

**“ELA FUNCIONA BEM
DEMAIS PARA SER
AUTISTA?”:
FUNCIONALIDADE,
DIAGNÓSTICO TARDIO E
INVISIBILIDADE CLÍNICA
DO AUTISMO EM
MULHERES ADULTAS**

**“SHE FUNCTIONS TOO WELL TO BE AUTISTIC?”: FUNCTIONING, LATE
DIAGNOSIS, AND CLINICAL INVISIBILITY OF AUTISM IN ADULT WOMEN**

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 14/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789261259](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789261259)

Jorge Roberto Ferreira Cavalleiro¹

RESUMO

O reconhecimento do autismo em mulheres adultas permanece marcado por atraso diagnóstico, hipóteses psiquiátricas concorrentes e interpretações que confundem autonomia observável com ausência de necessidades de suporte. Este artigo discute por que mulheres verbalmente fluentes, com trajetória acadêmica ou profissional preservada e capacidade de manter relações podem permanecer fora do radar diagnóstico durante anos. Trata-se de revisão narrativa orientada à prática profissional, articulando literatura histórica e contemporânea sobre diferenças sexo/gênero, diagnóstico tardio, viés de reconhecimento, diagnósticos diferenciais e barreiras relatadas por adultos e profissionais. Como recurso ilustrativo, utiliza-se uma vinheta clínica composta, construída exclusivamente para fins didáticos e sem correspondência com paciente específico, sem finalidade de produzir inferência causal ou generalização. A análise sustenta que a dificuldade diagnóstica não pode ser reduzida a um suposto “fenótipo feminino” homogêneo nem à camuflagem social. Ela emerge da interação entre heterogeneidade autística, expectativas de gênero, modelos historicamente masculinizados, comorbidades, história psiquiátrica prévia, limites de instrumentos e formação profissional insuficiente. A vinheta clínica ilustra a coexistência entre desempenho elevado e dificuldades persistentes em sensorialidade, flexibilidade, previsibilidade, interação social e autorregulação. Conclui-se que avaliação de mulheres adultas requer reconstrução desenvolvimental, análise de funcionamento contextual e diagnóstico diferencial longitudinal. A pergunta clínica não deve ser apenas se a pessoa “consegue” estudar, trabalhar ou se relacionar, mas como realiza essas atividades, em quais condições e quais aspectos de sua trajetória permanecem sem explicação.

Palavras-chave: autismo em mulheres adultas; diagnóstico tardio;

funcionalidade; diagnóstico diferencial; viés diagnóstico; neurodesenvolvimento.

ABSTRACT

Recognition of autism in adult women remains affected by delayed diagnosis, competing psychiatric formulations, and interpretations that mistake observable autonomy for absence of support needs. This practice-oriented narrative review discusses why verbally fluent women with preserved academic or professional trajectories and relationships may remain outside the diagnostic radar for years. Historical and contemporary literature on sex/gender, late diagnosis, diagnostic bias, differential diagnosis, and barriers reported by autistic adults and clinicians is integrated with a composite clinical vignette constructed solely for didactic purposes and not corresponding to any specific patient. The analysis argues that diagnostic difficulty cannot be reduced to a homogeneous “female autism phenotype” or to camouflaging. Rather, it emerges from the interaction of autistic heterogeneity, gender expectations, historically male-centered models, co-occurring conditions, prior psychiatric diagnoses, limitations of assessment tools, and insufficient professional training. The composite vignette illustrates the coexistence of high achievement with persistent difficulties in sensory processing, flexibility, predictability, social interaction, and self-regulation. Adult assessment should reconstruct developmental history, examine contextual functioning, and conduct longitudinal differential diagnosis.

Keywords: autistic women; late diagnosis; functioning; differential diagnosis; diagnostic bias; neurodevelopment.

1. INTRODUÇÃO

Durante décadas, a imagem clínica mais facilmente reconhecida do autismo foi construída a partir de amostras predominantemente masculinas e infantis. Essa história não significa que meninas e mulheres estivessem ausentes do espectro, mas ajuda a explicar por que determinadas formas de apresentação foram transformadas em protótipos diagnósticos e outras permaneceram menos visíveis. A discussão sobre razão sexual no autismo já aparecia no início da década de 1980, e Kopp e Gillberg (1992) chamaram atenção para meninas que haviam passado por diferentes serviços sem que o autismo fosse reconhecido. Entretanto, a produção especificamente dedicada a mulheres adultas verbalmente fluentes e diagnosticadas tardiamente consolidou-se muito mais tarde.

O problema contemporâneo não é demonstrar a existência de mulheres autistas. A questão clinicamente relevante é compreender por que algumas mulheres atravessam escola, universidade, relações afetivas e vida profissional sem que uma condição do neurodesenvolvimento seja considerada, embora exista uma trajetória persistente de dificuldades sociais, sensoriais, comportamentais ou adaptativas. Estudos com mulheres diagnosticadas na vida adulta descrevem experiências de diferença desde a infância, múltiplas interpretações psiquiátricas anteriores e a sensação de que a competência observável impediu que profissionais reconhecessem o conjunto do quadro (Bargiela; Steward; Mandy, 2016; Leedham et al., 2020; Murphy; Flower; Jellett, 2023).

Essa tensão é particularmente importante em adultos com elevada escolaridade. A conclusão de uma graduação, o exercício de uma profissão, a capacidade de comunicar-se bem, manter relacionamento amoroso ou organizar a vida diária não constituem

critérios de exclusão do transtorno do espectro autista (TEA). O DSM-5-TR define o diagnóstico pela presença de déficits persistentes em comunicação e interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento ou interesses, início no período do desenvolvimento e impacto clinicamente significativo, considerando que as características podem tornar-se plenamente aparentes apenas quando as demandas sociais excedem as capacidades ou podem ser mascaradas por estratégias aprendidas (American Psychiatric Association, 2022). A CID-11 também exige avaliação do padrão desenvolvimental e do funcionamento, não uma inferência baseada em profissão, estado civil ou aparência de autonomia (World Health Organization, 2026).

A hipótese central deste artigo é que parte da invisibilidade diagnóstica de mulheres adultas funcionalmente independentes resulta de um erro de enquadramento: o profissional observa o resultado adaptativo e o toma como evidência de ausência de autismo, em vez de investigar a arquitetura que sustenta esse resultado. Assim, quando o sofrimento aparece, tende a ser explicado apenas por ansiedade, depressão, trauma, transtornos obsessivo-compulsivos, TDAH ou transtornos de personalidade. Tais condições podem coexistir com o autismo e, em alguns casos, explicam parcelas reais do sofrimento; o problema surge quando substituem a investigação do neurodesenvolvimento sem que a história longitudinal seja reconstruída.

O objetivo deste trabalho é analisar a evolução histórica do reconhecimento do autismo em mulheres, discutir a persistência de vieses diagnósticos em adultas com bom desempenho e examinar os principais diagnósticos diferenciais que podem ocupar o lugar do TEA quando o profissional se baseia excessivamente na

funcionalidade aparente. Ao final, propõe-se um conjunto de perguntas clínicas orientadas à prática para avaliação de mulheres adultas, ilustradas por uma vinheta clínica composta e didática.

2. MÉTODO E DELIMITAÇÃO DO MANUSCRITO

Este é um artigo de prática profissional fundamentado em evidências, estruturado como revisão narrativa crítica orientada à prática profissional. Não se pretende produzir uma revisão sistemática, esgotar a literatura disponível nem estimar prevalências. A seleção bibliográfica foi guiada por eixos temáticos diretamente relacionados ao problema do manuscrito: diferenças de sexo/gênero no reconhecimento do autismo, diagnóstico tardio na vida adulta, barreiras de acesso e reconhecimento, funcionalidade contextual, diagnósticos diferenciais e formação de profissionais. Foram priorizados artigos revisados por pares, revisões sistemáticas e de escopo, estudos com adultos e publicações de 2020 a 2026, preservando trabalhos seminais anteriores quando necessários à reconstrução histórica ou conceitual do campo.

A conferência bibliográfica foi realizada de forma iterativa, a partir dos temas e das referências centrais do manuscrito, com verificação dos registros dos artigos em bases bibliográficas reconhecidas e/ou nas páginas dos periódicos e conferência dos DOI quando disponíveis. Foram utilizados como termos de recuperação, isoladamente ou em combinação, equivalentes em inglês e português relacionados a autism/autism spectrum disorder, autistic adults, women/females, late diagnosis, diagnostic bias, misdiagnosis, camouflaging, functioning, differential diagnosis, borderline personality disorder, ADHD, obsessive-compulsive disorder, trauma e eating disorders. Por se tratar de revisão narrativa, não houve

protocolo preregistrado, fluxo PRISMA, estratégia única de busca reproduzível nem pretensão de cobertura exaustiva. A seleção final considerou pertinência direta à pergunta clínica, população estudada, desenho, atualidade e utilidade para sustentar ou qualificar as proposições discutidas.

A interpretação clínica foi mantida distinta da evidência científica. As vinhetas apresentadas neste manuscrito são composições didáticas, sem correspondência com pacientes específicos, e não constituem relato de caso, análise de prontuário ou apresentação de dados clínicos individualizados. A experiência profissional do autor é utilizada como fonte de problematização e reflexão clínica, não como evidência empírica generalizável. Fenômenos recorrentes da prática podem orientar perguntas clínicas, mas afirmações generalizáveis devem permanecer sustentadas pela literatura.

Para evitar circularidade conceitual, o manuscrito não utiliza “fenótipo feminino do autismo” como entidade diagnóstica autônoma. O termo é tratado como construção histórica útil para questionar modelos de reconhecimento excessivamente masculinizados, mas insuficiente para descrever a heterogeneidade de mulheres autistas. Da mesma forma, camuflagem social é mencionada quando pertinente, porém não constitui o eixo explicativo principal do artigo.

3. DE UMA LITERATURA MASCULINIZADA À QUESTÃO DO RECONHECIMENTO FEMININO

3.1. Primeiros Marcos

Wing (1981) demonstrou que a razão entre meninos e meninas em quadros de autismo e condições relacionadas variava conforme

características clínicas e cognitivas. O estudo não tratava de mulheres adultas, mas abriu uma questão que acompanharia o campo por décadas: a proporção observada refletiria apenas diferença biológica de prevalência ou também diferença de reconhecimento?

Em 1992, Kopp e Gillberg descreveram meninas com quadros autísticos que haviam passado por diferentes profissionais antes que o diagnóstico fosse considerado. A relevância histórica do trabalho reside menos na construção de um “autismo feminino” separado e mais na percepção precoce de que o sistema clínico podia deixar de reconhecer meninas quando elas não correspondiam ao perfil esperado.

A partir da década de 2010, a pergunta tornou-se mais refinada. Lai et al. (2011), ao comparar homens e mulheres adultos com condições do espectro autista sem deficiência intelectual, observaram que diferenças na apresentação adulta não implicavam ausência de características autísticas na infância. Em 2015, Lai et al. e Halladay et al. consolidaram sexo e gênero como agenda explícita de investigação, destacando lacunas em diagnóstico, trajetória, cognição, biologia e serviços.

3.2. O Campo Adulto Torna-Se Visível

A literatura qualitativa com mulheres diagnosticadas tardiamente modificou a natureza da evidência disponível. Bargiela, Steward e Mandy (2016) documentaram mulheres jovens diagnosticadas apenas no final da adolescência ou na vida adulta que relatavam longa história de adaptação social, interpretações equivocadas de seus comportamentos e dificuldade dos profissionais em associar

suas experiências ao autismo. Leedham et al. (2020) estenderam essa discussão a mulheres diagnosticadas na meia-idade e em fases posteriores da vida, revelando o impacto de reinterpretar retrospectivamente décadas de experiências.

O avanço mais recente é metodológico e crítico. Revisões sistemáticas sobre diagnóstico tardio mostram que o próprio conceito de “late diagnosis” ainda é heterogêneo. Russell et al. (2025), em 420 estudos publicados entre 1989 e 2024, encontraram grande variação nos pontos de corte utilizados. Essa heterogeneidade exige que estudos sobre mulheres não tratem “diagnóstico tardio” como categoria uniforme.

A literatura também demonstra sub-representação feminina na pesquisa. Podesta e Bosman (2026), em revisão de escopo sobre jovens adultos, encontraram persistência de viés de gênero nas amostras de pesquisa, ainda que a representação feminina tenha aumentado nas décadas recentes. Esse ponto importa porque uma ciência produzida com amostras desproporcionalmente masculinas tende a reforçar protótipos, instrumentos e expectativas clínicas derivados desses mesmos grupos.

3.3. Da Mulher Observada à Mulher Que Descreve a Própria Experiência

A história do reconhecimento feminino não se limita ao desenvolvimento de instrumentos e critérios. A literatura qualitativa contemporânea também ampliou a participação da experiência vivida na produção de conhecimento sobre o espectro. Em vez de depender apenas da observação externa, estudos passaram a investigar como adultos autistas descrevem retrospectivamente o

percurso até o diagnóstico, os significados atribuídos às dificuldades anteriores e as barreiras encontradas nos serviços. Essa mudança não substitui pesquisa empírica nem critérios diagnósticos; ela amplia o conjunto de perguntas que podem ser examinadas cientificamente.

A importância dessa mudança torna-se evidente na literatura qualitativa contemporânea. Bargiela, Steward e Mandy (2016), Leedham et al. (2020), Kiehl, Pease e Hackmann (2024) e Nayyar et al. (2025) utilizaram relatos de experiência para reconstruir o percurso até o diagnóstico, identificando temas como incompreensão de experiências anteriores, dificuldades de acesso, impacto identitário e necessidade de profissionais capazes de avaliar apresentações adultas heterogêneas. Esses trabalhos deslocam parte do foco do comportamento observado em uma consulta isolada para a trajetória de vida e para o contexto em que as dificuldades aparecem.

Para um artigo sobre mulheres adultas funcionalmente independentes, esse deslocamento é central. O reconhecimento tardio pode não decorrer de ausência de sinais, mas do fato de que alguns sinais foram compreendidos apenas como timidez, perfeccionismo, ansiedade, personalidade difícil, alta exigência, excentricidade ou sensibilidade. Quando mulheres descrevem retrospectivamente o desenvolvimento, elas frequentemente fornecem dados que não estavam disponíveis em avaliações breves ou que nunca haviam sido investigados de maneira estruturada.

Ao mesmo tempo, a incorporação de experiência vivida exige precaução metodológica. Identificação subjetiva com narrativas de autismo não constitui diagnóstico, e autobiografias não substituem

critérios clínicos. O valor científico da primeira pessoa está em revelar perguntas, contextos e mecanismos que podem ser posteriormente investigados, e não em transformar toda semelhança narrativa em evidência diagnóstica.

3.4. A Desproporção Entre Homens e Mulheres na Produção Científica

A hipótese de que o conhecimento sobre autismo tenha sido historicamente influenciado por amostras predominantemente masculinas pode ser examinada quantitativamente. Podesta e Bosman (2026) revisaram 601 artigos, correspondentes a 602 estudos, porque um artigo continha simultaneamente uma amostra de pessoas autistas e uma amostra de participantes com traços autísticos. Dos 602 estudos, 510 incluíam participantes autistas. Em 454 deles foi possível determinar precisamente a composição por sexo/gênero. Nesses 454 estudos, os autores contabilizaram, de forma agregada, 616.642 participações de pessoas autistas, das quais 188.133 (30,5%) eram de mulheres, correspondendo a uma razão aproximada de 2,3 homens para cada mulher. Esse total agregado não deve ser interpretado automaticamente como número de indivíduos únicos, pois diferentes publicações podem utilizar participantes provenientes dos mesmos bancos de dados.

Quase metade dos estudos analisados por Podesta e Bosman (2026) - 45,6% dos 454 estudos com composição calculável - incluía menos de 20% de mulheres, e 56,8% incluía no máximo 25%. Cinquenta estudos eram exclusivamente masculinos, enquanto apenas nove eram exclusivamente femininos. A assimetria também era temporal: entre os 10% de estudos mais antigos, publicados de 1985 a 2010, mulheres representavam em média 15,4% das amostras, equivalendo

a uma razão homem:mulher de 5,49:1. Nos estudos mais recentes, a razão aproximou-se de 2:1. Esses resultados descrevem a composição das amostras dessa revisão de escopo sobre jovens adultos; não constituem estimativa de prevalência do autismo na população geral nem de razão sexual em adultos de todas as idades.

Esse achado tem implicação epistemológica. Quando perguntas, instrumentos, hipóteses e descrições clínicas são desenvolvidos em grupos nos quais mulheres estão sub-representadas, existe risco de que características mais frequentes ou mais facilmente observáveis nos grupos majoritários se tornem protótipos implícitos. O problema não se limita ao recrutamento inicial. D'Mello et al. (2022), em 145 adultos com diagnóstico comunitário prévio de autismo (95 homens e 50 mulheres), examinaram o efeito do uso do ADOS como critério confirmatório de elegibilidade para pesquisa. Metade das mulheres (25/50) e 19% dos homens (18/95) foram excluídos por não atingirem o ponto de corte utilizado, modificando a razão homem:mulher da amostra de 1,9:1 para 3,1:1. O resultado não invalida o ADOS nem demonstra, isoladamente, viés diagnóstico clínico; evidencia que determinados critérios de elegibilidade podem alterar sistematicamente a composição sexual das amostras de pesquisa.

Podesta e Bosman (2026) também observaram que a sub-representação feminina não estava confinada a um único tema de pesquisa. A interpretação desses números, porém, exige cautela: a revisão foi especificamente voltada a pesquisas sobre problemas, diferenças e desafios associados ao autismo ou a traços autísticos em jovens adultos e excluiu, entre outros domínios, estudos de intervenção, neuroimagem, genética e etiologia. Portanto, seus percentuais não devem ser apresentados como proporção de toda a produção científica mundial sobre autismo.

O crescimento recente da representação feminina é necessário, mas não resolve sozinho o problema de seleção. Amostras de mulheres já diagnosticadas podem representar justamente aquelas cuja apresentação foi suficientemente reconhecível para atravessar os critérios e o sistema de saúde. Mulheres ainda não identificadas, ou identificadas apenas após décadas, podem continuar menos representadas. A consequência metodológica é clara: resultados obtidos em amostras diagnosticadas precisam ser generalizados com prudência para mulheres que permanecem fora dos serviços diagnósticos.

3.5. Razão Sexual, Prevalência Observada e Viés de Detecção

A discussão sobre predominância masculina precisa diferenciar prevalência observada de capacidade de detecção. Loomes, Hull e Mandy (2017) realizaram metanálise de 54 estudos epidemiológicos de prevalência, abrangendo 13.784.284 participantes. Desse universo, 53.712 preenchem critérios para TEA, sendo 43.972 meninos e 9.740 meninas. A razão homem:mulher combinada foi 4,20:1 (IC95% 3,84-4,60), com elevada heterogeneidade entre estudos. Nos estudos classificados como de maior qualidade, a razão foi 3,32:1; nos que realizaram rastreamento da população geral independentemente de diagnóstico prévio, 3,25:1; e nos baseados em diagnósticos preexistentes, 4,56:1.

Esses dados referem-se a crianças e não devem ser utilizados como estimativa da razão sexual do autismo em mulheres adultas. Sua relevância para este artigo é metodológica: a diferença entre estudos com rastreamento populacional e aqueles dependentes de diagnósticos previamente existentes mostra que a estratégia de identificação interfere na proporção observada entre os sexos. Os

próprios autores concluíram que, entre crianças que preenchiam critérios para TEA, meninas apresentavam risco desproporcional de não receber diagnóstico clínico (Loomes; Hull; Mandy, 2017).

Em adultos, o problema pode reaparecer por outras vias. Se determinadas mulheres necessitam apresentar maior intensidade de sinais, maior sofrimento ou maior aproximação ao protótipo tradicional para serem encaminhadas, as mulheres que chegam a serviços especializados podem constituir um subconjunto selecionado. Essa possibilidade deve ser tratada como hipótese de viés de seleção, e não como fato universal, porque depende da população, do serviço e do método de recrutamento.

O estudo brasileiro de Gonçalves Garcia et al. (2025) contribui para essa discussão. Em uma amostra transversal de 253 adultos brasileiros formalmente diagnosticados ou autoidentificados como autistas, recrutados sob critério de necessidade mínima de suporte, as medidas globais de características autísticas não diferiram de forma significativa entre mulheres, homens e participantes não binários. As mulheres, contudo, relataram reconhecimento formal mais tardio e maior frequência de diagnósticos psicológicos anteriores. A camuflagem foi mais frequente entre mulheres, mas não explicou de maneira consistente o atraso na suspeita ou no diagnóstico. Como a amostra incluiu participantes autoidentificados e foi recrutada por conveniência, os resultados não devem ser extrapolados como estimativas populacionais.

Esse conjunto de resultados favorece uma formulação clínica menos estereotipada. Em vez de procurar uma lista fixa de 'traços femininos', o profissional deve investigar por quais caminhos uma determinada mulher chegou à vida adulta sem reconhecimento e

verificar se a história desenvolvimental e o funcionamento atual atendem aos critérios diagnósticos. Habilidades cognitivas elevadas, contextos protetivos, interesses socialmente aceitos, menor externalização de problemas, diagnósticos psiquiátricos concorrentes e expectativas de gênero podem participar dessa trajetória, mas nenhum desses fatores deve ser presumido sem evidência individual.

4. POR QUE UMA MULHER FUNCIONAL PODE PERMANECER FORA DO RADAR DIAGNÓSTICO

4.1. Funcionalidade Observável Não Equivale a Ausência de Critérios

A palavra “funcional” é frequentemente utilizada de modo impreciso. Em contexto diagnóstico, ela pode designar independência em determinadas atividades, desempenho cognitivo, capacidade profissional ou ausência de necessidade evidente de apoio permanente. Nenhuma dessas dimensões, isoladamente, responde à pergunta diagnóstica do TEA. Uma pessoa pode possuir linguagem complexa, dirigir, trabalhar, cozinhar, manter relacionamento e ainda apresentar dificuldades persistentes de reciprocidade social, flexibilidade, sensorialidade, comportamento repetitivo ou adaptação a mudanças.

O erro ocorre quando a avaliação parte de uma inferência global: “se consegue realizar atividades complexas, então não pode ser autista”. Essa lógica é incompatível com a natureza dimensional e heterogênea do espectro. O DSM-5-TR admite explicitamente que estratégias aprendidas podem ocultar dificuldades em alguns contextos e que as demandas podem expor o prejuízo de maneira

variável ao longo do desenvolvimento (American Psychiatric Association, 2022).

Na prática, é útil separar pelo menos quatro perguntas: o que a pessoa consegue fazer; em quais condições consegue; quais recursos utiliza para conseguir; e o que acontece quando esses recursos ou condições não estão disponíveis. Essa decomposição evita transformar um resultado adaptativo em conclusão diagnóstica.

4.2. A Assimetria Funcional

Pessoas autistas podem apresentar perfis fortemente assimétricos. Elevada competência em áreas cognitivamente estruturadas pode coexistir com dificuldade importante em situações de ambiguidade social, imprevisibilidade, sobrecarga sensorial ou mudança rápida de contexto. A assimetria é especialmente fácil de perder em pessoas com alto desempenho, porque competências de maior visibilidade social — formação acadêmica, linguagem, trabalho — dominam a impressão clínica.

Essa observação é coerente com estudos de adultos diagnosticados tardiamente, nos quais o reconhecimento frequentemente ocorre não por surgimento tardio das características, mas quando as exigências aumentam, as estratégias anteriores deixam de ser suficientes ou a pessoa finalmente encontra uma explicação capaz de integrar diferentes partes de sua história (Kiehl; Pease; Hackmann, 2024; Nayyar et al., 2025).

5. O PROBLEMA NÃO É APENAS A APRESENTAÇÃO: É TAMBÉM O SISTEMA DE RECONHECIMENTO

Reduzir a diferença diagnóstica a características da própria mulher desloca indevidamente toda a responsabilidade para a paciente. Estudos recentes mostram que profissionais, serviços e instrumentos também participam do processo. Bhargava e Ashwin (2025), em entrevistas com profissionais de saúde do NHS, identificaram vieses centrados em apresentações masculinas, diagnostic overshadowing, falta de treinamento, limitações de recursos e dificuldades sistêmicas como barreiras ao reconhecimento de mulheres autistas.

Khudiakova et al. (2026), em revisão sistemática de métodos mistos envolvendo adultos diagnosticados tardiamente, familiares e clínicos, identificaram barreiras distribuídas entre reconhecimento, tomada de decisão, acesso a serviços, confiança em instrumentos, presença de condições de saúde mental coexistentes e divergências entre usuários e profissionais. A revisão é especialmente importante porque retira o problema de uma explicação individual e o situa em uma interface: a dificuldade surge do encontro entre uma trajetória complexa e um sistema que nem sempre possui serviços, treinamento ou modelos adequados.

Assim, a pergunta correta não é apenas “por que as mulheres são difíceis de diagnosticar?”, formulação que pode naturalizar o problema. É também “por que nossos sistemas são menos sensíveis a determinadas trajetórias femininas?”. Essa mudança de perspectiva permite discutir formação profissional, desenho dos serviços e história dos instrumentos sem negar diferenças individuais reais.

6. QUANDO O SOFRIMENTO RECEBE OUTRO NOME

6.1. Diagnóstico Diferencial Não é Lista de Exclusões

Mulheres autistas adultas podem chegar à avaliação com diagnósticos prévios de ansiedade, depressão, TDAH, transtornos alimentares, TOC, trauma ou transtornos de personalidade. O primeiro cuidado metodológico é não tratar qualquer diagnóstico anterior como “erro”. Condições psiquiátricas e neurodesenvolvimentais podem coexistir, e uma formulação adequada pode conter mais de uma hipótese diagnóstica. O segundo cuidado é não permitir que um diagnóstico previamente estabelecido encerre a investigação do desenvolvimento. Revisão clínica recente sobre diagnóstico diferencial do TEA em adultos enfatiza justamente a necessidade de recuperar início e persistência dos critérios nucleares e examinar sistematicamente condições sobrepostas, incluindo transtornos de personalidade, ansiedade, depressão, TOC e TDAH (Carroll; Thom; McDougale, 2025).

O diagnóstico diferencial exige explicar mecanismos e temporalidade, não apenas reconhecer semelhanças superficiais. Ansiedade social pode coexistir com dificuldades de leitura social ou experiências repetidas de exclusão; comportamentos repetitivos podem assumir funções diferentes no TOC e no autismo; e dificuldades executivas não são específicas de um único transtorno. A pergunta clínica mais útil é qual combinação de hipóteses explica o maior conjunto de fenômenos ao longo do desenvolvimento e quais dados permanecem sem explicação.

6.2. Autismo, Transtorno de Personalidade Borderline e Autolesão

O diferencial entre autismo e transtorno de personalidade borderline (TPB) tornou-se particularmente relevante na literatura

sobre meninas e mulheres. McQuaid, Strang e Jack (2024) discutem como autolesão, instabilidade emocional aparente, experiências interpessoais difíceis e sofrimento intenso podem contribuir para formulações borderline quando diferenças de desenvolvimento social, sensorialidade, interesses, rigidez ou padrões repetitivos não são investigados adequadamente. Há, contudo, dois riscos simétricos: atribuir automaticamente TPB a uma mulher autista por causa de autolesão ou crises emocionais e, no sentido inverso, presumir que todo diagnóstico prévio de TPB em uma mulher posteriormente identificada como autista estava necessariamente errado. Coexistência é possível, e a conclusão depende do padrão completo e da trajetória desenvolvimental.

Powell et al. (2024), em estudo qualitativo com oito mulheres autistas inicialmente diagnosticadas com TPB, destacaram diferenças na experiência de medo de abandono, no significado do tempo sozinho e na função atribuída à autolesão. A amostra pequena não permite generalização epidemiológica, mas reforça uma pergunta clínica essencial: diante de autolesão, é necessário investigar antecedentes, função, temporalidade e relação com conflitos interpessoais, sobrecarga sensorial, estados dissociativos, vergonha, punição ou busca de alívio, em vez de utilizar o comportamento isolado como marcador diagnóstico.

A reconstrução do desenvolvimento permanece decisiva. Quando há evidências consistentes de padrões sociais, sensoriais e repetitivos anteriores ao período de maior sofrimento, esses dados precisam integrar o diferencial. Isso não invalida diagnósticos de personalidade em adolescentes ou adultos nem autoriza reinterpretar retrospectivamente toda crise como manifestação

autística; apenas impede que uma formulação mais tardia apague informações de neurodesenvolvimento clinicamente relevantes.

6.3. Ansiedade e Depressão

Ansiedade e depressão são condições frequentes em adultos autistas e podem constituir a porta de entrada para serviços de saúde mental. Uma revisão sistemática e metanálise especificamente com adultos autistas demonstrou elevada carga de transtornos ansiosos e depressivos e grande heterogeneidade entre estudos, reforçando que essas condições devem ser avaliadas como possíveis comorbidades, e não apenas como diagnósticos concorrentes (Hollocks et al., 2019). A questão diferencial surge quando sintomas internalizantes passam a explicar todo o funcionamento sem investigação de características persistentes do neurodesenvolvimento.

Clinicamente, é necessário separar sintomas nucleares de fenômenos secundários ou coexistentes. Dificuldade com mudança não equivale automaticamente a ansiedade; exaustão após ambientes sensorialmente complexos não equivale automaticamente a depressão; e isolamento pode decorrer de mecanismos distintos. A análise temporal, funcional e contextual ajuda a determinar o que antecede episódios de humor ou ansiedade, o que se modifica com eles e o que permanece estável ao longo da vida (Carroll; Thom; McDougle, 2025).

6.4. O Que os Dados Populacionais Mostram Sobre Diagnósticos Anteriores

A discussão sobre diagnósticos anteriores também dispõe de dados populacionais. Em uma coorte nacional sueca de 72.331 pessoas com

diagnóstico clínico de autismo, das quais 24.110 eram mulheres, Martini et al. (2025) observaram que 54,2% das mulheres e 40,9% dos homens haviam recebido pelo menos um diagnóstico psiquiátrico antes do diagnóstico de autismo. TDAH, transtornos de ansiedade e transtornos depressivos estavam entre os diagnósticos anteriores mais frequentes. Além disso, 28,3% das mulheres e 13,0% dos homens haviam recebido dois ou mais diagnósticos psiquiátricos prévios. Esses resultados descrevem trajetórias assistenciais e não permitem classificar retrospectivamente cada diagnóstico anterior como correto ou equivocado.

Resultados complementares aparecem em estudos baseados em autorrelato. Kentrou et al. (2024), em 1.211 adultos autistas, encontraram que aproximadamente um em cada quatro participantes relatou ao menos um diagnóstico psiquiátrico anterior percebido como equivocado; entre as mulheres, a proporção foi 31,7%, comparada a 16,7% entre os homens. Trata-se de percepção dos participantes, não de reavaliação clínica independente de cada diagnóstico. O achado documenta experiência de possível misdiagnóstico, mas não autoriza afirmar que todos os diagnósticos questionados eram objetivamente incorretos.

Em conjunto, esses resultados sustentam uma formulação mais cuidadosa que o uso isolado da palavra “misdiagnóstico”. Um diagnóstico anterior pode estar correto e coexistir com o TEA; pode ter descrito parcialmente um fenômeno real sem explicar sua origem; pode ter sido provisório em determinada fase do desenvolvimento; ou pode ter sido efetivamente equivocado. A prática clínica precisa distinguir essas trajetórias caso a caso.

Uma metanálise de 2026 acrescenta evidência populacional relevante sobre condições coexistentes em adultos autistas. Brede, Loomes e Mandy (2026), reunindo 34 estudos e 102.201 adultos autistas, encontraram maior risco entre participantes referidos como femininos para ansiedade, transtornos de personalidade, condições relacionadas a trauma e estresse, transtornos bipolares e transtornos alimentares; não observaram diferenças de sexo/gênero para TOC ou TDAH. Os próprios autores alertam que heterogeneidade, práticas diagnósticas e vieses de seleção podem influenciar essas estimativas. Assim, tendências populacionais podem orientar atenção clínica, mas não devem ser convertidas em estereótipos diagnósticos individuais.

6.5. TDAH e Funções Executivas

TDAH e TEA podem coexistir e apresentam sobreposição em dificuldades atencionais, autorregulação e funcionamento executivo. Essa sobreposição impede que desorganização, dificuldade de iniciar tarefas, distração ou hiperfoco sejam tratados como sinais específicos de uma das condições. Estudos comparativos e revisões apontam que medidas executivas isoladas têm capacidade limitada para separar os diagnósticos, e a avaliação deve retornar ao padrão desenvolvimental, à fenomenologia dos sintomas e aos critérios completos de cada transtorno (Carroll; Thom; McDougale, 2025; Waldren et al., 2024).

A diferenciação deve examinar quando as dificuldades surgiram, em quais contextos aparecem, como se relacionam com interesse e motivação, previsibilidade, demandas sociais e sensoriais e quais manifestações são explicadas por cada hipótese. O objetivo não é decidir se uma dificuldade executiva “pertence” ao autismo ou ao

TDAH, mas determinar se os critérios de uma ou de ambas as condições estão presentes e quais mecanismos são mais plausíveis para o funcionamento observado.

6.6. TOC, Trauma e Transtornos Alimentares: Sobreposição Sem Simplificação

No TOC, rituais e repetição podem se assemelhar externamente a padrões restritos e repetitivos do autismo, mas semelhança comportamental não estabelece identidade de mecanismo. O diferencial deve investigar conteúdo, experiência subjetiva, função do comportamento, presença de obsessões e neutralização de ameaça, além da história desenvolvimental. Revisão clínica recente inclui o TOC entre os diferenciais relevantes no adulto e recomenda que a avaliação seja ancorada nos critérios completos, e não apenas na aparência do comportamento (Carroll; Thom; McDougale, 2025).

Trauma adiciona outra camada de complexidade. Pessoas autistas podem vivenciar eventos adversos e apresentar transtorno de estresse pós-traumático, e revisões recentes apontam desafios específicos de avaliação nessa população. Trauma e autismo, portanto, não devem ser organizados como explicações mutuamente excludentes. O raciocínio diferencial precisa estabelecer temporalidade: quais características estavam presentes antes dos eventos traumáticos, quais surgiram posteriormente e como os dois conjuntos de fenômenos podem interagir (Quinton et al., 2026).

Transtornos alimentares também merecem avaliação própria. Em mulheres autistas, a literatura descreve sobreposição entre comportamentos alimentares associados ao autismo e sintomas de

transtornos alimentares, ao mesmo tempo em que ressalta limitações importantes da evidência disponível. Sensibilidades sensoriais podem participar do comportamento alimentar, mas não explicam por si só um transtorno alimentar; da mesma forma, a presença de um transtorno alimentar não constitui evidência de autismo. A avaliação precisa examinar mecanismos, trajetória e critérios específicos de ambas as condições (Schröder et al., 2023).

7. O VALOR DA HISTÓRIA DESENVOLVIMENTAL

O TEA é uma condição do neurodesenvolvimento. Por isso, uma avaliação exclusivamente transversal é estruturalmente limitada. Uma mulher de 25, 35 ou 50 anos pode ter aprendido maneiras eficientes de responder a perguntas sociais, tolerar determinadas situações, escolher ambientes compatíveis com seu perfil e organizar a vida de forma a reduzir dificuldades. O fato de essas estratégias funcionarem no presente não informa como o desenvolvimento ocorreu.

Entrevistas com familiares, documentos escolares, relatos autobiográficos e reconstrução de padrões infantis podem contribuir para identificar continuidade. Entretanto, ausência de lembrança familiar não exclui autismo. Pais podem não ter reconhecido comportamentos como clinicamente relevantes, especialmente quando a criança era obediente, tinha bom desempenho escolar ou não gerava problemas externos.

A história também evita erros produzidos por “efeito de estado”. Uma crise depressiva, período de trauma ou fase de exaustão pode alterar temporariamente a expressão de comportamentos. A

avaliação longitudinal permite distinguir características persistentes de mudanças relacionadas a episódios psiquiátricos.

8. VINHETA CLÍNICA COMPOSTA: QUANDO O DESEMPENHO OCULTA A PERGUNTA DIAGNÓSTICA

A vinheta a seguir é uma composição didática construída para integrar, em sequência clínica, os problemas discutidos nas seções anteriores. Não corresponde a paciente específico, não reproduz prontuário, não preserva cronologia individual e não deve ser lida como relato de caso. Características foram combinadas, modificadas e generalizadas exclusivamente para ilustrar como competência acadêmica, profissional e social pode ser utilizada, de modo inadequado, como argumento informal contra a investigação de autismo em mulheres adultas. Nenhum elemento isolado da composição estabelece diagnóstico; sua função é mostrar como história desenvolvimental, contexto, mecanismos e hipóteses concorrentes precisam ser integrados.

8.1. Primeiro Momento: Sofrimento Anterior e Hipótese de Neurodesenvolvimento

No primeiro momento da composição, a mulher chega ao atendimento com uma história de sofrimento emocional previamente enquadrada por diagnósticos psiquiátricos. Parte dessas formulações pode ter sido clinicamente válida e continuar relevante. Entretanto, a evolução revela dificuldades que antecedem os episódios de maior sofrimento e atravessam diferentes fases da vida. A investigação passa, então, a separar duas perguntas: quais manifestações pertencem a condições psiquiátricas coexistentes e

quais podem refletir um padrão de neurodesenvolvimento anterior e mais estável?

Relatos de sensorialidade, necessidade de organização, desconforto com mudanças e dificuldades sociais ganham relevância apenas quando são investigados em conjunto e comparados com o desenvolvimento. O objetivo não é colecionar “traços de autismo”, mas verificar se existe um padrão persistente compatível com os critérios e se outras hipóteses explicam melhor os mesmos fenômenos. Essa distinção protege tanto contra o falso negativo produzido pelo estereótipo quanto contra a confirmação precipitada.

8.2. Segundo Momento: Reconstrução da Infância e Fontes Colaterais

A reconstrução desenvolvimental acrescenta informações que não haviam ocupado lugar central nas formulações anteriores: seletividades sensoriais, apego a rotinas ou objetos, repetição, interesses intensos, forte adesão a regras e uma infância descrita como “tranquila” justamente porque não produzia problemas externos importantes. Esse é um ponto crítico. Bom desempenho escolar e obediência podem reduzir encaminhamentos, embora não esclareçam a qualidade da reciprocidade social, a flexibilidade ou a experiência sensorial da criança.

A avaliação também pode explorar brincadeiras, imaginação, interesses, amizades e compreensão de regras implícitas. Algumas mulheres recordam preferências por brincadeiras altamente organizadas, interesses de grande intensidade ou sensação de diferença em relação aos pares; outras não apresentam esse padrão.

O raciocínio não depende de uma característica “tipicamente feminina”. Depende de verificar se diferentes elementos formam uma configuração coerente com o desenvolvimento e com o funcionamento atual.

Fontes colaterais podem acrescentar informações sobre amizades, seletividade, rotinas, desenvolvimento de linguagem, interesses e adaptação escolar, mas não devem ser tratadas como padrão-ouro infalível. Familiares podem não recordar experiências internas ou comportamentos que nunca foram considerados problemáticos. Divergências entre autorrelato e memória familiar devem ser examinadas, não automaticamente resolvidas em favor de uma única fonte.

8.3. Terceiro Momento: Alto Desempenho e Dependência de Contexto

Na terceira etapa da vinheta, a mulher mantém formação ou trabalho de alta exigência e recebe reconhecimento por sua competência. Esse desempenho oferece um teste direto à falsa premissa de que capacidade elevada excluiria TEA. Paralelamente, ela descreve necessidade de previsibilidade, dificuldade de filtragem auditiva, impacto de alterações súbitas de rotina e preferência por formas estruturadas de aprendizagem e tomada de decisão. O desempenho permanece alto, mas não é uniforme entre contextos.

Em situações sociais, a personagem pode perceber que reduzir determinadas demandas simultâneas - por exemplo, contato visual contínuo enquanto processa instruções complexas - melhora compreensão e organização. Em ambientes com várias pessoas falando ao mesmo tempo, precisa priorizar deliberadamente

estímulos. Esses exemplos ilustram uma distinção central: o observador registra o resultado final; a avaliação clínica precisa investigar também o processo pelo qual esse resultado é alcançado.

Adaptações ambientais - como redução de ruído, organização do espaço, previsibilidade e possibilidade de controlar certos estímulos - podem melhorar o funcionamento. Esse efeito não é específico de autismo e não deve ser usado como teste. Seu valor está em demonstrar que funcionalidade é relacional: depende da interação entre características individuais, demandas ambientais e recursos disponíveis.

8.4. Quarto Momento: Sucesso Profissional Não Encerra a Investigação

A personagem conclui formação, ingressa em atividade profissional e amplia autonomia. Se a avaliação fosse baseada apenas em competência ocupacional, esse período poderia ser usado como argumento para encerrar a investigação. Entretanto, crescimento profissional não modifica retroativamente a história do desenvolvimento nem transforma trabalho em critério de exclusão. A questão continua sendo se o conjunto dos critérios está ou não presente e qual impacto funcional existe em diferentes contextos.

Essa coexistência é o núcleo da vinheta. A mulher não se torna menos competente porque apresenta dificuldade em determinados ambientes; tampouco a presença de dificuldades transforma competência em aparência falsa. O perfil pode ser assimétrico. Em contextos estruturados e tecnicamente significativos, a capacidade é elevada; em situações socialmente ambíguas, sensorialmente

densas ou imprevisíveis, a necessidade de apoio ou adaptação pode aumentar.

8.5. Quinto Momento: A Invalidação Explícita Pela Funcionalidade

Por fim, a personagem escuta de alguém - inclusive de um profissional - que “não parece autista” porque trabalha, conversa bem, mantém relações e administra a própria vida. A frase condensa um raciocínio clinicamente problemático: autonomia global é utilizada como substituto informal dos critérios diagnósticos. Uma avaliação adequada não deve responder a esse erro com a afirmação oposta de que toda pessoa muito adaptada e sensorialmente sensível seja autista; deve retornar à história desenvolvimental, aos critérios e ao diagnóstico diferencial.

Em outro contexto, a mesma mulher pode necessitar sair de um ambiente muito ruidoso, reorganizar uma atividade diante de mudança inesperada ou pedir instruções mais explícitas. Esses episódios isolados não são “provas de autismo”. Sua relevância está em mostrar por que uma avaliação não pode inferir funcionamento global a partir de uma única dimensão visível. A competência observada e a necessidade contextual de apoio podem coexistir sem contradição.

A lição clínica da composição é que funcionalidade precisa ser decomposta por domínio. Uma pessoa pode apresentar autonomia financeira, profissional e intelectual e, simultaneamente, necessitar acomodações sensoriais, previsibilidade, comunicação mais explícita ou estratégias específicas em certos contextos. O diagnóstico não mede mérito, inteligência ou independência; ele descreve um padrão de neurodesenvolvimento e suas repercussões. A conclusão

diagnóstica, positiva ou negativa, exige integração de evidências, não estereótipos.

9. NÃO CRIAR UM NOVO ESTEREÓTIPO DE “AUTISMO FEMININO”

A correção do viés histórico não deve produzir outro erro: transformar “autismo feminino” em checklist rígido. Mulheres autistas não constituem grupo homogêneo. Algumas apresentam elevada sociabilidade; outras, isolamento importante. Algumas têm interesses facilmente reconhecidos como restritos; outras possuem interesses que parecem socialmente comuns, mas se diferenciam por intensidade, função ou organização. Algumas utilizam estratégias explícitas de adaptação social; outras não.

Gonçalves Garcia et al. (2025), em estudo com adultos autistas brasileiros, observaram diferenças na trajetória diagnóstica e na camuflagem, mas não sustentam a ideia de duas categorias separadas de autismo. Estudos contemporâneos enfatizam heterogeneidade e alertam contra assumir que uma característica seja exclusiva de mulheres.

Uma revisão sistemática guarda-chuva publicada em 2026 reforça essa cautela. Ao sintetizar 34 revisões sistemáticas, metanálises e revisões de escopo sobre diferenças de sexo/gênero em características autísticas, Gundeslioglu et al. (2026) não encontraram evidência conclusiva de diferenças em comunicação social, amizades e vários outros domínios; observaram evidência de menos comportamentos restritos e repetitivos e maior uso de camuflagem entre participantes do sexo/gênero feminino, embora a camuflagem também ocorresse entre participantes masculinos. Os autores destacam ainda que parte das diferenças observadas pode refletir

padrões de sexo/gênero presentes na população geral, e não características específicas do autismo. Esses resultados favorecem uma leitura dimensional e heterogênea, em vez da construção de um protótipo feminino único.

Portanto, a utilidade clínica do debate sobre sexo/gênero está em ampliar sensibilidade diagnóstica, não em substituir um protótipo masculino por um protótipo feminino igualmente estreito.

10. IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A literatura recente converge em um ponto: reconhecimento de autismo em mulheres adultas exige formação específica. Não significa formar profissionais para “caçar” autismo em toda mulher com ansiedade ou sofrimento, mas para reconhecer quando a hipótese de neurodesenvolvimento merece ser investigada e como conduzir diferencial rigoroso.

A formação deve incluir, no mínimo: heterogeneidade do espectro; diferenças entre desempenho observável e funcionamento contextual; limites de inferências baseadas em contato visual, linguagem ou profissão; desenvolvimento feminino ao longo da vida; diagnóstico diferencial com humor, ansiedade, TDAH, TOC, trauma e transtornos de personalidade; uso criterioso de instrumentos; e importância de fontes colaterais.

Bhargava e Ashwin (2025) identificaram falta de treinamento como barreira relatada pelos próprios profissionais. Khudiakova et al. (2026) mostraram que até clínicos experientes podem enfrentar incertezas, serviços escassos e tensão entre critérios, instrumentos e relato vivido. A resposta, portanto, não é abandonar rigor diagnóstico, mas

aumentar o rigor: ampliar história, contexto, hipóteses alternativas e observação longitudinal.

10.1. O Que Profissionais Relatam Como Barreira

O estudo de Bhargava e Ashwin (2025) é particularmente útil porque examinou diretamente a perspectiva profissional. Onze profissionais de saúde do NHS relataram barreiras como vieses associados a apresentações masculinas, obscurecimento diagnóstico (diagnostic overshadowing), falta de treinamento e limitações de recursos. Como facilitadores, foram descritas maior consciência da heterogeneidade do autismo e uma abordagem mais integrada. Por ser um estudo qualitativo com amostra pequena e contextualizada no sistema britânico, seus resultados oferecem categorias explicativas, não estimativas de frequência para todos os serviços de saúde.

Esses resultados convergem com a revisão de Khudiakova et al. (2026), que sintetizou estudos qualitativos e quantitativos sobre barreiras ao diagnóstico de autismo na vida adulta e ao suporte pós-diagnóstico a partir das perspectivas de adultos autistas, familiares e clínicos. A revisão identificou barreiras recorrentes relacionadas ao reconhecimento da necessidade de avaliação, navegação pelos serviços, confiança em instrumentos e critérios, conhecimento profissional, disponibilidade de serviços e fatores financeiros e sistêmicos. As barreiras foram descritas como múltiplas e interdependentes, com diferenças entre as perspectivas dos grupos envolvidos.

Uma revisão narrativa de 2025 especificamente voltada às necessidades educacionais de profissionais de saúde discutiu como

modelos diagnósticos historicamente centrados em homens, condições psiquiátricas coexistentes e camuflagem podem contribuir para sub-reconhecimento em mulheres e defendeu treinamento clínico mais sensível à heterogeneidade das apresentações (Gellert et al., 2025). Por se tratar de revisão narrativa, esse trabalho deve ser utilizado como síntese e proposta educacional, e não como estimativa quantitativa da magnitude do subdiagnóstico.

Treinamento, porém, deve evitar efeito pendular. Sensibilizar para mulheres autistas não significa reduzir limiar diagnóstico ou transformar ansiedade, introversão, trauma ou perfeccionismo em evidência de TEA. O objetivo é eliminar critérios informais de exclusão e melhorar diagnóstico diferencial. Em outras palavras, formação específica deve aumentar tanto a capacidade de reconhecer autismo quanto a capacidade de concluir justificadamente que ele não está presente.

10.2. Instrumentos: Apoio à Decisão, Não Decisão Automática

Instrumentos padronizados são essenciais em muitos contextos, mas sua interpretação depende da população, do objetivo e da qualidade da história clínica. Uma pontuação abaixo de um ponto de corte não apaga informação desenvolvimental robusta; da mesma forma, uma pontuação elevada em instrumento de rastreio não confirma diagnóstico. Essa distinção é especialmente importante em adultas verbalmente fluentes, nas quais comportamentos observáveis durante uma sessão estruturada podem não reproduzir dificuldades de contextos cotidianos.

Dados recentes também recomendam precisão ao discutir possível viés instrumental. Yu et al. (2026) analisaram o funcionamento diferencial de itens do ADOS Módulo 3 em 813 participantes de 5 a 19 anos. Seis itens apresentaram funcionamento diferencial por sexo, mas o impacto agregado estimado sobre o escore total foi pequeno, cerca de 0,41 ponto, e considerado improvável de alterar isoladamente a classificação do ADOS. Como a amostra é infantojuvenil, o estudo não deve ser extrapolado diretamente para mulheres adultas; sua contribuição é mostrar que diferenças em itens específicos podem coexistir com efeito global pequeno, reforçando que instrumentos precisam ser interpretados no conjunto da avaliação, sem serem descartados nem tratados como decisão automática.

A solução não é abandonar instrumentos em favor de impressão clínica livre. Pelo contrário: é combinar instrumentos, entrevista aprofundada, dados colaterais, observação, história escolar e ocupacional e análise diferencial. Quanto maior a possibilidade de uma apresentação atípica, maior deve ser a triangulação de fontes.

11. SÍNTESE APLICADA: ROTEIRO CLÍNICO PARA EVITAR EXCLUSÕES INDEVIDAS

1. Não usar marcadores sociais como critérios de exclusão.

Trabalhar, estudar, casar, ter filhos, manter amigos, conversar fluentemente ou realizar contato visual não descartam TEA.

2. Reconstruir desenvolvimento. Investigar infância, adolescência, brincadeiras, amizades, interesses, sensorialidade, rotinas, linguagem pragmática, padrões repetitivos e respostas a mudanças.

3. **Decompor funcionalidade.** Perguntar o que a pessoa faz, em quais contextos, com quais apoios, qual grau de previsibilidade é necessário e onde surgem falhas ou custo.
4. **Investigar mecanismos, não apenas sintomas.** Ansiedade, isolamento, rituais, autolesão e exaustão possuem múltiplas explicações possíveis.
5. **Tratar comorbidade e diferencial como processos simultâneos.** A presença de depressão, ansiedade, TOC, TDAH, trauma ou transtorno de personalidade não exclui autismo.
6. **Não absolutizar instrumentos.** Escalas e entrevistas padronizadas organizam evidências, mas não substituem julgamento clínico integrado.
7. **Buscar coerência longitudinal.** A hipótese mais robusta é aquela que explica o maior conjunto de fenômenos através do desenvolvimento e dos contextos.
8. **Examinar resposta a adaptações.** Melhora com redução de ruído, previsibilidade, organização ambiental ou ajustes comunicacionais pode fornecer informação funcional importante, embora não seja diagnóstico por si só.

12. DISCUSSÃO

A dificuldade de diagnosticar mulheres adultas funcionalmente independentes é um problema de reconhecimento, não uma prova de que o autismo “feminino” seja necessariamente mais leve. A literatura histórica mostra que a preocupação com meninas sub-reconhecidas não é nova, mas a investigação adulta cresceu

sobretudo nas últimas duas décadas. O aumento da produção científica não eliminou o viés: estudos recentes ainda documentam sub-representação feminina, barreiras de acesso e formação profissional insuficiente.

O ponto conceitual mais importante é separar capacidade de critério diagnóstico. A paciente que trabalha pode ser autista; a paciente que não trabalha pode não ser. A profissão informa funcionalidade em um domínio, não define a presença ou ausência do TEA. O mesmo vale para linguagem, maternidade, casamento e contato visual. A avaliação deve retornar aos critérios e à história de desenvolvimento.

Também é necessário abandonar explicações monocausais. A camuflagem social pode contribuir para a invisibilidade de algumas pessoas, mas não explica sozinha por que mulheres são sub-reconhecidas. O estudo brasileiro de Gonçalves Garcia et al. (2025), por exemplo, encontrou maior camuflagem em mulheres sem que essa variável explicasse de forma consistente o atraso na identificação. Modelos de reconhecimento, expectativas de gênero, diagnósticos coexistentes, barreiras de acesso e características dos instrumentos também precisam ser considerados.

Essa distinção é compatível com evidência adulta recente sobre o próprio processo avaliativo. Tassone et al. (2026), em levantamento de métodos mistos com 141 adultos autistas e 41 clínicos experientes em diagnóstico de adultos, encontraram concordância de que a camuflagem pode influenciar avaliações, inclusive a interpretação de instrumentos e as perguntas realizadas durante a entrevista. Adultos autistas também descreveram a camuflagem como possível barreira ao reconhecimento. O achado sustenta investigar

diretamente estratégias de camuflagem e suas consequências, mas não demonstra que elas sejam causa única ou suficiente do atraso diagnóstico.

O diferencial com TPB ilustra bem o risco de simplificação. Autolesão e desregulação emocional não pertencem exclusivamente a uma condição. Em uma adolescente, podem surgir em contextos distintos e por mecanismos distintos. Sem reconstrução de desenvolvimento, uma formulação de personalidade pode tornar invisíveis características autísticas prévias. Por outro lado, revisar criticamente um diagnóstico antigo não significa apagá-lo sem evidências.

A vinheta clínica composta reforça um princípio prático: alto desempenho pode coexistir com dificuldades específicas e clinicamente relevantes. Por ser uma composição didática, ela não fornece evidência empírica e não representa a trajetória de uma pessoa. Sua função é explicitar o erro lógico examinado neste artigo: utilizar sucesso acadêmico, profissional ou relacional como se fosse critério informal de exclusão do TEA. Isso desloca o debate de “ela consegue?” para “como funciona, em quais contextos, desde quando esse padrão existe e quais hipóteses explicam melhor a trajetória?”.

Para a prática psicológica, a principal implicação é abandonar triagens baseadas em estereótipos. O desafio não é ampliar indiscriminadamente diagnósticos, mas reduzir falsos negativos produzidos por critérios informais que não existem no DSM-5-TR ou na CID-11. Uma avaliação rigorosa pode concluir por autismo, por outro diagnóstico, por comorbidade ou por ausência de TEA. O que

não pode fazer é concluir contra o autismo simplesmente porque a pessoa é competente.

13. LIMITAÇÕES

Este artigo é uma revisão narrativa, não sistemática, e a seleção das fontes foi orientada pela relevância clínica e histórica. Portanto, não permite estimar magnitude de risco diagnóstico nem prevalência de diagnósticos equivocados. A literatura sobre mulheres autistas também permanece marcada por amostras de países de alta renda, pessoas brancas, indivíduos verbalmente fluentes e participantes sem deficiência intelectual, limitando generalizações.

A natureza não sistemática da seleção bibliográfica também implica possibilidade de viés de seleção da literatura. A priorização de revisões, estudos diretamente relacionados ao problema e fontes recentes reduz, mas não elimina, esse risco; por isso, as conclusões devem ser entendidas como síntese crítica orientada à prática, e não como estimativa exaustiva da totalidade da evidência disponível.

A vinheta clínica é uma composição didática e não corresponde a paciente específico. Ela não deve ser utilizada como evidência de prevalência, causalidade ou especificidade, e nenhum de seus elementos isolados constitui marcador exclusivo de autismo. Seu valor é pedagógico: demonstrar como dados desenvolvimentais, funcionais e diferenciais podem ser organizados sem transformar desempenho observável em critério diagnóstico.

Por fim, sexo, gênero e identidade de gênero não são variáveis intercambiáveis. Estudos históricos frequentemente utilizaram classificações binárias e não reportaram adequadamente

participantes trans e não binários. A literatura atual precisa ampliar representação e precisão conceitual.

14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico tardio de autismo em mulheres adultas não pode ser explicado por uma única característica. Trata-se de um fenômeno produzido pela interação entre heterogeneidade clínica, história da própria ciência do autismo, expectativas de gênero, comorbidades, trajetórias psiquiátricas anteriores, funcionamento contextual e capacidade dos serviços de reconhecer apresentações que não correspondem ao protótipo tradicional.

A mulher que conclui uma graduação, trabalha, mantém relação afetiva, cozinha, dirige, cuida de filhos ou conversa com fluência não está automaticamente fora do espectro. Esses dados descrevem realizações e competências. O diagnóstico exige outra pergunta: há um padrão persistente de neurodesenvolvimento compatível com os critérios, presente desde fases precoces e associado a diferenças ou dificuldades clinicamente relevantes ao longo da vida?

Da mesma forma, sofrimento ansioso, depressivo, obsessivo ou relacionado à personalidade não deve ser automaticamente convertido em autismo. O objetivo de uma avaliação qualificada é justamente sustentar hipóteses concorrentes, integrar comorbidades e identificar qual formulação explica melhor a trajetória.

Para mulheres adultas funcionalmente independentes, uma mudança simples de pergunta pode melhorar a clínica: não perguntar apenas “ela consegue?”, mas “como consegue, em quais condições, desde quando funciona dessa maneira e o que

permanece sem explicação?”. Essa mudança não reduz o rigor diagnóstico. Ela o aumenta.

DECLARAÇÕES ÉTICAS E DE TRANSPARÊNCIA

Conflito de interesses: o autor declara não haver conflito de interesses relacionado ao conteúdo deste manuscrito.

Financiamento: o manuscrito não recebeu financiamento específico.

Uso de material clínico: as vinhetas deste manuscrito são composições didáticas sem correspondência com pacientes específicos e não constituem relatos de caso, análise de prontuários ou apresentação de dados clínicos individualizados. Não são reproduzidos nomes, datas, locais, profissões específicas, falas literais ou trajetórias identificáveis de pacientes.

Uso de inteligência artificial: ferramenta de inteligência artificial generativa foi utilizada como apoio editorial para organização estrutural, revisão linguística e verificação de consistência. O autor manteve responsabilidade integral pela argumentação, interpretação clínica, seleção das fontes, conferência dos dados bibliográficos e versão final. A ferramenta não foi utilizada para produzir dados empíricos nem para substituir julgamento profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

BARGIELA, S.; STEWARD, R.; MANDY, W. The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: an investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 46, p. 3281-3294, 2016. DOI: 10.1007/s10803-016-2872-8.

BHARGAVA, A.; ASHWIN, C. Barriers and facilitators towards an autism diagnosis for females within healthcare: a thematic analysis of interviews with UK healthcare professionals. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 121-122, art. 202547, 2025. DOI: 10.1016/j.reia.2025.202547.

BREDE, J.; LOOMES, R.; MANDY, W. Sex/Gender Differences in Co-occurring Neurodevelopmental and Mental Health Conditions of Autistic Adults: a Systematic Review and Meta-analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2026. DOI: 10.1007/s40489-026-00562-0.

CARROLL, H. M.; THOM, R. P.; MCDOUGLE, C. J. The differential diagnosis of autism spectrum disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, v. 25, n. 6, p. 635-648, 2025. DOI: 10.1080/14737175.2025.2490533.

D'MELLO, A. M.; FROSCH, I. R.; LI, C. E.; CARDINAUX, A. L.; GABRIELI, J. D. E. Exclusion of females in autism research: empirical evidence for a “leaky” recruitment-to-research pipeline. *Autism Research*, v. 15, n. 10, p. 1929-1940, 2022. DOI: 10.1002/aur.2795.

GELLERT, B.; OSTROWSKI, J.; PINKAS, J.; RELIGIONI, U. Underdiagnosed and misunderstood: clinical challenges and educational needs of healthcare professionals in identifying autism

spectrum disorder in women. Behavioral Sciences, v. 15, n. 8, art. 1073, 2025. DOI: 10.3390/bs15081073.

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, 2025. DOI: 10.1089/aut.2024.0150.

GUNDESLIOGLU, H.; GRAY, K. M.; HEWITT, O. M.; LANGDON, P. E. Are There Sex or Gender Differences in Autistic Characteristics? An Umbrella Systematic Review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2026. DOI: 10.1007/s10803-026-07484-0.

HALLADAY, A. K. et al. Sex and gender differences in autism spectrum disorder: summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. Molecular Autism, v. 6, art. 36, 2015. DOI: 10.1186/s13229-015-0019-y.

HOLLOCKS, M. J.; LERH, J. W.; MAGIATI, I.; MEISER-STEDMAN, R.; BRUGHA, T. S. Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine, v. 49, n. 4, p. 559-572, 2019. DOI: 10.1017/S0033291718002283.

KENTROU, V.; LIVINGSTON, L. A.; GROVE, R.; HOEKSTRA, R. A.; BEGEER, S. Perceived misdiagnosis of psychiatric conditions in autistic adults. eClinicalMedicine, v. 71, art. 102586, 2024. DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102586.

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. 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.

KOPP, S.; GILLBERG, C. Girls with social deficits and learning problems: autism, atypical Asperger syndrome or a variant of these conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 1, p. 89-99, 1992. DOI: 10.1007/BF02091791.

LAI, M.-C. et al. A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PLoS ONE*, v. 6, n. 6, e20835, 2011. DOI: 10.1371/journal.pone.0020835.

LAI, M.-C.; LOMBARDO, M. V.; AUYEUNG, B.; CHAKRABARTI, B.; BARON-COHEN, S. Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 54, n. 1, p. 11-24, 2015. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.10.003.

LEEDHAM, A.; THOMPSON, A. R.; SMITH, R.; FREETH, M. "I was exhausted trying to figure it out": the experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism*, v. 24, n. 1, p. 135-146, 2020. DOI: 10.1177/1362361319853442.

LOOMES, R.; HULL, L.; MANDY, W. P. L. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 56, n. 6, p. 466-474, 2017. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.03.013.

MARTINI, M. I.; KUJA-HALKOLA, R.; BUTWICKA, A.; DU RIETZ, E.; KANINA, A.; BRIKELL, I.; CHANG, Z.; LARSSON, H.; LICHTENSTEIN, P.; BÖLTE, S.; HAPPÉ, F.; TAYLOR, M. J. Sex differences in psychiatric diagnoses preceding autism diagnosis and their stability post autism diagnosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 66, n. 8, p. 1170-1181, 2025. DOI: 10.1111/jcpp.14130.

MCQUAID, G. A.; STRANG, J. F.; JACK, A. Borderline personality as a factor in late, missed, and mis-diagnosis in autistic girls and women: a conceptual analysis. *Autism in Adulthood*, v. 6, n. 4, p. 401-427, 2024. DOI: 10.1089/aut.2023.0034.

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.

PODESTA, L. M.; BOSMAN, A. M. T. Gender bias in autism research on young adults: a scoping review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2026. DOI: 10.1007/s40489-026-00546-0.

POWELL, T.; PARKER, J.; KITSON, H.; ROGALEWSKI, M. "It was like the final piece in the puzzle for me": a qualitative study on the experiences of autistic women initially diagnosed with borderline personality disorder. *Autism in Adulthood*, v. 6, n. 4, p. 428-437, 2024. DOI: 10.1089/aut.2023.0031.

QUINTON, A. M. G.; ALI, D.; DANESE, A.; HAPPÉ, F.; RUMBALL, F. The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in autistic people: a systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 13, n. 1, p. 110-144, 2026. DOI: 10.1007/s40489-024-00430-9.

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.

SCHRÖDER, S. S.; DANNER, U. N.; SPEK, A. A.; VAN ELBURG, A. A. Exploring the intersection of autism spectrum disorder and eating disorders: understanding the unique challenges and treatment considerations for autistic women with eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 36, n. 6, p. 419-426, 2023. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000894.

TASSONE, A. U.; ANDRZEJEWSKI, T.; BREITENFELDT, K. E.; MILLER, M.; MCDONNELL, C. G. Autistic and clinician perspectives on the influence of camouflaging in adult autism assessments. *Research in Autism*, v. 131, art. 202788, 2026. DOI: 10.1016/j.reia.2026.202788.

WALDREN, L. H.; LEUNG, F. Y. N.; HARGITAI, L. D.; BURGOYNE, A. P.; LICERALDE, V. R. T.; LIVINGSTON, L. A.; SHAH, P. Unpacking the overlap between autism and ADHD in adults: a multi-method approach. *Cortex*, v. 173, p. 120-137, 2024. DOI: 10.1016/j.cortex.2023.12.016.

WING, L. Sex ratios in early childhood autism and related conditions. *Psychiatry Research*, v. 5, n. 2, p. 129-137, 1981. DOI: 10.1016/0165-1781(81)90043-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Geneva: World Health Organization, 2026. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/en>. Acesso em: 27 ago. 2026.

YU, Y. Y. et al. The Under-Identification of Autism in Females: A Review and Analysis of Sex-Based Scoring Differences Observed in Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) Module 3. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2026. DOI: 10.1007/s10803-026-07253-z.

¹ Psicólogo (CRP 07/40793). Bacharel em Psicologia, Direito, Serviço Social e Administração Pública; licenciado em Filosofia; tecnólogo em Gestão Pública, Mediação e Investigação Forense e Perícia Criminal. Pós-graduação lato sensu em Neuropsicologia, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Análise do Comportamento Aplicada (ABA), Direitos Humanos e Ressocialização, Direito Penal e Processual Penal Aplicado, Direito Educacional e Gestão Escolar e Gerenciamento de Projetos no Setor Público.