

EDIÇÃO
ESPECIAL

EM HOMENAGEM
AO DIA
INTERNACIONAL
DA LUTA PELA
SAÚDE DA
MULHER

MAIO | 2026



RECADO DE NOSSOS EDITORES

Prezados leitores,

Nesta edição especial da SBNp News, escolhemos voltar o olhar para a saúde da mulher não apenas como pauta social, mas como compromisso científico. Durante muito tempo, as experiências femininas foram sub-representadas na produção científica, na construção dos critérios diagnósticos e nas práticas em saúde mental e neuropsicologia. Isso contribuiu para invisibilizações importantes, diagnósticos tardios e interpretações reducionistas sobre o sofrimento de mulheres em diferentes contextos de vida.

Falar sobre TDAH, TEA, violência doméstica, ciclo menstrual, gestação e puerpério sob a perspectiva da neuropsicologia é reconhecer que fatores biológicos, sociais, culturais e emocionais atravessam o funcionamento cognitivo e a saúde mental feminina de maneira complexa. Mais do que produzir informação, esta edição busca provocar reflexão crítica, ampliar repertórios clínicos e incentivar práticas mais sensíveis, atualizadas e cientificamente fundamentadas.

Escolhemos fazer desta uma edição corajosa. Corajosa por abordar temas historicamente minimizados, por questionar lacunas da ciência e por reafirmar a importância das mulheres na construção da neuropsicologia brasileira, representadas aqui, simbolicamente, pela homenagem à Dra. Déborah Azambuja, única fundadora viva da SBNp. Que esta leitura seja, acima de tudo, um convite ao aprofundamento, à escuta e à transformação da prática clínica.

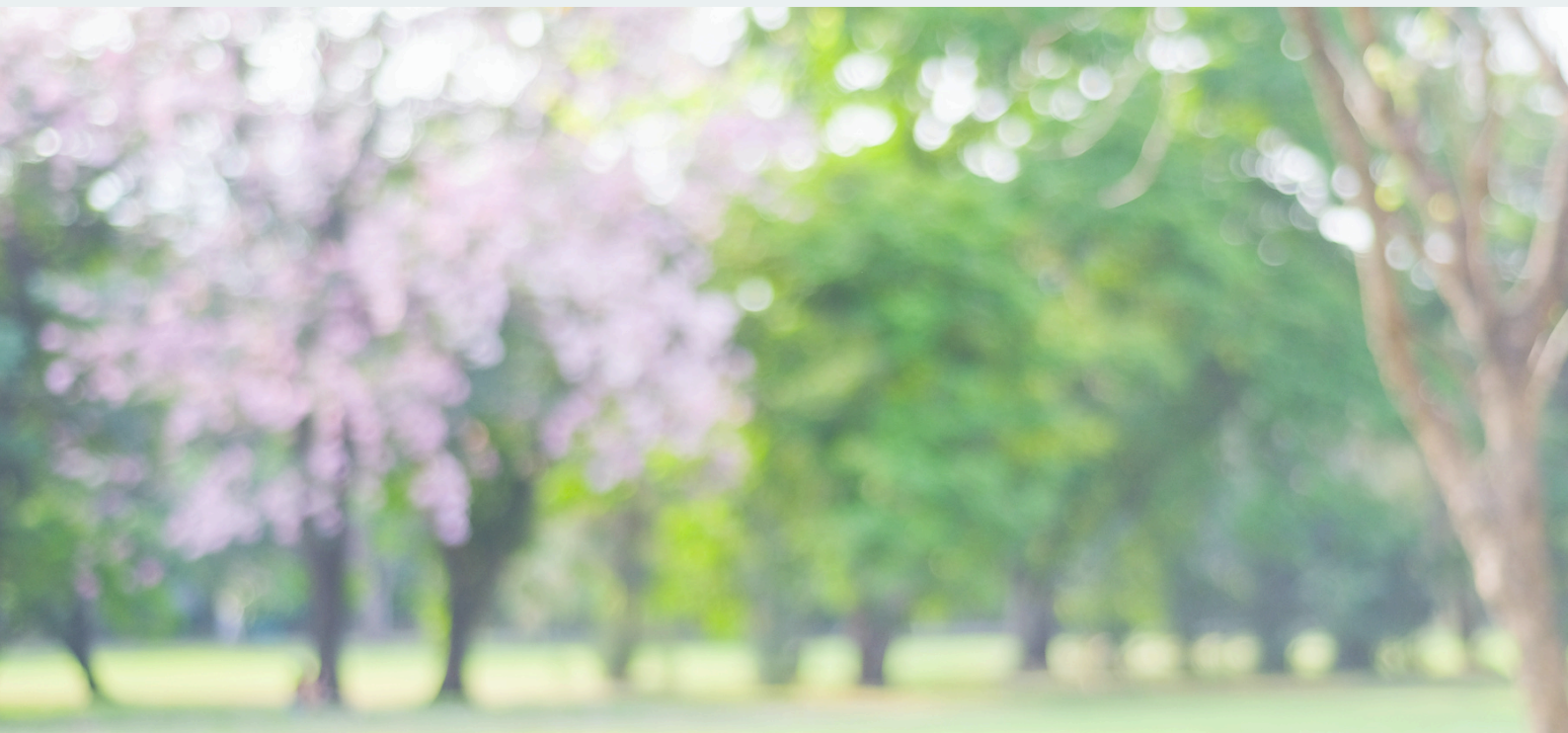
**Desejamos a todos uma
boa leitura!**

Abraços,

**Thays Tannure
Isabela Helsdingen Espezin
Maithe Thomé da Cruz Bunn**



SUMÁRIO

- 05 DICA PARA ESPECIALISTAS: O QUE NÃO TE DIZEM SOBRE O TDAH EM MULHERES**
 - 07 MITOS E VERDADES: ALTERAÇÕES COGNITIVAS DURANTE O CICLO MENSTRUAL**
 - 09 CLÍNICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: REPERCUSSÕES NEUROPSICOLÓGICAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**
 - 11 DICAS DOS ESPECIALISTAS: TEA EM MULHERES: UM OLHAR PARA AS COMORBIDADES**
 - 15 CURIOSIDADES SOBRE NEUROPSICOLOGIA: DESVENDANDO O PREGNANCY BRAIN: EFEITOS NEUROPSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ NO PRÉ E PÓS PARTO**
 - 18 POR DENTRO DA ABNp: MULHERES NA SAÚDE: COM DÉBORAH AZAMBUJA**
- 



NOSSA EQUIPE DE EDITORES

ISABELA HELSDINGEN | EDITORA CHEFE



THAYS TANNURE | EDITORA ASSISTENTE

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA

Presidente

Beatriz Bittencourt Granjo

Vice-presidente

Maicon Rodrigues Albuquerque

Secretaria

Giulia Moreira Paiva

Tesouraria

Annelise Júlio-Costa

Conselho Deliberativo

Natália Martins Dias
Ana Luiza Rodrigues da Costa
Rodrigo Flores Sartori
Antônio Geraldo da Silva

Conselho Fiscal

Caroline Cardoso
Mônica de Souza Kerr

Comitê científico

Rochele Paz Fonseca
Tatiana Pontrelli Mecca
Camila Barbosa Riccardi León

Brazilian Neuropsychological Academy (ABNp)

Leandro Malloy Diniz
Deborah Azambuja

SBNp JOVEM

Presidente

Victoria Guinle

Vice-presidente

Caetano Schmidt Gundlach Knop
Máximo

Secretaria

João Victor Messias
Gabriella Polazzi

Equipe editorial

Isabela Helsdingen Espezin
Thays Tennure

EXPEDIENTE DO SBNp NEWS

Editor chefe

Isabela Helsdingen Espezin

Editora assistente

Thays Tannure

Projeto Gráfico e Editoração

Maithe Thomé da Cruz Bunn
Victoria Guinle

Comitê de apoio SBNp Jovem selecionados pelo Edital

Aline Busch Czarnobai
Amanda Douat Cardoso
Amanda Gorziza da Silva
Ana Carolina Cândida Maia Ferreira
Anáthia Pereira dos Santos
Andressa Aguiar
Clara de Paula Gomes
Claudio Sausen Mallmann
Evellyn Millene Alves Camelo
Lys Malloy-Diniz
Maithe Thomé da Cruz Bunn
Milena Groetares Rosa

O QUE NÃO TE DIZEM SOBRE O TDAH EM MULHERES

Aline Busch

Décadas de pesquisa consolidaram o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como um transtorno predominantemente masculino. Não porque os dados epidemiológicos assim o determinem, mas porque os critérios diagnósticos foram calibrados a partir de amostras em que meninas eram minoria, e as escalas de rastreio foram normatizadas em populações compostas majoritariamente por meninos.

O resultado aparece na clínica: mulheres que passaram a infância apresentando sintomas de TDAH chegam à vida adulta com históricos de depressão, ansiedade e internações psiquiátricas, sem jamais terem recebido o diagnóstico correto. Uma revisão publicada na *Lancet Psychiatry* em 2024, intitulada "Why are females less likely to be diagnosed with ADHD in childhood than males?", de autoria de Joanna Martin, da Universidade de Cardiff, examina esse problema e levanta questões que qualquer neuropsicólogo clínico deveria ter em mente ao conduzir uma avaliação.

A proporção de diagnósticos de TDAH em amostras clínicas de crianças é de aproximadamente quatro meninos para cada menina. Em estudos populacionais, que rastreiam ativamente os sintomas numa amostra representativa sem depender de encaminhamento clínico, essa razão cai para cerca de 2:1. A discrepância entre esses dois números sinaliza que parte considerável das meninas que preencheriam critérios diagnósticos simplesmente não está chegando às clínicas. O problema se estende além da infância, na vida adulta, a razão entre os sexos se estreita consideravelmente, o que é compatível com outra tendência documentada em múltiplos países: mulheres recebem o diagnóstico mais tarde do que homens. Martin (1) argumenta que essa convergência na fase adulta se explica melhor pelo subdiagnóstico feminino ao longo da infância do que por diferenças reais na prevalência ou na remissão dos sintomas.

Uma das contribuições mais importantes do artigo citado acima é a análise das propriedades psicométricas dos itens diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Os estudos de campo que embasaram os critérios vigentes foram construídos sobre amostras com apenas 21% de participantes do sexo feminino. O autor revisou estudos que examinaram o funcionamento diferencial dos itens por sexo e identificou que critérios como "levanta do assento em sala de aula", "mexe mãos e pés" e "corre ou sobe em situações inapropriadas" são marcados com frequência consistentemente maior em meninos, enquanto "fala excessivamente" e "interrompe" são mais frequentemente relatados em meninas, mesmo quando o traço latente de hiperatividade/impulsividade é equivalente entre os grupos.

Isso não significa que os critérios são inválidos para o sexo feminino, mas que o perfil comportamental pelo qual a hiperatividade se manifesta difere. Em meninas, os sintomas tendem a ser mais internalizados: pensamentos acelerados, divagação mental, dificuldade de concentração que não gera comportamento visível em sala de aula. Essa apresentação menos externalizada reduz a probabilidade de que professores e cuidadores a reconheçam como problema clínico.

O consenso de especialistas publicado em 2020 no BMC Psychiatry por Young e colaboradores (2) aprofunda esse ponto ao descrever que, em meninas com TDAH, a desatenção frequentemente se apresenta como desorganização, aparente falta de esforço e dificuldade com demandas de planejamento, sintomas que os contextos escolar e familiar tendem a interpretar como traços de personalidade ou problemas motivacionais, não como expressão de um transtorno do neurodesenvolvimento.

Outro achado clinicamente relevante do artigo diz respeito ao que o autor chama de "sombreamento diagnóstico", ou seja, a tendência de condições comórbidas, especialmente ansiedade e depressão, serem identificadas e tratadas enquanto o TDAH subjacente permanece invisível. Em estudos de registros nacionais de saúde, mulheres com TDAH e comorbidade ansiosa ou depressiva tinham probabilidade significativamente maior do que homens de receber o diagnóstico psiquiátrico comórbido antes do diagnóstico de TDAH. Entre pacientes que receberam antidepressivos antes do diagnóstico de TDAH, mulheres eram menos propensas do que homens a continuarem usando antidepressivos após o diagnóstico, o que sugere que, para elas, parte da sintomatologia depressiva era secundária ao TDAH não tratado, e não uma condição primária.

Martin (1) também dedica atenção a um fenômeno ainda pouco sistematizado na literatura do TDAH: o uso de estratégias de mascaramento e compensação. Mais estudado na pesquisa sobre autismo, onde há evidências sólidas de que mulheres utilizam mais essas estratégias do que homens com custo significativo à saúde mental, esse conceito propõe que mulheres com TDAH desenvolvem mecanismos adaptativos que ocultam as dificuldades dos observadores externos sem eliminar o esforço cognitivo necessário para sustentá-los.

#E o neuropsicólogo?

Para o neuropsicólogo, os achados apontam para necessidades concretas de revisão da prática clínica. A dependência de escalas normatizadas em amostras masculinas ou mistas pode subestimar a gravidade dos sintomas em mulheres, especialmente nos domínios de desatenção internalizada e desregulação emocional. Autores sugerem que a exigência de que os sintomas se manifestem em múltiplos contextos pode ser mais difícil de satisfazer em mulheres, que tendem a apresentar um perfil mais situacional, com maior impacto no contexto doméstico do que no profissional ou acadêmico (1).

O consenso mencionado de Young (2) complementa esse ponto ao recomendar que a entrevista clínica explore ativamente estratégias compensatórias, tanto funcionais quanto disfuncionais, comorbidades internalizantes que possam ter obscurecido o quadro de base, e o impacto da desregulação emocional, frequentemente mais proeminente em mulheres com TDAH do que em homens. A história de encaminhamentos anteriores por problemas emocionais, e não comportamentais, pode ser um marcador diagnóstico importante.

Por isso, para quem trabalha com avaliação de mulheres adultas ou crianças do sexo feminino com suspeita de TDAH, **uma anamnese bem conduzida é insubstituível**. O histórico de encaminhamentos anteriores, os diagnósticos que precederam a queixa atual, a presença de estratégias compensatórias e o impacto funcional no contexto doméstico são dados que dificilmente emergem de escalas ou entrevistas padronizadas aplicadas sem esse olhar. Em mulheres, o TDAH frequentemente chega à consulta disfarçado de outra coisa, e reconhecê-lo exige que o clínico saiba o que procurar antes mesmo de escolher os instrumentos.

Caso tenha se interessado pelo tema, sugerimos leitura do artigo "[Why are females less likely to be diagnosed with ADHD in childhood than males?](#)" publicado na renomada revista Lancet Psychiatry é um bom ponto de partida.

Referências:

(1) Martin, J. (2024). [Why are females less likely to be diagnosed with ADHD in childhood than males?](#)

(2) Young, S. (2020). [Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women.](#)

MITOS E VERDADES SOBRE AS ALTERAÇÕES COGNITIVAS DURANTE O CICLO MENSTRUAL

Milena Groetares

A menstruação é um fenômeno biológico que afeta boa parte da vida de muitas mulheres e está intrinsecamente ligada à capacidade reprodutiva delas. No entanto, apesar disso, a menstruação permanece cercada de tabus, crenças populares e preconceitos, inclusive no meio científico. A compreensão das especificidades da fisiologia feminina é um campo que precisa avançar, uma vez que a medicina evoluiu majoritariamente a partir da perspectiva masculina. Nesse emboço, uma das questões mais recorrentes no imaginário coletivo é a de que o ciclo menstrual prejudica a capacidade cognitiva das mulheres, colocando-as numa posição mais vulnerável e até inferior para executar determinadas tarefas se comparadas aos homens. Mas, o que a neurociência e a neuropsicologia têm a dizer sobre isso? Vejamos alguns mitos e verdades sobre essa temática.

#1. O ciclo menstrual compromete o desempenho cognitivo das mulheres: MITO.

A ideia de que o ciclo menstrual compromete o desempenho cognitivo das mulheres é uma ideia de senso comum que reforça estereótipos e preconceitos de gênero, especialmente o de que as mulheres são, devido às suas especificidades hormonais, menos capazes para desempenhar determinadas tarefas e papéis sociais. Para trazer luz a essa questão, Jang e colaboradores (1) conduziram a meta-análise mais abrangente já realizada sobre o tema. O estudo analisou 102 artigos, 3.943 participantes e 730 comparações, abrangendo os domínios cognitivos de atenção, criatividade, funções executivas, inteligência, memória, função motora, habilidade espacial e habilidade verbal. Segundo os autores do estudo, nenhuma evidência robusta e sistemática foi encontrada de que o desempenho cognitivo sofra prejuízos significativos ao longo do ciclo menstrual. Logo, segundo os pesquisadores não há base científica para supor que o ciclo menstrual comprometa a cognição objetivamente mensurável das mulheres que menstruam.

#2. Mudanças cerebrais ocorrem, mas não significam déficit de desempenho: VERDADE.

Apesar de não haver dados objetivos que subsidiem a máxima de que o ciclo menstrual provoca déficits cognitivos, pode-se afirmar que as mudanças hormonais podem provocar alterações na atividade cerebral. Contudo, segundo Jang (1), é possível que as alterações podem ser de magnitude insuficiente para impactar o funcionamento cognitivo mensurável - aquele que é detectado nos testes psicométricos na neuropsicologia. Os autores levantam a hipótese de que as muitas mulheres que menstruam podem compensar essas flutuações por mecanismos ainda pouco compreendidos ou diferenças individuais. A ideia central é a de que a fisiologia não é determinista no que tange a relação entre ciclo menstrual e capacidade cognitiva.



#3. Sintomas do ciclo menstrual podem mascarar diagnósticos de TDAH ou outros transtornos: VERDADE.

Um fenômeno de crescente relevância clínica, porém ainda pouco discutido na prática psicológica, é a confusão diagnóstica entre os sintomas relatados por mulheres ao longo do ciclo menstrual e os sintomas do TDAH, especialmente a apresentação predominantemente desatenta do transtorno.

Um estudo público no Journal of Attention Disorders por Siddiqui e colaboradores (2), aborda esse problema e levanta a discussão de que as mulheres são, segundo os achados dos pesquisadores, diagnosticadas com TDAH em idade mais tardia do que os homens e apresentam taxas mais elevadas de diagnósticos prévios de ansiedade e depressão. A apresentação do TDAH em mulheres tende a ser frequentemente desatenta, sem sinais de hiperatividade motora. Além disso, sintomas tipicamente referidos por mulheres, como esquecimento, labilidade emocional, sensação de "névoa mental", tendem a ser atribuídos por profissionais da saúde a oscilações hormonais próprias do ciclo menstrual.

Do ponto de vista neuropsicológico, é importante considerar que os sintomas de desatenção e disfunção executiva no TDAH feminino podem ser exacerbados nas fases do ciclo com queda de estrogênio (especialmente na fase lútea tardia e pré-menstrual) uma vez que esse hormônio modula a dopamina, que é um neurotransmissor central no TDAH. Desse modo, o que pode parecer uma "piora dos sintomas de TPM" pode, na verdade, ser uma expressão mais visível de TDAH. A avaliação neuropsicológica apurada e sensível sobre a história clínica da paciente, é fundamental para diferenciar essas sobreposições de sintomas.

Referências:

- (1) Jand, D. (2025). Menstrual cycle effects on cognitive performance: a meta-analysis.
- (2) Siddiqui, U. (2024). Sex differences in diagnosis and treatment timing of comorbid depression/anxiety and disease subtypes in patients with ADHD: a database study.

REPERCUSSÕES NEUROPSICOLÓGICAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Andressa Aguiar

A violência doméstica (VD), segundo o art. 5º da Lei Maria da Penha é qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Esse tipo de violência é reconhecida como um problema mundial de saúde. No Brasil, 21 milhões de mulheres (37,5% do total) sofreram algum tipo de agressão no ano de 2024 (1) e a estimativa global sugere que cerca de 26% das mulheres já sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro íntimo, e 32,8% violência psicológica (2). Esses dados reais podem ser maiores, tendo em vista a falta de denúncias em alguns contextos devido ao estigma, limitações metodológicas e contexto cultural.

As alterações neurocognitivas entre vítimas de violência doméstica podem ocorrer devido a lesões cerebrais como anóxia/hipóxia, traumatismo cranioencefálico (TCE), psicopatologia (ansiedade e depressão), experiências adversas na infância (EAI) e desregulação do cortisol. Ademais, a exposição crônica ao estresse é comum e pode gerar problemas de saúde mental a longo prazo como, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, ansiedade, automutilação e transtornos alimentares. Ademais, a exposição crônica ao estresse é comum e pode gerar problemas de saúde mental a longo prazo como, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, ansiedade, automutilação e transtornos alimentares. Essas têm sido confirmadas por meio de estudos de neuroimagem evidenciando os comprometimentos estruturais e funcionais em áreas implicadas na cognição e na regulação emocional. Sendo assim, os domínios que são mais relatados na literatura são memória e funções executivas, como a atenção, velocidade de processamento e habilidades visuoespaciais (2).

O comprometimento das funções executivas pode afetar o desempenho cotidiano dessas pessoas, pois são essas responsáveis pelo suporte à regulação emocional e às respostas adaptativas em contextos sociais e ocupacionais. Estudos revelam que tais alterações envolvendo a habilidade de inibição, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva, planejamento, raciocínio, tomada de decisão e fluência verbal podem influenciar negativamente na capacidade das vítimas de sair de situações abusivas ou acessar apoio e ao aumento do risco de ser vítima novamente.

Segundo uma meta-análise recente conduzida por Ferreira-Nascimento e colaboradores (2), com base em evidências de 22 estudos envolvendo 1.425 mulheres (vítimas e não vítimas de VD), é possível verificar os seguintes prejuízos dentre vítimas de violência, quando comparadas a não-vítimas:

- **Flexibilidade cognitiva:** Um dos achados mais consistentes e robustos do ponto de vista estatístico. Na prática, as dificuldades observadas associadas a este domínio foram de raciocínio e adaptações a novas demandas. Sobretudo, dados de neuroimagem relataram associações significativas entre pior desempenho em flexibilidade e redução da substância cinzenta cortical frontal e menor volume do crânio em vítimas de violência doméstica. Ademais, experiências adversas na infância também foram associadas ao pior desempenho nesse domínio. Esse achado pode ser explicado pelo fato de que a exposição crônica ao estresse compromete a funcionalidade de regiões cerebrais, induzindo um estado de hipervigilância que, quando associado ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), contribui para prejuízos na flexibilidade mental.
- **Controle inibitório:** Foi observado maior significância do desempenho dos indivíduos que foram recrutados em grupos de apoio, hospitais e serviços especializados em violência doméstica. Se apresentando com dificuldades em controlar reações e filtrar informações irrelevantes.
- **Fluência verbal semântica:** Na análise quantitativa teve efeito moderado a grande e significativo. A alteração da fluência verbal semântica está correlacionada à redução da velocidade de processamento, o que pode interferir no acesso às redes semânticas. Um dos estudos, reportou que vítimas com possível lesão cerebral decorrente a estrangulamento não fatal tiveram pior desempenho nessa habilidade e na memória de trabalho.
- **Memória de trabalho:** Esse domínio se mostrou mais constante nos estudos observacionais e clínicos. A ausência de significância estatística na meta-análise provavelmente reflete heterogeneidade metodológica entre os estudos (instrumentos diferentes, populações variadas, ausência de controle para TEPT). A hipótese do pior desempenho está em consonância com evidências que apontam que o hipocampo, região fundamental para a memória, é vulnerável à hipóxia, o que pode resultar da privação de oxigênio durante o estrangulamento.

Além disso, os autores também destacam que lesões cerebrais adquiridas (traumatismo cranioencefálico e hipóxico-isquêmico) nessa população podem ser em primeiro momento invisíveis ou subdiagnosticadas. Ao menos 27% das mulheres com histórico de VD relatam ter sofrido trauma cranioencefálico relacionado à violência. Além disso, os pesquisadores também pontuam que o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é especialmente prevalente entre vítimas de violência pelo parceiro íntimo, com taxas que variam de 51% a 75% e podem estar associado a traumas múltiplos, crônicos ou repetidos, frequentemente iniciados na infância no contexto de relações interpessoais. O mecanismo pelo qual o TEPT compromete as funções executivas envolve, entre outros, a alocação desproporcionada de recursos cognitivos para o processamento de ameaças. Por fim, deve-se considerar também o papel das experiências adversas na infância, que podem causar respostas desreguladas ao estresse e podem levar a alterações estruturais e funcionais em regiões pré-frontais e límbicas envolvidas na regulação emocional e no controle cognitivo. Assim, essas vivências atuam como amplificadores dos efeitos neurocognitivos da violência posterior. A identificação precoce nos déficits nas funções executivas pode ajudar as mulheres a recorrer aos serviços disponíveis e reduzir o risco de se tornar vítima de novo.

Referências:

- (1) Fórum Brasileiro de Segurança Pública & Instituto Datafolha. (2025). Pesquisa visível e invisível: A vitimização de mulheres no Brasil (5ª ed.).
- (2) Ferreira-Nascimento, S. (2025). Executive function correlates of women victims of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis.



TEA EM MULHERES: UM OLHAR PARA AS COMORBIDADES

Maithe Bunn & Lys Malloy-Diniz

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que manifesta-se em disfunções precoces em interação social, comunicação e repetição de comportamentos/interesses restritos (1,2). Outras manifestações sintomatológicas também são frequentes, como hipersensibilidade sensorial e rigidez cognitiva. Devido ao neurodesenvolvimento atípico a nível sistêmico, indivíduos com TEA podem manifestar comprometimento da cognição e percepção social, disfunção executiva e déficits na percepção e processamento de informações (3).

No Brasil, o panorama epidemiológico nacional passou a ser mais claramente delineado com a inclusão do TEA no Censo Demográfico 2022, que identificou 2,4 milhões de pessoas com diagnóstico, correspondendo a 1,2% da população. A distribuição por sexo revelou maior frequência entre homens, alcançando 1,4 milhão de registros, enquanto 1,0 milhão de mulheres declararam diagnóstico, configurando padrão que acompanha observações internacionais (4). Historicamente, o TEA tem sido diagnosticado com mais frequência em homens, em uma perspectiva que varia de 4:1 a 3:1. Amplas evidências sugerem, atualmente, que essas taxas podem não refletir com precisão a verdadeira prevalência. Sugere-se que tal disparidade esteja respaldada no subdiagnóstico ou diagnóstico incorreto das mulheres com TEA (5).

Evidencia-se que tal ocorrência pode resultar das diferenças de expressão sintomatológica do TEA entre homens e mulheres. Os homens frequentemente manifestam mais sintomas externalizantes, como comportamentos motores repetitivos e discursos lentificados, enquanto as mulheres apresentam mais frequentemente sintomas internalizantes, como ansiedade, reclusão social e dificuldades de regulação emocional. Além disso, mulheres têm maior consciência de suas dificuldades sociais e da “necessidade” de serem, ou pelo menos parecerem ser, socialmente integradas, e por isso são mais propensas a engajar comportamentos compensatórios que mimetizam os sintomas (6). Alguns autores também apontaram que os critérios diagnósticos do TEA seriam adaptados às apresentações típicas do transtorno em homens, levando a um subdiagnóstico do TEA entre mulheres a partir da ignorância frente ao “fenótipo feminino” do TEA (7).

Essa discrepância provoca implicações profundas tanto para o diagnóstico quanto para a intervenção, enfatizando a necessidade de ferramentas diagnósticas sensíveis ao gênero que levem em conta fenótipos específicos do TEA em mulheres (5). Dessa forma, a expressão do TEA em homens é mais comumente percebida por clínicos, enquanto o diagnóstico em mulheres pode frequentemente passar despercebido ou delimitado como outras condições. Um estudo demonstrou que, de 1.211 adultos com TEA, cerca de 32% das mulheres diagnosticadas obtiveram diagnóstico psiquiátrico errôneo, majoritariamente de transtornos de ansiedade, de humor, e transtornos de personalidade (8).

Principalmente em mulheres com menor comprometimento da linguagem ou intelecto, os transtornos de ansiedade são descritos como diagnósticos comuns em mulheres com TEA, sendo que os sintomas de ansiedade social podem mascarar dificuldades sociais características do autismo, bem como a tendência de se concentrar em atividades e interesses solitários. Além disso, manifestações recorrentes do TEA, como dificuldades de adaptação ao ambiente, inflexibilidade e hiperreatividade a estímulos, podem promover a presença de sintomas de ansiedade e ataques de pânico (9,10).

No que tange os transtornos de personalidade, o diagnóstico diferencial está majoritariamente concentrado no Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Ambos, TEA e TPB, manifestam características como empatia e reciprocidade socioemocional reduzidas, dificuldades na autorregulação e reatividade ou reações alteradas a estímulos e explosões de raiva. Para melhor compreender a possível ligação entre essas duas condições, o papel do trauma e da psicopatologia relacionada ao estresse deve ser especificamente levado em consideração. Sabe-se que pacientes TPB geralmente relatam um histórico de eventos traumáticos, enquanto evidências emergentes sugerem que o TEA, ou mesmo traços autistas subclínicos, podem ser considerados um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de condições relacionadas a trauma e estresse. Em consonância, uma maior prevalência de TEA ou traços autistas subclínicos foi relatada entre pacientes com TPB, enquanto, por sua vez, pacientes com TEA apresentam maior frequência de TPB, evidenciando a proximidade dos transtornos e a complexidade do diagnóstico diferencial (7,11,12).

Quanto aos transtornos de humor, pessoas com TEA geralmente apresentam taxas mais altas de sintomas depressivos em comparação com indivíduos não autistas. Sugere-se ainda maior prevalência em mulheres, sendo este, outro fator de dificuldade para o diagnóstico diferencial (13). A falta de investigação contínua e abrangente do diagnóstico diferencial impacta negativamente o curso do distúrbio e os desfechos de tratamento, enquanto o subdiagnóstico afeta significativamente a saúde mental, e o diagnóstico precoce pode reduzir as comorbidades (7).

Nesse contexto de complexidade diagnóstica e sobreposição sintomatológica, alterações no comportamento alimentar são frequentes no Transtorno do Espectro Autista (TEA). Mulheres com TEA apresentam maior risco de transtornos alimentares e outras condições psiquiátricas associadas, além de maior carga de sintomas físicos e sensoriais, como alterações gastrointestinais e dor crônica (14). A internalização dos sintomas, aliada à maior capacidade de camuflagem social, pode contribuir para que padrões alimentares disfuncionais sejam menos reconhecidos clinicamente, atrasando o diagnóstico tanto do TEA quanto dos transtornos alimentares.

Evidências recentes indicam que, em muitos casos, essas manifestações ultrapassam a seletividade alimentar típica e configuram quadros clínicos relevantes, como o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (ARFID) e outros transtornos alimentares (14,15,16). Uma meta-análise recente demonstrou uma sobreposição significativa entre TEA e ARFID, com prevalência de autismo em indivíduos com ARFID em torno de 16,27%, e prevalência de ARFID em populações autistas de aproximadamente 11,41%, reforçando a relevância clínica dessa coocorrência (14). Essa interseção parece estar relacionada a características compartilhadas, como hipersensibilidade sensorial, rigidez comportamental e padrões restritos de interesse, que impactam diretamente a alimentação.



Para além do ARFID, há uma associação consistente entre TEA e transtornos alimentares em geral, como anorexia nervosa, sendo observado que indivíduos autistas tendem a apresentar quadros mais graves e menor resposta ao tratamento convencional (15). Diferentes mecanismos têm sido propostos para explicar essa relação, incluindo fatores comuns (como alexitimia e ansiedade), efeitos indiretos do TEA sobre o comportamento alimentar e até a hipótese de que transtornos alimentares possam representar, em alguns casos, uma manifestação fenotípica do autismo em mulheres. Diante disso, torna-se fundamental que a avaliação clínica vá além da identificação de seletividade alimentar, considerando a função do comportamento alimentar, sua intensidade e seu impacto nutricional, emocional e social. A integração entre perfil sensorial, rigidez cognitiva e aspectos emocionais é essencial para o diagnóstico diferencial e para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e sensíveis ao gênero (14,15,16).

Além disso, a saúde reprodutiva representa um eixo ainda pouco explorado na literatura sobre o TEA, especialmente no que se refere às mulheres. Historicamente, o predomínio de amostras masculinas, aliado ao subdiagnóstico feminino, contribuiu para uma limitação significativa na produção de evidências consistentes sobre aspectos hormonais, metabólicos e reprodutivos nessa população. Como consequência, eventos fisiológicos centrais ao longo da vida, como puberdade, ciclo menstrual e menopausa, permanecem subinvestigados, apesar de seu potencial impacto na expressão sintomatológica e na qualidade de vida (17).

Evidências recentes sugerem que mulheres com TEA apresentam maior frequência de alterações relacionadas ao sistema de esteróides sexuais e ao funcionamento reprodutivo. Estudos indicam maior prevalência de irregularidades menstruais, alterações na duração e intensidade do ciclo, bem como maior ocorrência de início puberal atípico – tanto precoce quanto tardio – aspectos que se associam diretamente à presença e à intensidade de traços autísticos. Além disso, observa-se que índices de massa corporal elevados também se correlacionam com traços autísticos em mulheres, sugerindo a participação de mecanismos metabólicos e endócrinos compartilhados (17).

No campo das condições clínicas específicas, a síndrome dos ovários policísticos (SOP) emerge como um dos achados mais robustos na interface entre saúde reprodutiva e TEA. Evidências provenientes de revisão sistemática e meta-análise indicam que mulheres com SOP apresentam cerca de 1,78 vezes mais probabilidade de serem diagnosticadas com TEA, além de apresentarem um risco aproximadamente 1,66 vezes maior de terem filhos com o transtorno (18).

Outras condições reprodutivas também têm sido associadas ao TEA. Estudos epidemiológicos apontam uma relação positiva entre endometriose e transtorno do espectro autista, bem como associações entre TEA e diferentes formas de infertilidade feminina, incluindo fatores tubários, uterinos e hormonais (19). Esses dados sugerem que o TEA pode estar inserido em um contexto mais amplo de vulnerabilidades biológicas que envolvem o eixo neuroendócrino e reprodutivo. Adicionalmente, marcos reprodutivos ao longo da vida, como menstruação e menopausa, parecem exercer impacto significativo na vivência clínica de mulheres autistas. Embora ainda escassos, estudos indicam que essas fases podem estar associadas à intensificação de sintomas emocionais, aumento de queixas psicológicas e exacerbação de características autísticas, evidenciando a relevância das flutuações hormonais na modulação do funcionamento cognitivo e socioemocional (17).



É fundamental, entretanto, interpretar esses achados à luz de limitações importantes. A escassez de estudos longitudinais, a heterogeneidade metodológica e a ausência de recortes específicos, como a distinção entre indivíduos que menstruam e diferentes identidades de gênero, dificultam a generalização dos resultados. Além disso, o subdiagnóstico do TEA em mulheres contribui diretamente para a sub-representação dessa população nas pesquisas, comprometendo a robustez das evidências disponíveis.

Diante desse cenário, o Transtorno do Espectro Autista, especialmente em mulheres, configura-se como uma condição clínica complexa, marcada por apresentações heterogêneas e frequentemente sub-reconhecidas. As diferenças de expressão sintomatológica entre os sexos, associadas à maior prevalência de sintomas internalizantes e estratégias de camuflagem em mulheres, contribuem para desafios significativos no diagnóstico diferencial, frequentemente resultando em diagnósticos psiquiátricos equivocados. A elevada taxa de comorbidades, incluindo transtornos de ansiedade, humor, personalidade, alimentares e condições físicas multissistêmicas, reforça a necessidade de uma abordagem clínica integrada e sensível ao gênero. Nesse contexto, a saúde reprodutiva e os fatores hormonais emergem não apenas como comorbidades, mas como componentes relevantes na compreensão ampliada do TEA em mulheres.

Assim, o reconhecimento precoce e preciso do TEA feminino é fundamental para a redução de comorbidades, melhora dos desfechos clínicos e desenvolvimento de intervenções mais eficazes. Avanços neste campo dependem diretamente da ampliação de estudos com recorte de gênero, do refinamento dos critérios diagnósticos e da incorporação de uma perspectiva mais abrangente, longitudinal e biologicamente integrada no cuidado à saúde mental. Mais do que um transtorno do neurodesenvolvimento, o TEA em mulheres exige ser compreendido como um fenômeno multidimensional, no qual fatores cognitivos, emocionais, sociais e biológicos se entrelaçam de forma dinâmica ao longo do ciclo de vida.

Referências

- (1) American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- (2) World Health Organization. (2019). *International classification of diseases*.
- (3) WANG, L. et al. (2023). Autism spectrum disorder: neurodevelopmental risk factors, biological mechanism, and precision therapy.
- (4) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). IBGE identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil.
- (5) MAO, H. et al. (2024). Gender differences in autism spectrum disorder: A systematic review of diagnosis, intervention, and outcomes.
- (6) ESTRIN, L. G. et al. (2021). Barriers to autism spectrum disorder diagnosis for young women and girls: A systematic review.
- (7) DELL'OSSO, L. & Carpita, B. (2023). What misdiagnoses do women with autism spectrum disorder receive in the DSM-5?
- (8) KENTROU, V. et al. (2024). Perceived misdiagnosis of psychiatric conditions in autistic adults.
- (9) BAS-HOOGENDAM, J. M. & Westenberg, P. M. (2020). Imaging the socially-anxious brain: recent advances and future prospects.
- (10) DELL'OSSO, L. et al. (2015). The influence of gender on social anxiety spectrum symptoms in a sample of university students.
- (11) BACH, B. & VESTERGARD, M. (2023). Differential Diagnosis of ICD-11 Personality Disorder and Autism Spectrum Disorder in Adolescents.
- (12) DELL'OSSO, L. et al. (2021). Investigating the relationship between autistic traits, ruminative thinking, and suicidality in a clinical sample of subjects with bipolar disorder and borderline personality disorder.
- (13) LACROIX, A. et al. (2025). Disproportionate mental health risks in autistic females: A rapid review with quantitative and narrative syntheses.
- (14) DAVIES, C. et al. (2023). Quality of life, neurosensory disorders and co-occurring medical conditions in individuals on the spectrum, with a special focus on females diagnosed with autism: a systematic review.
- (15) SADER, M. et al. (2025). The co-occurrence of autism and avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): a prevalence-based meta-analysis.
- (16) ADAMS, K. L. et al. (2024). Potential mechanisms underlying the association between feeding and eating disorders and autism.
- (17) GROEMAN, A. P. et al. (2021). Menstruation and menopause in autistic adults: Periods of importance?
- (18) KATSIGIANNI, M. et al. (2019). Maternal polycystic ovarian syndrome in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis.
- (19) SCHIEVE, L. A. et al. (2017). Maternal and paternal infertility disorders and treatments and autism spectrum disorder: Findings from the Study to Explore Early Development.
- (20) SIMANTOV, T. et al. (2022). Medical symptoms and conditions in autistic women.

DESVENDANDO O PREGNANCY BRAIN: EFEITOS NEUROPSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ NO PRÉ E PÓS PARTO

Evellyn Millene Alves Camelo

Episódios como esquecimentos frequentes, dificuldade de concentração, sensação de lentificação cognitiva e fadiga mental são experiências frequentemente relatadas durante a gestação e o puerpério. Popularmente conhecido como “pregnancy brain”, esse fenômeno foi tratado como exagero cultural, construção social ou apenas uma simples consequência emocional da maternidade. Entretanto, estudos recentes em neuroimagem e neurociência vêm demonstrando que a gravidez está associada a importantes modificações estruturais, hormonais e funcionais no cérebro, sugerindo um processo complexo de neuroplasticidade materna. Longe de representar um declínio cognitivo patológico, as alterações observadas ao longo da gestação parecem refletir uma reorganização cerebral adaptativa à responsividade materna, ao processamento emocional e à preparação para o cuidado parental. A maternidade, nesse contexto, pode ser compreendida não apenas como uma experiência psicossocial mas também como uma intensa transição neurobiológica. (1,2)

Durante a gravidez, o cérebro materno é exposto a mudanças hormonais expressivas que exercem influência direta sobre circuitos neurais ligados à memória, regulação emocional, vigilância ambiental e comportamento social. Estudos demonstram que gestantes podem apresentar alterações em regiões associadas à essas habilidades. Um dos estudos mais influentes sobre o tema, conduzido por Elseline Hoekzema e colaboradores, identificou reduções seletivas de substância cinzenta em regiões relacionadas à cognição social após a gravidez. Curiosamente, tais alterações permaneceram detectáveis anos após o parto e estiveram associadas à qualidade do vínculo materno-infantil, sugerindo que o cérebro materno passa por uma especialização funcional, e não necessariamente por um processo degenerativo irreversível. (1).

Pré-parto

Do ponto de vista neuropsicológico, muitas mulheres relatam dificuldades envolvendo atenção sustentada, memória operacional e velocidade de processamento durante a gestação. Embora estudos objetivos apresentem resultados heterogêneos, metanálises indicam pequenas alterações cognitivas, particularmente no terceiro trimestre e no início do pós-parto. Entretanto, é importante destacar que a percepção subjetiva de prejuízo frequentemente excede os déficits identificados em testes formais. Essa discrepância pode ser explicada por múltiplos fatores como uma elevada demanda física e emocional, alterações importantes no padrão de sono, aumento da carga mental e adaptação contínua a novas responsabilidades. Em muitos casos, o chamado pregnancy brain parece resultar não apenas de alterações neurobiológicas diretas, mas também da interação entre fadiga, hipervigilância emocional e sobrecarga cognitiva (2).

Pós-parto

No período pós-parto, a privação de sono torna-se um dos elementos centrais para a compreensão do funcionamento cognitivo materno. A fragmentação do sono interfere diretamente em funções executivas, consolidação de memória, atenção e regulação emocional. Paralelamente, o cérebro materno permanece em estado de elevada responsividade ao bebê, especialmente a estímulos relacionados ao choro, expressões faciais e sinais de ameaça ambiental. Sob uma perspectiva evolutiva, esse padrão pode representar uma adaptação funcional importante para a sobrevivência infantil. (3)

Além disso, o puerpério constitui um período de vulnerabilidade significativa para transtornos mentais, incluindo ansiedade perinatal e Depressão Pós-Parto. Nessas condições, alterações cognitivas podem tornar-se mais intensas e clinicamente relevantes, afetando planejamento, organização, memória e flexibilidade cognitiva. Diferenciar adaptações fisiológicas esperadas de sinais de sofrimento psíquico importante torna-se, portanto, essencial na prática clínica. (3,4)

Do social à ciência

Outro aspecto relevante envolve a tendência histórica e social de deslegitimar experiências cognitivas femininas. Durante décadas, queixas de esquecimentos ou fadiga mental foram frequentemente tratadas de maneira estigmatizada ou jocosa, reforçando estereótipos de fragilidade feminina. Atualmente, a neurociência perinatal contribui para uma compreensão mais sofisticada do fenômeno, reconhecendo que as mudanças observadas podem refletir reorganizações adaptativas complexas do cérebro materno.

Nesse sentido, cresce também o interesse pelo conceito de Matrescence, termo utilizado para descrever a transição psicológica, identitária e neurobiológica associada à maternidade. Assim como a adolescência representa uma fase de intensa remodelação cerebral e emocional, a maternidade pode ser compreendida como um período de profunda reorganização do funcionamento psíquico e neural. (4)



Contextos clínicos

Para profissionais da saúde, compreender o pregnancy brain possui implicações clínicas importantes. A validação das queixas cognitivas maternas, sem patologização excessiva, favorece acolhimento, adesão ao cuidado e redução de culpa. Ao mesmo tempo, torna-se fundamental investigar sinais de alerta, especialmente quando alterações cognitivas se associam a sofrimento emocional intenso, prejuízo funcional significativo ou sintomas persistentes de humor e ansiedade. A atuação interdisciplinar entre áreas como Neuropsicologia, Psiquiatria Perinatal, Obstetrícia e Neurociência pode contribuir para uma assistência mais integrada e sensível às particularidades do período perinatal. Mais do que compreender déficits, torna-se necessário reconhecer a maternidade como um processo humano e multifatorial de adaptação cerebral dinâmica (2,5)

O chamado pregnancy brain, portanto, parece estar menos relacionado a um “cérebro pior” e mais associado a um cérebro em transformação. Entre hormônios, privação de sono, hipervigilância e neuroplasticidade, o cérebro materno reorganiza prioridades, sensibiliza-se ao ambiente social e adapta-se às exigências do cuidado. Compreender essa transição amplia não apenas o conhecimento científico sobre a maternidade, mas também a possibilidade de oferecer cuidado clínico mais empático, informado e baseado em evidências (5).

Recado para as mulheres

Você tem dentro de si a incrível capacidade de gerar outra vida. Não invalidem ou minimizem alterações e percepções de um comportamento cognitivo diferente. Cuidem de si, procurem profissionais adequados e respeitem seu funcionamento em cada fase. O corpo feminino carrega modificações peculiares de processos hormonais e físicos durante toda a vida, diminuir o impacto disto em nossas rotinas é dar ao outro uma oportunidade de estigmatizar algo que ninguém (além de nós) conhecerá de verdade.

Referências:

- (1) Hoekzema, E., et al. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*.
- (2) Henry, J. D., & Rendell, P. G. (2007). A review of the impact of pregnancy on memory function. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*.
- (3) Kim, P., et al. (2010). The plasticity of human maternal brain: longitudinal changes in brain anatomy during the early postpartum period. *Behavioral Neuroscience*.
- (4) Barha, C. K., & Galea, L. A. (2017). The maternal 'baby brain' revisited. *Nature Neuroscience*.
- (5) Davies, S. J. et al. (2018). Cognitive impairment during pregnancy: a meta-analysis. *Medical Journal of Australia*.



MULHERES NA SAÚDE: COM DÉBORAH AZAMBUJA

Anáthia Pereira & Victoria Guinle

Historicamente, a inserção e o destaque de profissionais mulheres nas diversas áreas da saúde perpassa décadas de resistência, invisibilidade e conquistas silenciosas — em um campo onde, apesar de serem maioria na prática clínica, elas sempre encontraram mais obstáculos para ocupar espaços de liderança e reconhecimento científico.

Desde a sua inauguração no final da década de 80, foram diversos os nomes femininos que passaram pela SBNp que fizeram história, deixando marcos e conquistas que moldaram o desenvolvimento da neuropsicologia no Brasil. Um desses nomes vocês já devem conhecer. Não à toa, esta prestigiosa fonoaudióloga paulista é em parte conhecida por ser uma das fundadoras da SBNp, além de ser conhecida pelo seu cargo de vice-presidente da Academia Brasileira de Neuropsicologia (ABNp) e pelo seu fundamental papel nas provas de certificados de qualidade da SBNp. Sim — estamos falando de Déborah Azambuja.

Para encerrar esta edição especial da SBNp News dedicado a saúde da mulher, a SBNp Jovem decidiu prestigiar uma das únicas fundadoras vivas e mulher da SBNp, que possui uma trajetória inspiradora e marcante para as suas demais sucessoras. Sua história é, em si mesma, um retrato vivo dos desafios e avanços que marcam a presença feminina na saúde. Entrevistá-la nesta edição não foi apenas uma homenagem: foi uma escolha intencional de reconhecer que falar sobre saúde da mulher é também falar sobre as mulheres que construíram, com suas próprias mãos, os espaços onde essa saúde é cuidada e estudada.

Conheça Prof. Débora Azambuja

Débora Azambuja é uma das principais referências da neuropsicologia brasileira, com trajetória marcada pelo pioneirismo, excelência acadêmica e contribuição decisiva para o desenvolvimento da área no país. É graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), mestre em Distúrbios da Comunicação pela mesma instituição e especialista em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). Atua como professora nos cursos de Especialização em Neuropsicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e do Instituto Paranaense de Terapias Cognitivas (IPTC). É membro da Academia Brasileira de Neuropsicologia (ABNp) e sócia-fundadora da Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp), além do Centro de (Re)Habilitação Cognitiva, atualmente Clínica Interdisciplinar Procogni.



Ao longo de sua trajetória, consolidou-se como uma das principais referências da neuropsicologia no Brasil, contribuindo significativamente para a integração entre neuropsicologia e fonoaudiologia, bem como para a formação de profissionais e fortalecimento científico da área. Sua atuação acadêmica, clínica e institucional evidencia a importância de sua contribuição para o avanço da neuropsicologia brasileira e para a valorização da presença feminina na ciência

Confira a nossa entrevista com Profa. Déborah!

#1. "Déborah, nos diga um pouco sobre o contexto de surgimento da SBNp no Brasil, e como foi fazer parte desse momento?"

"No Brasil, no início dos anos 1980, já existiam grupos de estudo sobre cérebro e a relação das funções cognitivas, envolvendo atenção, memória, percepção, linguagem e aspectos neuromotores. Na época, ninguém falava ainda em função executiva, mas essas áreas já eram bastante estudadas. Eu participava de diferentes grupos multidisciplinares, tanto na DERDIC quanto no Hospital Israelita Albert Einstein e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, discutindo casos clínicos e estudando neurociências, embora ainda não existisse o nome "neuropsicologia. No final dos anos 1980, o Dr. Norberto Rodrigues retornou da França e me falou: "Débora, o que nós estamos fazendo se chama neuropsicologia", explicou que se tratava de uma ciência ligada às neurociências, que estabelece relações anatomoclínicas entre cérebro e cognição. Foi então que ele, com o Dr. Jaime Maciel, fundou a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNP), com apoio da Sociedade Latino-Americana de Neuropsicologia (ISLAM). Antes de retornar à França, organizamos o primeiro Congresso Brasileiro e Internacional de Neuropsicologia, realizado no Auditório Rebouças, no Hospital das Clínicas. O evento reuniu importantes nomes internacionais da área e contou com cerca de 1.500 participantes. Com os recursos arrecadados no congresso e o apoio da ISLAM, fundamos a primeira sede da SBNP, na Vila Madalena, Norberto retornou a França e me incumbiu de reunir recursos necessários. Nessa época, promovemos encontros de estudo e mantivemos uma biblioteca com alguns livros doados. Desde o início, a neuropsicologia teve uma proposta multidisciplinar e interdisciplinar da neuropsicologia. Na medida em que foi crescendo, houve grande busca dos psicólogos nessa atuação. Nos anos 90, a categoria até tentou fazer reserva de mercado; surgiram disputas relacionadas à reserva de mercado. Eu, Letícia Mansur, Karen Zazortiz, Maria Alice Pimenta e outros profissionais lutamos muito pelo reconhecimento da neuropsicologia também para a fonoaudiologia. Foram anos de reuniões e mobilizações junto ao conselho de fonoaudiologia. Ao longo dos anos, a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia cresceu muito, promovendo congressos, simpósios e cursos em diferentes estados do Brasil, espalhando conhecimento pelo Brasil afora. Nós batalhamos muito pelo reconhecimento da neuropsicologia como uma área científica no país e pelo fortalecimento do seu caráter multidisciplinar."

#2. "Como foi ser mulher na ciência nesse contexto?"

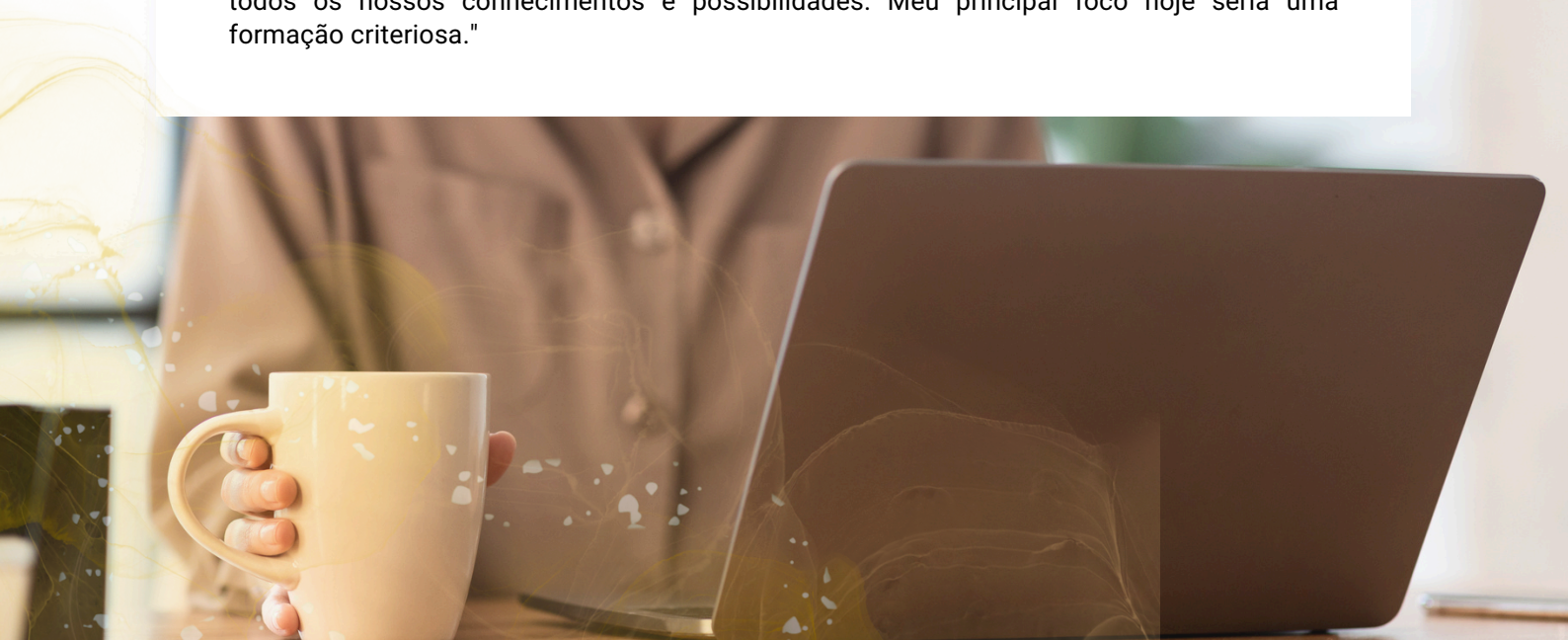
"Nunca senti uma barreira científica diretamente relacionada ao fato de ser mulher dentro da neuropsicologia. Talvez isso tenha acontecido de forma mais intensa na vida acadêmica e nas neurociências de maneira geral. Como atuei na docência apenas até o final dos anos 1990 e depois optei pela clínica, talvez eu não tenha vivenciado isso tão de perto. Áreas como psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia sempre tiveram uma presença muito forte de mulheres, embora também existam homens atuando nesses campos. Ao longo da minha trajetória, sempre trabalhei em equipes multidisciplinares com parceiros homens, especialmente médicos, e sempre fui muito respeitada. Nunca senti preconceito diretamente relacionado ao fato de eu ser mulher."

#3. Você acredita que houve mudanças na participação e no reconhecimento das mulheres na ciência hoje?

“Atualmente, não tenho a menor dúvida de que nós, mulheres, temos um lugar de muito reconhecimento dentro da neuropsicologia. Temos grandes nomes femininos na neuropsicologia nacional e internacional, atuando em diferentes áreas, e vejo um respeito muito grande pela atuação feminina dentro das neurociências. Sinceramente, não sinto nenhum preconceito ou diminuição do nosso profissionalismo, da nossa capacidade dentro da área. A neuropsicologia cresceu muito, e hoje vejo uma parceria muito boa entre homens e mulheres. Talvez no início, especialmente na esfera acadêmica, algumas mulheres tenham enfrentado mais resistência. Mas eu, felizmente, nunca vivi isso de perto. O Dr. Norberto Rodrigues, fundador da SBNp, era meu sócio e fundou comigo o Centro de Reabilitação Cognitiva. Sempre tive experiências muito positivas nesse sentido. Hoje, definitivamente, não vejo preconceito em relação à atuação científica das mulheres na área.”

#4. "Quais seriam os seus principais conselhos para as mulheres que desejam seguir carreira científica na neuropsicologia?"

“Meu principal conselho, não só para as mulheres, mas para todos que queiram participar da área da neuropsicologia e ter uma boa formação, é escolher um curso de formação de maneira muito criteriosa. Cursos com programação científica sólida, professores extremamente capacitados e grandes nomes da área. Além da formação teórica, condição de fazer um curso que tenha a parte prática, tanto em avaliação quanto em intervenção. Elaboração de laudos neuropsicológicos e intervenção com supervisão, porque são poucos os cursos que contemplam esses três níveis de formação. Mesmo fazendo uma excelente especialização, ninguém sai pronto. Você vai ter que praticar muito e adquirir experiência clínica para se tornar um bom profissional. Também é essencial compreender que será preciso estudar e se atualizar constantemente, porque a neuropsicologia é uma ciência viva, em constante evolução. Hoje temos novos exames de neuroimagem, novas formas de intervenção, neuromodulação e vários aprendizados a serem constantemente revistos. Outro ponto muito importante é ter critério na elaboração de laudos neuropsicológicos. Houve um grande crescimento no número de cursos de formação e, infelizmente, muitos deles são péssimos, extremamente fracos e não formam bons profissionais. Na minha clínica, recebo laudos que considero totalmente inadequados. É fundamental saber fazer o laudo neuropsicológico com critérios clínicos e estabelecendo as correlações anatomoclínicas que as pessoas esquecem de estabelecer, o marco principal e que é o diferencial da avaliação neuropsicológica. Lembrar que a prática clínica é soberana. A formação acontece realmente no atendimento, avaliando, intervindo e aprendendo continuamente. Cada caso é um caso. Não existem receitas prontas, nem testes definitivos. As provas ecológicas são muito necessárias, assim como os testes padronizados são bem-vindos, e precisamos utilizar todos os nossos conhecimentos e possibilidades. Meu principal foco hoje seria uma formação criteriosa.”



**Você participa de algum
projeto em Neuropsicologia?
Seja nosso parceiro!**



Se você participa de alguma liga acadêmica, acesse:

<https://forms.gle/FC8hfE4dnVBno6bw9>

**Se você participa de grupos de pesquisa, projetos
de extensão, formação e ambulatórios , acesse:**

<https://forms.gle/14fp7QDr7UCtuat69>





@sbnp_brasil
sbnp@sbnpbrasil.com.br
www.sbnpbrasil.com.br