BOCA
BOLETIM DE CONJUNTURA

AUTISMO ALÉM DA INFÂNCIA: COMPREENDER O ESPECTRO, O DIAGNÓSTICO TARDIO E A VIDA ADULTA

AUTISM BEYOND CHILDHOOD: UNDERSTANDING THE SPECTRUM, LATE DIAGNOSIS AND ADULT LIFE

AUTISMO MÁS ALLÁ DE LA INFÂNCIA: COMPRENDER EL ESPECTRO, EL DIAGNÓSTICO TARDÍO Y LA VIDA ADULTA

https://doi.org/10.56238/bocav25n82-010

Data de submissão: 16/08/2026 **Data de publicação:** 16/09/2026

Jorge Roberto Ferreira Cavalheiro
Bacharel em Psicologia e Direito pelo Centro Universitário Cesuca; Bacharel em Serviço Social pela UNIFRAN. Pós-Graduado em Autismo, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Neuropsicologia. Formação em Análise do Comportamento Aplicada (ABA).
Instituição: Centro Universitário Cesuca; Universidade de Franca (UNIFRAN)
E-mail: cavalheiro.jrc@gmail.com

RESUMO

Adultos autistas podem chegar à avaliação psicológica após anos de sofrimento, explicações diagnósticas parciais e funcionamento aparentemente adequado, porém sustentado por elevado custo adaptativo. Este artigo objetiva desenvolver uma reflexão clínico-profissional sobre o autismo na vida adulta e o diagnóstico tardio, articulando literatura científica contemporânea e seminal, DSM-5-TR, CID-11, documentos oficiais e experiência profissional. Metodologicamente, trata-se de reflexão teórica fundamentada em síntese narrativa e seletiva da literatura, priorizando revisões sistemáticas, metassínteses, estudos empíricos robustos e publicações recentes pertinentes à população adulta. São discutidos heterogeneidade do espectro, trajetória desenvolvimental, camuflagem social, burnout autista, diferenças relacionadas a sexo e gênero, diversidade de gênero, condições coexistentes, diagnóstico diferencial, instrumentos de avaliação e suporte pós-diagnóstico. A literatura recente indica que não existe ponto de corte universal para diagnóstico tardio, que camuflagem e burnout exigem cautela conceitual e metodológica e que instrumentos padronizados não substituem integração clínica e história do desenvolvimento. Conclui-se que a avaliação de adultos deve ser longitudinal, contextual e multidimensional, favorecendo a compreensão das necessidades de suporte, barreiras ambientais e possibilidades de cuidado sem reduzir a pessoa à categoria diagnóstica.

Palavras-chave: Autismo Adulto. Diagnóstico Tardio. Camuflagem Social. Burnout Autista. Prática Psicológica.

ABSTRACT

Autistic adults may reach psychological assessment after years of distress, partial diagnostic explanations, and apparently adequate functioning maintained at a high adaptive cost. This article develops a clinical-professional reflection on autism in adulthood and late diagnosis by integrating contemporary and seminal scientific literature, DSM-5-TR, ICD-11, official documents, and

professional experience. Methodologically, it is a theoretical reflection based on a narrative and selective synthesis of the literature, prioritizing systematic reviews, meta-syntheses, robust empirical studies, and recent publications relevant to adult populations. The discussion addresses spectrum heterogeneity, developmental history, social camouflaging, autistic burnout, sex- and gender-related differences, gender diversity, co-occurring conditions, differential diagnosis, assessment instruments, and post-diagnostic support. Recent literature indicates that there is no universal cutoff for defining late diagnosis, that camouflaging and autistic burnout require conceptual and methodological caution, and that standardized instruments do not replace clinical integration and developmental history. It is concluded that assessment in adulthood should be longitudinal, contextual, and multidimensional, supporting an understanding of support needs, environmental barriers, and possibilities for care without reducing the person to a diagnostic category.

Keywords: Adult Autism. Late Diagnosis. Social Camouflaging. Autistic Burnout. Psychological Practice.

RESUMEN

Las personas autistas adultas pueden llegar a la evaluación psicológica después de años de sufrimiento, explicaciones diagnósticas parciales y un funcionamiento aparentemente adecuado, aunque sostenido por un elevado costo adaptativo. Este artículo desarrolla una reflexión clínico-profesional sobre el autismo en la vida adulta y el diagnóstico tardío, articulando literatura científica contemporánea y clásica, DSM-5-TR, CIE-11, documentos oficiales y experiencia profesional. Metodológicamente, se trata de una reflexión teórica basada en una síntesis narrativa y selectiva de la literatura, priorizando revisiones sistemáticas, metasíntesis, estudios empíricos robustos y publicaciones recientes pertinentes a la población adulta. Se analizan la heterogeneidad del espectro, la trayectoria del desarrollo, el camuflaje social, el burnout autista, las diferencias relacionadas con sexo y género, la diversidad de género, las condiciones coexistentes, el diagnóstico diferencial, los instrumentos de evaluación y el apoyo posterior al diagnóstico. La literatura reciente indica que no existe un punto de corte universal para el diagnóstico tardío, que el camuflaje y el burnout requieren cautela conceptual y metodológica y que los instrumentos estandarizados no sustituyen la integración clínica ni la historia del desarrollo. Se concluye que la evaluación de adultos debe ser longitudinal, contextual y multidimensional, favoreciendo la comprensión de las necesidades de apoyo, las barreras ambientales y las posibilidades de cuidado sin reducir a la persona a una categoría diagnóstica.

Palabras clave: Autismo Adulto. Diagnóstico Tardío. Camuflaje Social. Burnout Autista. Práctica Psicológica.

1 INTRODUÇÃO

Durante décadas, o autismo foi descrito, pesquisado e socialmente reconhecido sobretudo a partir da infância. A imagem pública mais difundida esteve associada a crianças com atraso de linguagem, pouco contato visual, brincadeiras repetitivas, interesses restritos ou reações intensas a estímulos sensoriais. Embora essas manifestações possam integrar trajetórias autistas, elas não esgotam a complexidade do espectro nem representam todas as formas pelas quais o autismo pode se expressar ao longo da vida.

Crianças autistas tornam-se adolescentes, adultos e pessoas idosas. Entretanto, a pesquisa, a formação profissional e a organização de muitos serviços demoraram a acompanhar essa continuidade do desenvolvimento. Como consequência, uma parcela de adultos chega aos serviços de saúde mental sem uma explicação suficientemente abrangente para características presentes desde fases anteriores da vida.

Em muitos casos, a procura por avaliação não começa com uma pergunta direta sobre autismo. Pode surgir após períodos prolongados de esgotamento, dificuldade persistente de adaptação, sofrimento relacional, sobrecarga sensorial, histórico de diagnósticos que explicam apenas parte da trajetória ou sensação duradoura de inadequação. Revisões recentes das experiências de adultos diagnosticados na vida adulta descrevem justamente percursos marcados por dificuldades de reconhecimento, barreiras para acessar avaliação, sofrimento anterior ao diagnóstico e suporte posterior frequentemente insuficiente (Khudiakova *et al.*, 2026; Kiehl *et al.*, 2024; Nayyar *et al.*, 2025).

Essas experiências, isoladamente, não estabelecem diagnóstico e tampouco são específicas do autismo. Elas indicam, porém, a necessidade de uma investigação clínica que ultrapasse a descrição do sofrimento atual e reconstrua a trajetória desenvolvimental, os contextos de funcionamento, os recursos utilizados, as barreiras enfrentadas e os custos subjetivos e funcionais da adaptação.

Este artigo tem como objetivo desenvolver uma reflexão clínico-profissional sobre o autismo na vida adulta e o diagnóstico tardio, articulando evidências científicas, classificações diagnósticas, documentos oficiais e experiência profissional, com ênfase nas implicações para avaliação psicológica, cuidado em saúde mental e construção de suportes ao longo do ciclo vital.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS DIAGNÓSTICOS E COMPREENSÃO DIMENSIONAL DO ESPECTRO

O DSM-5-TR situa o transtorno do espectro autista entre os transtornos do neurodesenvolvimento e organiza seus critérios em dois grandes domínios: dificuldades persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos e padrões restritos ou repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, incluindo características relacionadas à reatividade sensorial (American Psychiatric Association, 2022). A CID-11 também reconhece o autismo como condição do neurodesenvolvimento e utiliza especificadores relacionados, entre outros aspectos, ao desenvolvimento intelectual e à linguagem funcional (World Health Organization, 2026).

No Brasil, o Ministério da Saúde submeteu à consulta pública, em 2026, proposta de atualização do Guia de Cuidado Integral às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, ampliando explicitamente a abordagem para o cuidado ao longo do ciclo de vida e para a articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde, 2026). Como a versão utilizada neste artigo corresponde ao documento submetido à consulta pública, suas formulações não são tratadas como diretriz final consolidada.

Essas definições técnicas, entretanto, precisam ser compreendidas de forma adequada.

Autismo não significa simplesmente “dificuldade de socialização”. Também não significa apenas apresentar comportamentos repetitivos.

O espectro envolve uma combinação complexa de características que podem incluir diferenças na reciprocidade social, interpretação das relações, comunicação verbal e não verbal, previsibilidade, flexibilidade, interesses, comportamento repetitivo, processamento sensorial e adaptação às demandas ambientais. Lord *et al.* (2020) destacam a extensa heterogeneidade do autismo e a impossibilidade de uma única apresentação representar todas as pessoas autistas.

É nesse ponto que a palavra espectro precisa ser bem compreendida. Ela não representa simplesmente uma linha horizontal que começa no “autismo leve” e termina no “autismo grave”.

Na prática, podemos encontrar uma pessoa com excelente linguagem formal e grande dificuldade para compreender relações sociais implícitas. Outra pode necessitar de suporte significativo para comunicação. Outra pode apresentar desempenho profissional aparentemente autônomo e, simultaneamente, vulnerabilidade sensorial, executiva ou adaptativa importante fora daquele ambiente. Uma mesma pessoa também pode apresentar necessidades de suporte distintas conforme contexto, fase da vida, nível de sobrecarga, exigências ambientais e recursos disponíveis.

A pessoa precisa ser compreendida multidimensionalmente.

O diagnóstico descreve um padrão de funcionamento. Ele não descreve a pessoa inteira.

2.2 DIAGNÓSTICO TARDIO E AVALIAÇÃO CLÍNICA NA VIDA ADULTA

O autismo não surge na vida adulta; o que pode ocorrer tardiamente é seu reconhecimento clínico. O DSM-5-TR estabelece que as características estejam presentes no período do desenvolvimento, ainda que possam não se manifestar plenamente até que demandas sociais excedam as capacidades disponíveis ou possam ter sido parcialmente mascaradas por estratégias aprendidas (American Psychiatric Association, 2022).

Idade do diagnóstico e início da condição são, portanto, fenômenos distintos.

Além disso, a própria expressão "diagnóstico tardio" não possui uma idade universalmente aceita. Russell *et al.* (2025), em revisão sistemática pré-registrada de 420 estudos, encontraram ampla variação na forma como o termo era definido e operacionalizado. Apenas cerca de um terço dos estudos apresentava um ponto de corte claro, com critérios variando amplamente conforme contexto e população. Isso impede que "diagnóstico tardio" seja tratado como categoria objetiva sem que se explicite o sentido adotado.

Ao longo da vida, algumas pessoas desenvolvem estratégias explícitas ou implícitas para lidar com demandas sociais, sensoriais, executivas e comunicacionais. Podem aprender conscientemente como iniciar conversas, observar outras pessoas para ajustar expressões faciais, memorizar respostas socialmente esperadas, estruturar rigidamente rotinas ou escolher ambientes profissionais mais compatíveis com seu modo de funcionamento.

A adaptação visível, entretanto, não elimina a necessidade de compreender como ela foi construída e qual custo psicológico, corporal ou funcional pode produzir.

Esse talvez seja um dos maiores erros na avaliação do adulto: perguntar apenas se a pessoa trabalha, estuda, mantém relacionamentos ou consegue conversar.

Essas informações são relevantes, mas insuficientes.

Na avaliação de adultos, perguntas centradas exclusivamente no desempenho observável deixam de investigar parte importante da experiência. É necessário compreender como a pessoa consegue funcionar.

Quanto custa conseguir?

Quanto tempo necessita para se recuperar depois de determinadas demandas?

O que ocorre diante de mudanças imprevistas?

Quanto de sua interação social ocorre de maneira espontânea e quanto é conscientemente monitorado ou aprendido?

Quais aspectos de sua experiência permanecem invisíveis para observadores externos?

Em minha prática clínica, considero essa diferença particularmente importante. Há pessoas que sustentam desempenho profissional elevado e, ao final do dia, encontram-se completamente esgotadas. Outras conseguem participar de situações sociais, mas passam horas antecipando mentalmente a interação e posteriormente revisando cada detalhe da conversa. Existem adultos que aprenderam a reproduzir com grande competência aquilo que socialmente se espera deles.

Isso pode produzir uma impressão externa de funcionamento bastante diferente da experiência interna.

Essas observações clínicas não substituem evidência científica. Elas dialogam, porém, com a literatura sobre camuflagem, compensação e discrepâncias entre comportamento observável e esforço subjetivo em adultos autistas (Cook *et al.*, 2022; Livingston *et al.*, 2020; Zhuang *et al.*, 2023).

2.3 CAMUFLAGEM SOCIAL, CUSTO ADAPTATIVO E TRANSIÇÕES DESENVOLVIMENTAIS

A literatura utiliza termos como camouflaging, masking e compensação para descrever estratégias pelas quais algumas pessoas modificam, ocultam ou compensam comportamentos e características em resposta às demandas sociais. O campo, entretanto, não possui estabilidade conceitual completa. Uma revisão crítica publicada em 2026, baseada em 389 estudos, identificou inconsistências importantes nas definições, no uso dos termos e na validade de algumas medidas de camuflagem, inclusive com possível sobreposição com construtos como ansiedade social (Arnold *et al.*, 2026).

Esse dado exige cautela.

Camuflagem não deve ser transformada em explicação universal, marcador diagnóstico exclusivo ou sinônimo automático de sofrimento social. Nem toda pessoa autista camufla. Nem toda dificuldade de adaptação significa masking. Pessoas não autistas e pessoas com outras condições do neurodesenvolvimento também podem modificar intensamente seu comportamento para atender a expectativas sociais.

Van der Putten *et al.* (2024), por exemplo, compararam adultos autistas e adultos com TDAH e mostraram que comportamentos de camuflagem não devem ser compreendidos como absolutamente

exclusivos do autismo. Ao mesmo tempo, estudos especificamente realizados com adultos autistas documentam estratégias concretas de monitoramento e modificação do comportamento social, bem como custos subjetivos associados a essas estratégias (Cook *et al.*, 2022; Zhuang *et al.*, 2023).

Clinicamente, portanto, o conceito não deve funcionar como resposta pronta. Ele deve ajudar a formular uma pergunta:

O comportamento que estou observando representa facilidade real ou representa uma estratégia construída para parecer fácil?

Vinheta clínica ilustrativa: “ninguém percebeu porque eu sempre dei conta”

Considere uma situação composta, construída exclusivamente para fins didáticos e sem correspondência com paciente específico.

Uma mulher de 42 anos possui formação universitária, trabalha há muitos anos e mantém relacionamento estável. À primeira vista, alguém poderia considerar improvável que dificuldades sociais significativas tivessem passado despercebidas.

Entretanto, quando sua trajetória é reconstruída, emerge outro cenário.

Desde a adolescência, ela observa outras mulheres para aprender como conversar, como se vestir, quando olhar para alguém e como demonstrar determinadas reações emocionais. Antes de reuniões, prepara mentalmente possíveis diálogos. Depois de eventos sociais, precisa permanecer sozinha durante horas. Mudanças inesperadas provocam desorganização intensa. Alguns sons e ambientes produzem desconforto que ela aprendeu a esconder. Seu desempenho profissional é elevado, mas ocupa praticamente todos os recursos disponíveis. Quando chega em casa, atividades aparentemente simples podem se tornar extremamente difíceis.

O ponto não é concluir que essa mulher é autista.

O ponto é demonstrar por que a pergunta “mas ela trabalha e conversa normalmente” possui pouco valor diagnóstico quando utilizada isoladamente.

Precisamos compreender o processo, não apenas o resultado visível.

Transições desenvolvimentais, sobrecarga e falha das estratégias compensatórias

Alguns reconhecimentos tardios tornam-se possíveis após transições desenvolvimentais ou contextuais que elevam as demandas acima das estratégias previamente disponíveis. Ingresso no ensino superior, primeiro emprego, promoções, saída da casa dos pais, casamento, parentalidade, separações, mudanças de cidade, aumento das responsabilidades domésticas e acúmulo prolongado de exigências podem tornar mais visíveis dificuldades anteriormente compensadas.

Na infância, grande parte da estrutura cotidiana pode ser organizada pela família e pela escola. Na adolescência, surgem códigos sociais menos explícitos, expectativas de pertencimento, maior autonomia e decisões relacionadas ao futuro. Na vida adulta, trabalho, dinheiro, moradia, relacionamentos, burocracia, alimentação, saúde, planejamento e responsabilidades podem ocorrer simultaneamente.

É nesse ponto que algumas pessoas relatam algo que escuto frequentemente na prática clínica:

"Eu sempre fui assim. O que mudou foi que eu não consigo mais sustentar."

Essa frase, por si só, não significa autismo.

Mas ela é clinicamente importante.

2.4 BURNOUT AUTISTA: UM CAMPO EM CONSOLIDAÇÃO

O termo burnout autista emergiu inicialmente das descrições da própria comunidade autista e posteriormente passou a receber investigação científica. Raymaker *et al.* (2020), em pesquisa participativa com adultos autistas, contribuíram para uma das primeiras definições empíricas do fenômeno, destacando exaustão intensa, perda ou redução de habilidades previamente disponíveis e menor tolerância a estímulos, em associação com estressores prolongados e insuficiência de suporte.

Desde então, o campo avançou de maneira substancial. Ali *et al.* (2025), em revisão sistemática de 48 estudos envolvendo aproximadamente 4.000 pessoas autistas, encontraram convergência em torno de exaustão incapacitante, aumento de limitações funcionais e curso potencialmente crônico, com períodos de agravamento. Sobrecarga sensorial e social, camuflagem prolongada, estigma, demandas cotidianas e dificuldades de reconhecimento das próprias necessidades apareceram entre os fatores associados.

A própria revisão, contudo, demonstra limites importantes: as amostras disponíveis são predominantemente compostas por pessoas brancas, mulheres, adultos diagnosticados tardiamente e indivíduos sem deficiência intelectual, reduzindo a possibilidade de generalizar os achados para todo o espectro autista (Ali *et al.*, 2025).

É fundamental não transformar burnout autista em diagnóstico improvisado.

Ele não constitui atualmente uma categoria diagnóstica independente no DSM-5-TR ou na CID-11. Também não devemos chamar todo cansaço experimentado por uma pessoa autista de burnout autista.

Depressão, transtornos do sono, condições clínicas, efeitos medicamentosos, ansiedade, sobrecarga ocupacional e outras condições precisam integrar o raciocínio diferencial. O valor clínico do conceito está em chamar atenção para uma experiência descrita por muitos adultos autistas e que durante muito tempo permaneceu insuficientemente investigada.

Na avaliação tardia, essa discussão ganha relevância particular porque algumas pessoas procuram atendimento justamente quando o sistema de adaptação que utilizaram durante décadas começa a falhar.

2.5 DIAGNÓSTICO TARDIO, IDENTIDADE E RECONSTRUÇÃO NARRATIVA

Existe uma dimensão do diagnóstico tardio que instrumentos psicológicos, isoladamente, não conseguem mostrar: a maneira como uma pessoa constrói a explicação sobre si mesma.

Quando alguém atravessa décadas enfrentando dificuldades para as quais não possui uma linguagem explicativa adequada, pode produzir interpretações moralizantes sobre si: preguiça, frieza, inadequação, fraqueza, exagero ou incompetência. Algumas dessas experiências podem adquirir outro sentido quando analisadas à luz da trajetória neurodesenvolvimental, das barreiras ambientais, da sobrecarga e de necessidades de suporte não reconhecidas.

Kiehl *et al.* (2024), em metassíntese qualitativa de 24 estudos, encontraram uma experiência diagnóstica complexa: alívio, clareza sobre vivências passadas, mudanças na identidade e autoestima, mas também confusão, processos diagnósticos insatisfatórios e falta de suporte posterior.

Nayyar *et al.* (2025), em revisão sistemática de 26 estudos especificamente sobre adultos diagnosticados na vida adulta, identificaram dois grandes conjuntos de experiências: uma trajetória de luta persistente antes e durante o reconhecimento e, simultaneamente, o diagnóstico como possibilidade de revelação, autocompreensão e construção de uma identidade autista. Estigma, custos do diagnóstico tardio, dificuldades para acessar avaliação e suporte inconsistente coexistiram com maior compreensão de si e pertencimento.

O diagnóstico, portanto, pode reorganizar a narrativa pessoal sem produzir uma experiência emocional única, uniforme ou necessariamente linear.

Essa é uma das razões pelas quais considero inadequada a ideia de que o trabalho termina quando o profissional entrega o diagnóstico.

Em muitos casos, ali começa outra etapa.

Diagnóstico tardio não é apenas alívio

Existe uma tendência, inclusive nas redes sociais, de representar o diagnóstico tardio exclusivamente como libertação.

Pode ser libertador.

Mas também pode doer.

Uma pessoa pode reinterpretar a própria infância. Pode recordar situações de bullying. Pode lembrar relações nas quais foi considerada inadequada. Pode perceber que algumas experiências possivelmente teriam sido diferentes se tivesse recebido suporte. Pode sentir raiva. Pode sentir luto. Pode questionar escolhas profissionais ou relacionamentos. Pode encontrar pertencimento pela primeira vez.

Pode sentir várias dessas coisas simultaneamente.

A literatura sobre diagnóstico adulto confirma essa ambivalência e mostra que o impacto do diagnóstico não termina na nomeação da condição (Kiehl *et al.*, 2024; Nayyar *et al.*, 2025).

Esse processo precisa ser respeitado.

O diagnóstico não deve funcionar como sentença.

Ele pode funcionar como uma nova possibilidade de compreensão.

2.6 SEXO, GÊNERO E DIVERSIDADE NAS TRAJETÓRIAS DIAGNÓSTICAS

As diferenças de sexo e gênero no reconhecimento do autismo constituem uma área relevante, mas também sujeita a simplificações. O risco clínico aparece quando a correção de um estereótipo produz outro: substituir a caricatura masculina do autismo por uma caricatura feminina igualmente rígida.

Estudos recentes com adultos oferecem um quadro mais complexo. Em estudo brasileiro com 253 adultos que se autodeclaravam autistas, incluindo participantes com diagnóstico formal e autoidentificados, Gonçalves Garcia *et al.* (2026) encontraram atraso maior na identificação formal do autismo entre mulheres e maior frequência de diagnósticos psicológicos anteriores. Mulheres também relataram mais camuflagem do que homens, mas os resultados não sustentaram a ideia de que camuflagem, isoladamente, explicaria o atraso diagnóstico. Os autores destacaram o provável papel de estereótipos de gênero e limitações dos procedimentos clínicos de reconhecimento.

Dados qualitativos com mulheres adultas também descrevem barreiras no percurso de busca diagnóstica, incluindo dificuldade para serem levadas a sério, conhecimento profissional insuficiente

e expectativas estereotipadas sobre como uma pessoa autista deveria se apresentar (Murphy *et al.*, 2023).

Esses achados não autorizam a criação de uma entidade homogênea chamada "autismo feminino". Mulheres autistas não são todas iguais. Homens podem camuflar intensamente. Pessoas não binárias e trans também podem desenvolver estratégias de adaptação que não cabem em modelos clínicos binários.

O que a evidência permite afirmar com maior segurança é que sexo, gênero, socialização, expectativas culturais e história dos instrumentos e serviços podem influenciar o reconhecimento clínico.

Uma mulher que olha nos olhos continua podendo ser autista

Contato visual não funciona como teste binário para autismo.

A pergunta não deveria ser apenas:

"Ela olha?"

Precisamos saber:

"Esse contato é espontâneo?"

"É confortável?"

"Ela precisa pensar sobre quando olhar?"

"Consegue processar a conversa enquanto mantém contato visual?"

"Aprendeu que precisa fazer isso para parecer interessada?"

A mesma lógica vale para relações sociais.

Ter amigos não exclui autismo.

Casar não exclui autismo.

Ser mãe não exclui autismo.

Ter profissão não exclui autismo.

Ser psicólogo, médico, professor, advogado ou empresário não exclui autismo.

Nenhuma dessas condições estabelece diagnóstico.

Mas nenhuma delas pode ser utilizada isoladamente para descartá-lo.

Homens que também passaram despercebidos

Ao corrigirmos a invisibilidade histórica de muitas mulheres, não devemos produzir uma nova invisibilidade.

Existem homens que atravessam décadas sem diagnóstico. Podem ser vistos como introspectivos, extremamente focados, socialmente desajeitados, rígidos, excêntricos ou simplesmente "difíceis". Alguns desenvolvem carreiras em ambientes altamente estruturados que favorecem seu perfil. Outros mantêm poucos relacionamentos, porém estáveis. Alguns apresentam sofrimento emocional importante sem que uma hipótese do neurodesenvolvimento seja considerada.

O diagnóstico adulto precisa abandonar caricaturas.

Não estamos procurando um personagem típico.

Estamos procurando uma trajetória desenvolvimental coerente com os critérios diagnósticos e com o funcionamento atual.

Pessoas trans e não binárias: diversidade de gênero exige avaliação sem pressupostos

A compreensão contemporânea do autismo na vida adulta também precisa incluir diversidade de gênero. O modelo clínico organizado apenas em "homens versus mulheres" é insuficiente para compreender todas as trajetórias.

Grandes conjuntos de dados compostos predominantemente por adultos mostram associação entre diversidade de gênero e maior frequência de diagnóstico de autismo e de características autistas, embora esses estudos não expliquem mecanismos causais e apresentem limitações de amostragem e autorrelato (Warrier *et al.*, 2020). Pesquisas qualitativas especificamente com adultos autistas não binários mostram ainda que experiência de gênero, pertencimento e identidade podem assumir configurações próprias que não devem ser reduzidas a modelos binários (Peachey; Crane, 2024).

Mais recentemente, revisão sistemática sobre barreiras ao diagnóstico adulto observou que pessoas de gênero diverso podem enfrentar barreiras adicionais e, simultaneamente, continuam sub-representadas na literatura disponível (Khudiakova *et al.*, 2026).

Para a prática clínica, isso significa algo aparentemente simples, mas fundamental:

não presumir.

É necessário compreender como aquela pessoa construiu sua identidade, como foi socializada, quais expectativas recebeu e quais estratégias desenvolveu ao longo da vida.

Autismo não explica identidade de gênero.

Identidade de gênero também não explica autismo.

Quando ambos estão presentes, a tarefa clínica é compreender a pessoa sem reduzir um aspecto de sua experiência ao outro.

2.7 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS, CONDIÇÕES COEXISTENTES E FORMULAÇÃO CLÍNICA

Adultos diagnosticados tardiamente frequentemente chegam ao processo avaliativo com histórico de acompanhamento em saúde mental e hipóteses anteriores, como ansiedade, depressão, TDAH, transtornos relacionados ao trauma, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares ou transtornos de personalidade.

Isso não significa necessariamente que os diagnósticos anteriores estavam errados.

Uma pessoa autista também pode apresentar TDAH.

Também pode apresentar depressão.

Também pode sofrer consequências relacionadas a trauma.

Também pode desenvolver transtornos de ansiedade.

O erro aparece quando tentamos fazer um diagnóstico eliminar automaticamente todos os demais.

Uma formulação clínica responsável precisa perguntar:

O que cada hipótese explica?

E, igualmente importante:

O que ela não explica?

A presença de manifestações parcialmente semelhantes em condições diferentes torna a trajetória desenvolvimental especialmente importante. Dificuldades sociais, rigidez, retraimento, desregulação emocional, comportamentos repetitivos, dificuldades executivas e sensoriais podem aparecer em diferentes contextos clínicos.

Diagnóstico diferencial não consiste apenas em reconhecer semelhanças. Consiste em compreender desenvolvimento, temporalidade, função, contexto, curso e interação entre fenômenos.

Vinheta clínica ilustrativa: quando a ansiedade explica muito, mas não explica tudo

Considere outra situação composta.

Um homem de 37 anos chega ao atendimento com história antiga de ansiedade. Ele realmente apresenta ansiedade. Entretanto, quando sua trajetória é aprofundada, aparecem características presentes muito antes dos episódios ansiosos atuais: necessidade intensa de previsibilidade, interesses duradouros e altamente absorventes, dificuldade recorrente com ambiguidades sociais, particularidades sensoriais e necessidade de recuperação após interação prolongada.

Nesse caso hipotético, a pergunta correta não seria:

“É ansiedade ou autismo?”

Seria:

“Existe ansiedade? Existe uma condição do neurodesenvolvimento? Como esses fenômenos interagem?”

A boa avaliação trabalha com complexidade.

Diagnóstico não pode ser feito por identificação em redes sociais

A expansão do conteúdo sobre autismo produziu um efeito positivo: muitos adultos começaram a reconhecer experiências que nunca haviam conseguido nomear.

Mas também produziu um problema.

Listas como “dez sinais de que você é autista” podem transformar experiências humanas inespecíficas em supostos critérios diagnósticos.

Gostar de rotina não significa automaticamente autismo.

Preferir ficar sozinho não significa automaticamente autismo.

Ter hiperfoco não estabelece autismo.

Apresentar sensibilidade sensorial isolada não estabelece autismo.

Sentir cansaço social não estabelece autismo.

O reconhecimento pessoal pode iniciar uma investigação.

Não deve encerrá-la.

O diagnóstico exige análise integrada, longitudinal e contextualizada, considerando entrevista clínica, história do desenvolvimento, funcionamento atual, informações colaterais quando disponíveis e pertinentes, observação clínica, instrumentos utilizados conforme sua finalidade e raciocínio diferencial.

2.8 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES

Instrumentos podem contribuir para diferentes etapas da avaliação, mas não possuem funções equivalentes. Medidas observacionais e entrevistas estruturadas, como ADOS-2 e ADI-R, diferem conceitual e psicometricamente de questionários de rastreio ou autorrelato, como AQ e RAADS-R. O CAT-Q, por sua vez, foi desenvolvido para mensurar aspectos associados à camuflagem e não constitui instrumento diagnóstico.

Essa distinção não é apenas terminológica.

Adamou *et al.* (2021), analisando o ADOS-2 em serviço especializado para adultos, encontraram boa sensibilidade, mas especificidade mais limitada no contexto clínico, reforçando a necessidade de integração com outras fontes de informação. Em relação ao RAADS-R, Sturm *et al.* (2024), em estudo psicométrico com 839 adultos, encontraram limitações relevantes de mensuração e de capacidade discriminativa, recomendando cautela para pesquisa e prática clínica.

As preocupações recentes com a mensuração da camuflagem ampliam esse cuidado. Arnold *et al.* (2026) destacaram problemas conceituais e dúvidas sobre a validade de medidas que podem capturar também outros processos psicológicos, como ansiedade social.

Portanto, nenhum escore isolado deve substituir integração diagnóstica, história desenvolvimental e julgamento clínico.

Um escore não possui história de desenvolvimento.

Um questionário não reconstrói uma trajetória.

2.9 DIAGNÓSTICO, SUPORTE PÓS-DIAGNÓSTICO E NEURODIVERSIDADE

Um risco clínico e social após o diagnóstico é interpretar toda experiência da pessoa exclusivamente pela categoria “autismo”. Tristeza, irritabilidade, preferências alimentares, opiniões, conflitos, vínculos e escolhas não devem ser automaticamente atribuídos ao TEA.

Pessoas autistas possuem personalidade, história, valores, desejos, cultura, relações, potencialidades, limitações e contradições.

O autismo pode ajudar a compreender aspectos importantes daquela experiência.

Ele não substitui a pessoa inteira.

O que muda depois do diagnóstico?

A resposta correta é:

depende da pessoa.

Para algumas, muda muito.

Para outras, menos.

O diagnóstico pode facilitar autocompreensão, comunicação de necessidades, acesso a direitos, adaptações acadêmicas ou ocupacionais, construção de rede de apoio e revisão das estratégias utilizadas ao longo da vida.

Também pode permitir uma mudança aparentemente simples, mas profundamente importante: parar de exigir de si um funcionamento incompatível com os próprios limites.

Isso não significa desistência.

Significa substituir uma lógica de permanente violência contra si por uma lógica de compreensão e planejamento.

Em minha prática, considero que uma das perguntas mais importantes depois de uma avaliação não é:

"Qual é o diagnóstico?"

É:

"O que faremos com essa informação?"

Porque um laudo guardado dentro de uma gaveta não reorganiza uma vida.

Conhecimento precisa produzir compreensão.

Compreensão precisa ajudar a construir estratégias.

E estratégias precisam fazer sentido para aquela pessoa.

Norris *et al.* (2025), em revisão sistemática sobre suporte pós-diagnóstico para adultos diagnosticados na vida adulta, mostraram que a simples oferta de informação ou encaminhamento frequentemente não corresponde às necessidades relatadas pelos adultos autistas. Psicoeducação, apoio entre pares e suporte individualizado aparecem entre demandas recorrentes, ao mesmo tempo em que a evidência sobre a efetividade de intervenções específicas permanece limitada.

Khudiakova *et al.* (2026), em revisão sistemática de métodos mistos envolvendo 50 estudos, 4.487 participantes diagnosticados após os 16 anos, 902 participantes que se autoidentificavam como autistas, familiares e clínicos, identificaram barreiras persistentes tanto para obtenção do diagnóstico quanto para acesso ao suporte posterior.

A entrega do diagnóstico deve, portanto, ser compreendida como parte de um processo de cuidado, não necessariamente como seu encerramento.

Neurodiversidade não significa negar sofrimento ou deficiência.

Existe uma falsa oposição frequente no debate sobre autismo entre modelo médico e neurodiversidade, como se reconhecer diversidade neurológica obrigasse a negar deficiência, incapacidade ou sofrimento. Uma perspectiva afirmativa da neurodiversidade pode reconhecer pessoas autistas com necessidades extensas de suporte, condições coexistentes e necessidade de tratamento para depressão, ansiedade, epilepsia, transtornos do sono e outras condições.

O que essa perspectiva questiona é a ideia de que a existência autista, por si mesma, seja um erro humano que precise ser eliminado. Reconhecer diversidade não significa negar necessidade;

reconhecer deficiência não significa reduzir uma pessoa à deficiência; e reconhecer sofrimento não significa tratar toda dimensão da existência autista como patologia.

2.10 LIMITES DO CONHECIMENTO ATUAL

Um artigo responsável precisa falar também sobre incerteza.

Ainda existem grandes lacunas na pesquisa sobre autismo na vida adulta.

A literatura sobre camuflagem permanece limitada por problemas conceituais, metodológicos e de representatividade. Mesmo com o crescimento rápido do campo, revisões recentes destacam inconsistências na definição do construto, sobreposição entre medidas e outros fenômenos psicológicos e forte concentração de amostras em adultos diagnosticados tardiamente, mulheres e pessoas sem deficiência intelectual ou dificuldades significativas de linguagem (Ali *et al.*, 2025; Arnold *et al.*, 2026; Zhuang *et al.*, 2023).

Burnout autista já possui uma base empírica muito maior do que há poucos anos, mas continua necessitando de investigação em populações mais representativas e com diferentes necessidades de suporte (Ali *et al.*, 2025).

O próprio conceito de "diagnóstico tardio" não possui idade universalmente aceita (Russell *et al.*, 2025).

Também persistem lacunas importantes sobre envelhecimento, pessoas autistas com maiores necessidades de suporte, diversidade racial e socioeconômica, pessoas trans e não binárias, pessoas com deficiência intelectual e diferentes contextos culturais. Khudiakova *et al.* (2026), apesar de incluírem milhares de participantes, observaram que etnia e identidade de gênero continuam pouco reportadas em grande parte da literatura sobre diagnóstico adulto.

Isso não diminui o conhecimento existente.

Significa apenas que ciência séria não precisa fingir certeza onde ainda existem perguntas.

2.11 IMPLICAÇÕES E APLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PSICOLÓGICA

A avaliação de adultos não deve utilizar desempenho acadêmico, ocupacional, conjugal ou conversacional como evidência isolada contra a hipótese de autismo. Esses elementos precisam ser compreendidos dentro da trajetória desenvolvimental e do custo necessário para sustentá-los.

A investigação clínica deve incluir, quando pertinente, custo adaptativo, necessidade de recuperação após demandas, sensorialidade, flexibilidade, comunicação social, funções executivas, condições coexistentes, contexto ambiental e necessidades de suporte.

Camuflagem deve ser investigada como hipótese clínica e fenômeno dimensional, não como marcador diagnóstico exclusivo. A presença de estratégias compensatórias precisa ser interpretada em conjunto com desenvolvimento, contexto e diagnóstico diferencial.

Instrumentos padronizados devem ser escolhidos conforme finalidade, propriedades psicométricas e população em que foram estudados. Questionários de rastreio e medidas de camuflagem não devem ser tratados como testes diagnósticos. Mesmo instrumentos observacionais ou entrevistas estruturadas não substituem integração clínica.

O cuidado após o diagnóstico precisa ir além da entrega de um laudo. Deve incluir discussão sobre significado do diagnóstico, necessidades de suporte, adaptações possíveis, condições coexistentes, rede de apoio, comunicação de necessidades e objetivos definidos com a própria pessoa.

A prática afirmativa da neurodiversidade deve conseguir sustentar simultaneamente autonomia e necessidade de suporte; identidade e deficiência; potencialidade e sofrimento; singularidade e rigor diagnóstico.

Talvez a principal mudança necessária na compreensão do autismo adulto seja esta.

Durante muito tempo, a pergunta parecia ser:

“Como fazer essa pessoa parecer mais normal?”

A pergunta contemporânea precisa ser outra:

“Como essa pessoa funciona?”

Depois:

“O que lhe produz sofrimento?”

“Quais barreiras estão presentes?”

“Quais recursos ela já desenvolveu?”

“Quais necessidades não estão sendo atendidas?”

“Que suporte realmente faria diferença?”

É uma mudança pequena na linguagem e enorme na prática.

3 METODOLOGIA

Este manuscrito é orientado à prática profissional e fundamentado em evidências. A literatura foi utilizada de forma narrativa e seletiva, priorizando revisões sistemáticas, metassínteses, estudos empíricos robustos e publicações recentes especificamente pertinentes à vida adulta, sem pretensão de constituir uma revisão sistemática ou exaustiva. Estudos seminais foram preservados quando necessários à compreensão histórica ou conceitual do campo.

Foram considerados também o DSM-5-TR, a versão 2026 da CID-11 e documentos oficiais brasileiros pertinentes. A experiência clínica do autor é utilizada como fonte de problematização e interpretação profissional, não como evidência empírica generalizável. Da mesma forma, a experiência vivida do autor enquanto pessoa autista informa perguntas e reflexões, mas não substitui demonstração científica. As vinhetas apresentadas são composições didáticas sem correspondência com pacientes específicos e não constituem relatos de caso nem análise de prontuários.

Este artigo é escrito a partir da posição de um psicólogo clínico que trabalha com adultos e que também possui experiência vivida do autismo. Essa posição pode ampliar a sensibilidade para dimensões pouco visíveis quando a avaliação se concentra apenas no comportamento observável, mas também influencia quais problemas são percebidos como relevantes e quais perguntas são formuladas.

Por isso, experiência vivida e observações clínicas são diferenciadas de evidência científica, e afirmações generalizáveis são sustentadas por literatura ou documentos técnicos apropriados. A experiência profissional não substitui a pesquisa nem é apagada do texto: constitui uma das posições a partir das quais os problemas clínicos são interrogados.

Como apoio editorial, foi utilizado o ChatGPT para revisão linguística, organização do manuscrito, verificação de consistência interna e auxílio na localização de literatura potencialmente relevante. O autor manteve responsabilidade integral pela interpretação clínica, seleção e conferência das fontes, verificação das referências e versão final do conteúdo. A ferramenta não foi utilizada para gerar dados empíricos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O autismo não termina aos 18 anos nem nasce no momento em que um profissional finalmente consegue identificá-lo. Quando uma pessoa recebe diagnóstico aos 30, 40 ou 50 anos, existe uma história anterior que precisa ser compreendida. Pode ter passado décadas tentando decifrar ambientes que outras pessoas pareciam compreender intuitivamente, aprendido a esconder desconfortos ou

construído uma vida aparentemente funcional enquanto pagava um custo pouco visível. Também pode não ter vivido nenhuma dessas experiências, porque pessoas autistas não são iguais.

É precisamente por isso que precisamos abandonar caricaturas. Diagnóstico tardio não é moda, mas também não pode ser banalizado. Não devemos enxergar autismo em toda dificuldade humana nem ignorar adultos simplesmente porque aprenderam a parecer adaptados.

Entre esses extremos, o trabalho clínico responsável exige escuta qualificada, investigação longitudinal, contextualização sociocultural, confronto de hipóteses, reconstrução da trajetória desenvolvimental, consideração de diagnósticos diferenciais e condições coexistentes, reconhecimento de potencialidades, identificação de necessidades de suporte e compreensão da pessoa antes de sua redução a qualquer categoria diagnóstica.

Depois de anos trabalhando com adultos, uma pergunta me parece cada vez mais importante:

quanto sofrimento poderia ter sido evitado se, antes de perguntar por que aquela pessoa não conseguia ser como os outros, alguém tivesse perguntado como era ser ela?

É a partir dessa pergunta que considero que devemos começar a falar seriamente sobre autismo na vida adulta.

REFERÊNCIAS

ADAMOU, M.; JONES, S. L.; WETHERHILL, S. Predicting diagnostic outcome in adult autism spectrum disorder using the Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition. BMC Psychiatry, v. 21, art. 24, 2021. DOI: 10.1186/s12888-020-03028-7.

ALI, D.; BOUGOURE, M.; COOPER, B.; QUINTON, A. M. G.; TAN, D.; BRETT, J.; MANDY, W.; MAYBERY, M.; MAGIATI, I.; HAPPÉ, F. Burnout as experienced by autistic people: a systematic review. Clinical Psychology Review, v. 122, art. 102669, 2025. DOI: 10.1016/j.cpr.2025.102669.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5. ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787.

ARNOLD, W. M.; BITSIKA, V.; SHARPLEY, C. F. Camouflaging and autism: conceptualisation and methodological issues. Autism, v. 30, n. 5, p. 1131-1146, 2026. DOI: 10.1177/13623613261420085.

COOK, J.; CRANE, L.; HULL, L.; BOURNE, L.; MANDY, W. Self-reported camouflaging behaviours used by autistic adults during everyday social interactions. Autism, v. 26, n. 2, p. 406-421, 2022. DOI: 10.1177/13623613211026754.

GONÇALVES GARCIA, S.; DA SILVEIRA SIMÕES-PIRES, C.; ACOSTA BRUM, J.; CENTURION CABRAL, J. Taking off the mask: investigating autism diagnosis and camouflaging in adult women. Autism in Adulthood, v. 8, n. 4, p. 677-686, 2026. DOI: 10.1089/aut.2024.0150.

KHUDIAKOVA, V.; SIN, J.; SUZUKI, M.; BARNICOT, K. 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, 2026. Publicação antecipada. DOI: 10.1007/s10882-026-10055-x.

KIEHL, I.; PEASE, R.; HACKMANN, C. The adult experience of being diagnosed with autism spectrum disorder: a qualitative meta-synthesis. Autism, v. 28, n. 5, p. 1060-1074, 2024. DOI: 10.1177/13623613231220419.

LIVINGSTON, L. A.; SHAH, P.; MILNER, V.; HAPPÉ, F. Quantifying compensatory strategies in adults with and without diagnosed autism. Molecular Autism, v. 11, art. 15, 2020. DOI: 10.1186/s13229-019-0308-y.

LORD, C.; BRUGHA, T. S.; CHARMAN, T.; CUSACK, J.; DUMAS, G.; FRAZIER, T.; JONES, E. J. H.; JONES, R. M.; PICKLES, A.; STATE, M. W.; TAYLOR, J. L.; VEENSTRA-VANDERWEELE, J. Autism spectrum disorder. Nature Reviews Disease Primers, v. 6, art. 5, 2020. DOI: 10.1038/s41572-019-0138-4.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O guia de cuidado integral às pessoas com transtorno do espectro autista (TEA): documento disponível para consulta pública. Brasília, DF: Governo Federal, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/consultas-

publicas/2026/consulta-publica-revisao-e-atualizacao-do-guia-de-cuidado-integral-as-pessoas-com-tea/caderno-consulta-publica. Acesso em: 27 ago. 2026.

MURPHY, S.; FLOWER, R. L.; JELLETT, R. Women seeking an autism diagnosis in Australia: a qualitative exploration of factors that help and hinder. Autism, v. 27, n. 3, p. 808-821, 2023. DOI: 10.1177/13623613221117911.

NAYYAR, J. M.; STAPLETON, A. V.; GUERIN, S.; O'CONNOR, C. 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.

NORRIS, J. E.; HARVEY, R.; HULL, L. Post-diagnostic support for adults diagnosed with autism in adulthood in the UK: a systematic review with narrative synthesis. Autism, v. 29, n. 2, p. 284-309, 2025. DOI: 10.1177/13623613241273073.

PEACHEY, M.; CRANE, L. "I don't understand their sense of belonging": exploring how nonbinary autistic adults experience gender. Autism in Adulthood, v. 6, n. 4, p. 462-473, 2024. DOI: 10.1089/aut.2023.0071.

RAYMAKER, D. M.; TEO, A. R.; STECKLER, N. A.; LENTZ, B.; SCHARER, M.; DELOS SANTOS, A.; KAPP, S. K.; HUNTER, M.; JOYCE, A.; NICOLAIDIS, C. "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, A. S.; MCFAYDEN, T. C.; MCALLISTER, M.; LILES, K.; BITTNER, S.; STRANG, J. F.; HARROP, C. 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.

STURM, A.; HUANG, S.; BAL, V.; SCHWARTZMAN, B. Psychometric exploration of the RAADS-R with autistic adults: implications for research and clinical practice. Autism, v. 28, n. 9, p. 2334-2345, 2024. DOI: 10.1177/13623613241228329.

VAN DER PUTTEN, W. J.; MOL, A. J. J.; GROENMAN, A. P.; RADHOE, T. A.; TORENVLIET, C.; AGELINK VAN RENTERGEM, J. A.; GEURTS, H. M. Is camouflaging unique for autism? A comparison of camouflaging between adults with autism and ADHD. Autism Research, v. 17, n. 4, p. 812-823, 2024. DOI: 10.1002/aur.3099.

WARRIER, V.; GREENBERG, D. M.; WEIR, E.; BUCKINGHAM, C.; SMITH, P.; LAI, M.-C.; ALLISON, C.; BARON-COHEN, S. Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. Nature Communications, v. 11, art. 3959, 2020. DOI: 10.1038/s41467-020-17794-1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (2026-01). Geneva: WHO, 2026. Disponível em: https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/en. Acesso em: 27 ago. 2026.

ZHUANG, S.; TAN, D. W.; REDDROP, S.; DEAN, L.; MAYBERY, M.; MAGIATI, I. Psychosocial factors associated with camouflaging in autistic people and its relationship with mental health and well-being: a mixed methods systematic review. Clinical Psychology Review, v. 105, art. 102335, 2023. DOI: 10.1016/j.cpr.2023.102335.