

ISSN: 2764-5622

Vol. 1 | Nº. 1 | Ano 2021

**Táhcita Medrado
Mizael**

*Universidade de São
Paulo*

tahcitamizael@gmail.com

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits na interação social e na comunicação, e por comportamentos e interesses restritos e repetitivos. Quando um indivíduo é diagnosticado com TEA, um dos passos seguintes é iniciar o tratamento com terapias diversas. O objetivo deste trabalho foi realizar um ensaio apontado questões importantes no atendimento de autistas nível I de suporte, que tiveram o diagnóstico de TEA na vida adulta (a partir dos 18 anos de idade) e que buscam psicoterapia. Inicialmente, questões sobre a psicoterapia, como a presença de uma relação de poder são apresentadas. Em seguida, os tópicos relação terapêutica, invalidação, depressão, ansiedade, suicídio, camuflagem, questões de gênero e raça, vulnerabilidade a violência e adaptações/ promoção de acessibilidade são abordados, constituindo pontos imperativos de atenção no atendimento de autistas adultos. Sugere-se o aumento de pesquisas brasileiras sobre psicologia e autismo e a inclusão dos próprios autistas na delimitação dos tópicos de pesquisa e avaliação de sensibilidade a temática para uma prática científica eticamente guiada e socialmente comprometida.

Palavras-chave: autismo; Transtorno do Espectro Autista (TEA); psicoterapia; adultos com TEA.

PSYCHOTHERAPY IN ADULTS ON THE AUTISM SPECTRUM: FIRST STEPS TOWARDS MINIMALLY ADEQUATE SERVICE

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopment condition characterized by deficits in social interaction and communication, and by restricted and repetitive behaviors and interests. When an individual is diagnosed with ASD, one of the next steps is to start treatment with different therapies. The aim of this paper was to write an essay pointing out important issues in the care of level I autistic individuals, who were diagnosed with ASD in adulthood (18 years old or older) and who seek psychotherapy. Initially, questions about psychotherapy, such as the presence of a power relationship, are presented. Then, the themes therapeutic relationship, invalidation, depression, anxiety, suicide, camouflage, issues of gender and race, vulnerability to violence and adaptations / accessibility promotion are addressed, constituting imperative points of attention in the care of adult autistic individuals. It is suggested the increase of Brazilian research on psychology and autism and the inclusion of autistic individuals in the delimitation of research topics and sensitivity assessment of research themes for an ethically guided and socially committed scientific practice.

Keywords: Autism Spectrum Disorder (ASD); psychotherapy; adults on the spectrum.

Correspondência/Contato

revistaneurodiversidade@gmail.com
<https://www.revistaneurodiversidade.com/>

Editores responsáveis

Daniele Pendeza

Lucas Pontes

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), também conhecido como Condição do Espectro Autista (ASC, em inglês), é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits na interação social e na comunicação, e por comportamentos e interesses restritos e repetitivos (American Psychiatric Association - APA, 2013; World Health Organization - WHO, 1993). Seu diagnóstico é clínico, sendo importante que avaliações por diferentes profissionais sejam feitas, incluindo, por exemplo, psicóloga, fonoaudióloga, além de um profissional médico (e.g., pediatra, neurologista). Para o diagnóstico, utilizam-se os manuais Classificação Internacional de Doenças – CID, e/ou o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), mas escalas e outros instrumentos podem auxiliar durante o processo diagnóstico.

Indivíduos com TEA são classificados em níveis (I, II ou III), a depender do nível de suporte requerido para realizar as atividades diárias. Autistas nível I de suporte precisam de apoio; autistas nível II de suporte precisam de apoio substancial, e autistas nível III de suporte precisam de apoio muito substancial. Os níveis de suporte devem ser dados separadamente para cada grande área utilizada no diagnóstico, isto é, 1) déficits na interação social e comunicação, e 2) interesses e comportamentos restritos e repetitivos (DSM-V; APA, 2013). Nesse sentido, é possível que uma pessoa seja nível 1 de suporte em uma área, e nível 2 em outra área, não sendo necessário que o nível de suporte seja o mesmo nas duas áreas.

Dados sobre a prevalência do TEA nos Estados Unidos indicam a existência de um indivíduo autista para cada 54 pessoas (Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2020). No Brasil, não existem dados atualizados de prevalência; um estudo realizado com 1470 crianças na cidade de Atibaia indicou a existência de uma criança autista para cada 367 indivíduos (Paula et al., 2011). A falta de estudos sobre prevalência do TEA tem impactos bastante negativos no contexto brasileiro, uma vez que, sem o número atualizado de casos, a proposição de políticas públicas para rastreamento e, conseqüentemente, acompanhamento dos casos, fica dificultada.

Tradicionalmente, a literatura indica que, para cada menina ou mulher com TEA, existem quatro meninos/homens com a condição (Fombonne, 2009). Entretanto, estudos feitos nas últimas décadas têm apontado para uma proporção menor que o tradicionalmente apontado (3:2 e até 2:1), a depender dos grupos que são comparados, como, por exemplo, indivíduos autistas com deficiência intelectual versus autistas sem deficiência intelectual (e.g., Fombonne, 2009; Loomes et al., 2017). A literatura também tem indicado a existência de uma possível apresentação diferenciada dos sinais de

TEA em meninas e mulheres (e.g., Craig et al., 2020; Postorino et al., 2015), e diversos estudos têm apontado que é comum que meninas utilizem estratégias de mascaramento (*masking*) das características de TEA, camuflando alguns sinais, o que pode dificultar o diagnóstico, uma vez que essas meninas podem passar anos aprimorando a habilidade de mascarar as características do autismo, se passando por neurotípicas quando em público (e.g., Attwood, 2007; Bargiela et al., 2016; Milner et al., 2019). Esse mascaramento tem consequências psicológicas importantes e negativas, levando a exaustão, quadros clínicos de ansiedade/depressão, entre outros tipos de sofrimento psíquico (e.g., Bargiela et al., 2016; Milner et al., 2019).

Quando um indivíduo é diagnosticado com TEA, um dos passos seguintes é iniciar o tratamento com terapias diversas, visando a melhoria em sua qualidade de vida. Essas terapias podem ser desde motoras, fonoaudiológicas, de habilidades sociais, medicamentosas, etc. Existe bastante literatura sobre tratamento do TEA, i.e., manejo e cuidado dos indivíduos com TEA, especialmente baseados na análise do comportamento aplicada (ABA) e voltados para crianças (e.g., Cooper et al., 2007; Foxx, 2008).

O intuito desse ensaio foi se voltar para autistas adultos, muitas vezes negligenciados, especialmente quando seus diagnósticos são tardios, pensando em pontos importantes para psicoterapeutas que queriam atender autistas adultos. A relação entre o autismo e a psicoterapia é um assunto que carece de literatura, especialmente em língua portuguesa. De fato, após uma busca em quatro bases de dados, Portal BVS, Periódicos CAPES, Index Psi Periódicos Técnico-Científicos e Google Acadêmico, utilizando os descritores “autismo” e “psicoterapia” no título, somente um artigo foi encontrado após exclusão de trabalhos repetidos e em outras línguas (Almeida-Prado, 1997). Para dificultar ainda mais, este trabalho não estava disponível online, de modo que foi preciso contatar a autora para obter o material em questão. Nesse sentido, há evidência da ausência de literatura escrita em língua portuguesa que foque no trabalho de psicoterapia para autistas, independentemente de sua idade.

Entretanto, sabendo que há extensa diversidade entre os autistas, me focarei aqui no grupo de adultos referenciado como “de alto funcionamento”, assim como nos indivíduos diagnosticados com Síndrome de Asperger. Assim, o objetivo deste trabalho foi realizar um ensaio apontando questões importantes no atendimento de autistas adultos nível I de suporte, que tiveram o diagnóstico de TEA na vida adulta (a partir dos 18 anos de idade) e que buscam psicoterapia. O texto é voltado para psicólogas e psicólogos que atendam ou tenham vontade de atender a essa população, visando suprir uma lacuna importante em nossa formação e na literatura.

UM POUCO SOBRE A PSICOTERAPIA

De acordo com a Resolução 010/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP):

A Psicoterapia é prática do psicólogo por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos (CFP, 2000, para. 4).

Para um atendimento adequado, ainda de acordo com a Resolução, o profissional da psicologia deve buscar constante aprimoramento, explicar para seus clientes quais métodos e técnicas utiliza, pautar-se em uma avaliação diagnóstica fundamentada, entre outras ações que garantam que o atendimento prestado é pautado em conhecimento científico, atualizado e em consonância com o Código de Ética dos profissionais da Psicologia. Isso deve ser feito independentemente da orientação teórica que o profissional tenha.

Relações de poder

Costuma-se dizer que ninguém vai para a terapia porque a vida está maravilhosa. Geralmente a busca ocorre por conta de uma ou mais questões que geram desconforto significativo na vida dos clientes. Estes, então, procuram um psicoterapeuta, buscando alguma forma de alívio, que pode vir desde a compreensão de sua queixa, até dos procedimentos e técnicas utilizadas para diminuir o sofrimento psíquico. Nesse sentido, o profissional da psicologia que atende um cliente está em uma posição de poder. Poder é visto aqui como uma relação na qual um indivíduo ou grupo pode oferecer algo que um indivíduo quer ou precisa, assim como retirar algo necessário para ou desejado desse indivíduo.

De acordo com o sétimo princípio fundamental da prática dos psicólogos, presente no Código de Ética (CFP, 2005): “VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código (p. 7)”. Assim, é importante que esses profissionais saibam a responsabilidade que é atender um indivíduo que vem com uma queixa e busca a solução para os seus problemas, no sentido de compreender a relação de poder estabelecida e os possíveis impactos dela para a saúde física e mental dos clientes que são atendidos.

QUESTÕES IMPORTANTES QUE PSICÓLOGAS E PSICÓLOGOS DEVEM SE ATENTAR AO ATENDEREM CLIENTES AUTISTAS ADULTOS

Antes de iniciar essa seção, é importante eu dizer que sou psicóloga e utilizo como orientação teórica a análise do comportamento, pautada no Behaviorismo Radical. É importante mencionar isso pois, apesar de eu tentar escrever um texto que sirva para qualquer psicóloga (o), em alguns momentos posso me utilizar dos conceitos que já conheço e trabalho em minha prática profissional para ilustrar alguns pontos. Assim, espero que psicoterapeutas de outras abordagens possam aproveitar o conteúdo, fazendo as adequadas adaptações a seus referenciais teóricos, se possível.

O cenário no qual todas as pontuações a seguir se referem é um no qual um indivíduo, diagnosticado autista na vida adulta (a partir dos 18 anos de idade), busca psicoterapia. Esse indivíduo encontrou formas para navegar no mundo dos neurotípicos, formas essas que podem envolver o *masking*, a camuflagem das características do autismo, o uso de *scripts* para ser considerado “normal”, entre outras estratégias. A literatura aponta que o uso dessas estratégias, visando se adequar ao mundo dos neurotípicos podem levar a intenso sofrimento psíquico, na forma de sentimentos de solidão, sentir-se rejeitado, depressão, ansiedade, falta de senso de pertencimento, entre outros quadros clínicos (e.g., Lai et al., 2017). Além disso, razões frequentes para a busca da psicoterapia após o diagnóstico de TEA são depressão, problemas de interação e comunicação, ansiedade e problemas em regular estresse (Lipinski et al., 2019). Assim, darei preferência para alguns desses pontos, tão comuns como queixas em adultos autistas que buscam a psicoterapia.

O Básico

O primeiro ponto que considero ser importante para terapeutas que atendam adultos autistas é conhecer a literatura sobre o TEA em adultos. Essa leitura deve ser feita criticamente, avaliando os países nos quais os estudos foram feitos, as características dos participantes, entre outras informações importantes que, espero, façam com que o terapeuta não generalize as informações encontradas em um ou alguns estudos para todo o grupo de autistas adultos. Ou seja, é importante saber o que a literatura nos mostra, mas lembrarmos que estamos em outro país, com características culturais que

podem ser bastante distintas das encontradas nos locais onde grande parte dos estudos são feitos. Esse conhecimento deve ser feito pela leitura de artigos e livros, participação em cursos e outras atividades de formação. De fato, uma pesquisa feita na Alemanha, com 245 adultos com TEA mostrou que os participantes acreditam que seu tratamento, via psicoterapia, poderia melhorar, caso o psicoterapeuta tivesse um maior conhecimento sobre o autismo. Além disso, dentre os participantes que não continuaram o tratamento, 43% declararam que a razão foi que o psicoterapeuta não tinha experiência com esse tipo de diagnóstico (Lipinski et al., 2019).

Apesar de o conhecimento científico ser importante e necessário, ele não tem sido suficiente para prover um quadro completo sobre o autismo, afinal, grande parte dos estudos são feitos por pessoas neurotípicas, que podem não estar sensíveis a realidade que os autistas vivem. Por essa razão, é muito importante ouvir os próprios autistas, afinal só nós podemos dizer como é ser autista. Isso pode ser feito ao consumir materiais, científicos ou não, produzidos por pessoas autistas, como textos, vídeos, *posts* do Instagram, entre outros.

Em segundo lugar, é importante que o profissional estude sobre vieses e preconceitos. Somos parte de uma cultura, e todos os dias somos expostos a relações entre diferentes grupos sociais e atributos avaliativos, positivos e negativos. Como vivemos em uma sociedade patriarcal (machista), racista, LGBTfóbica, classista, capacitista e etarista, tudo o que foge de um padrão masculino-branco-heterossexual-sem-deficiência-jovem vai ser considerado, de alguma forma, inferior. Nesse sentido, é importante nos atentarmos para possíveis pré-conceitos que temos com relação a pessoas com deficiência, em geral, e autistas, de maneira específica (além de todos os outros grupos minorizados em nossa sociedade).

A sociedade vende uma imagem estereotipada e no mínimo, incompleta, sobre o que é o autismo e sobre quem pode ser autista (e.g., crianças brancas que gostam de mexer seus troncos para frente e para trás, gostam de brincar com trens e girar as rodas de carrinhos), e nós frequentemente respondemos a pessoas autistas com base nesses estereótipos, o que pode levar a negação do autismo e diversas falas capacitistas, como “você não tem cara de autista”, “você não parece autista”, “autistas não falam”, etc. O exercício de lidar com os preconceitos e questões estruturais instituídas em nossa sociedade deve ser um exercício diário, feito com bastante humildade para ouvir quando alguém chama a nossa atenção para uma fala ou outro comportamento ofensivo e, especialmente, para modificarmos nosso comportamento. Esses dois pontos são essenciais e devem ser contínuos na vida dos profissionais de psicologia que atuam com autistas.

A importância da relação terapêutica

Independentemente da abordagem teórica, algo considerado de suma importância durante o processo psicoterapêutico é a relação terapêutica, também chamada de aliança terapêutica, entre outras denominações (e.g., Horvath & Symonds, 1991). De acordo com Pieta e Gomes (2017), a relação terapêutica é “a forma como se configuram e se expressam a mutualidade dos sentimentos e das atitudes entre terapeuta e paciente” (p. 131). Pesquisas mostram que esse elemento é central para a manutenção do tratamento (e.g., qualidade relatada pelo cliente/paciente e resultados, inclusive em amostras de adultos autistas (e.g., Lipinski et al., 2019).

De acordo com Pieta e Gomes (2017, p. 133), uma aliança terapêutica forte se caracteriza por:

um alto grau de relação colaborativa entre terapeuta e paciente e por um bom vínculo afetivo entre ambos, com confiança e respeito mútuos, sentimento de gostar e se preocupar um com o outro. Também incluiria consenso sobre os objetivos do tratamento e meios para alcançá-lo, com o compromisso ativo e responsabilidade por parte do paciente, e sentimento de que o terapeuta envolve-se da mesma forma (Horvath & Bedi, 2002).

Isso significa que, para que o tratamento tenha resultados positivos, é muito importante que a (o) psicoterapeuta entenda que não é melhor nem sabe mais que o próprio cliente, mas que, juntos, se complementam: a terapeuta, com as técnicas e todo o conhecimento científico sobre as melhores práticas para produzir bem-estar e reduzir sofrimento psíquico, e o cliente, com sua vivência e seu autoconhecimento sobre quais técnicas podem ser mais ou menos proveitosas no processo. Desse modo, os objetivos devem ser delineados conjuntamente, assim como a avaliação constante das técnicas terapêuticas utilizadas. A transparência na comunicação, isto é, a abertura para ouvir críticas, medos, impressões e outros é outro ponto relevante para o andamento produtivo da psicoterapia.

Invalidação

O adulto com TEA que vai para a terapia após diagnóstico tardio, especialmente na vida adulta (a partir dos 18 anos de idade), passou um tempo considerável de sua vida sendo invalidado. Por conta das hipo ou hipersensibilidades sensoriais, o indivíduo autista passa a vida se queixando que o som está muito alto, que a etiqueta da roupa o está machucando, que não consegue tocar na

areia, que aquela comida tem uma textura que é intragável, etc., enquanto as pessoas ao redor possivelmente o criticavam por isso, dizendo que é “frescura”, que a pessoa é chata, que é mimada, que “ninguém mais está reclamando do som”. Ou seja, é muito possível que um indivíduo autista que teve o diagnóstico tardio tem um histórico de invalidação muito intenso por parte de diversas pessoas em sua vida.

Essa invalidação pode atrapalhar os indivíduos a discriminarem seus sentimentos e sensações, o que impacta diretamente na capacidade de nomear tais sentimentos e sensações e de expressá-las. Imagine passar a vida se queixando de sons que machucam seus ouvidos, enquanto todas as pessoas a sua volta dizem que você está maluco, que está ouvindo demais, que é frescura, etc. Esse histórico de punição é capaz de fazer com que o indivíduo em questão desista de falar para as pessoas quando algum estímulo é muito intenso, o que pode levar a sobrecarga sensorial e a quadros depressivos, o que é chamado cientificamente de desamparo aprendido na literatura da análise do comportamento (Seligman, 1972).

Isto é, após diversas interações nas quais o indivíduo autista é exposto a estímulos aversivos (e.g., um som alto, um cheiro forte, ser forçado a manter o contato visual quando conversa com as pessoas), mas a despeito de seu comportamento (e.g., dizer que o som ou cheiro o está incomodando, dizer que tem dificuldade em manter o contato visual ou que, quando o faz, não consegue prestar atenção no que a pessoa está dizendo), essa estimulação aversiva continua presente, é possível que este indivíduo pare de responder (“desista”; perceba que não adianta o que ele faz, o resultado é o mesmo – a punição). Esse quadro leva a dificuldade em aprender novos repertórios, uma vez que, tendo desistido de mostrar para as pessoas que diversos estímulos são muito intensos e o causam mal, essa ausência de resposta pode se generalizar para outros ambientes (e.g., pode começar em casa e surgir também quando na presença dos amigos, na escola, etc.). Em termos de sentimentos e sensações, esse quadro pode aparecer como se sentir frustrado, desencorajado e depressivo.

Portanto, é imperativo que o profissional de Psicologia que atenda indivíduos autistas esteja sensível a esse possível histórico, oferecendo escuta qualificada e acolhimento de suas queixas, inclusive da possível dificuldade em nomear os sentimentos e sensações, que podem ocorrer devido a alexitimia, nome dado ao quadro clínico no qual um indivíduo tem dificuldade para expressar emoções (Carneiro & Yoshida, 2009), ou ainda, ser aumentada por essas situações de invalidação.

Depressão e outras comorbidades

De acordo com Lipinski et al. (2019), a comorbidade mais comum em adultos autistas é a depressão, estando presente em 34 a 55% dos adultos com TEA. De fato, indivíduos autistas são quatro vezes mais propensos que a população neurotípica a experimentar depressão (Hudson et al., 2019). Sintomas depressivos podem se relacionar com tentativas de suicídio, mudança no nível de suporte necessário, entre outros, devendo, portanto, ser um foco de atenção de profissionais da psicologia que trabalham com adultos autistas.

Outra condição clínica bastante frequente em adultos autistas é a ansiedade (e.g., Buck et al., 2014; Lugnegård et al., 2011). É importante lembrar que as topografias (aparência) de respostas de ansiedade podem ser diferentes das consideradas comuns em indivíduos neurotípicos. Parr et al. (2020) mostram que a ansiedade pode aparecer em forma de desconforto sem a associação ao medo de uma avaliação negativa, que comportamentos compulsivos (i.e. ansiedade) podem ser emitidos sem a associação a medos ou fobias específicas, e que pode vir com a topografia de dificuldades significativas de lidar com (*cope with*) mudanças ou incertezas.

Por último, mas não menos importante, ideações suicidas e tentativas de suicídio também são altamente presentes na população autista. Por exemplo, um estudo feito por Mayes et al. (2013), no qual foram comparadas 791 crianças autistas com crianças neurotípicas com e sem depressão, as crianças autistas tinham 28 vezes mais comportamentos suicidas do que as crianças neurotípicas. Além disso, quase 10,9% das crianças autistas tiveram ideações suicidas e 7,2% se engajaram em tentativas de suicídio. Em adultos autistas, a proporção de ideação suicida e tentativas de suicídio também é maior que a da população geral (e.g., Cassidy et al., 2014).

De acordo com Richa et al. (2014), em um estudo sobre suicídio em pessoas autistas, os autores sugerem que ser alvo de bullying e sofrer abuso físico ou sexual foram os eventos de vida mais relacionados com tentativas de suicídio. Nesse sentido, realizar uma investigação sobre esses fatores de vida é imperativo durante o processo psicoterapêutico. Cassidy et al. (2018) também identificaram como fatores de risco específicos de pessoas autistas as necessidades de suporte não atendidas e comportamentos de camuflagem.

Em todos esses casos, a dificuldade em nomear as sensações ou sentimentos pode dificultar ainda mais a sua descrição e identificação pelo profissional da psicologia. Por essa razão, é muito importante que o psicólogo peça descrições dessas sensações juntamente com a descrição dos contextos nos quais elas ocorrem e com os comportamentos que são emitidos após tais respostas, possibilitando uma análise mais completa (contextual) e não apenas pautada na topografia (forma) dos comportamentos. Diferentes formas de comunicação também podem ser utilizadas, como a partir de desenhos e texto escrito.

Camuflagem

Camuflagem social é o nome dado a um conjunto de comportamentos que ocorrem com o objetivo de reduzir a percepção de características do autismo de um indivíduo (Hull et al., 2019). Em uma sociedade na qual o padrão de comportamento considerado adequado é bastante restrito, indivíduos autistas provavelmente foram punidos em diversas situações nas quais mostraram estereotípias motoras, vocais (como a ecolalia), resistência à mudança de rotina, entre outros traços comuns no autismo. Assim, foram aprendendo, ao longo da vida, que precisam se comportar de uma certa forma (socialmente esperada), para serem considerados normais.

Não há uma lista de topografias de comportamento definitivas de camuflagem, como falar de certa forma ou olhar de uma certa maneira para um interlocutor. Os comportamentos podem variar de acordo com a situação, uma vez que se camuflar é justamente “se misturar” com os neurotípicos (*to blend in*; Dean et al., 2017). Desse modo, como dizem Hull et al. (2019): “Técnicas aprendidas e utilizadas em algumas situações podem não serem bem-sucedidas em outras, e a habilidade geral de camuflagem de um indivíduo pode depender parcialmente de sua habilidade de se adaptar” (p. 821).

Alguns exemplos de comportamentos indicativos de camuflagem são se forçar a manter contato visual com um interlocutor, ou fingir manter este contato ao olhar fixamente para o espaço entre os olhos ou outro local próximo aos olhos; imitar pessoas consideradas socialmente habilidosas quando inicia ou mantém uma conversa, seja imitando gestos, frases ou outros padrões de comportamento; se forçar a interagir com os outros em uma festa, etc.

O estudo da camuflagem no autismo está bastante relacionado ao estudo do autismo em mulheres, de modo que essas estratégias têm sido apontadas como uma das razões para o alto índice de diagnóstico tardio (na vida adulta) em mulheres autistas (e.g., Bargiela et al., 2016). Os comportamentos de camuflagem podem ser divididos em: estratégias de compensação (das dificuldades sociais), *masking* (estratégias com o objetivo de dar a impressão de que a pessoa possui menos traços característicos do autismo), e assimilação (estratégias utilizadas para lidar com situações sociais desconfortáveis, sem que apareça que o indivíduo ficou desconfortável; Hull et al., 2019). No modelo de camuflagem social, copiar a linguagem corporal e expressões faciais de um indivíduo se encaixaria na estratégia de compensação; monitorar o corpo e face para parecer interessado no que um interlocutor diz seria um exemplo de estratégia de *masking*, e por fim, “fingir ser normal” ou sentir que não está sendo verdadeiro quando interage socialmente, especialmente com pessoas desconhecidas, exemplo de estratégias de assimilação (Hull et al., 2019).

O custo de se passar por um indivíduo neurotípico, de acordo com pesquisas qualitativas, é bastante alto (e.g., Milner et al., 2019). Mulheres autistas relatam, por exemplo, que a vigilância constante sobre seus comportamentos, para parecer “normal”, está relacionada com sobrecarga sensorial, depressão, altos níveis de ansiedade, entre outras consequências negativas (e.g., Lai et al., 2017). Na pesquisa de Milner et al. (2019), por exemplo, as participantes relataram que os comportamentos de “camuflagem” foram utilizados como estratégias de *coping* para se enquadrarem no mundo neurotípico. Uma das implicações da camuflagem que apareceu neste trabalho é o impacto em uma consulta clínica diagnóstica, que pode levar a falta de diagnóstico correto e até a um diagnóstico incorreto. Com relação aos obstáculos mencionados pelas participantes, a própria dificuldade de receber o diagnóstico foi mencionada. Uma das razões para a dificuldade foi justamente o uso dos comportamentos de camuflagem. Outro obstáculo apontado foi a falta de suporte apropriado depois do diagnóstico.

Nesse sentido, é de suma importância que profissionais da psicologia saibam da existência destes comportamentos de camuflagem e de seus custos em termos de sofrimento psíquico. O psicólogo deve deixar o cliente à vontade para ser quem é, com seus *stims* (comportamentos auto-estimulatórios ou, em nomenclatura médica, estereotípias), desde que não gerem hetero ou autolesão. Mesmo que um indivíduo busque a terapia querendo “ser normal” ou “se comportar como os outros”, é imprescindível que o psicólogo faça uma análise do contexto sócio-econômico-cultural, verificando o impacto dos estereótipos de gênero e de outras convenções sociais na demanda do cliente, sempre com foco no bem-estar dele, e não em adaptá-lo para a sociedade, isto é, torna-lo o mais parecido possível com um indivíduo neurotípico.

Questões de gênero e de raça

Reconhecer as condições estruturais da sociedade no adoecimento psíquico é papel de todos os profissionais da psicologia. Conforme o terceiro princípio fundamental da prática dos psicólogos, constante no Código de Ética (CFP, 2005): “III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural (p. 7)”. É inegável que o racismo e o machismo (patriarcado) estruturam a nossa sociedade. Desse modo, toda psicóloga e psicólogo precisa se atentar para essas condições estruturais, lutando ativamente para ter uma postura antirracista e buscando a equidade de gênero.

Gênero

Pensando na relação entre autismo e gênero, diversos estudos têm mostrado que a literatura da área produziu, historicamente, conhecimento sobre meninos e homens autistas, deixando muitas mulheres sem diagnóstico, ou até com diagnósticos incorretos e, conseqüentemente, sem o suporte necessário para seu pleno desenvolvimento (e.g., Hull et al., 2017; Lai & Baron-Cohen, 2015).

Acreditar que apenas homens podem ser autistas é uma forma machista de olhar para um fenômeno que atinge a população. A literatura sobre autismo no feminino tem crescido nos últimos anos. Mulheres autistas têm sido negligenciadas, e é comum que seus diagnósticos ocorram após a busca de psicoterapia para problemas como transtornos de ansiedade e depressão (e.g., Bargiela et al., 2016; Lipinski et al., 2019). Assim, é importante que profissionais da psicologia se atentem para particularidades que podem existir no autismo em mulheres.

Veja, por exemplo, a percepção de mulheres autistas do estudo de Milner et al. (2019), conduzido no Reino Unido: as participantes relataram que, de modo geral, há uma cobrança para as mulheres serem mais sociáveis (estereótipo de gênero), e que, por conta das dificuldades advindas do autismo, essa pressão social se amplifica. Nesse sentido, as mulheres relataram dificuldades no convívio com outras mulheres, uma vez que os homens podem ser “eles mesmos” e não são punidos por isso. Além disso, também foi frequente a sensação de que o tratamento de meninos com TEA é diferente, i.e., de que há menos pressão para que eles camuflam ou mascarem seus sintomas.

Raça

Quando imaginamos pessoas autistas, especialmente quando não temos conhecimento sobre o assunto e nos baseamos nas imagens midiáticas sobre o autismo, a imagem de um menino branco é quase que onipresente. Por que conhecemos tão poucos autistas negros? A literatura sobre raça e autismo ainda é escassa, especialmente no Brasil. Em um trabalho de revisão feito por Mizael (no prelo), focado em estudos sobre autismo em meninas e mulheres, dos 13 estudos revisados, apenas dois relataram a raça dos participantes, e em um deles, a descrição foi parcial (foi dito apenas a porcentagem de participantes brancos da amostra – Masi et al., 2017). Raça e gênero se intersectam

com classe, uma vez que vivemos em um país com extrema desigualdade social (o Brasil é o sétimo país com maior desigualdade social; Forte, 2020).

Levando em consideração que as condições sociais podem ser uma barreira para o diagnóstico e acompanhamento de indivíduos autistas, e que a maioria da população brasileira em extrema pobreza é negra, podemos nos perguntar qual a quantidade de pessoas negras autistas que estão sem diagnóstico e sem tratamento, por conta da combinação de fatores como desigualdade social + racismo. Além das questões sobre a dificuldade de diagnóstico para pessoas pobres, das quais a população negra é um grande contingente, existe ainda a influência do racismo no diagnóstico de indivíduos.

O racismo institucional na saúde é um fenômeno documentado pela literatura e vivido cotidianamente pela população negra e outras populações não-brancas (e.g., Brasil, 2006; López, 2012; Werneck, 2016). Com relação ao diagnóstico de autismo, o estudo de Mandell et al. (2002) mostrou que crianças negras recebem o diagnóstico de autismo, em média, 1,4 anos mais tarde que crianças brancas. Mesmo que os cuidadores das crianças brancas tivessem a oportunidade de buscar o diagnóstico antes que os cuidadores das crianças negras, após controlar variáveis importantes como idade e sexo da criança, os pesquisadores verificaram que as crianças negras precisaram ficar mais tempo em tratamento antes de receberem o diagnóstico de TEA. Outro dado impressionante, obtido em uma amostra com mais de 400 crianças que receberam, em algum momento, o diagnóstico de TEA, as crianças afro-americanas possuíam 2,6 menos chances de serem diagnosticadas autistas na primeira consulta, quando comparadas às crianças brancas. Além disso, para as crianças que não receberam o diagnóstico de autismo nessa primeira consulta, as crianças afro-americanas foram 5,1 vezes mais prováveis de receberem um diagnóstico de transtorno de conduta, quando comparadas com crianças brancas (Mandell et al., 2006). Esses diagnósticos de transtornos de conduta, como por exemplo o transtorno opositor desafiador (TOD), diferencialmente dados em populações a depender da raça, é um comportamento racista, na medida em que leva a consequências diferenciais que beneficiam a população branca (e.g., iniciar tratamento) e prejudicam a população negra (e.g., diagnóstico de transtorno de conduta estigmatiza o indivíduo; Almeida, 2019).

Na psicologia, o racismo institucional também existe. Como explicitado na cartilha “Racismo Institucional”, produzida pelo Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (CRP-SP):

Com a pouca representatividade de profissionais negros e as lacunas na formação de profissionais não negros sobre questões raciais, a minoria negra que tem acesso aos serviços de psicologia ainda sofre racismo institucional em seu tratamento, com

suas vivências relativizadas ou desvinculadas do racismo estruturante de nossa sociedade, por profissionais que negam o sofrimento racial por falta de conhecimento específico sobre a história e seus efeitos (CRP-SP, 2019, p. 13).

Nesse sentido, os profissionais de psicologia devem estar atentos aos dados sobre racismo institucional, especialmente na área da saúde, e aos impactos de uma ótica racista no tratamento e, conseqüentemente, bem-estar de seus clientes.

Interseccionalidades

É imperativo mencionar aqui que, apesar de eu ter me focado em gênero e raça, nós somos indivíduos plurais, com um gênero, uma raça, um local de nascimento, moramos em determinada região, temos certa condição social, etc. Por sermos seres plurais, a experiência enquanto indivíduos autistas pode ser bastante diferenciada, a depender da articulação desse e de outros marcadores sociais nas diferentes situações sociais e momentos de nossa vida (e.g., Akotirene, 2019. Brah, 2006). Por exemplo, grande parte da literatura sobre autismo é focada em meninos, e estudos têm mostrado que a intersecção entre gênero e raça já permite hipotetizar uma apresentação diferenciada do autismo em meninas. O impacto de diferentes marcadores sociais na vida de um indivíduo autista precisa ser investigado e levado em consideração quanto este procura a psicoterapia.

Vulnerabilidade à violência

Na pesquisa de Bargiela et al. (2016), um dos tópicos abordados se relaciona com experiências de vitimização das participantes, e seus sentidos de percepção de que a passividade, a qual elas relacionaram ao TEA, propiciou situações de risco e relacionamentos não saudáveis (e.g., se sentir forçada a fazer sexo com parceiro por acreditar que isso é parte do “papel de namorada”). Nove participantes relataram situações de violência sexual, metade delas em seus relacionamentos amorosos. Três foram estupradas. As mulheres também comentaram sobre esforços para evitar conflitos e que, em alguns casos, a super-assertividade (*overasserted*) atrapalhou suas amizades.

Outras razões para uma maior vulnerabilidade a situações de risco (incluindo de violência) foram a dificuldade de saber as intenções das pessoas (e.g., se um rapaz está só conversando ou flertando com elas), a incerteza sobre as regras sociais consideradas aceitáveis (por exemplo, não saber que poderiam dizer “não” a um avanço sexual indesejado, ou como dizer “não”) e experiências de rejeição de pares que as deixaram “desesperadas” por aceitação, tornando-as conseqüentemente

mais vulneráveis a situações de exploração. Na pesquisa de Milner et al. (2019), a vulnerabilidade, especialmente em relações afetivo-sexuais, também foi apontada como um problema. Isto é, ser muito ingênuo possibilita que pessoas tirem proveito ou abusem dessas participantes.

Esses dois estudos ilustram um ponto especialmente importante na prática psicológica: uma análise do quão vulnerável os clientes podem estar a diferentes tipos de abusos. Questões como a privação de afeto e amizades, podem aumentar a chance de os indivíduos se engajarem em situações abusivas, não percebendo o abuso ou aceitando-o, “em nome” de ter um relacionamento, de ser considerado “normal”, entre outros. Também devem ser investigados o que os clientes entendem por abuso ou exploração, e sessões de psicoeducação podem ser feitas com o objetivo de mostrar a importância de questões como o consentimento e a integridade física e mental dos clientes na busca de relações mais saudáveis. Histórico de punições (e.g., na forma de frases como “não podemos escolher tudo”, “as coisas não são do jeito que queremos”), mesmo que utilizadas para sinalizar que viver em sociedade exige a aceitação de certas regras e negociação de nossas vontades, podem ser entendidas de forma literal, propiciando que situações de abuso ocorram sem a percepção de que constituem abuso.

Adaptações/Promoção de acessibilidade

Uma vez que o autismo é uma condição do neurodesenvolvimento, caracterizada por déficits na interação social e comunicação, além de interesses restritos e comportamentos repetitivos, é importante que o profissional de psicologia possibilite formas alternativas de comunicação, tanto para a marcação de consultas, quanto para as próprias sessões. Em pesquisa feita com adultos autistas na Alemanha (Lipinski et al., 2019), mais de 80% dos participantes declararam preferir que o contato inicial fosse feito via e-mail, enquanto apenas 30% preferiu que a comunicação fosse feita pessoalmente, e 18%, por telefone. É muito importante se atentar para a linguagem utilizada durante as sessões de psicoterapia, uma vez que os déficits na comunicação e interação social são características do autismo, como, por exemplo, a literalidade e a dificuldade em identificar sarcasmo ou ironia.

É importante também lembrar que pode ser mais difícil para clientes autistas realizarem tarefas de casa que envolvam mudança de rotina, responderem perguntas muito amplas (e.g., “O que você achou disso?”, “Como foi sua semana?”), fazer exercícios que envolvam imaginação, etc. Isso não significa que todos os autistas terão dificuldades com esses pontos ou que a psicoterapeuta deva necessariamente excluir essas atividades do processo psicoterapêutico, mas que, levando em

consideração as características do autismo, é importante que a psicoterapeuta fique atenta para não utilizar as estratégias de maneira “engessada” e utilizando como padrão os indivíduos neurotípicos que atende, gerando um desconforto para os clientes autistas que pode levar a sensações de ansiedade, até querer encerrar o processo psicoterapêutico.

Outros tipos de adaptações importantes se referem ao ambiente, devido as possíveis sensibilidades sensoriais dos clientes autistas. É importante que o ambiente tenha pouca estimulação sensorial. Nesse sentido, é conveniente evitar sons como o barulho do ventilador ou de aparelhos eletrônicos durante as sessões, evitar o uso de perfume ou de fragrâncias na sala, verificar se as luzes estão muito fortes ou muito fracas para os clientes, etc. Lembrem-se que as sensibilidades podem ser táteis, vestibular (relacionada ao movimento), auditiva, visual, olfativas, etc. A rotina também diminui a ansiedade e traz conforto para grande parte dos autistas. Desse modo, recomenda-se manter os objetos e decoração ao longo dos atendimentos, assim como os horários de atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TEA é uma condição espectro, e espectro é uma palavra que denota diferentes intensidades ou amplitudes. Isso significa que, apesar de todas as pessoas autistas terem déficits na interação social e comunicação, além de comportamentos repetitivos e interesses restritos, a intensidade dos diferentes comportamentos que ilustram esses dois grandes grupos de sinais pode ser bastante variada, a depender do indivíduo, situação, entre outras variáveis. Nenhum autista é igual a outro.

É imperativo que pesquisas sejam realizadas com autistas no Brasil, e não apenas sobre psicoterapia para autistas, mas sobre diversos assuntos, como autismo em mulheres, autismo na população negra e possíveis dificuldades de diagnóstico, diagnósticos incorretos, influência dos estereótipos de gênero na apresentação de traços autistas entre os gêneros, influência da mídia na sub-representação autista e subdiagnóstico, autismo e mercado de trabalho, etc. De preferência, sugiro que as pesquisas sejam realizadas utilizando metodologias de pesquisa como a pesquisa participativa, que inclui os próprios membros da comunidade do autismo no planejamento da pesquisa.

Por exemplo, o projeto Cooperação em pesquisa sobre o Autismo (*Autismus-Forschungs-Kooperation*, AFK, no original em alemão), tem como objetivo produzir pesquisas importantes para

a comunidade do autismo, pesquisas que sejam feitas de maneira segura e respeitando as características comuns no autismo. De acordo com Lipinski et al. (2019):

Parceiros de pesquisa acadêmicos e autistas trabalham juntos para decidir o que estudar, selecionando entre os tópicos que indivíduos com TEA acreditam ser importantes e socialmente relevantes. Todos os membros do grupo, conjuntamente, tomam decisões sobre os procedimentos sobre a coleta de dados, recrutam os participantes de maneira cooperativa, e interpretam os resultados, de modo a assegurar acessibilidade, respeito, inclusão, e relevância dos itens. Os cientistas asseguram que a pesquisa é cientificamente sólida e academicamente relevante, que o trabalho tem rigor adequado, e que favorecem metas acadêmicas (p. 3).

Outra iniciativa, essa do Reino Unido, chamada *Priority Setting Partnership* (Parceria para definição de prioridades; James Lind Alliance, 2019), também utiliza esse modelo, no qual profissionais e pesquisadores da área de saúde se encontram com comunidades-alvo (autistas) para definir prioridades em termos de pesquisa. Iniciativas como essas precisam ser fomentadas no cenário brasileiro, de modo que a produção científica sobre o tema se foque nas demandas dessa comunidade.

Essa iniciativa (Parceria para definição de prioridades), inclusive, mostrou que a prioridade número um identificada pelos participantes autistas foi relativa às intervenções, incluindo, acredito, a psicoterapia: “Quais intervenções aumentam a saúde mental ou reduzem problemas de saúde mental em pessoas autistas? Como as intervenções em saúde mental podem ser adaptadas para as necessidades de pessoas autistas?” (James Lind Alliance, 2019). Isso mostra que o tema abordado neste ensaio é de suma importância e que mais profissionais da psicologia precisam se voltar para essa temática, sempre incluindo a própria comunidade autista na definição de prioridades a serem pesquisadas.

Esse ensaio possui diversas limitações. Sendo o campo da psicoterapia um campo com diversas possibilidades, este trabalho se focou em alguns aspectos, deixando de fora outros temas importantes, como queixas relativas às dificuldades no mercado e no ambiente de trabalho, estratégias específicas de diferentes abordagens que podem ser efetivas na melhoria da qualidade de vida de autistas adultos, a influência do seguimento de regras de maneira inflexível no sofrimento psíquico, o tópico da regulação emocional no autismo, etc. Espera-se que este ensaio sirva como um pontapé inicial para a consecução de pesquisas e consequente divulgação destas, abordando diversos

aspectos que concernem a vida de indivíduos autistas e sua relação com a psicologia. Só com a colaboração conjunta da comunidade do autismo e de cientistas verdadeiramente preocupados com a qualidade de vida das pessoas autistas é que poderemos avançar no conhecimento científico sobre o autismo, propor, avaliar e aprimorar continuamente diferentes tipos de intervenções, sempre com foco na qualidade de vida e no bem-estar dessa população.

REFERÊNCIAS

Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. Pólen.

Almeida, S. (2019). *Racismo estrutural*. Pólen.

Almeida-Prado, M. C. C. (1997) Autismo e mito familiar: Sobre a psicoterapia da família autista. *Cadernos de Psicologia*, 7, 9-18.

American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. American Psychiatric Association. <http://www.dsm5.org>

Attwood, T. (2007). *The complete guide to Asperger's Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with Autism Spectrum Conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3281-3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>

Brah, A. (2006). Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, 26, 329-376. <https://ieg.ufsc.br/public/storage/articles/October2020/01112009-095143bra.pdf>

Brasil (2006). *Guia de enfrentamento ao racismo institucional*. Gueledés – Instituto da mulher negra. <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf>

Buck, T. R., Viskochil, J., Farley, M., Coon, H., McMahon, W. M., Morgan, J., & Bilder, D. A. (2014). Psychiatric comorbidity and medication use in adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3063–3071. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2170-2>

Carneiro, B. V., & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: Uma revisão do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 103-108. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100012>

Cassidy, S. Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular Autism*, 9(42), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0226-4>

Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: A clinical cohort study. *Lancet Psychiatry*, 1(2), 142-7. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70248-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70248-2)

Centers for Disease Control and Prevention – CDC (2020). *Data and statistics on Autism Spectrum Disorder*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000). *Resolução CFP n.º 010/2000 - Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_10.pdf

Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de ética profissional do psicólogo*. <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (CRP-SP, 2019). *Cartilha Racismo Institucional*. <https://www.crsp.org/uploads/impresso/2874/VpT-RmrqbJk5RzxBHXr9Y5VhGroOYK9m.pdf>

Cooper, J. O., Heron, T. E., Heward, W. L. (2007). *Applied Behavior Analysis*. (2nd. ed). Pearson.

Craig, F., Crippa, A., De Giacomo, A., Ruggiero, M., Rizzato, V., Lorenzo, A., Fanizza, I., Margari, L., Trabacca, A. (2020). Differences in developmental functioning profiles between male and female preschoolers children with Autism Spectrum Disorder. *Autism Research*, 13(9), 1537-1547. <https://doi.org/10.1002/aur.2305>

Dean, M., Harwood, R., & Kasari, C. (2017). The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with Autism Spectrum Disorder. *Autism*, 21(6), 678-689. <https://doi.org/10.1177/1362361316671845>

Fombonne, E. (2009). Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591-598. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e31819e7203>

Forte, B. (2020). *Por que Brasil é o sétimo país mais desigual do mundo*. Portal UOL. <https://www.uol.com.br/ecoa/ultimas-noticias/2020/02/20/por-que-brasil-e-o-setimo-pais-mais-desigual-do-mundo.htm>

Foxx, R. M. (2008). Applied Behavior Analysis treatment of autism: The state of the art. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 821-834. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.06.007>

Horvath, A. O., Symonds, B. D. (1991). The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38,139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>

Hudson, C. C., Hall, L., & Harkness, K. L. (2019). Prevalence of depressive disorders in individuals with Autism Spectrum Disorder: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*,47(1), 165-175. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0402-1>

Hull, L., Mandy, W., Lai, M. C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2019). Development and validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 819–833. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6>

James Lind Alliance (2016). *Autism Top Ten*. <https://www.jla.nihr.ac.uk/priority-setting-partnerships/autism/top-10-priorities/>

Lai, M.-C., & Baron-Cohen, S. B. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013–1027. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00277-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1)

Lai, M. C., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N. V., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., ... Consortium, M. A. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690–702. <https://doi.org/10.1177/1362361316671012>

Lipinski, S., Blanke, E. S., Suenkel, U., & Dziobek, I. (2019). Outpatient psychotherapy for adults with High-Functioning Autism Spectrum Condition: Utilization, treatment satisfaction, and preferred modifications. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(3), 1154-1168. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3797-1>

López, C. L. (2012). O conceito de racismo institucional: Aplicações no campo da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 121-134. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>

Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>

Lugnegård T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1910–1917. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.025>

Mandell, D. S., Ittenbach, R. F., Levy, S. E., & Pinto-Martin, J. A. (2006). Disparities in diagnoses received prior to a diagnosis of Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(9), 1795–1802. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0314-8>

Mandell D., Listerud J., Levy S., & Pinto-Martin J. (2002). Race differences in the age at diagnosis among Medicaid-eligible children with autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12):1447–1453. <https://doi.org/10.1097/00004583-200212000-00016>

Masi, A., Breen, E. J., Alvares, G. A., Glozier, N., Hickie, I. B., Hunt, A., ... & Guastella, A. J. (2017). Cytokine levels and associations with symptom severity in male and female children with autism spectrum disorder. *Molecular Autism*, 8(63), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0176-2>

Mayes, S. D., Gorman, A. A., Hillwig-Garcia, J., & Syed, E. (2013). Suicide ideation and attempts in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 109–119. <https://doi.org/10.1016=j.rasd.2012.07.009>

Milner, V., McIntosh, H., Colvert, E., & Happé, F. (2019). A qualitative exploration of the female experience of Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(6), 2389-2402. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03906-4>

Mizael, T. M. (no prelo). O que os estudos sobre “autismo no feminino” têm investigado? Uma revisão de estudos sobre o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em meninas e mulheres. In: Mendonça, S. & Silva, S. S. (Orgs.), *Autismo no Feminino: A voz da mulher autista*. Selo PPGCOM/UFMG.

Paula, C. S., Ribeiro, S. H., Fombonne, E., & Mercadante, M. T. (2011). Brief report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1738–1742. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1200-6>

Parr, J. R., Brice, S., Welsh, P., Ingham, B., Le Couteur, A., Evans, G., ... & Rodgers, J. (2020). Treating anxiety in autistic adults: Study protocol for the Personalised Anxiety Treatment–Autism (PAT-A©) pilot randomised controlled feasibility trial. *Trais*, 21, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4161-2>

Pieta, M. A. M. & Gomes, W. B. (2017). Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: O que dizem as meta-análises? *Contextos Clínicos*, 10(1), 130-143. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.10>

Postorino, V., Fatta, L. M., de Peppo, L., Giovagnoli, G., Armando, M., Vicari, S., & Mazzone, L. (2015). Longitudinal comparison between male and female preschool children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), 2046-2055. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2366-0>

Richa, S., Fahed, M., Khoury, E., & Mishara, B. (2014). Suicide in Autism Spectrum Disorders. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 327–339. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824834>

Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, 407-412. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203>

Werneck, J. (2016). *Racismo institucional: Uma abordagem conceitual*. Gueledés – Instituto da mulher negra. <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>

World Health Organization – WHO (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. WHO. <https://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

Táhcita Medrado Mizael

É mulher negra, autista, psicóloga, mestra e doutora em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). É também especialista em gênero e sexualidade pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Atualmente, é pesquisadora de pós-doutorado na Universidade de São Paulo (USP). Atua especialmente em temas como: questões raciais, gênero, sexualidade, feminismo e autismo. Bolsista de pós-doutorado na Universidade de São Paulo (Processo FAPESP 2020/02548-7). A autora é afiliada ao Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE), apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq– Processos n. 573972/2008-7 e 465686/2014-1) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – Processos n. 2008/57705-8 e 2014/50909-8).

Recebido em 31 de maio de 2021
Aceito em 12 de junho de 2021