



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

BEATRIZ KAMINSKI FINK
ANDRESSA GABRIELLE MOREIRA

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM MENINAS: UMA
ANÁLISE COMPARATIVA ENVOLVENDO ESTUDOS DE GÊNERO E
POSSÍVEL SUB RECONHECIMENTO NA POPULAÇÃO FEMININA**

BRASÍLIA

2021

BEATRIZ KAMINSKI FINK
ANDRESSA GABRIELLE MOREIRA

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM MENINAS: UMA
ANÁLISE COMPARATIVA ENVOLVENDO ESTUDOS DE GÊNERO E
POSSÍVEL SUB RECONHECIMENTO NA POPULAÇÃO FEMININA**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Professor Doutor
Gustavo Carvalho de Oliveira.

BRASÍLIA

2021

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a todos os envolvidos na pesquisa, principalmente ao nosso Professor Orientador Dr. Gustavo Carvalho de Oliveira a todos os profissionais do Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP), em especial ao Dr. André de Matos Salles, os quais foram imprescindíveis para o desenvolvimento desse estudo.

*“sua voz ativa
é sua sabedoria”
(Rupi Kaur, 2020)*

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é definido por déficits na comunicação e interação social. A maior prevalência em meninos em relação a meninas sugere modelos comportamentais diferentes, delineando um fenótipo autista feminino, caracterizado pela maior capacidade social e menor externalização de movimentos estereotipados repetitivos, camuflando as dificuldades de interação. Esses fatores contribuem para um diagnóstico tardio ou para o não diagnóstico de TEA em meninas. Existem estudos que sugerem a possibilidade de um viés masculino nos atuais instrumentos relevantes para a avaliação do TEA, haja vista a predominância de amostra masculina no primeiro fenótipo de TEA descrito. Assim, meninas tendem a ter pontuação normal e apenas garotas com déficits graves de comunicação e comportamento são identificadas. **Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de um serviço público de Brasília, dando enfoque a possíveis diferenças de gênero. **Metodologia:** Estudo realizado em 2 etapas. A primeira consistiu em uma análise retrospectiva de prontuários dos pacientes e a segunda se deu pela aplicação de questionários direcionados aos responsáveis das crianças, avaliando os critérios do DSM-5 e aplicando os instrumentos diagnósticos ASSQ, ABC e M-CHAT. **Resultados e discussões:** Não foram encontradas diferenças epidemiológicas entre os grupos. Nos critérios do DSM-5 foi observada distribuição diferente dos domínios entre meninos e meninas. No ASSQ, ambos os grupos obtiveram pontuação semelhante e no ABC, as meninas obtiveram maior pontuação. O M-CHAT -CHAT foi desconsiderado para análise, pois houve apenas 1 paciente elegível para aplicação. **Considerações finais:** Percebe-se que existem diferenças no diagnóstico de meninas com TEA, sendo que nas meninas o predomínio dos critérios A e B do DSM-V (comunicação e interação social, padrões restritivos e repetitivos de comportamento), enquanto que nos meninos há uma distribuição mais homogênea na sintomatologia e na gravidade. Mais estudos sobre esse tema ainda muito desconhecido são necessários.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista em meninas, fenótipo autista feminino, DSM-5, ASSQ, ABC.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS	09
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
4 METODOLOGIA	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
7 REFERÊNCIAS	30
8 ANEXOS	34
8.1 ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOS PRINTUÁRIOS	34
8.2 ANEXO 2 – CRITÉRIOS DO DSM-5 E NÍVEIS DE GRAVIDADE	35
8.3 ANEXO 3 – ASSQ	37
8.4 ANEXO 4 – ABC	39
8.5 ANEXO 5 – TCLE	41

1 INTRODUÇÃO

O Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais (*American Psychiatric Association* [APA], 2014), define o transtorno do espectro autista (TEA) como caracterizado por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos”. Segundo um estudo publicado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) uma a cada 64 crianças de quatro anos apresentavam autismo e a razão de prevalência entre os gêneros era de 3.5 meninos para uma menina (SHAW, 2016). De fato, mesmo quando mulheres recebem o diagnóstico de TEA, esse é obtido mais tardiamente quando comparado aos dos homens (BARGIELA, 2016).

É sabido que meninas com TEA também apresentam dificuldades de interação social, porém fazem uso de mecanismos de compensação que camuflam estas dificuldades, as quais passam despercebidas por pais e professores. Essas estratégias fazem parte de um grupo de manifestações, denominado por muitos autores como fenótipo autista feminino. Tal fenótipo é caracterizado por um comportamento particular das mulheres com TEA, como a maior motivação social e capacidade de formar relacionamentos, menor externalização de movimentos estereotipados repetitivos e maior vulnerabilidade à internalização de distúrbios (BARGIELA, 2016). Esse comportamento é observado principalmente na infância, em que essas meninas gastam quantidade significativa de tempo interagindo socialmente, porém não conseguem manter o envolvimento mútuo em atividades que exigiam sincronização social. Nesse sentido, quando observadas mais de perto, percebe-se que apesar de essas garotas estarem em um meio social, não necessariamente estão inseridas nas atividades (DEAN, 2016).

Meninas com TEA são menos sujeitas a exteriorizar déficits de interação social e dificuldades de desenvolvimento de relacionamento, além de possuírem menor tendência de apresentar movimentos estereotipados repetitivos, como movimentos motores e falas reducionista, não adesão a rotinas, insistência nas mesmas coisas, rituais de comportamento, interesses fixos e entusiasmo incomum por aspectos sensoriais do ambiente (GOULD, 2017 e APA, 2013). Assim, muitas dessas meninas

encontram mecanismos para o estabelecimento de um comportamento neurotípico, a fim de serem vistas como “normais”. Esses fatores contribuem para um risco elevado de diagnóstico tardio ou mesmo, o não diagnóstico de TEA no gênero feminino, expondo esse grupo a prejuízos psicossociais diante da não intervenção (BARGIELA, 2016).

Os atuais instrumentos utilizados para a avaliação do TEA se fundamentam nos critérios diagnósticos DSM-5. No Brasil, o instrumento preconizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) é o *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT-R)*. Além desse, outros de relevância clínica são o *Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)* e o *Autism Behavior Checklist (ABC)*.

Esses instrumentos foram moldados em torno dos fenótipos delineados pela primeira vez por Kanner (1943) e Asperger (1944) (KOPP, 2011), os quais possuíam uma amostra predominantemente masculina, sugerindo-se um viés para o diagnóstico em meninos. Assim, as meninas são mais propensas a ter pontuação normal nesses instrumentos, haja vista a ausência de itens que abrangem as particularidades do gênero, com um possível subdiagnóstico. (MANDY, 2017). Desse modo, apenas garotas com expressivos problemas de comportamento e significativas dificuldades cognitivas são diagnosticadas com TEA, formando um estereótipo feminino para a doença (DEAN, 2016).

Caso haja diferenças significativas de manifestações entre os gêneros, faz-se necessária revisão dos instrumentos atualmente padronizados ou criação de instrumentos que melhor especifiquem as manifestações específicas no gênero feminino do TEA (FRAZIER, 2016).

Esse trabalho objetivo descrever o perfil epidemiológico de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de um serviço público de Brasília, dando enfoque a possíveis diferenças de gênero, avaliando prevalência, idade média de diagnóstico e características clínicas, a fim de verificar se há sub reconhecimento ou um reconhecimento tardio de TEA na população feminina.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de um serviço público de Brasília, dando enfoque a possíveis diferenças de gênero, avaliando-se: prevalência, idade média de diagnóstico e características clínicas, a fim de verificar se há subreconhecimento ou reconhecimento tardio de TEA na população feminina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com TEA em um serviço público em Brasília. Sexo, cor, religião, naturalidade, renda.
- Comparar a prevalência de TEA entre meninos e meninas desse serviço.
- Utilizar os principais instrumentos para o rastreio e diagnóstico do TEA nessa população
- Identificar as diferenças nos itens do questionário M-CHAT, ASSQ, ABC e DSM-5 entre meninos e meninas;
- Descrever as diferenças clínicas entre meninos e meninas.
- Calcular a idade média de diagnóstico da amostragem de acordo com o gênero.
- Avaliar a existência de viés masculino nos instrumentos diagnósticos de avaliação do TEA.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nos últimos 50 anos, o TEA vem sendo cada vez mais estudado, pesquisado e reconhecido como uma síndrome frequente e heterogênea (LORD, 2018). Apesar de o diagnóstico se basear em questões específicas de desordens comportamentais, a manifestação clínica é polimórfica e muitas pessoas dependem de algum tipo de apoio ao longo da vida, ocorrendo impacto significativo na vida de seus cuidadores (LORD, 2018).

O Relatório da Comunidade de 2020 sobre autismo do Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) destacou que a porcentagem estimada de crianças de oito anos com autismo aumentou desde o último relatório, cerca de 1,85%, em uma proporção de 1 menina para 4 meninos, apresentaram autismo (MAENNER, 2020). Um estudo brasileiro mostrou uma prevalência de TEA em meninas de 13,1% (KUMMER, 2015), enquanto um outro estudo mostrou uma prevalência de 19,8% (MAIA, 2019).

Em 2011, foi publicada a portaria de número 3.088 do Ministério da Saúde que institui a Rede de Atenção Psicossocial para populações vulneráveis, incluindo pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Em 2012, foi instituída a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, pela lei de número 12.764. Ela simboliza a luta pelo acesso a direitos dessa população, garantindo educação e acesso a atendimentos em serviços de saúde especializados. Em 2018, foi publicado o Projeto de Lei (PL) de número 6575/2016, ainda em discussão, na Câmara dos Deputados, que propõe alterações na a lei de número 7.853, para incluir especificidades inerentes ao autismo nos censos demográficos, com a justificativa de não existirem dados oficiais sobre pessoas com TEA no Brasil (BRASIL, 2018). A lei de número 7.853, de 1989, instituiu apoio às pessoas portadoras de alguma deficiência, sua integração social e instituiu também tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas (BRASIL, 1989).

O transtorno do espectro autista (TEA) tem origem no neurodesenvolvimento e constitui um grupo de transtornos complexos e heterogêneos caracterizados por irregularidades na interação social e na comunicação e presença de interesses e atividades restritas e repetitivas (SADOCK, pg.33, 2017). Dentre esses grupos, foram

incluídos no último DSM o autismo infantil, autismo infantil precoce, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (DSM -5, 2014).

Diferentes manifestações clínicas reproduzem as diversas anormalidades encontradas em estudos patológicos em regiões do encéfalo ligadas a interação social, comunicação, aprendizagem e memória, como a amígdala, o giro fusiforme e outras regiões do córtex com ativação anormal (SADOCK, pg.33, 2017).

Pessoas com TEA apresentam prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social, como abordagens anormais e dificuldades de estabelecer uma conversa habitual, emoções ou afeto (DMS-5, 2014). Outras características descritas no DSM V são: padrões repetitivos e restritos de comportamento ou interesses, como movimentos motores e falas repetidas ou padrões de comportamento ritualizados e adesão inflexível. Apesar desses sintomas serem característicos, pacientes com autismo apresentam grande variabilidade e graus de gravidade diferentes, constituindo, assim, um espectro sintomatológico (MUKHERJEE, 2017). A variabilidade fenotípica pode ter relação com epigenética, como também de herança genética (MAIA, 2019).

A fusão de transtorno autista com o transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento foi implementada para aumentar a sensibilidade e especificidade dos critérios para o diagnóstico de TEA e, também, para identificar alvos mais específicos para tratamento (DSM-5, 2014). A Síndrome de Asperger pode ser entendida como uma forma de apresentação do TEA que apresenta mais sinais de dificuldade de interação social do que na linguagem ou no desenvolvimento neurológico, e corresponde a cerca de 10% dos diagnósticos (TARAZI, 2015). Essas crianças possuem dificuldades em decifrar entrelinhas e gestos não verbais como tom de voz, gestos, expressões faciais e linguagem corporal, fazendo interpretações literais de discursos ou até de piadas (MIRKOVIC, 2019).

O diagnóstico de TEA é extremamente relevante para o estabelecimento adaptativo do indivíduo, pois a negligência do seu reconhecimento e conseqüente não intervenção pode gerar sérias conseqüências para o paciente, como problemas no

desenvolvimento de relacionamentos entre pares, habilidades comunicativas prejudicadas e problemas idiossincráticos (MAENNER, 2013). Esse cenário quando direcionado para população feminina com TEA, permitiu a identificação de prejuízos emocionais, principalmente depressão e ansiedade, além da vulnerabilidade a situações de risco, haja vista uma não percepção de perigo em decorrência das dificuldades de interpretação social (GOULD, 2017 e BARGIELLA, 2016).

Os critérios diagnósticos para TEA são divididos em: déficits persistentes na comunicação e interação social, padrões restritos e repetitivos de relacionamentos, (como movimentos motores repetitivos), sintomas presentes precocemente no período do desenvolvimento com prejuízo significativo no funcionamento social (DSM-5, 2014). O diagnóstico de TEA ainda conta com especificadores de gravidade, que não devem ser utilizados para determinar a escolha da terapêutica, pois essa deve ser determinada de acordo com as prioridades e metas individuais de cada paciente (DSM-5, 2014).

Um dos instrumentos de triagem para o Transtorno do Espectro Autista é o M-CHAT-R/T, que consiste em um questionário para crianças de 16 a 30 meses em dois estágios para detectar o maior número possível de TEA (ROBINS, 2009). Atualmente é o instrumento mais utilizado internacionalmente, devido a seu baixo custo e acessibilidade para triagem infantil (ROBINS, 2014). O instrumento apresenta uma estrutura de acompanhamento que oferece perguntas mais específicas a respeito de itens indicando risco para autismo e quando uma criança apresenta resultados positivos para o questionário em dois estágios, ela apresenta alto risco para TEA (ROBINS, 2014). Um estudo de validação do M-CHAT-R/T mostrou que o questionário é confiável, sensível e específico, em que mesmo naqueles falso-positivos, foi identificado outros distúrbios neuro cognitivos similares aos descritos para o questionário (MEDEIROS, 2019). Outro estudo publicado em 2020, analisou a utilização do M-CHAT-R/T em crianças de diferentes etnias e concluiu que existem poucos trabalhos para determinar se o questionário é um rastreador eficaz em crianças negras (DAI, 2020).

O ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) é um instrumento em formato de entrevista direcionada aos pais e cuidadores voltado para crianças a partir de 18 meses. Três domínios principais são avaliados: comunicação, desenvolvimento social

e comportamentos repetitivos estereotipados (FILHO, 2014). O ADI-R é composto por 93 perguntas divididas em 6 seções que envolvem informações sobre os pacientes e sua família, desenvolvimento da criança, presença dos critérios do DSM-V e problemas gerais de comportamento. É necessário treinamento prévio do profissional que irá realizar a entrevista (MARQUES, 2015).

O ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition) é um instrumento considerado padrão-ouro que avalia indivíduos com suspeita de TEA em todas as faixas etárias (FILHO, 2014). Trata-se de uma ferramenta semiestruturada que verifica comunicação, interação social, imaginação e comportamentos restritos ou repetitivos. É composto por um módulo da criança, módulo 1, módulo 2, módulo 3 e módulo 4, os quais são definidos pela idade e pelo nível de linguagem do paciente. O resultado varia de 0 a 9, sendo 0 nenhuma evidência de comportamento anormal, 1 - comportamento levemente anormal ou incomum, 2 - anormalidade de comportamento definida, 3 - comportamento marcadamente anormal e de 4 a 9 - identificação de habilidades específicas e comportamentos atípicos (LORD, 2014). Sua aplicação exige treinamento prévio do profissional de saúde e é um instrumento de alto custo (MARQUES, 2015).

O Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) é um questionário com 27 itens, que permite que pais ou professores identifiquem se a criança se destaca como diferente das outras crianças de sua idade (MATTILA, 2012). Esse instrumento foi criado inicialmente para avaliar aqueles com Síndrome de Asperger, mas ele se mostrou confiável e válido para toda a gama de apresentações de TEA (KOOP, 2011). Apesar do uso do questionário ser limitado à faixa etária dos 7 aos 16 anos, um estudo realizado em 2018 avaliou a possibilidade de aplicação em crianças com idade pré-escolar e identificou menos diferenças entre os gêneros (ADACHI, 2018). Quatro aspectos são avaliados: interação social (11 itens), problemas de comunicação (6 itens), comportamentos restrito e repetitivo (5 itens) e alterações motoras (4 itens) (MATTILA, 2012).

O Autism Behavior Checklist (ABC) foi projetado por uma equipe multiprofissional de psicólogos, fonoaudiólogos, professores e pediatras com finalidade de identificar crianças com TEA e retardo mental, a partir da investigação comportamentos atípicos característicos desses transtornos. É um instrumento de fácil aplicação e de baixo

custo, largamente utilizado no ambiente clínico e de pesquisa. Esses comportamentos foram associados a cinco áreas de desempenho: estímulos sensoriais, relacionamentos, uso do corpo e de objetos, linguagem e desenvolvimento pessoal-social (MARTELO; PEDRÔMICO, 2005). O principal viés do instrumento é a não pontuação de crianças não verbais na subescala de linguagem, configurado uma alta especificidade, mas baixa sensibilidade à escala (FERNANDES, 2007). Nesse sentido, o ABC se configura como um instrumento de triagem, pois não confirma o diagnóstico de TEA (VOLKMAR, 1988).

O autismo tem sido descrito como predominante no sexo masculino e existem poucos estudos que exploram as diferenças clínicas entre meninas e meninos no diagnóstico de TEA (YOUNG, 2018). Muitas pesquisas não consideram as diferenças entre os perfis cognitivos masculinos e femininos, pois é observado o predomínio de uma amostragem masculina em detrimento da feminina (YOUNG, 2018 e WERLING, 2016). Existem poucos trabalhos que consideram as diferenças no desenvolvimento e funcionamento do cérebro entre meninas e meninos como um fator em potencial para explicar as diferenças no diagnóstico entre eles (HENDRICKX, 2015).

A maior prevalência do TEA em meninos em relação a meninas sugere modelos comportamentais diferentes daqueles observadas nos homens, delineando um fenótipo autista feminino (GREEN, 2019). Kreiser (2014) propôs que mulheres com TEA manifestavam características únicas em cada aspecto dos critérios diagnósticos, haja vista a influência de paradigmas socioculturais e psicológicos baseados no gênero, tratando-se de um processo que afeta a percepção social, a interpretação dos sintomas e a identificação diagnóstica. É conhecido que uma maior proporção desse distúrbio é relatada na população na masculina em comparação a feminina, tendo uma média aproximada de 4:1. Tal proporção aumenta para 10:1 no TEA de alto funcionamento e reduz para 2:1 nos casos de TEA com deficiência intelectual moderada a grave. Esse cenário sugere que meninas com comprometimento intelectual significativo são mais propensas ao diagnóstico (DWORZYNKI, 2014). Esta evidência é corroborada pelo estudo de Lai et al. (2019), o qual identificou a necessidade da presença de baixa capacidade cognitiva e/ou problemas de comportamento adicionais para a determinação do diagnóstico de TEA em meninas, sendo esse fenômeno não existente na população de meninos. Logo, meninas que

possuem altos níveis de traços autistas, mas sem problemas cognitivos e comportamentais adicionais frequentemente não tendem a preencher os critérios diagnósticos para TEA, haja vista uso de estratégias genuínas de coping (DWORZYNKI, 2014).

Os estudos realizados por Duvekot et al. (2016) e Hiller (2015) descreveram a existência de diferenças de comportamento individual que afetam o diagnóstico de TEA de maneira discordante para meninos e meninas, havendo um prejuízo na identificação do grupo feminino. Diante disso, garotas com níveis subclínicos de sintomas de TEA apresentam mecanismos mitigatórios que as impedem de atingir o limiar clínico e estão sujeitas ao desenvolvimento de maiores dificuldades com o tempo. Por isso, a investigação de comportamentos do fenótipo autista feminino se faz relevante para atualização dos instrumentos diagnósticos, permitindo a oferta de assistência necessária a meninas com TEA. Há evidências crescentes da existência de um fenótipo autista feminino, e sua distinção do fenótipo autista masculino é complexa. Isso ocorre devido o viés metodológico presente nas ferramentas diagnósticas, as quais são resultantes de amostras predominantemente masculinas, além de uso de critérios clínicos projetados para o enquadramento de um estereótipo masculino. Diante disso, a hipótese do subdiagnóstico de meninas com TEA surge da não sensibilidade dessas ferramentas à distribuição de diferentes traços autistas entre homens e mulheres. Tudo isso contribui para o não diagnóstico, para o diagnóstico tardio ou para o diagnóstico incorreto de mulheres com TEA (ESTRIN, 2020).

Entre as manifestações de discrepância, identifica-se maior habilidade de comunicação social em meninas com TEA, quando comparadas aos meninos. Acredita-se que isso ocorre devido o maior envolvimento em fantasias e brincadeiras imaginativas na infância e a presença de um discurso que possui maior quantidade de vocabulários relacionada à emoção. (GREEN, 2019). Além disso, verifica-se maior consciência e desejo de interação coletiva, tendo em conta o fenômeno de impulso social precoce na população feminina em geral, circunstância essencial no desenvolvimento de mecanismos compensatórios, que amenizam os déficits de comunicação e permitem a maior integração social dessas meninas (KREISER, 2014 e KOPP, 2011).

O fenótipo autista feminino envolve estratégias de compensação para mitigação de dificuldades sociais associado a diferentes processos neurais, diante disso (LAI, 2019), mulheres com TEA tendem a passar despercebidas devido a semelhança do seu comportamento com seus pares neurotípicos (ESTRIN, 2020). Ademais, Szamari et.al (ANO) avaliou um modelo de risco genético para TEA e identificou que mulheres apresentam maior probabilidade de status afetado na dimensão do comportamento repetitivo, mas não na comunicação social, e essa redução superficial dos sintomas de comunicação social nas mulheres pode reduzir a probabilidade do diagnóstico (LAI, 2019). Em sua revisão sistemática, Estrin et al. (2020) faz uma análise ampla das disparidades do TEA entre os gêneros sobre 5 eixos principais: problemas comportamentais, habilidades de comunicação social, linguagem, relacionamentos e comportamentos estereotipados.

Os mecanismos de compensação são determinados pela camuflagem dos déficits associados ao TEA, sendo um comportamento generalizado, mas não universal. Essa competência surge por efeito das pressões de adequação às demandas da sociedade e se expressa por meio de estratégias de cooptação e competência social, a fim de ocultar os comportamentos não neurotípicos e impedir a percepção dos outros sobre as dificuldades de interação intrínsecas ao TEA. Entre as estratégias pode-se citar tentativa de contato visual, mesmo na presença de desconforto, utilização de frases e piadas aprendidas em conversas anteriores, alteração do volume da fala, mimetização de gestos e expressões sociais e manutenção de distância física dos colegas. (GREEN, 2019). Lehnhardt et al. (2015) constataram a associação do desenvolvimento de técnicas compensatórias a fatores proeminentes em meninas com TEA, como a maior habilidade cognitiva, flexibilidade de tarefas, melhor capacidade de processamento e uso de estratégias explícitas no enfrentamento de interações sociais complexas.

Bargiela (2016), em seu ensaio qualitativo, identificou os principais temas relacionados ao TEA em mulheres, e o tópico “Fingindo ser normal” foi o que relatou com mais propriedade as estratégias de camuflagem nesse grupo. O uso do masking (máscara social), a apropriação de “personas” diferentes para situações específicas e o mimetismo social são as estratégias mais utilizadas. Essas técnicas, entretanto, são relatadas como cognitivamente exaustivas e desafiadoras (GREEN, 2019) e possuem

uma relação com oscilações de humor e de comportamento, fomentando um sentimento de perda ou de desconhecimento da própria identidade. (BARGIELA, 2016).

Comportamentos estereotipados repetitivos são menos associados a meninas com TEA quando comparadas aos meninos. De fato, meninas apresentam limiares clínicos menores para essa manifestação, sugerindo uma diferença quantitativa (DUVEKOT, 2016). É possível verificar que meninas e meninos com TEA apresentam interesses restritos diferentes, e os interesses do primeiro grupo normalmente não são captados pelos instrumentos diagnósticos (HULL, 2016). De fato, foi verificado que as meninas possuem maior entusiasmo com animais (bichos de estimação) e pessoas (celebridades), enquanto que os meninos por objetos inanimados (sistema de máquinas, automóveis, blocos) (GREEN, 2019).

Em relação a problemas comportamentais foi identificado que meninos estão mais propensos a hiperatividade, enquanto meninas tendem a efetuar atividades fixas. No que tange comunicação social, Mandy et al. (2018) avaliou tal habilidade através do Exame de Trajetória de Traços Sociais Autistas e por meio da Lista de Verificação de Distúrbios de Comunicação Social (relatório parental) e foi identificado que homens apresentam níveis mais elevados de traços sociais autistas em idades anteriores, enquanto meninas tendem a pronunciar as dificuldades de comunicação social na adolescência. Na linguagem, meninas diagnosticadas com TEA apresentam níveis significativamente mais baixos de habilidades cognitivas verbais que meninas com altos níveis de traços autistas, porém que não preenchem os critérios para diagnóstico definitivo (BWORZYNSKI, 2012), ademais, Salomene et al. (2016) verificou que meninas com TEA verbalmente capazes (formulação de frases) são diagnosticadas mais tardiamente quando comparadas com meninos com TEA verbalmente capazes, sugerindo a necessidade de dificuldades adicionais de linguagem para o diagnóstico de TEA em meninas. No que tange Relacionamentos, Head et al. (2014) aplicou um questionário de amizade e de funções sociais, o qual foi preenchido por auto relato dos indivíduos da amostra e pelo pai desses, diante disso identificou que mulheres com TEA de alto funcionamento apresentam habilidades sociais semelhantes a homens com desenvolvimento típico, esse fato está intimamente associado as estratégias de compensação social frequentemente encontrados no fenótipo autista feminino. Em

relação aos comportamentos estereotipados, esses são mais relatados na população masculina e é fator preditivo para o diagnóstico de TEA em homens quando comparado com mulheres.

A metanálise de Hull (2016), verificou o desempenho de crianças com TEA comparado a crianças com desenvolvimento típico (DT), tendo em vista as diferenças entre os gêneros. A “Teoria da Mente” foi uma das competências avaliadas, a qual caracteriza a capacidade cognitiva-afetiva de interpretar e de responder aos pensamentos, motivações e comportamentos dos outros e de si mesmo. (WESTBY, 2014 e WHALON, 2019). O déficit dessa habilidade está intimamente associado ao desenvolvimento do TEA. A capacidade de processamento mental foi a segunda qualidade avaliada e consiste na forma de análise de uma informação. Em crianças com TEA esse processamento falha na interpretação de forma holística, ou seja, o indivíduo não consegue extrair a essência do todo (HAPPÉ, 2006) Em ambos as competências, meninos com TEA demonstraram pior desempenho que os com DT, enquanto as meninas com TEA não demonstraram diferenças significativas quando comparadas a meninas com DT nessa metanálise. Além disso, esse estudo demonstrou o impacto específico do TEA em meninos e meninas. Na população masculina foi identificado desempenho prejudicado em alternância de tarefas e flexibilidade, menor produção de memórias autobiográficas, maiores níveis de hiperatividade e externalização. Na população feminina, observou-se desempenho prejudicado na inibição de resposta, menor desempenho no processo visual-espacial, maior exibição de comportamentos típicos do gênero (inversão desse padrão na adolescência) e internalização.

Todos esses elementos do fenótipo autista feminino são mais relevantes em mulheres com TEA sem deficiência intelectual, que apresentam melhor aprendizado por meio de observação de técnicas de comunicação não-verbal e que possuem melhor compreensão intelectual das regras de amizade, sociabilidade e emocionalidade (LENHARDT, 2015). Essa conjuntura pode refletir na disparidade, na dificuldade e atraso no diagnóstico de meninas com esse transtorno, pois subestimam a verdadeira extensão do transtorno e sua sintomatologia nessas pacientes (HULL, 2016).

Estrin et al. (2020) ainda identifica as principais barreiras para o diagnóstico de TEA em meninas: (1) Comportamentos compensatórios - esses fazem parte de um grupo

de manifestações do fenótipo autista feminino, caracterizado por um comportamento particular das mulheres com TEA, como a maior motivação social e capacidade de formar relacionamentos, menor externalização de movimentos estereotipados repetitivos e maior vulnerabilidade à internalização de distúrbios (BARGIELA, 2016); (2) Preocupação dos pais – foi identificado que pais de meninos tendem a expressar maiores preocupação na rotulagem de TEA com filho com triagem positiva que pais de meninas, ademais, os relatórios de comportamento estereotipados pelos pais de meninas são menos preditivos para o diagnóstico de TEA, quando comparado ao relatórios de pais de meninos. A principal área de preocupação parental que favorece o diagnóstico de meninas envolve problemas emocionais e de comportamento; (3) Percepção de terceiros – existe uma desvalidação do diagnóstico de TEA em meninas, por esse ser rotulado um “distúrbio masculino”; (4) Falta de informação/recursos – sentimento de desamparo e preocupação quanto a falta de informações sobre TEA exclusivamente em meninas, haja vista que a maior parte das referência tratam de expressões masculinas do TEA, além disso, essa falta de informação pode ser prejudicial para o processo diagnóstico, pois os pais não conseguem identificar o distúrbio em filhas mulheres. A falta de recurso financeiro é um fato que pode dificultar o processo diagnóstico, devido a impossibilidade dos pais de cobrir os serviços de saúde; (5) Viés clínico – comportamento e experiências de meninos e meninas são interpretados de forma diferente por profissionais de saúde, refletindo um preconceito de gênero, além disso, tendem a ser mais resistentes ao diagnóstico definitivo de TEA em meninas e insistem na busca por outro diagnóstico. Nesse cenário, é comum os pais relatarem frustração diante das desvalidação do seu relato sobre o desenvolvimento atípico de suas filhas mulheres.

A percepção da possibilidade de um viés masculino nos instrumentos diagnósticos de TEA remete à origem da definição desse transtorno. Ele foi descrito pela primeira vez na década de 1940 por Leo Kanner como “distúrbio do contato afetivo” e, depois, por Hans Asperger como “psicopatia autista”. As descrições desses autores eram de amostras predominantemente masculinas, sendo que dos 11 casos clínicos de Kanner, apenas 3 eram de meninas e todos os casos de Asperger eram de meninos (GREEN, 2019). Diante disso, a maior parte dos instrumentos de triagem do TEA parecem ter sido modelados pelo fenótipo descrito por esses autores (KOPP, 2011).

Nessa conjuntura, acredita-se que estudos iniciais do transtorno subestimaram o número de mulheres com TEA, já que estas não apresentavam características do fenótipo de apresentação masculina e muitos desses eram de amostras inteiramente masculinas. Tudo isso contribuiu para uma sub-representação da população feminina com TEA, a qual repercutiu tanto no meio científico quanto na prática clínica, levando a um entendimento tendencioso e enviesado na apresentação clínica do TEA (GREEN, 2019).

As repercussões no diagnóstico tardio em mulheres com TEA envolve experiência de dificuldade de identificação do diagnóstico, uso de estratégias de compensação e situações de vitimização (GREEN, 2019). A dificuldade de diagnóstico advém do não entendimento das dificuldades do TEA em meninas, principalmente naquelas com desempenho cognitivo normal, em que, o profissional de saúde demonstra desconhecimento sobre o fenótipo autista feminino. Esse fato pode ser corroborado em razão da existência de um estereótipo da mulher com TEA, o qual inclui severos problemas de cognição e comunicação. O uso de estratégias de compensação abrange as características do fenótipo feminino do TEA, como a camuflagem, controle dos 2^o = comportamentos estereotipados repetitivos e melhor processamento mental. Já as situações de vitimização abarcam a experiência de relacionamentos prejudiciais, abuso emocional, físico e sexual, em razão a ingenuidade social e passividade associadas ao TEA e ao desejo de inclusão e aceitação. (GREEN, 2019 e BARGIELA, 2016).

Essa situação promove um prejuízo considerável, já que essas meninas passam a vida sem explicação para seus déficits, experimentando sensações de culpa e incapacidade, contribuindo para a internalização dos problemas e manifestação de distúrbios mentais (KREISER, 2013). Joshi et al. (2013) revelou que as principais comorbidades psiquiátricas na população adulta com TEA de diagnóstico tardio são depressão, ansiedade, transtorno do déficit de atenção (TDAH), transtorno obsessivo compulsivo e transtornos de personalidade.

As mulheres apresentam maior risco de desenvolver distúrbios internalizantes devido à probabilidade conferida intrinsecamente aos comportamentos do TEA e pelas questões sociais vinculadas ao gênero, haja vista a expectativa sobre o papel tradicional da mulher na sociedade, normalmente incompatível com a forma que essas

pacientes querem viver (GREEN, 2019). A obtenção do diagnóstico, mesmo que tardio, promoveu um sentimento de pertencimento a uma comunidade e uma auto visão aprimorada, na qual as pacientes se sentiam mais livres em expressar seu comportamento natural e não se viam na obrigação de interpretar a conduta estabelecida pela sociedade, para serem acolhidas e aceitas. Além disso, relatam maior assertividade nas interpretações sociais e não sentem medo de expressar suas dificuldades quando presentes (BARGIELA, 2016).

4 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal com características quantitativas e qualitativas e duas principais estratégias de investigação. O local de coleta de dados é o Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP).

O COMPP DF fica no Setor Médico Hospitalar Norte, conjunto 1, bloco A, ao lado da FEPECS. O horário de funcionamento é de segunda a sexta, das 7:00 às 19:00, e o público alvo consiste em crianças residentes do Distrito Federal de 0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias com problemas moderados em saúde mental. São oferecidos atendimentos iniciais por demanda espontânea, além de atendimentos individuais nas especialidades de psiquiatria, neuropediatria, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social e nutrição. Também oferece grupos de entrada e terapêuticos e exames complementares, como eletrocefalograma, impedanciometria e audiometria.

O COMPP DF é uma instituição que acolhe crianças e adolescente com distúrbios emocionais e comportamentais ou com transtornos de linguagem e psiquiátricos. Funciona com recursos provenientes da Fundação Hospitalar, Fundação Educacional e Fundação do Serviço Social do Distrito Federal, sendo criado pelo Decreto nº 1174 de 23 de outubro de 1969, partir do convênio dessas fundações, com o objetivo de diagnosticar, orientar e acompanhar crianças que necessitam de assistência médica, psicológica, pedagógica e social.

Assim, esta pesquisa foi realizada em 2 etapas. A primeira consistiu em uma análise retrospectiva através de prontuários dos pacientes dos grupos TEA-1 e TEA-2 do COMPP, avaliando as variáveis de sexo, idade, naturalidade, idade do diagnóstico e a possível declaração de instrumento diagnóstico específico. A segunda se deu pela aplicação de questionários direcionados aos responsáveis das crianças, que confirmavam as variáveis epidemiológicas, além de acrescentar outras como cor/etnia, religião e renda familiar. Nessa etapa também foram avaliados os critérios do DSM-5 e aplicados os instrumentos diagnósticos ASSQ, ABC e M-CHAT.

A definição da amostra na segunda etapa foi realizada por conveniência, conforme os pacientes compareciam às consultas no COMPP. Não houve demarcação anterior dos pacientes devido às dificuldades de comparecimento presencial diante da pandemia

da COVID-19. A pesquisa contou com a participação de 40 pacientes previamente diagnosticados com TEA, que estavam sendo acompanhados pelos profissionais do COMPP em grupos terapêuticos. A aplicação dos questionários foi realizada de forma presencial através do preenchimento de um formulário online pelo pesquisador e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo cuidador do paciente. Inicialmente era realizada a identificação do entrevistado e a respectiva relação parental com a criança, em seguida eram coletados dados pessoais do paciente, incluindo nome completo, data de nascimento, sexo/gênero, cor/etnia, naturalidade, religião, renda familiar e idade da criança quando diagnosticada com TEA. Em seguida, foram analisados os critérios do DSM-V através de relatos de sinais e sintomas percebidos em história anterior ou atual pelo cuidador, sendo assim avaliados déficits de comunicação e interação social, padrões restritivos repetitivos e interesses restritos e respectivos níveis de gravidade. Foi questionado se havia presença de sintomas precocemente e a idade com que os responsáveis notaram os primeiros sinais, confirmando a presença de prejuízo funcional e descartando diagnósticos diferenciais.

Em seguida, foi aplicado o instrumento ASSQ, composto por 27 perguntas relacionadas a sinais e sintomas do TEA com 3 possibilidades de resposta a depender da frequência do sintoma/sinal, SIM para “anormalidade definida”, UM POUCO para “alguma normalidade” e NÃO para “normalidade”. O ABC foi o segundo a ser aplicado, composto por 57 comportamentos não adaptativos relacionados a 5 áreas: estímulos sensoriais, relacionamento, uso de corpo e objeto, linguagem e desenvolvimento pessoal-social, com cada comportamento pontuado de 1 a 4 a depender da associação mais forte com o TEA. O entrevistado tinha possibilidade de 2 respostas, SIM para mais frequentemente observado e NÃO para menos frequentemente observado. O questionário M-CHAT não foi avaliado pois a amostragem contaria com apenas um participante, haja vista fator limitador da idade.

As informações coletadas foram tabuladas no EXCEL e inicialmente foram filtrados os elementos pertinentes para pesquisa. Os dados passaram por um processo de análise univariada, permitindo a exposição detalhada das variáveis em estudo para cada sexo, seguida pela identificação de correlações e causalidades dessas variáveis entres os sexos, essa última realizada pelo processo de análise bivariada. Os dados

foram transcritos, observados, analisados e comparados, com elaboração de gráficos e tabelas para melhor visualização dos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética local, com o parecer CAAE número 39301620.3.0000.5650.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho foi realizado com 40 pacientes atendidos no COMPP, sendo 34 meninos (85%) e 6 meninas (15%), determinando uma relação de M:F de 17:2 (*Gráfico 1*). Entre os aspectos epidemiológicos da amostra, tem-se que 33 (82,5%) das crianças são naturais de Brasília-DF e 7 (17,5%) são de outros estados, incluindo-se Goiás, Mato Grosso, Pará, Piauí e Maranhão (*Gráfico 2*). Em relação à religião, a maior parte dos responsáveis dos pacientes se declaram católicos (22: 55%) e os demais evangélicos (14: 35%) ou não praticantes (5: 12%) (*Gráfico 3*). No que diz respeito à renda, mais da metade declara renda até 1 salário (22: 55%), entre 2 e 5 salários tem-se 14 participantes (35%), acima de 5 salários apenas 3(7,5%) e sem renda apenas 1(2,5%). (*Gráfico 4*). Diante disso, percebe-se um predomínio de atendimento a crianças de baixa condição socioeconômica.

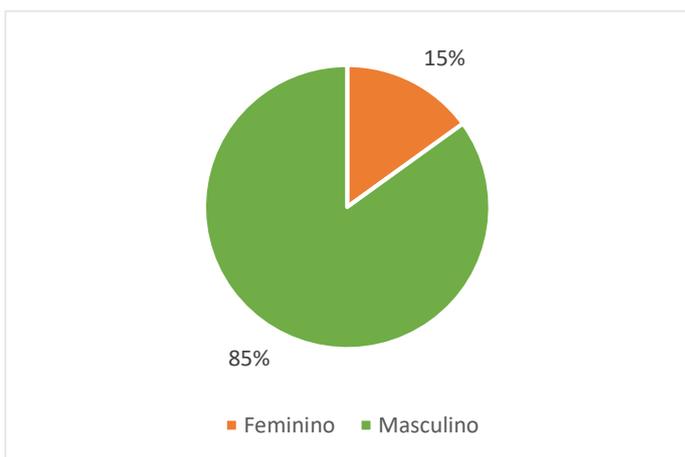


Gráfico 1: Sexo

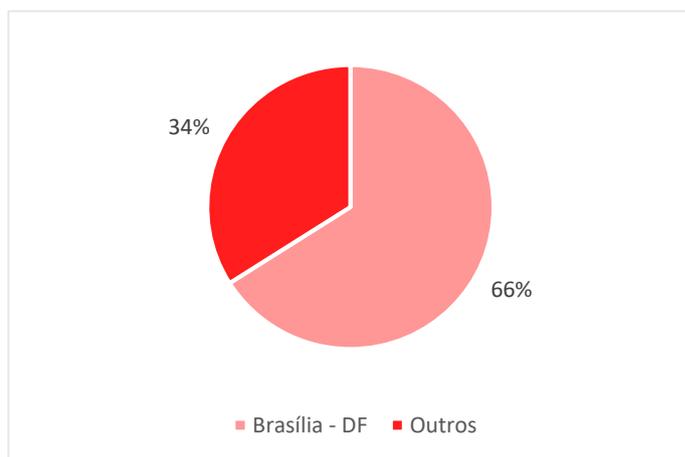


Gráfico 2: Naturalidade

A idade média no momento do diagnóstico foi 4,88 para meninos e 3,88 para meninas, contradizendo com os achados de outros estudos, os quais relatam um diagnóstico tardio no sexo feminino. Cabe ressaltar a possibilidade de um viés nesse achado devido ao pequeno número de meninas na amostra. Tal fato reforça a importância de mais trabalhos com enfoque em meninas com TEA.

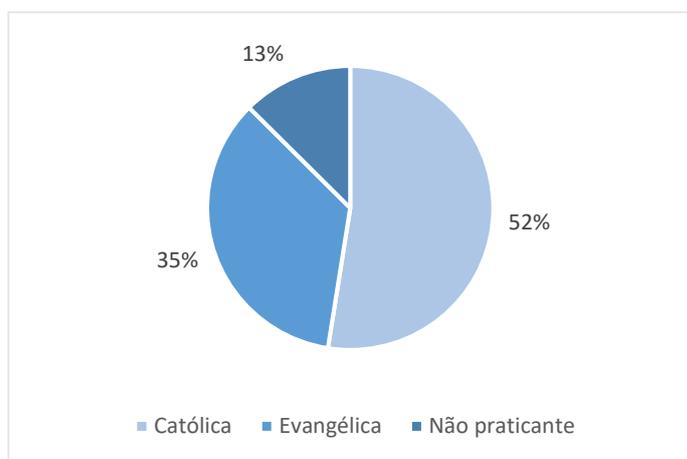


Gráfico 3: Religião

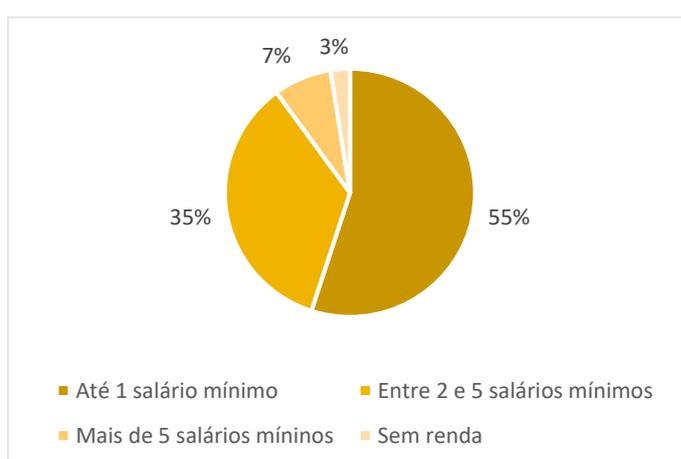


Gráfico 4: Renda familiar

Quanto aos dados referentes ao DSM-

5 nota-se que, diante do domínio A de comunicação e interação social, 100% preencheram algum dos 3 (Tabela X). Na amostragem masculina, 67,5% preencheram sim para déficit na reciprocidade emocional, 52,5% na comunicação verbal e 57,5% na compreensão e manutenção de relacionamentos. Além disso, 42,5% se enquadraram como nível 1 de gravidade, 37,5% no nível 2 e 5% no nível 3. Enquanto isso, na amostragem feminina percebe-se que 100% preencheram todos os subitens referentes ao déficit no domínio de comunicação e interação social. Ademais, 33,3% foram classificadas como nível 1 de gravidade, 33,3% no nível 2 e 33,3% no nível 3.

Quanto aos padrões restritivos e interesses restritos, todos os pacientes apresentaram no mínimo 2 subitens, caracterizando um déficit nesse domínio. Em meninas, todas apresentaram estereotípias ou padrões repetitivos de comportamento, além de hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos

sensoriais. Entretanto, cerca de 83% apresentaram insistência nas mesmas coisas e inflexibilidade na rotina. Além disso, cerca de 16,7% apresentaram gravidade nível 1, 16,7% apresentou gravidade nível 2 e 67% apresentaram nível de gravidade 3. Enquanto isso, em meninos, nota-se um padrão diferente, sendo que 92,5% apresentaram o item referente à Inflexibilidade a rotinas e padrões ritualizados de comportamento, e 80% referente a estereotípias ou padrões repetitivos de comportamento, sendo esses os subitens mais preenchidos por esse grupo. Ademais, 37,5% apresentaram gravidade nível 1, 42,5% apresentou gravidade nível 2 e apenas 5% apresentaram gravidade nível 3, porcentagens diferentes comparadas a amostragem feminina. Quanto ao critério C, nota-se que todas as pacientes femininas apresentaram os sintomas precocemente, enquanto em meninos foi 75%. Além disso, 97,5% dos pacientes preenchem o critério D, referente a prejuízo no funcionamento social, em que 15% correspondeu a amostragem feminina (100%) e 82,5% correspondeu a masculina (97%).

No questionário ASSQ poderia ser pontuado 54 pontos totais, tendo um ponto de corte de 19 pontos. A totalidade do grupo de meninas pontuou acima da nota de corte e no grupo dos meninos, apenas 2 participantes não atingiram a pontuação mínima necessária. Ambos os grupos, entretanto, obtiveram médias acima da nota de corte, tendo o grupo feminino com média maior que o grupo masculino, pontuando 34 e 32, respectivamente. Nota-se que são pontuações próximas, tal fato vai contra os achados da literatura, pois as meninas deveriam ou pontuar muito acima em razão da estereotipização do diagnóstico de TEA no gênero feminino, ou pontuar abaixo da nota de corte, devido o fator camuflagem de sinais e sintomas (*Gráfico 5*).

Foi observado que 6 perguntas das 27 presentes no questionário obtiveram resposta idêntica entre as meninas, sendo elas (1) “É antiquado ou precoce?” com a resposta SIM, tendo a totalidade apresentando atraso no desenvolvimento em alguma área, principalmente fala e comunicação, o que reforça a teoria do diagnóstico de meninas com graves déficits de interação; (2) “É considerado como um professor excêntrico para outras crianças?” com a resposta NÃO, com relatos predominantes de desinteresse por outras crianças por parte das meninas e ausência de transmissão para outras pessoas de interesses fixos e restritos; (3) “Vive em seu próprio mundo com interesses intelectuais peculiares e restritos?” com a resposta SIM, esse

questionamento responde a 2 pontos importantes, o isolamento social e o fascínio por interesses fixos, ambos imperiosos ao fenótipo do TEA, (4) “Tem um jeito diferente de olhar?” com a resposta SIM, tendo a totalidade apresentando não manutenção do contato visual, (5) “Não tem senso comum?” com a resposta SIM, demonstrando a ausência de percepção e compreensão de situações cotidianas e ordinárias e (6) “Tem movimentos e gestos grotescos, descoordenados, inábeis e inadequados?” com a resposta SIM, essa pergunta corresponde ao domínio dos comportamentos restritos e repetitivos, também imperioso ao fenótipo do TEA. Diante desses resultados, observa-se que essas 6 perguntas abrangem os critérios do padrão básico do TEA, sendo observado que o diagnóstico de TEA é mais sensível a garotas com significativas dificuldades de interação e acentuada exteriorização dos movimentos repetitivos e restritivos, reforçando a formação de um estereótipo feminino para a doença, haja vista que foram identificados meninos com menor grau de externalização desses comportamentos e mesmo diante disso, com diagnóstico estabelecido e ratificado.

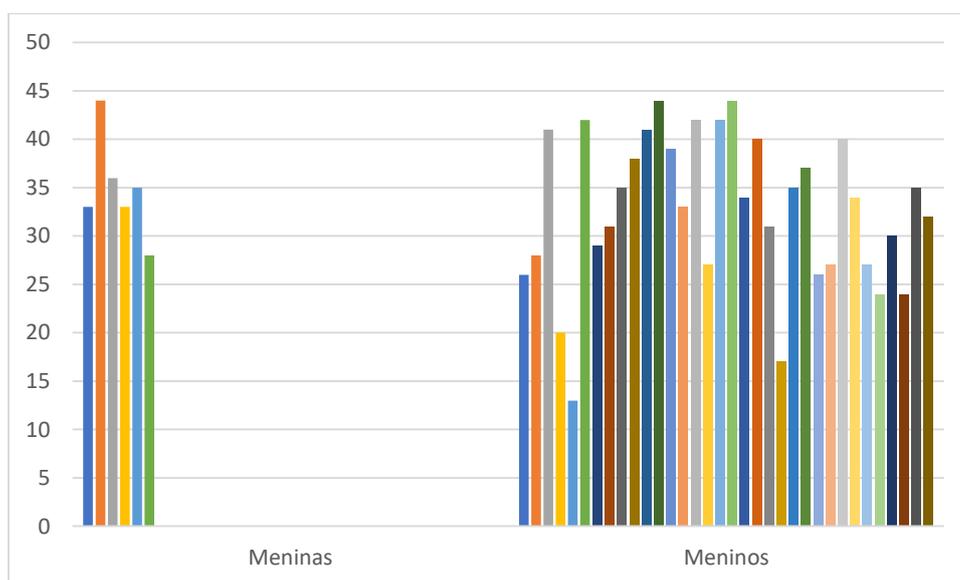


Gráfico 5: Pontuação questionário ASSQ

No questionário ABC foram avaliados 57 comportamentos distribuídos em 5 domínios, com pontuação máxima de 158 e a nota de corte de 68 pontos. As meninas apresentaram média da pontuação total de 116 e os meninos de 95. Além disso, o grupo feminino obteve pontuação maior em todos os domínios, excetuando o de “linguagem” (com pontuação idêntica aos meninos), que como já citado anteriormente,

foi a principal queixa em relação ao atraso do desenvolvimento no grupo feminino. Esses dados refletem mais uma vez o cenário em que apenas meninas com o fenótipo estereotipado de TEA são diagnosticadas. Tal fato é fortalecido pelas apresenta de 4 meninos com pontuação abaixo da nota de corte, porém, apresentando o diagnóstico de TEA, mesmo com o transtorno leve. Diante disso, questiona-se a possibilidade do subdiagnóstico de meninas com TEA de menor gravidade *Tabela 1 e Gráfico 6*).

Pontuação Média ABC						
	Total	Estímulos sensoriais (ES)	Relacionamentos (RE)	Uso de corpo e objeto (CO)	Linguagem (LG)	Desenvolvimento pessoal-social (PS)
MENINOS	95	15	20	24	16	18
MENINAS	116	22	30	27	16	20

Tabela 1: Pontuação média do questionário ABC (total e dos 5 domínios) nos grupos masculino e feminino.

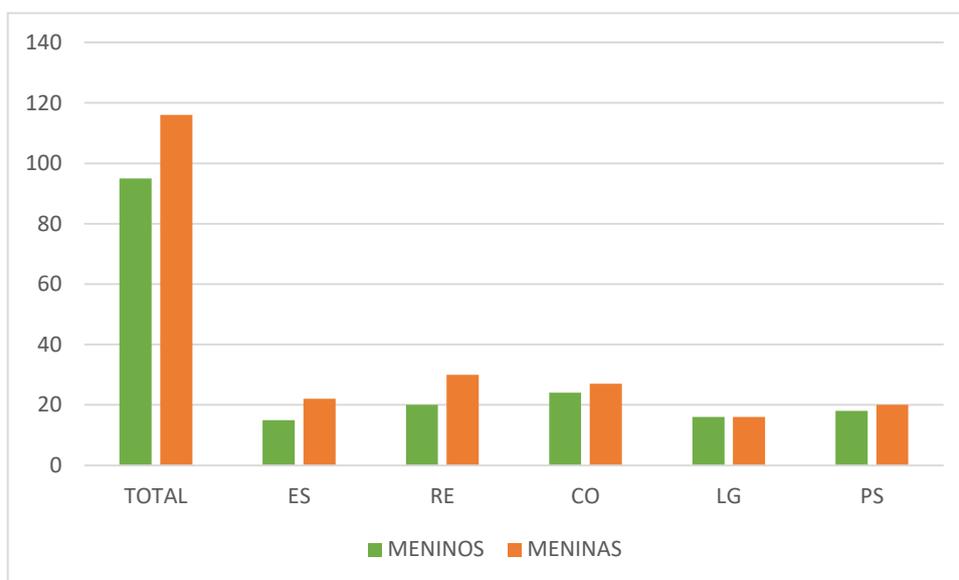


Gráfico 6: Pontuação média do questionário ABC (total e dos 5 domínios) dos grupos masculinos e femininos.

O questionário M-CHAT foi desconsiderado para análise, pois houve apenas 1 paciente elegível para aplicação (idade até 30 meses), logo, diante da impossibilidade com um estudo comparativo, determinou-se sua exclusão.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Justifica-se essa pesquisa em prol do reconhecimento de um possível cenário de subdiagnóstico de meninas com TEA, o qual pode restringir seus direitos de acessibilidade e assistência à saúde. Desse modo, a comprovação de que há um subdiagnóstico do TEA no gênero feminino é fundamental para desenvolvimento de novos instrumentos diagnósticos e melhor prognóstico dessas meninas.

Nesse estudo não foram identificadas diferenças epidemiológicas significativas entre os grupos, possuindo fatores socioeconômicos semelhantes e idade diagnóstica aproximadas. Diante dos dados coletados e analisados, referentes aos critérios do DSM 5 percebe-se uma diferença em relação aos itens preenchidos por meninas e meninos, em que estas preencheram quase todos os subitens referentes aos domínios A e B, além de preencher os níveis 2 e 3 de gravidade. Enquanto isso, na amostragem masculina houve maior distribuição entre subitens nos domínios A e B, entretanto, deve-se levar em conta a amostragem masculina para essa análise, reforçando a importância de mais estudos mais extensos. Além disso, a pandemia da COVID-19 pareceu ter afastado do Serviço pacientes de níveis de acometimento leve a moderado, permanecendo-se em acompanhamento, especialmente os pacientes graves. Como mostrado na fundamentação teórica, os instrumentos utilizados para o diagnóstico do Autismo não enfocam a sintomatologia mais frequente nas meninas, o que nos faz acreditar que isso favorece a um subdiagnóstico para o gênero feminino, destoando-se e revelando-se especialmente as meninas com grave sintomatologia.

No que diz respeito ao questionário ASSQ não foram identificadas diferenças quando comparação das pontuações médias entre meninos e meninas, porém ao analisar mais profundamente, é possível identificar domínios os quais todas as meninas pontuaram e esses, por sua vez, representam sinais acentuados do TEA, reforçando a teoria de que apenas meninas com déficits graves são percebidas e diagnosticadas com o distúrbio. Já o instrumento ABC revelou maior pontuação do grupo feminino nos domínios de estímulos sensoriais, relacionamento, uso de corpo e objeto e desenvolvimento-pessoal e com pontuação igual à do grupo masculino no domínio de linguagem, nesse contexto, mais uma vez sugerindo a possibilidade da existência de um estereótipo do diagnóstico de TEA em meninas.

Diante do estudo, é de extrema importância considerar os fatores limitadores, que podem incluir a amostragem e a conjuntura de pandemia do COVID-19. Entretanto, é de se avaliar que existem sim diferenças no diagnóstico de meninas com TEA e meninos. Dessa forma, acreditamos que a execução de mais pesquisas sobre os temas, possivelmente envolvendo meninas sem diagnóstico ou até com outros diagnósticos psiquiátricos, visando à exploração minuciosa de aspectos do Espectro Autista em meninas podem auxiliar no aumento de conhecimento nessa temática. Um estudo qualitativo é um próximo passo para o detalhamento da sintomatologia dessas meninas.

7 REFERÊNCIAS

1. ADACHI, Masaki et al. Adaptation of the Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) to preschool children. **PloS One**, v. 13, n. 7, jul. 2018. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article/file?type=printable&id=10.1371/journal.pone.0199590>>. Acesso em maio de 2020.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Transtornos do neurodesenvolvimento – transtorno do espectro autista. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Artmed Editora, 2014, p. 50-59. Disponível em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em maio de 2020
3. BAIO, Jon et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. **MMWR Surveillance Summaries**, v. 67, n. 6, p. 1-23, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5919599/>>. Acesso em maio de 2020.
4. BARGIELA, Sarah; STEWARD, Robyn; MANDY, William. 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, n. 10, p. 3281-3294, out. 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10803-016-2872-8.pdf>>. Acesso em maio de 2020.
5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Autism and developmental disabilities monitoring (ADDM) network**. Executive Summary. Retrieved November, v. 3, 2012. p. 6-7.
6. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Autism and developmental disabilities monitoring (ADDM) network**. Key findings from the ADDM network. Retrieved November, v. 3, 2012. p. 9-10.
7. DE SOUZA DEL'OLMO, Florisbal; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Seqüência: estudos jurídicos e políticos**, v. 38, n. 77, p. 197-220, nov. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/seq/n77/2177-7055-seq-77-197.pdf>>. Acesso em maio de 2020.
8. DEAN, Michelle; HARWOOD, Robin; KASARI, Connie. The art of camouflage: gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. **Autism**, v. 21, n. 6, p. 678-689, nov. 2016. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361316671845>>. Acesso em maio de 2020.
9. DIAS, Sandra. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 307-313, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v18n2/1415-4714-rlpf-18-2-0307.pdf>>. Acesso em maio de 2020.
10. DUVEKOT, Jorieke et al. Factors influencing the probability of a diagnosis of autism spectrum disorder in girls versus boys. **Autism**, v. 21, n. 6, p. 646-658, dez. 2017. Disponível em:

- <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361316672178>>. Acesso em maio de 2020.
11. FERNANDES, Fernanda Dreux Miranda; MILHER, Liliane Perroud. Relações entre a Autistic Behavior Checklist (ABC) e o perfil funcional da comunicação no espectro autístico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 111-116, abr/jun. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pfono/v20n2/07.pdf>>. Acesso em maio de 2020.
 12. FILHO, Daniel de Sousa. **Evidências de validade convergente para a versão em português da Autism Diagnostic Interview-Revised e o Inventário de Comportamentos Autísticos em uma amostra de crianças e adolescentes de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Distúrbio do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/1630/1/Daniel%20de%20Sousa%20Filho.pdf>>. Acesso em maio de 2020.
 13. FRAZIER, Thomas W.; HARDAN, Antonio Y. Equivalence of symptom dimensions in females and males with autism. **Autism**, v. 21, n. 6, p. 749-759, ago. 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361316660066?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=auta>. Acesso em maio de 2020.
 14. GOMES, Paulyane TM et al. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. **Jornal de Pediatria** (versão em português), Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p. 111-121, ago. 2015. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2255553615000221?token=3866B8DD57C1BB1E4BA78FB20B92C7092789498216410304E4DDAA0FA87FC024B22346B8B0CA38727A9E4EC6B928D29B>>. Acesso em maio de 2020.
 15. GOULD, Judith. Towards understanding the under-recognition of girls and women on the autism spectrum. **Autism**, v. 21, n. 6, p. 703-705, jul. 2017. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361317706174?journalCode=auta>>. Acesso em maio de 2020.
 16. GREEN, Renée M. et al. Women and autism spectrum disorder: diagnosis and implications for treatment of adolescents and adults. **Current psychiatry reports**, v. 21, n. 4, p. 22, mar. 2019. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1006-3>>. Acesso em maio de 2020.
 17. HAPPÉ, Francesca; FRITH, Uta. The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 36, n. 1, p. 5-25, fev. 2006. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-005-0039-0>>. Acesso em maio de 2020.
 18. HILLER, Rachel M.; YOUNG, Robyn L.; WEBER, Nathan. Sex differences in pre-diagnosis concerns for children later diagnosed with autism spectrum disorder. **Autism**, v. 20, n. 1, p. 75-84, fev. 2015. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361314568899>>. Acesso em maio de 2020.
 19. HULL, Laura; MANDY, William; PETRIDES, K. V. Behavioural and cognitive sex/gender differences in autism spectrum condition and typically developing males and females. **Autism**, v. 21, n. 6, p. 706-727, dez. 2016. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361316669087>>. Acesso em maio de 2020.
 20. JOSHI, Gagan et al. Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: a comparative study. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 43, n. 6, p. 1314-1325, out. 2012. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-012-1679-5>>. Acesso em maio de 2020.
 21. KOPP, Svenny; GILLBERG, Christopher. The Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)-Revised Extended Version (ASSQ-REV): an instrument for better capturing the autism phenotype in girls? A preliminary study involving 191 clinical cases and community controls. **Research in developmental disabilities**, v. 32, n. 6, p. 2875-2888, nov/dez. 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422211001879>>. Acesso em maio de 2020.
 22. KREISER, Nicole L.; WHITE, Susan W. ASD in females: are we overstating the gender difference in diagnosis?. **Clinical child and family psychology review**, v. 17, n. 1, p. 67-84, jul. 2013. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-013-0148-9>>. Acesso em maio de 2020.

23. KUMMER, Arthur et al. Frequência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes com autismo e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 71-77, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt_0103-0582-rpp-34-01-0071.pdf>. Acesso em maio de 2020.
24. LAI, Meng-Chuan et al. Cognition in males and females with autism: similarities and differences. **PLoS One**, v. 7, n. 10, p. e47198, out. 2012. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0047198>>. Acesso em maio de 2020.
25. LEHNHARDT, Fritz-Georg et al. Sex-related cognitive profile in autism spectrum disorders diagnosed late in life: implications for the female autistic phenotype. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 46, n. 1, p. 139-154, ago. 2015. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-015-2558-7>>. Acesso em maio de 2020.
26. LORD, Catherine et al. The autism diagnostic observation schedule—generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 30, n. 3, p. 205-223, jun. 2000. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1005592401947>>. Acesso em maio de 2020.
27. LORD, Catherine, ELSABBAGH, Mayada, BAIRD, Gillian, VEENSTRA-VANDERWEELE, Jeremy. Autism spectrum disorder. **The Lancet**, v. 392, n. 10146, p. 508-520, ago. 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618311292>>. Acesso em maio de 2020.
28. MAENNER, Matthew J. et al. Frequency and pattern of documented diagnostic features and the age of autism identification. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 52, n. 4, p. 401-413. e8, abr. 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856713000762>>. Acesso em maio de 2020.
29. MAENNER, Matthew J. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 Years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2016. **MMWR. Surveillance Summaries**, v. 69, n. 4, p. 1-12, mar. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7119644/>>. Acesso em maio de 2020.
30. MAIA, Fernanda Alves et al. TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO E FATORES PÓS-NATAIS: UM ESTUDO DE CASO CONTROLE NO BRASIL. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 398-405, dez. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019000400398&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2020.
31. MANDY, William; LAI, Meng-Chuan. Towards sex-and gender-informed autism research. **Autism**, vol. 21, n. 6, p. 643-645, jul. 2017. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1362361317706904>>. Acesso em maio de 2020.
32. MARQUES, Daniela Fernandes; BOSA, Cleonice Alves. Protocolo de avaliação de crianças com autismo: evidências de validade critério. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 1, p. 43-51, jan/mar. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/18137/17270>>. Acesso em maio de 2020.
33. MARTELETO, Márcia Regina Fumagalli; PEDROMÔNICO, Márcia Regina Marcondes. Validity of autism behavior checklist (ABC): preliminary study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 4, p. 295-301, dez. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n4/a08v27n4.pdf>>. Acesso em maio de 2020.
34. MATTILA, Marja-Leena et al. Validation of the Finnish Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) for clinical settings and total population screening. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 42, n. 10, p. 2162-2180, mar. 2012. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-012-1464-5>>. Acesso em maio de 2020.
35. MIRKOVIC, B.; GÉRARDIN, P. Asperger's syndrome: What to consider?. **L'Encéphale**, v. 45, n. 2, p. 169-174, abr. 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700619300259>>. Acesso em maio de 2020.
36. MUKHERJEE, Sharmila Banerjee. Autism spectrum disorders—diagnosis and management. **The Indian Journal of Pediatrics**, v. 84, n. 4, p. 307-314, jan. 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s12098-016-2272-2>>. Acesso em maio de 2020.

37. PEREIRA, Cássia et al. Construções e comentários sobre os documentos Linha de cuidado para a atenção das pessoas com espectro autista e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde/SUS e diretrizes de Atenção à Reabilitação de pessoas com Transtorno do Espectro do Autista (TEA). **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 5, n. 9, p. 31-40, jul/dez. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/2039/1387>>. Acesso em maio de 2020.
38. SANCHACK, Kristian; THOMAS, Craig A. Autism spectrum disorder: primary care principles. **American family physician**, v. 94, n. 12, p. 972-979, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2016/1215/p972.html>>. Acesso em maio de 2020.
39. SHAW, Kelly A. Early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 years - early autism and developmental disabilities monitoring network, six sites, United States, 2016. **MMWR. Surveillance Summaries**, v. 69, n. 3, p. 1-11 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7119643/pdf/ss6903a1.pdf>>. Acesso em maio de 2020.
40. TARAZI, F. I. et al. Asperger's syndrome: diagnosis, comorbidity and therapy. **Expert review of neurotherapeutics**, v. 15, n. 3, p. 281-293, fev. 2015. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/14737175.2015.1009898>>. Acesso em maio de 2020.
41. VOLKMAR, Fred R. et al. An evaluation of the autism behavior checklist. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 18, n. 1, p. 81-97, mar. 1988. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/BF02211820>>. Acesso em maio de 2020.
42. WERLING, Donna M. The role of sex-differential biology in risk for autism spectrum disorder. **Biology of sex differences**, v. 7, n. 58, p. 1-18, nov. 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13293-016-0112-8.pdf>>. Acesso em maio de 2020.
43. WESTBY, Carol; ROBINSON, Lee. A developmental perspective for promoting theory of mind. **Topics in Language Disorders**, v. 34, n. 4, p. 362-382, out/dez. 2014. Disponível em: <https://journals.lww.com/topicsinlanguagedisorders/Abstract/2014/10000/A_Developmental_Perspective_for_Promoting_Theory.8.aspx>. Acesso em maio de 2020.
44. WHALON, Kelly; COX, Sarah K. The role of theory of mind and learning of children with autism spectrum disorders in classroom settings. **ETD-Educação Temática Digital**, v. 22, n. 1, p. 10-26, jan. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/8655487/22093>>. Acesso em maio de 2020.
45. YOUNG, H.; OREVE, M.-J.; SPERANZA, M. Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. **Archives de Pédiatrie**, v. 25, n. 6, p. 399-403, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X18301477>>. Acesso em maio de 2020.
46. YOUSEFI, Negin et al. The validity and reliability of Autism Behavior Checklist in Iran. **Iranian journal of Psychiatry**, v. 10, n. 3, p. 144-149, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749683/pdf/IJPS-10-144.pdf>>. Acesso em maio de 2020.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIO

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: __/__/____
3. Sexo/gênero: _____
4. Cor/etnia: _____
5. Religião: _____
6. Naturalidade:
 - i. Brasília
 - ii. Outro Estado (especificar: _____)
 - iii. Outro país (especificar: _____)
7. Renda familiar per capita:
 - i. até um salário mínimo
 - ii. 2 a 3 salários mínimos
 - iii. mais de 5 salários mínimos
 - iv. sem renda
8. Data do diagnóstico de TEA: _____
9. Instrumento utilizado para definir o diagnóstico:
 - i. não registrado
 - ii. critérios do DSM
 1. M-CHAT
- b. outro (especificar: _____)

8.2 ANEXO 2 – CRITÉRIOS DSM-5 E NÍVEIS DE GRAVIDADE

<p>A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia:</p> <ol style="list-style-type: none">1. (<input type="checkbox"/>) Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.2. (<input type="checkbox"/>) Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.3. (<input type="checkbox"/>) Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares. <p>ESPECIFICAR GRAVIDADE</p>
<p>B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia:</p> <ol style="list-style-type: none">1. (<input type="checkbox"/>) Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).2. (<input type="checkbox"/>) Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).3. (<input type="checkbox"/>) Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).4. (<input type="checkbox"/>) Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento). <p>ESPECIFICAR GRAVIDADE</p>
<p>C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).</p> <p>(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO</p>
<p>D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.</p> <p>(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO</p>
<p>E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento</p>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

TABELA DE NÍVEIS DE GRAVIDADE PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

NÍVEL DE GRAVIDADE	COMUNICAÇÃO SOCIAL	COMPORTAMENTO RESTRITOS REPETITIVOS
Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 “Exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

8.3 ANEXO 3 – AUSTISM SPECTRUM SCREENING QUESTIONNAIRE (ASSQ) –
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESPECTRO AUTISTA (EHLERS, 1999)

PERGUNTAS	NÃO	UM POUCO	SIM
1. É antiquada ou precoce			
2. É considerada como um 'professor excêntrico' pelas outras crianças;			
3. Vive em seu mundo próprio com interesses intelectuais peculiares e restritos.			
4. Acumula dados sobre certos assuntos (boa memória para decorar), mas não entende o significado desses dados.			
5. Tem compreensão literal de linguagem metafórica ou ambígua.			
6. Tem estilo atípico de comunicação com linguagem formal, pedante, antiquada ou automatizada.			
7. Inventava palavras e expressões peculiares.			
8. Tem voz ou discurso diferentes			
9. Expressa sons involuntários como pigarrear, grunhir, estalar os lábios, gemer ou gritar.			
10. É surpreendentemente boa em algumas coisas e surpreendentemente ruim em outras.			
11. Usa a linguagem fluentemente, mas não consegue adequá-la a contextos sociais ou a necessidades de diferentes interlocutores.			
12. Não tem empatia.			
13. Faz comentários ingênuos e embaraçosos;			
14. Tem um jeito diferente de olhar.			
15. Deseja ser sociável mas não consegue fazer amizades com seus colegas			

16.	Consegue estar com outras crianças, mas apenas do seu jeito.			
17.	Não tem o 'melhor amigo'.			
18.	Não tem senso comum.			
19.	Não é bom em jogos: não consegue cooperar com o time e joga de acordo com os seus próprios objetivos.			
20.	Tem movimentos e gestos grotescos, descoordenados, inábeis e inadequados.			
21.	Tem movimentos faciais e corporais involuntários.			
22.	Tem dificuldades em completar atividades de vida diária simples em razão da repetição compulsiva de certas ações ou pensamentos.			
23.	Tem rotinas específicas: insiste na mesmice.			
24.	Demonstra apego peculiar a objetos.			
25.	É humilhado, incomodado por outras crianças.			
26.	Tem expressões faciais bastante incomuns			
27.	Apresenta postura bastante incomum.			

8.4 ANEXO 4 – AUTISM BEHAVIOR CHECKLIST (ABC) (KRUG et al., 1980)

	ES	RE	CO	LG	PS
1. Gira em torno de si por longo período de tempo			4		
2. Aprende uma tarefa, mas esquece rapidamente.					2
3. Raramente atende a estímulos não verbais, sociais, ambientais.		4			
4. Ausência de respostas para solicitações verbais (vem cá, senta...)				1	
5. Usa brinquedos inapropriadamente.			2		
6. Pobre uso na discriminação visual (fixa partes de objetos)	2				
7. Ausência de sorriso social.		2			
8. Uso inadequado de pronomes (inversão pronominal).				3	
9. Insiste em manter certos objetos consigo.			3		
10. Parece não escutar (suspeita-se de surdez).	3				
11. Fala monótona e sem ritmo.				4	
12. Balança-se por longos períodos de tempo.			4		
13. Não estende o braço para ser pego (nem quando era bebê).		2			
14. Reações fortes a mudanças no ambiente.					3
15. Ausência de atenção ao seu nome				2	
16. Gira em torno de si, balança as mãos.			4		
17. Ausência de resposta para expressão facial/ sentimentos dos outros.		3			
18. Raramente usa 'sim' ou 'não'.				2	
19. Habilidades em áreas específicas.					4
20. Ausência de respostas a solicitações envolvendo referenciais espaciais.				1	
21. Sobressalto a som intenso.	3				
22. Balança as mãos.			4		
23. Intensos acessos de raiva ou birra.					3
24. Evita ativamente o contato social.		4			
25. Resiste ao toque/ a ser pego/ a carinho.		4			
26. Não reage a estímulos dolorosos.	3				
27. Difícil ou rígido no colo (mesmo quando bebê)		3			
28. Flácido quando no colo.		2			
29. Aponta para indicar o objeto desejado.				2	
30. Anda nas pontas dos pés.			2		
31. Machuca os outros, mordendo, batendo...					2
32. Repete a mesma frase muitas vezes.				3	
33. Não brinca de imitar outras crianças.		3			

34.	Não pisca para luzes fortes nos olhos.	1				
35.	Machuca-se batendo a cabeça, mordendo-se...			2		
36.	Não espera para ser atendido (quer as coisas imediatamente).					2
37.	Não aponta mais que cinco objetos.				1	
38.	Dificuldade em fazer amigos.		4			
39.	Tapa os ouvidos para vários sons.	4				
40.	Gira, bate objetos muitas vezes.			4		
41.	Dificuldade no treino de toailete					1
42.	Usa de 0 a 5 palavras/ dia para indicar necessidades				2	
43.	Frequentemente muito ansioso ou medroso.		3			
44.	Franze sobrancelhas, cobre ou vira os olhos com luz natural.	3				
45.	Não se veste sem ajuda.					1
46.	Repete constantemente as mesmas palavras ou sons.				3	
47.	Olha através das pessoas.		4			
48.	Repete perguntas e frases ditas por outras pessoas.				4	
49.	Frequentemente inconsciente dos perigos de situações do ambiente.					2
50.	Prefere manipular e ocupar-se com objetos inanimados.					4
51.	Toca, cheira ou lambe objetos do ambiente.			3		
52.	Frequentemente não reage visualmente à presença de pessoas.	3				
53.	Repete sequências complexas de comportamento.			4		
54.	Destrutivo com seus brinquedos e coisas de família.			2		
55.	Atraso no desenvolvimento identificado antes dos 30 meses.					1
56.	Usa mais de 15 e menos de 30 frases diárias para se comunicar.				3	
57.	Olha fixamente algo por longos períodos de tempo.	4				

8.5 ANEXO 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto “Transtorno do Espectro Autista no sexo feminino: uma análise comparativa envolvendo estudos de gênero e possível sub reconhecimento na população feminina”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Gustavo Carvalho de Oliveira, Andressa Gabrielle Moreira e Beatriz Kaminski Fink, docentes em Medicina do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

O nosso objetivo é identificar as manifestações clínicas do Transtorno do Espectro Autista e averiguar se há diferenças significativa na forma de expressão e na intensidade desses sintomas em meninos e meninas, verificando se os instrumentos de avaliação são sensíveis a essas discrepâncias.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação consiste na resposta de 4 questionário aplicados em uma única visita em cerca de 2 horas no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP) em data e horários combinados. Você deverá responder sim ou não para o caso do M-CHAT/R, do DSM-5 e do ABC e para o ASSQ, o (a) senhor(a) poderá responder não, um pouco e sim, todos baseados na presença do comportamento/sinal descrito.

Não há riscos decorrentes da participação da pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para investigação de um possível cenário de sub-reconhecimento do diagnóstico de TEA em meninas.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Além disso, em qualquer momento, o (a) senhor(a) poderá solicitar aos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou pesquisa, o que poderá ser feito pelos meios de contato explicitados neste TCLE.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados pelo UniCEUB (PIC/PIBIC), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. O benefício relacionado a sua colaboração é de permitir uma descrição epidemiológica de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), além de auxiliar na identificação de possíveis diferenças de gênero. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Esse termo é redigido em duas vias, das quais uma ficará com o participante e outra para os pesquisadores.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UDF. O comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Telefone do CEP/UDF: (61) 3704-8851

E-mail: cep@udf.edu.br

<http://www.udf.edu.br>

Endereço: SEP SUL EQ 704/904, Conj. A, cep 70390-030. Brasília-DF.

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: Andressa Gabrielle Moreira

Telefone: (61) 996801263

E-mail: andressa.moreira@sempreceub.com

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: Beatriz Kaminski Fink

Telefone: (61) 981305092

E-mail: beatriz.kaminski@sempreceub.com

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Transtorno do Espectro Autista no sexo feminino: uma análise comparativa envolvendo estudos de gênero e possível sub reconhecimento na população feminina” e concordo em participar.

Nome do participante

Assinatura do participante

