar esconder comportamentos ou desconfortos; assimilar remete a esforços para parecer compatível com padrões esperados do grupo. Hull et al. (2017) propuseram descrição desse processo a partir de relatos de adultos autistas e demonstraram que as motivações variavam entre proteção contra estigma, busca de vínculos e desejo de participar de contextos valorizados. É necessário distinguir camuflagem de habilidades sociais construídas espontaneamente, cortesia, regulação emocional e adaptações presentes em muitas pessoas. O fenômeno tem maior pertinência clínica quando se observam relações consistentes entre esforço de apresentação, história do desenvolvimento, exigências ambientais e efeitos subjetivos, sem transformá-lo em marcador exclusivo ou prova independente de autismo.

O Camouflaging Autistic Traits Questionnaire, conhecido pela sigla CAT-Q, foi desenvolvido como instrumento de autorrelato para investigar estratégias de camuflagem em adultos. Hull et al. (2019) descreveram fatores ligados a compensação, mascaramento e

assimilação e apresentaram evidências psicométricas de sua estrutura. A existência de um instrumento validado para determinadas populações não significa que haja ponto de corte universal capaz de diagnosticar autismo, definir gravidade ou atribuir uma causa específica ao sofrimento psicológico. Pessoas não autistas também podem relatar comportamentos de adaptação social, e os padrões de resposta são afetados por cultura, gênero, autoconsciência e contexto. A versão abreviada foi examinada posteriormente (Hull et al., 2024), mas a escolha de qualquer escala deve considerar finalidade, adaptação linguística e evidências de validade para o público avaliado. Na prática clínica, o questionário pode ajudar a abrir perguntas, não substituir entrevista diagnóstica, análise da história do desenvolvimento ou avaliação de condições coexistentes.

O papel da camuflagem no atraso diagnóstico é plausível e sustentado por relatos qualitativos, mas demanda interpretação não determinística. Profissionais podem observar boa fluência conversacional durante uma entrevista e subestimar a preparação que antecedeu o encontro. Entretanto, também é possível que a pessoa não tenha apresentado dificuldades significativas em fases anteriores ou que fatores distintos expliquem o reconhecimento tardio. A revisão integrativa de Nel, Spedding e Malcolm-Smith (2025) identificou uma pluralidade de estratégias de camuflagem e fatores contextuais, reforçando que o construto não corresponde a comportamento único. A questão cientificamente relevante não é apenas saber se alguém camufla, mas quando, por quê, em quais ambientes, com qual intensidade e com quais consequências. Essa contextualização permite que decisões clínicas sejam apoiadas por evidências convergentes, em vez de presumir que um relato de exaustão social explique de forma completa a história individual.

A camuflagem pode ter resultados ambivalentes. Em determinadas circunstâncias, estratégias aprendidas favorecem interação profissional, evitam conflitos e ampliam acesso a situações sociais desejadas. Em outras, a pressão para manter uma aparência de normalidade reduz oportunidades de expressar necessidades, aumenta cansaço e produz sensação de distância da própria identidade. A revisão de Summerill e Summers (2025) descreveu tanto ganhos relacionais imediatos quanto custos potenciais de longo prazo, sem apresentar essas consequências como inevitáveis em todos os participantes. Isso impede que uma discussão acadêmica trate toda adaptação social como comportamento prejudicial ou recomende indiscriminadamente sua interrupção. O objetivo ético deve ser ampliar a possibilidade de escolha sobre quanto adaptar-se em cada contexto, assegurar ambientes menos punitivos para formas diferentes de comunicação e reduzir situações em que a camuflagem constitui requisito implícito para obter respeito, emprego ou atendimento.

A associação entre camuflagem e sofrimento mental foi sintetizada por Khudiakova et al. (2024) em revisão sistemática com metanálise, que identificou relações com sintomas de ansiedade, depressão e pior bem-estar. A direção dessa associação, porém, permanece uma questão. Pessoas que enfrentam maior estigma podem apresentar tanto mais camuflagem quanto mais sofrimento; sintomas de ansiedade podem intensificar o monitoramento de comportamentos; e estratégias extenuantes podem contribuir para a sobrecarga. Essas possibilidades não são mutuamente excludentes, mas exigem desenhos longitudinais para avaliação causal. Comentário posterior de Khudiakova et al. (2025) chama atenção para resultados heterogêneos e para a necessidade de distinguir camuflagem, gerenciamento de impressão e saúde

mental. Em artigos científicos, portanto, não se deve transformar a correlação identificada em promessa de que reduzir camuflagem eliminará depressão, tampouco concluir que todas as pessoas que camuflam serão diagnosticadas tardiamente.

O conceito de esgotamento autista, frequentemente referido como autistic burnout, ajuda a organizar relatos de exaustão prolongada, perda de capacidade funcional e redução de tolerância sensorial associados à sobrecarga persistente. Raymaker et al. (2020) desenvolveram descrição qualitativa baseada na experiência de pessoas autistas e na interação entre demandas de vida e apoios disponíveis. O conceito tem utilidade para formular perguntas clínicas sobre esforço, recuperação e condições de ambiente, mas não deve ser utilizado como diagnóstico psiquiátrico formal equivalente à depressão maior, nem como marcador obrigatório do autismo. Sintomas de fadiga, redução de função e isolamento demandam avaliação de causas clínicas e psiquiátricas, inclusive quando há histórico de camuflagem. Uma leitura centrada na pessoa pode reconhecer essa experiência sem negligenciar riscos relacionados à saúde mental. Na pesquisa, é necessário explicitar definições operacionais e diferenciar sobrecarga transitória, transtornos psiquiátricos e impactos de condições laborais concretas.

6. COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS E TRAJETÓRIAS DE SOFRIMENTO

A presença de transtornos psiquiátricos coexistentes é relevante para explicar a experiência de parte dos adultos autistas, mas não autoriza caracterizar o autismo como doença psiquiátrica adquirida. O TEA é uma condição do neurodesenvolvimento; depressão,

transtornos de ansiedade e outras condições podem ocorrer paralelamente e demandar avaliação própria. Lai et al. (2019) sintetizaram estudos sobre diagnósticos mentais coexistentes na população autista, identificando importante heterogeneidade de estimativas e instrumentos. Hollocks et al. (2019) examinaram especificamente ansiedade e depressão em adultos autistas e destacaram dificuldades metodológicas na comparação entre pesquisas. A principal implicação clínica é investigar sintomas com cuidado, utilizando instrumentos adequados à apresentação do indivíduo e contextualizando o sofrimento em condições de vida. Uma escala de ansiedade elevada não demonstra que todas as dificuldades de reciprocidade social decorrem de ansiedade, assim como a confirmação do TEA não demonstra que a ansiedade observada seja apenas expressão da condição neurodesenvolvimental.

A ansiedade social constitui um exemplo de sobreposição parcial. Evitar grupos pode resultar do medo de avaliação negativa, de sobrecarga sensorial, de dificuldades para interpretar regras implícitas ou de combinação dessas condições. A história temporal ajuda a distinguir experiências: em algumas pessoas, particularidades de comunicação e sensorialidade estão presentes muito antes de preocupações intensas com julgamento social; em outras, a evitação inicia-se após situações específicas e segue padrão mais associado à ansiedade. Ainda assim, coexistência é possível e frequente o suficiente para justificar investigação explícita. Durante a consulta, a pergunta não deve se limitar a verificar se a pessoa evita eventos sociais, mas explorar o que torna esses contextos difíceis, quais pensamentos e sensações antecedem a evitação, como ocorre a recuperação posterior e que estratégias aliviam o problema. Essas informações oferecem discriminação clínica melhor do que

interpretações baseadas somente em comportamento observável e evitam que sintomas tratáveis permaneçam sem acompanhamento adequado (Nice, 2021).

A depressão merece atenção particular porque pode apresentar-se de maneira não inteiramente captada por perguntas padronizadas. Mudanças de energia, redução do prazer, sofrimento persistente, alterações do sono, perda de interesse por atividades antes significativas e modificações de capacidade funcional precisam ser compreendidas relativamente ao padrão anterior da pessoa. Interesses específicos intensos, preferência por períodos de solitude ou comportamentos repetitivos não são, por si, sintomas depressivos. Por outro lado, atribuir retraimento recente exclusivamente ao autismo pode atrasar o cuidado. A revisão de Hollocks et al. (2019) sustenta a importância de avaliar depressão e ansiedade, enquanto Raymaker et al. (2020) demonstram por que experiências de esgotamento não devem ser confundidas automaticamente com diagnóstico depressivo. A abordagem clínica deve considerar antecedentes de saúde mental, fatores precipitantes, eventos de vida, apoios concretos e perspectiva do próprio adulto, sem presumir que uma explicação única seja suficiente para toda a trajetória.

Condições relacionadas à atenção, ao controle de impulsos e à função executiva também integram o diagnóstico diferencial e a avaliação de comorbidades. Dificuldades de planejamento, procrastinação, desorganização ou mudança de tarefa podem ocorrer em diferentes transtornos, inclusive em contextos de estresse crônico e privação de sono. Além disso, sintomas obsessivo-compulsivos e padrões repetitivos ligados ao autismo podem apresentar semelhanças superficiais. Uma rotina valorizada e

coerente com necessidade de previsibilidade não equivale necessariamente a compulsão vivenciada como indesejada; por outro lado, a presença de TEA não exclui transtorno obsessivo-compulsivo. O conjunto diagnóstico exige investigar a função do comportamento, sua relação com ansiedade, sua história e o grau de sofrimento associado. A recomendação NICE (2021) prevê avaliação de outros transtornos do neurodesenvolvimento, condições psiquiátricas e particularidades sensoriais, sublinhando a necessidade de não confundir semelhanças fenotípicas com identidade de mecanismos clínicos.

As experiências de avaliação anterior podem repercutir na confiança depositada em profissionais. Kentrou et al. (2024) investigaram percepções de diagnósticos psiquiátricos equivocados relatadas por adultos autistas e demonstraram que parte da população interpreta a história assistencial como marcada por classificações que não explicavam adequadamente sua experiência. Trata-se, porém, de percepção relatada, não auditoria clínica independente de todos os diagnósticos recebidos. Uma interpretação criteriosa precisa evitar dois erros: negar a possibilidade real de equívocos e reclassificar retrospectivamente toda ansiedade ou depressão documentada como simples erro. O reconhecimento de um transtorno do neurodesenvolvimento pode modificar a formulação clínica, mas a revisão de diagnósticos prévios deve considerar registros, evolução, respostas a tratamentos e critérios atuais. O foco deve ser melhorar precisão e adequação do cuidado, não produzir uma narrativa retrospectiva artificialmente livre de comorbidades.

A discussão sobre segurança inclui avaliação do risco de automutilação e suicídio quando sinais clínicos indiquem necessidade. Cassidy et al. (2018) estudaram marcadores associados

a comportamento suicida em adultos autistas, oferecendo evidências que justificam atenção à saúde mental sem transformar uma associação populacional em previsão individual. O risco não pode ser inferido automaticamente da presença de autismo, da camuflagem ou de diagnóstico tardio; exige avaliação individual, escuta cuidadosa e consideração de sofrimento atual, histórico, apoios e recursos de proteção. Também não deve ser negligenciado porque a pessoa mantém rotina laboral ou boa expressão verbal. Uma revisão acadêmica responsável discute esse domínio com linguagem não estigmatizante e reconhece que medidas preventivas precisam ser adaptadas à comunicação, às sensibilidades sensoriais e à confiança no serviço. Pesquisas futuras devem investigar fatores de risco modificáveis e a eficácia de intervenções acessíveis, evitando extrapolar dados de amostras específicas para todos os adultos autistas.

7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

O diagnóstico diferencial de TEA na maioridade deve investigar se as características presentes correspondem a padrão do neurodesenvolvimento ou se são mais bem explicadas por condições psiquiátricas, dificuldades comunicativas adquiridas, contextos adversos ou combinação de fatores. Isso não se resolve pela escolha de um rótulo com maior abrangência, mas pela construção de uma linha do tempo. Um quadro de retraimento iniciado apenas após episódio depressivo significativo demanda interpretação distinta de dificuldades persistentes de reciprocidade, flexibilização e sensorialidade identificáveis desde períodos precoces. Semelhanças comportamentais podem ocultar funções diferentes, de modo que entrevistas devem explorar motivação,

experiência subjetiva, estabilidade e mudanças. A diretriz NICE (2021) recomenda pesquisar diagnósticos diferenciais e comorbidades em avaliação abrangente; essa orientação é especialmente importante para reduzir tanto falsos negativos quanto confirmações precipitadas baseadas em questionários de rastreamento.

A qualidade da entrevista depende da acessibilidade comunicativa. Perguntas abstratas como 'Você entende ironia?' podem receber respostas pouco informativas de pessoas que aprenderam a reconhecer sarcasmo em contextos específicos, mas experimentam dificuldade quando faltam pistas. Situações concretas, histórias de conflitos e exemplos funcionais permitem distinguir conhecimento declarativo de experiência prática. A avaliação também deve considerar que expectativas de contato visual, expressividade ou convenções de cordialidade variam culturalmente. O profissional precisa examinar comportamentos, mas também ouvir descrições de esforços cognitivos e sensoriais que não aparecem imediatamente. Informações de familiares podem ajudar quando disponíveis e consentidas, sem invalidar relatos de quem possui relação familiar conflituosa ou memória incompleta da infância. Esse cuidado evita transformar o acesso desigual a testemunhos retrospectivos em barreira absoluta ao exame clínico de adultos.

A utilização de escalas deve respeitar sua finalidade e seu desempenho em populações para as quais foram validadas. Ferramentas de rastreamento podem indicar necessidade de investigação, mas o valor de um resultado positivo depende da prevalência da condição e da especificidade no contexto avaliado. Um questionário de camuflagem descreve estratégias de adaptação; uma medida de depressão descreve sintomas emocionais; uma avaliação diagnóstica integra domínios distintos e

exige julgamento clínico. Não se deve combinar pontuações de instrumentos heterogêneos em um índice improvisado de 'grau de autismo'. Da mesma forma, questionários aplicados a pessoas recrutadas em comunidades on-line podem ter propriedades diferentes em serviços psiquiátricos gerais ou na atenção primária. A análise sistemática das fontes recomenda transparência sobre limitações de validação e cautela com anúncios que prometem diagnosticar TEA com base em medidas rápidas ou isoladas (Hull et al., 2019; Nice, 2021).

A formulação clínica deve produzir conclusão compreensível e útil à pessoa avaliada, inclusive quando as evidências não permitem confirmação. Uma avaliação inconclusiva não equivale a desqualificar o sofrimento, pois necessidades de saúde mental, acessibilidade e apoio podem existir independentemente do resultado diagnóstico. O relatório precisa distinguir dados históricos, observações presentes, critérios atendidos, incertezas e recomendações de encaminhamento, evitando linguagem que converta diferenças humanas em falhas morais. Nos casos com coexistência de transtornos, um plano de cuidado articulado pode impedir que múltiplos serviços transfiram responsabilidades sem acompanhamento. O objetivo do processo é compreender funcionamento e necessidades, e não apenas atribuir nomenclatura. Esse princípio melhora a qualidade da relação terapêutica, sobretudo entre adultos que passaram muitos anos buscando explicação para experiências recorrentes de desajuste social.

8. QUALIDADE DE VIDA, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

A qualidade de vida é construto multidimensional que inclui saúde, autonomia, vínculos, participação, oportunidades e satisfação subjetiva. Sua avaliação em adultos autistas exige evitar a suposição de que padrões típicos de sociabilidade representam obrigatoriamente o ideal de bem-estar para todos. Uma pessoa pode preferir interações menos numerosas e valorizar rotina previsível sem estar socialmente isolada em sentido negativo; outra pode desejar maior participação, mas enfrentar barreiras de comunicação, transporte ou discriminação. Mason et al. (2018) investigaram preditores de qualidade de vida em adultos autistas, indicando que condições de funcionamento e apoio precisam ser examinadas em conjunto. McConachie et al. (2018) discutiram a validade de medidas de qualidade de vida para esse público, reforçando que indicadores genéricos podem deixar de captar domínios relevantes. Consequentemente, a interpretação de resultados deve integrar medidas padronizadas, descrição do contexto e prioridades expressas pelo próprio adulto.

A relação entre diagnóstico tardio e qualidade de vida não pode ser representada por linha causal simples. Pessoas que procuram avaliação após sofrimento prolongado podem apresentar piores indicadores antes da confirmação, mas não se sabe se a diferença resulta diretamente do atraso, de vulnerabilidades concomitantes ou de acesso desigual ao cuidado. O diagnóstico pode favorecer autocompreensão e orientar adaptações, porém seus benefícios dependem da disponibilidade de suporte e das reações sociais. Uma pessoa pode receber laudo, mas continuar sem possibilidades de flexibilizar a carga sensorial no trabalho ou obter atendimento adequado de saúde mental. O estudo de Cage, Di Monaco e Newell (2018) relaciona experiências de aceitação e indicadores de saúde mental, sugerindo relevância do reconhecimento social. Uma análise

crítica deve, contudo, distinguir associação de demonstração causal e não atribuir ao documento diagnóstico efeitos que dependem de políticas institucionais, redes de apoio e mudanças ambientais.

No campo do trabalho, demandas de comunicação implícita, interrupções constantes, ambientes ruidosos ou reuniões pouco estruturadas podem criar desgaste desproporcional. Isso não implica incapacidade geral nem autoriza definir pessoas autistas somente por limitações profissionais. Competências específicas, interesses aprofundados e preferências por previsibilidade podem favorecer determinadas atividades quando condições adequadas estão disponíveis. O aspecto decisivo é a compatibilidade entre características da pessoa, organização da tarefa e oportunidades de ajuste razoável. Alguns indivíduos beneficiam-se de instruções claras, planejamento antecipado, canais alternativos de comunicação ou redução de estímulos; outros não demandam as mesmas adaptações. A pesquisa sobre qualidade de vida recomenda que resultados ocupacionais sejam interpretados além da situação binária de empregado ou desempregado, considerando autonomia, segurança, estabilidade e custo psicológico de sustentar desempenho por meio de camuflagem contínua (Mason et al., 2018; Raymaker et al., 2020).

As relações afetivas e familiares também podem ser reinterpretadas após o diagnóstico, mas de formas heterogêneas. Em alguns casos, a identificação ajuda a compreender dificuldades de comunicação, necessidades sensoriais e divergências de expectativas; em outros, pode introduzir tensões quando pessoas próximas interpretam o laudo como mudança de identidade ou questionam sua legitimidade. A revisão de Nayyar et al. (2025) descreve tanto experiências de validação quanto custos subjetivos associados ao

diagnóstico em adultos. A qualidade do apoio reside menos em impor um estilo relacional uniforme e mais em negociar expectativas de maneira explícita. Para a prática em saúde, isso reforça a utilidade de perguntar quais relações são significativas, quais situações geram sobrecarga e quais recursos podem tornar interações mais previsíveis. A avaliação da qualidade de vida deve preservar liberdade de escolha e evitar pressupor que toda preferência por solitude resulta de sofrimento ou que relações numerosas constituem indicador universal de inserção social.

O bem-estar emocional precisa ser observado no tempo. Alterações após o diagnóstico podem refletir alívio inicial, intensificação temporária de dúvidas, mudanças de comportamento social ou início de tratamento de condições coexistentes. Estudos transversais não conseguem distinguir adequadamente essas trajetórias, motivo pelo qual pesquisas longitudinais com medidas repetidas são necessárias para investigar desfechos sustentados. Também é fundamental documentar acesso a apoio, situações de discriminação, condições econômicas e eventos de vida, fatores capazes de confundir associações entre diagnóstico e qualidade de vida. A literatura sobre aceitação (Cage; Di Monaco; Newell, 2018) e saúde mental associada à camuflagem (Khudiakova et al., 2024) ajuda a formular hipóteses relevantes, mas não permite prever individualmente melhora ou piora. O atendimento deve, portanto, elaborar objetivos pactuados com a pessoa e acompanhar resultados que ela considere significativos, sem reduzir o êxito terapêutico à diminuição de comportamentos autísticos visíveis.

9. EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS DO DIAGNÓSTICO TARDIO

Receber um diagnóstico na vida adulta pode reconfigurar a interpretação de experiências anteriores. Episódios de conflito, exclusão, dificuldade escolar ou sobrecarga que haviam sido atribuídos exclusivamente a falhas pessoais passam a adquirir nova explicação possível. Essa reorganização narrativa tem potencial de aliviar culpa e favorecer escolhas mais ajustadas, mas também suscita questões sobre oportunidades perdidas e suportes inexistentes. Leedham et al. (2020) identificaram experiências complexas em mulheres diagnosticadas na meia-idade, e Nayyar et al. (2025) sintetizaram relatos de adultos sobre desafios, reconhecimento e construção de identidade. As evidências são relevantes para o acolhimento clínico, porém não indicam uma sequência emocional obrigatória. Algumas pessoas acolhem rapidamente a identificação; outras precisam de tempo, informações e contato com perspectivas variadas para compreender o significado do resultado em sua vida cotidiana.

A participação da pessoa na avaliação influencia a legitimidade do processo. Quando o profissional comunica a conclusão como sentença definitiva sem explicitar fundamentos, limitações ou alternativas, pode reduzir a autonomia de quem procura cuidado. Uma comunicação compartilhada apresenta as evidências de modo claro e considera preferências sobre linguagem, informações oferecidas à família e possíveis encaminhamentos. Também deve evitar prometer que o diagnóstico resolverá dificuldades de emprego, relacionamentos ou saúde mental. O reconhecimento pode facilitar o acesso a medidas específicas e orientar adaptações, mas depende de serviços disponíveis e do contexto jurídico-administrativo. Nayyar et al. (2025) identificaram insuficiência de suporte após o diagnóstico como tema recorrente, evidenciando que confirmar o TEA sem oferecer orientação posterior pode deixar

necessidades fundamentais sem resposta. Uma prática adequada deve articular devolutiva, informação confiável e planejamento de próximos passos com o consentimento do adulto.

O diagnóstico também pode criar preocupação com estigma e discriminação. Divulgar ou não a informação em ambientes acadêmicos e profissionais é decisão que envolve benefícios e riscos, além de regras jurídicas aplicáveis. Em certas circunstâncias, informar necessidades específicas sem detalhar toda a história clínica pode ser suficiente para solicitar condições adequadas; em outras, documentos formais são necessários para acesso a direitos e serviços. A pessoa deve receber orientação transparente sobre confidencialidade e finalidade do compartilhamento, sem pressão para revelar informações íntimas além do necessário. A aceitação social descrita por Cage, Di Monaco e Newell (2018) oferece fundamento para discutir o impacto das atitudes alheias, mas não permite substituir decisões individuais por uma recomendação universal de divulgação. A abordagem ética reconhece que segurança e pertencimento são experiências situadas e que a autonomia inclui escolher quando, como e a quem comunicar aspectos da própria condição.

A identidade autista pode tornar-se fonte de pertencimento coletivo e participação em comunidades de apoio, sem excluir preferências por uma vivência privada do diagnóstico. Redes de pares podem oferecer linguagem para descrever dificuldades e identificar estratégias de acessibilidade, mas informações obtidas em comunidades digitais não substituem avaliação clínica de questões médicas ou psiquiátricas. A circulação de relatos pessoais, por sua vez, pode ser instrumento legítimo de formação profissional, desde que não seja tomada como amostra representativa de todos os

adultos autistas. A pesquisa participativa, que envolve pessoas autistas na elaboração de perguntas e instrumentos, pode reduzir a distância entre prioridades acadêmicas e necessidades vividas. O compromisso com essa perspectiva exige diversidade de participantes, transparência metodológica e acolhimento de experiências divergentes. A melhoria da atenção deve combinar conhecimento científico, responsabilidade profissional e escuta qualificada, recusando tanto a deslegitimação das narrativas quanto sua transformação em provas clínicas universais.

10. CAMINHOS PARA UMA AVALIAÇÃO E UM CUIDADO CENTRADOS NA PESSOA

Um itinerário de atendimento adequado começa pelo reconhecimento de sinais persistentes e pelo acolhimento das razões atuais para buscar avaliação. Na atenção inicial, convém levantar histórico do desenvolvimento, relações sociais, comunicação, padrões de interesse, sensorialidade, funcionamento ocupacional e condições psiquiátricas. Havendo suspeita fundamentada, o encaminhamento a profissionais e serviços habilitados deve ser acompanhado de informação clara sobre objetivos e limites da avaliação especializada. A diretriz NICE (2021) recomenda que adultos participem das decisões e que a investigação considere possíveis diagnósticos diferenciais e condições coexistentes. O processo não deve depender exclusivamente de um teste de triagem ou de uma impressão baseada em contato visual durante consulta breve. Transparência sobre tempos de espera e recursos locais reduz insegurança e ajuda a pessoa a buscar apoios disponíveis mesmo antes da conclusão diagnóstica.

O segundo momento envolve avaliação clínica abrangente, preferencialmente com articulação multiprofissional quando a complexidade do caso o justificar. A colaboração entre diferentes áreas pode esclarecer comunicação, adaptação funcional e condições psiquiátricas, mas não dispensa delimitação de responsabilidades e competências de cada profissional. A investigação deve relacionar história retrospectiva, situação atual e possíveis hipóteses concorrentes, registrando o grau de certeza. Entrevistas com familiares ou pessoas de confiança podem contribuir mediante consentimento, sem serem exigidas em todas as circunstâncias quando indisponíveis ou potencialmente danosas. Os instrumentos padronizados devem ser interpretados dentro de suas condições de validação. Particular atenção merece a possibilidade de camuflagem, pois respostas socialmente adequadas em situação estruturada não descartam dificuldades persistentes fora da consulta. A decisão diagnóstica precisa permanecer vinculada a critérios clínicos, e não a popularidade de uma ferramenta de internet ou a uma pontuação isolada.

Após a avaliação, uma devolutiva compreensível deve contemplar resultados, necessidades funcionais, comorbidades identificadas e recursos de cuidado. Caso o TEA seja confirmado, a equipe precisa explicar que o diagnóstico não determina uma trajetória única e que intervenções devem responder a dificuldades e prioridades concretas. Caso não seja confirmado, a conclusão deve incluir caminhos para investigar e apoiar problemas presentes, sem invalidar a experiência subjetiva relatada. Transtornos psiquiátricos coexistentes requerem atenção específica, ajustada às preferências comunicativas e sensoriais da pessoa. Em qualquer cenário, o acompanhamento deve observar consequências reais para o cotidiano: relações, sono, trabalho, educação, participação social e

sofrimento emocional. A recomendação de NICE (2021) sobre adaptação do cuidado às necessidades individuais é compatível com abordagem que evita tanto intervenções excessivas quanto abandono após entrega de relatório.

O cuidado longitudinal precisa considerar que necessidades variam ao longo do ciclo vital. Mudanças de trabalho, envelhecimento, responsabilidades familiares e situações de adoecimento podem modificar demandas de apoio mesmo quando as características centrais do neurodesenvolvimento permanecem. Isso desaconselha planejar toda assistência em torno do encontro diagnóstico inicial. Recursos como orientação sobre acessibilidade, suporte psicológico adaptado quando indicado e articulação com serviços sociais podem favorecer participação, mas sua efetividade deve ser acompanhada com indicadores significativos para o indivíduo. A literatura disponível não demonstra superioridade universal de um único modelo de acompanhamento para todos os adultos diagnosticados tardiamente. A implementação exige avaliação de disponibilidade local, custo, competências profissionais e respeito à autonomia. Medidas centradas apenas em reduzir sinais percebidos por terceiros correm o risco de ampliar camuflagem compulsória sem melhorar bem-estar ou oportunidades de vida.

O planejamento de serviços precisa incluir formação continuada e canais de participação de adultos autistas. Profissionais de saúde mental e atenção primária podem reduzir atrasos quando conhecem apresentações adultas, comorbidades frequentes e limitações de ferramentas de rastreamento. Entretanto, treinamento isolado não resolve filas prolongadas, distribuição desigual de especialistas ou ausência de encaminhamento posterior. A revisão de Khudiakova et al. (2026) integra perspectivas distintas sobre

barreiras e reforça a necessidade de fluxos transparentes e suporte após avaliação. Políticas de qualidade devem acompanhar tempo de espera, continuidade do cuidado, satisfação das pessoas atendidas e capacidade de resolver necessidades concretas, sem transformar aumento no número de diagnósticos em único critério de sucesso. Melhor identificação é importante, mas o resultado assistencial depende da possibilidade de converter conhecimento diagnóstico em cuidado acessível e respeitoso.

11. DIREITOS, ACESSO AO DIAGNÓSTICO E CONTEXTO BRASILEIRO

No Brasil, a Lei nº 12.764/2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabeleceu diretrizes de atenção integral, inclusão e participação social. A legislação reconhece a pessoa autista como pessoa com deficiência para efeitos legais, mas a efetivação de direitos depende de procedimentos administrativos, serviços e condições estabelecidas em normas específicas. A aplicação desse marco não se limita à infância: adultos podem necessitar de avaliação, reabilitação, atenção em saúde mental, orientação sobre trabalho e medidas de acessibilidade. É necessário evitar interpretação segundo a qual a confirmação diagnóstica, por si só, garante automaticamente qualquer benefício ou serviço independentemente dos requisitos correspondentes. A análise jurídica responsável considera a legislação como base de proteção e distingue o direito formal dos obstáculos concretos que podem limitar seu exercício em regiões com diferentes condições assistenciais.

A Lei nº 15.256, de 12 de novembro de 2025, acrescentou à Política Nacional o incentivo à investigação diagnóstica do TEA em adultos e idosos. Trata-se de avanço normativo diretamente relacionado ao problema examinado neste artigo, pois explicita que o reconhecimento do autismo não pode restringir-se à assistência pediátrica. Contudo, a previsão de incentivo não representa, isoladamente, criação de equipes suficientes, garantia de atendimento imediato ou padronização nacional de fluxos diagnósticos. Avaliar os resultados da mudança exige acompanhar sua implementação, disponibilidade de profissionais e acesso regional a serviços. O marco normativo deve ser lido em articulação com as diretrizes de atenção à pessoa com deficiência e com as condições de funcionamento do Sistema Único de Saúde, sem confundir diretriz legal e desfecho empiricamente demonstrado. O principal desafio de gestão é transformar reconhecimento explícito em trajetórias assistenciais compreensíveis, acessíveis e continuadas (Brasil, 2012; Brasil, 2025).

A diversidade territorial brasileira requer planejamento diferenciado. Custos de deslocamento, disponibilidade de especialistas, serviços de saúde mental e informação confiável sobre avaliação adulta podem criar obstáculos adicionais em municípios afastados de centros especializados. Também é necessário investigar barreiras de renda, gênero e escolaridade sem pressupor que padrões registrados em países de alta renda sejam automaticamente reproduzidos no Brasil. O aumento de conteúdo sobre autismo em redes sociais pode ajudar pessoas a reconhecer trajetórias antes desconsideradas, mas traz o risco de informações pouco fundamentadas e de comercialização de exames sem validade. A atuação pública deve combinar comunicação acessível, qualificação profissional e fluxos de encaminhamento que não dependam

exclusivamente da capacidade de pagamento. Do ponto de vista científico, permanece relevante produzir estudos nacionais que documentem experiências de adultos, com recortes territoriais, sociais e de gênero, sem confundir relatos de serviços isolados com medidas representativas de todo o sistema.

A proteção de direitos precisa ser acompanhada por respeito à confidencialidade, consentimento e participação do próprio adulto nas decisões. Laudos e relatórios contêm informações sensíveis que devem circular apenas quando justificadas por finalidades legítimas. Em ambientes de ensino e trabalho, adaptações e condições adequadas precisam ser discutidas considerando necessidades concretas e as regras aplicáveis, preservando sempre que possível escolhas sobre divulgação diagnóstica. A atenção à diversidade de experiências impede converter a condição em impedimento genérico para autonomia, família ou vida profissional. Além disso, a avaliação de comorbidades mentais não pode ser descontinuada sob a justificativa de que o TEA explicaria todo sofrimento. A efetivação da proteção legal exige articulação entre assistência, comunicação não discriminatória e serviços capazes de responder a demandas variadas do ciclo adulto. O resultado social relevante não é apenas ampliar identificações formais, mas assegurar que elas se traduzam em oportunidades de participação e cuidado.

12. RESULTADOS DA SÍNTESE E DISCUSSÃO CRÍTICA

A síntese das fontes evidencia que diagnóstico tardio, camuflagem social e comorbidades psiquiátricas estão relacionados, mas pertencem a níveis explicativos diferentes. Diagnóstico tardio descreve a temporalidade do reconhecimento; camuflagem caracteriza estratégias comportamentais e subjetivas; comorbidade

corresponde à coexistência de condições clínicas. Confundir essas categorias gera inferências indevidas, como supor que camuflagem elevada confirma autismo, que depressão anterior foi necessariamente diagnóstico equivocado ou que todo reconhecimento tardio decorre de falha individual de profissionais. Os estudos de Hull et al. (2017; 2019) contribuem para compreender processos de adaptação, enquanto as revisões de Lai et al. (2019), Hollocks et al. (2019) e Russell et al. (2025) oferecem sínteses sobre condições coexistentes e uso heterogêneo do conceito de atraso. A interpretação integrada sugere a necessidade de modelos diagnósticos sensíveis a histórias de desenvolvimento e contextos, sem reivindicar uma cadeia causal única para fenômenos heterogêneos.

Há convergência na importância da perspectiva da pessoa avaliada. Estudos qualitativos sobre mulheres diagnosticadas na meia-idade, revisões de experiências vividas e investigações sobre aceitação indicam que o significado do diagnóstico não se reduz ao preenchimento de critérios (Leedham et al., 2020; Nayyar et al., 2025; Cage; Di Monaco; Newell, 2018). Algumas pessoas descrevem alívio e construção de identidade; outras ressaltam barreiras, estigma e suportes insuficientes. Essa diversidade recomenda abandonar tanto a narrativa de que o diagnóstico é sempre libertador quanto a ideia de que ele representa necessariamente fonte de limitação. O desfecho depende de fatores sociais, clínicos e institucionais que não são controlados exclusivamente no momento da avaliação. O próprio conceito de qualidade de vida exige medidas que valorizem a experiência subjetiva e não reduzam bem-estar a padrões normativos de sociabilidade (Mason et al., 2018; McConachie et al., 2018).

O conjunto de estudos sobre camuflagem sustenta associação com saúde mental, mas revela lacunas importantes de causalidade. A metanálise de Khudiakova et al. (2024) apontou relações com indicadores de sofrimento; análises posteriores destacam heterogeneidade conceitual e os possíveis benefícios contextuais de determinadas estratégias (Khudiakova et al., 2025; Summerill; Summers, 2025). Assim, seria inadequado apresentar a camuflagem como causa autônoma de todos os transtornos psiquiátricos ou como elemento necessariamente prejudicial em qualquer situação. O problema principal parece envolver a interação entre pressões ambientais, necessidade de conformidade e custos de adaptação, que pode assumir intensidades distintas. Estudos longitudinais precisam examinar como mudanças no ambiente, suporte social e oportunidades de expressão autêntica se relacionam a indicadores de saúde mental, controlando fatores anteriores e evitando pressupor direção única das associações.

Outra tensão aparece na distinção entre diagnósticos coexistentes e reavaliação retrospectiva de condições psiquiátricas. Kentrou et al. (2024) registram experiências de pessoas que percebem diagnóstico anterior como inadequado, ao passo que metanálises confirmam a frequência e relevância de condições psiquiátricas em populações autistas (Lai et al., 2019; Hollocks et al., 2019). Esses resultados não se anulam. Podem existir casos de erro, sobreposição e comorbidade verdadeira, às vezes dentro da mesma trajetória. Uma prática responsável deve revisar formulações anteriores quando surgem informações novas, mantendo atenção ao tratamento de sintomas atuais. O argumento de que todo diagnóstico de ansiedade, depressão ou transtorno de personalidade deve ser retirado após confirmação do TEA extrapola a literatura e pode prejudicar o cuidado. O objetivo é aprimorar a precisão explicativa e assistencial,

e não substituir indiscriminadamente um conjunto de rótulos por outro.

Em termos metodológicos, o campo necessita diferenciar evidências clínicas de estratégias de mensuração. Questionários de camuflagem, relatos de experiências, escalas de qualidade de vida e protocolos diagnósticos não são equivalentes. A triangulação entre fontes poderia ajudar a avaliar se estratégias relatadas explicam dificuldades não captadas em entrevistas estruturadas e como suporte posterior afeta bem-estar. Entretanto, para afirmar que determinada intervenção reduz sofrimento ou melhora qualidade de vida, são necessários estudos com desenho compatível, acompanhamento temporal e medidas de resultado pertinentes. A literatura consultada contém achados importantes, mas parte considerável provém de amostras recrutadas em serviços especializados ou comunidades on-line, o que restringe generalização. Pesquisas brasileiras devem priorizar acesso territorial, diversidade socioeconômica, perspectivas de pessoas autistas e avaliação de resultados após a Lei nº 15.256/2025, de modo a distinguir promessa normativa de mudança efetiva na assistência.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise permite compreender o diagnóstico tardio do transtorno do espectro autista em adultos como resultado possível da interação entre apresentações clínicas heterogêneas, estratégias de adaptação, condições psiquiátricas coexistentes e barreiras históricas de reconhecimento. A questão norteadora não admite resposta linear porque o atraso diagnóstico não possui uma única causa e tampouco determina um desfecho psicológico universal. A investigação mostrou que a condição do neurodesenvolvimento

precede sua identificação formal, embora padrões antes pouco observados possam adquirir visibilidade diante de novas demandas sociais e ocupacionais. Também mostrou que o conceito de diagnóstico tardio é empregado de maneira variável nas pesquisas, exigindo definição operacional para permitir comparações legítimas. Ao delimitar a primeira identificação clínica após os dezoito anos, este estudo buscou concentrar a discussão em necessidades próprias da maioridade, sem afirmar que todos os percursos sejam equivalentes. O aprimoramento do atendimento depende de reconhecer história de desenvolvimento, contexto, competências e dificuldades específicas, recusando exclusões diagnósticas baseadas exclusivamente em desempenho acadêmico, emprego ou comunicação verbal elaborada.

A camuflagem social representa contribuição conceitual relevante porque ajuda a distinguir apresentação observável e custo subjetivo da participação cotidiana. Pessoas podem construir repertórios socialmente eficazes e, ao mesmo tempo, experimentar preparação intensa, sobrecarga e necessidade de recuperação posterior. Entretanto, esses comportamentos não são exclusivos do TEA e não substituem critérios diagnósticos estabelecidos. A revisão das pesquisas mostrou que estratégias de camuflagem possuem funções variadas e podem associar-se a ganhos contextuais e consequências adversas; nenhuma dessas direções deve ser presumida em todos os casos. A literatura sobre saúde mental aponta associações entre camuflagem, ansiedade, depressão e menor bem-estar, mas a demonstração de causalidade exige acompanhamento longitudinal capaz de analisar estigma, condições ambientais, vulnerabilidades prévias e recursos de apoio. O conhecimento produzido deve orientar perguntas clínicas mais qualificadas, evitando transformar o CAT-Q ou instrumentos

semelhantes em exames confirmatórios independentes. Reduzir pressões sociais para conformidade rígida pode favorecer condições de participação, mas a escolha sobre estratégias de apresentação deve permanecer com a pessoa, conforme seus objetivos e sua segurança.

Quanto às comorbidades psiquiátricas, a principal conclusão é que a identificação de autismo não encerra a investigação de ansiedade, depressão, dificuldades de atenção ou outros transtornos potencialmente coexistentes. Uma história clínica marcada por categorias anteriores pode conter diagnósticos corretos, hipóteses posteriormente revistas ou superposição de fenômenos. Apenas análise criteriosa da evolução, dos critérios e das necessidades atuais permite discriminar essas possibilidades. A revisão também evidenciou a importância de avaliar sofrimento com instrumentos adequados à apresentação da pessoa e de interpretar mudanças relativamente ao seu padrão prévio de funcionamento. Preferência por rotina, interesses intensos ou períodos voluntários de solitude não equivalem automaticamente a sintomas psiquiátricos; por sua vez, alterações recentes de humor e capacidade funcional não devem ser desconsideradas por alguém ser autista. A atenção a risco de suicídio, quando clinicamente pertinente, integra o cuidado individualizado, sem estigmatizar a população com previsão determinística de comportamentos. O objetivo das práticas clínicas deve ser ampliar segurança, precisão e acesso a tratamento apropriado.

A qualidade de vida demonstrou-se dimensão central e não simples consequência administrativa do laudo. O diagnóstico pode oferecer linguagem para compreender o passado e organizar escolhas futuras, mas não corrige automaticamente barreiras no trabalho, nas

relações, na saúde e na participação comunitária. A literatura revisada mostra experiências de alívio, pertencimento e reorganização identitária, mas também registra luto por oportunidades de suporte, receio de discriminação e frustração com serviços insuficientes. Por essa razão, a qualidade do cuidado deve ser apreciada mediante mudanças significativas para o adulto, incluindo capacidade de exercer escolhas, obter apoios, manter vínculos desejados e reduzir sofrimento. Uma avaliação que termina na entrega do documento, sem orientar caminhos disponíveis, pode não responder às necessidades que motivaram a busca inicial. O reconhecimento institucional da neurodiversidade precisa coexistir com assistência a condições clínicas concretas, recusando tanto a ideia de que a pessoa deva adaptar-se integralmente ao ambiente quanto a negação de dificuldades individuais que demandam cuidados próprios.

Do ponto de vista organizacional, a avaliação de adultos requer itinerários transparentes, profissionais preparados e integração entre assistência ao neurodesenvolvimento e saúde mental. Acolhimento de suspeitas fundamentadas, história retrospectiva analisada com cautela, investigação de diagnósticos diferenciais, uso crítico de escalas e devolutiva compartilhada constituem elementos relevantes de um processo abrangente. Não se deve exigir disponibilidade perfeita de documentos infantis para iniciar investigação, nem dispensar informações históricas sempre que elas possam ser obtidas de forma ética. A participação do adulto nas decisões ajuda a proteger autonomia e melhora a interpretação de necessidades pouco visíveis em consulta breve. A formação continuada deve abordar apresentações não prototípicas, condições coexistentes, camuflagem e acessibilidade comunicativa. Entretanto, formação isolada não supera distribuição desigual de

serviços ou ausência de encaminhamento posterior. Medidas públicas de qualidade precisarão considerar continuidade, satisfação e resultados funcionais, não apenas a quantidade de avaliações concluídas.

No Brasil, a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista estabelece fundamentos relevantes para assistência e participação social. A inclusão, pela Lei nº 15.256/2025, do incentivo à investigação diagnóstica em adultos e idosos torna explícita uma demanda historicamente pouco contemplada por percursos centrados na infância. O alcance desse dispositivo, contudo, depende de implementação e não pode ser confundido com garantia imediata de capacidade assistencial suficiente. A relevância da norma para a pesquisa consiste em abrir campo para avaliar fluxos de encaminhamento, desigualdades regionais, barreiras econômicas e adequação das informações disponibilizadas aos usuários. Estudos nacionais poderão explorar particularmente as condições de acesso em municípios distantes de centros especializados e a experiência de adultos que convivem com sintomas psiquiátricos antes da investigação do TEA. Além disso, o respeito à confidencialidade e à autonomia sobre compartilhamento do diagnóstico deve integrar práticas de saúde, educação e trabalho, observadas as exigências legais de cada contexto.

As limitações desta revisão derivam de sua natureza sistematizada qualitativa, sem protocolo de triagem exaustiva, avaliação formal de todos os riscos de viés ou coleta primária de dados. Não foi possível calcular efeito agregado do diagnóstico sobre qualidade de vida, estimar a proporção de adultos com camuflagem intensa no Brasil ou verificar causalidade entre atrasos diagnósticos e transtornos mentais. Parte da literatura utiliza amostras de conveniência e

instrumentos heterogêneos, o que exige prudência na generalização. Como agenda futura, recomendam-se coortes prospectivas com definição explícita de diagnóstico tardio, descrição de contextos sociais e documentação de apoios recebidos antes e depois da avaliação. Também são relevantes pesquisas participativas que incorporem adultos autistas à escolha de desfechos e que comparem diferentes modelos de suporte posterior. Conclui-se que reconhecer mais adequadamente o autismo em adultos é condição importante, mas não suficiente: seu valor assistencial e social depende da capacidade de articular identificação rigorosa, cuidado em saúde mental, acessibilidade e respeito às trajetórias singulares de cada pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 24 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.256, de 12 de novembro de 2025. Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, para incentivar a realização da investigação diagnóstica do transtorno do espectro autista em pessoas adultas e idosas. Brasília, DF: Presidência da República, 2025. Disponível em: https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15256.htm. Acesso em: 24 out. 2026.

CAGE, Eilidh; DI MONACO, Jessica; NEWELL, Victoria. Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. Journal of

Autism and Developmental Disorders, v. 48, p. 473–484, 2018. DOI: 10.1007/s10803-017-3342-7.

CASSIDY, Sarah et al. Risk markers for suicidality in autistic adults. Molecular Autism, v. 9, artigo 42, 2018. DOI: 10.1186/s13229-018-0226-4.

HOLLOCKS, Matthew J. et al. Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine, v. 49, n. 4, p. 559–572, 2019. DOI: 10.1017/S0033291718002283.

HULL, Laura et al. “Putting on My Best Normal”: Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 47, p. 2519–2534, 2017. DOI: 10.1007/s10803-017-3166-5.

HULL, Laura et al. Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 49, n. 3, p. 819–833, 2019. DOI: 10.1007/s10803-018-3792-6.

HULL, Laura et al. Validation of the camouflaging autistic traits questionnaire short form (CATQ-SF). Comprehensive Psychiatry, v. 135, artigo 152525, 2024. DOI: 10.1016/j.comppsych.2024.152525.

KENTROU, Vasiliki et al. Perceived misdiagnosis of psychiatric conditions in autistic adults. eClinicalMedicine, v. 71, artigo 102586, 2024. DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102586.

KHUDIAKOVA, Valeria et al. A systematic review and meta-analysis of mental health outcomes associated with camouflaging in autistic

people. Research in Autism Spectrum Disorders, v. 118, artigo 102492, 2024. DOI: 10.1016/j.rasd.2024.102492.

KHUDIAKOVA, Valeria et al. Lived Experience, Family, and Clinician Perspectives on Barriers to Adult Autism Diagnosis and Post-Diagnostic Supports: A Mixed-Methods Systematic Review. Journal of Developmental and Physical Disabilities, v. 38, n. 5, p. 979–1018, 2026. DOI: 10.1007/s10882-026-10055-x.

KHUDIAKOVA, Valeria et al. What We Know and Do Not Know About Camouflaging, Impression Management, and Mental Health and Wellbeing in Autistic People. Autism Research, v. 18, n. 2, p. 273–280, 2025. DOI: 10.1002/aur.3299.

LAI, Meng-Chuan et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, v. 6, n. 10, p. 819–829, 2019. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30289-5.

LEEDHAM, Alexandra et al. “I was exhausted trying to figure it out”: The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. Autism, v. 24, n. 1, p. 135–146, 2020. DOI: 10.1177/1362361319853442.

MASON, David et al. Predictors of quality of life for autistic adults. Autism Research, v. 11, n. 8, p. 1138–1147, 2018. DOI: 10.1002/aur.1965.

MCCONACHIE, Helen et al. Enhancing the Validity of a Quality of Life Measure for Autistic People. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 48, n. 5, p. 1596–1611, 2018. DOI: 10.1007/s10803-017-3402-z.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management. Clinical guideline CG142. London: NICE, atualização de 14 jun. 2021 (publicada originalmente em 2012). Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg142. Acesso em: 24 out. 2026.

NAYYAR, Juwayriyah M. et al. Exploring Lived Experiences of Receiving a Diagnosis of Autism in Adulthood: A Systematic Review. Autism in Adulthood, v. 7, n. 1, p. 1–12, 2025. DOI: 10.1089/aut.2023.0152.

NEL, Jacques; SPEDDING, Maxine; MALCOLM-SMITH, Susan. Consolidating a framework of autistic camouflaging strategies: An integrative systematic review. Autism, v. 29, n. 10, p. 2379–2394, 2025. DOI: 10.1177/13623613251335472.

RAYMAKER, Dora M. et al. “Having All of Your Internal Resources Exhausted Beyond Measure and Being Left with No Clean-Up Crew”: Defining Autistic Burnout. Autism in Adulthood, v. 2, n. 2, p. 132–143, 2020. DOI: 10.1089/aut.2019.0079.

RUSSELL, Alison S. et al. Who, when, where, and why: A systematic review of “late diagnosis” in autism. Autism Research, v. 18, n. 1, p. 22–36, 2025. DOI: 10.1002/aur.3278.

SUMMERILL, Jonathan; SUMMERS, S. J. (Ash). The consequences of social camouflaging in autistic adults: A systematic review. Research in Autism, artigo 202556, 2025. DOI: 10.1016/j.reia.2025.202556.

---

[1] Acadêmico de Medicina – UNIFIMES; Direito – PUC-GO; Filosofia – UFG. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes:

http://lattes.cnpq.br/3330346996123422. ORCID:
https://orcid.org/0009-0002-5198-1147.