

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O Subreconhecimento do Autismo no Feminino: uma
Revisão Sistemática**

Mafalda Baptista Neno dos Santos

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Cognitivo-Comportamental Integrativa

2022

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O Subreconhecimento do Autismo no Feminino: uma
Revisão Sistemática**

Mafalda Baptista Neno dos Santos

Dissertação orientada pela Professora Marta de Assunção Gonçalves Montera

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Cognitivo-Comportamental Integrativa

2022

AGRADECIMENTOS

O processo de elaboração desta dissertação foi longo, por vezes doloroso e cheio de desafios e dúvidas. A exigência da metodologia e a dimensão e complexidade do tema que escolhi foram os fatores que mais contribuíram. Contudo, mostrou-me a importância da dedicação, da consistência e, principalmente, de encarar erros e desafios de forma mais positiva.

À minha orientadora na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Professora Marta Gonçalves Montera, por oferecer a possibilidade de enveredar pelo tema muito atual do autismo, pelo seu acompanhamento e pelo esforço enorme para me motivar e garantir a concretização deste projeto final.

Aos meus pais e à minha irmã por ouvirem os meus desabaços quando mais precisei e não me deixarem desistir quando a motivação desvanecia. Obrigada pelo vosso feedback sobre a dissertação, ainda que não percebessem muito do meu tema.

Ao Miguel, por estares comigo na linha da frente e seres um grande apoio, sempre pronto a oferecer os melhores abraços no momento certo. E principalmente por alinhares comigo nos meus *food cravings* apenas para me consolar.

À Joana, por estares presente ao longo deste processo por vezes aterrorizante com a tua valiosa sabedoria... Aos *study dates* nada produtivos!

À Dani, velha amiga, pelos encontros, almoços e conversas que me distraíam quando mais precisava.

À Vivienne e à Marisa pela partilha da ansia na fase final, pois não há nada como o pânico de última hora e humor cáustico para dar aquele empurrão final.

ABSTRACT

The Autism Spectrum Disorders (ASD) have been largely associated with males only, neglecting the female manifestations/phenotypes/presentations. A systematic review was conducted about the difficulties in diagnosing ASD in females, according to the PRISMA guidelines, in four databases (EBSCO, Web of Science, Scopus e Pubmed), having been selected 74 studies out of 928 studies. These studies were classified according to: 1) sample's sex ratio; 2) evaluation of assessment instruments; 3) sex differences in symptoms; 4) personal experiences with ASD; and 5) the perspective of others about ASD. The conclusions from selected studies show a lack of congruence and it is suggested that, in future studies and clinical practice, additional attention is paid to the 1) the sample's sex ratio; 2) the need to include corrections to the most often used assessment instruments; and 3) the need to spread the literature already available to the technicians and families of the patients with ASD.

Keywords: autism; female; gender; barriers

RESUMO

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) têm sido maioritariamente associadas ao sexo masculino, negligenciando as manifestações/fenótipos/apresentações femininas.

Foi conduzida uma revisão sistemática sobre as dificuldades em diagnosticar as PEA no sexo feminino, seguindo as orientações de PRISMA, em quatro bases de dados

(EBSCO, Web of Science, Scopus e Pubmed), sendo selecionados 74 de 928 estudos.

Os estudos foram classificados consoante: 1) rácio dos sexos nas amostras, 2) avaliação de instrumentos de diagnóstico, 3) diferenças de sexo nos sintomas, 4) experiências pessoais com as PEA e 5) a perspetiva de terceiros sobre as mesmas. As conclusões dos estudos incluídos mostram incongruências e sugere-se que, em estudos futuros e prática clínica, se tenha especial cuidado com: (1) o rácio M:F, (2) a necessidade de incluir correções aos principais testes de diagnóstico e (3) a necessidade de difundir a literatura existente pelos técnicos/familiares.

Palavras-Chave: autismo; feminino; género; barreiras

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
ABSTRACT	ii
RESUMO	iii
ABREVIATURAS	v
INTRODUÇÃO	1
1. Evolução da concetualização e diagnóstico das PEA	1
2. Dificuldades na Definição de Autismo no Feminino	4
PERTINÊNCIA	11
MÉTODO	11
1. Objetivo	11
2. Método	11
2.1 Critérios de inclusão de artigos neste estudo	12
2.2 Recolha de artigos e análise	13
RESULTADOS	15
1. Secção do título, autores e <i>abstract</i> dos artigos seleccionados	15
1.1 Data de Publicação	15
1.2 Origem dos Estudos	16
2. Secção de Método dos artigos seleccionados	17
2.1 Tipo de estudos e Metodologias	17
2.2 Características das Amostras	18
2.3 Avaliação de Instrumentos	19
3. Propósito dos Estudos	22
3.1 Diferenças de sexo nos sintomas de PEA	22
3.2 Experiências Pessoais com as PEA	33
3.3 Percepção de Terceiros sobre as PEA	37
DISCUSSÃO	39
1. Resumo resultados	39
2. Discussão	40
3. Implicações futuras	45
LIMITAÇÕES	47
REFERÊNCIAS	48
LISTA DE APÊNDICES	I

ABREVIATURAS

ABC – Aberrant Behavior Checklist

AdAS Spectrum – Adult Autism Subthreshold Spectrum

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule

ADOS-G – Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic

ADOS-2 – Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition

ADI-R – Autism Diagnosis Interview, Revised

ASD-CC – Autism Spectrum Disorders-Comorbid for Children

ASD-DC – Autism Spectrum Disorders-Diagnostic-Child Version

ASD-DA – Autism Spectrum Disorders-Diagnostic-Adult Version

ASRS - Autism Spectrum Rating Scale

ASSQ-REV – Autism Spectrum Screening Questionnaire-Revised Extended Version

A-TAC – Autism-Tics, ADHD, and other Comorbidities

AQ – Autism-Spectrum Quotient

BAPQ – Broad Autism Phenotype Questionnaire

BASC – Behavior Assessment System for Children-2

BDI – Beck Depression Inventory

BDI-2 – Battelle Developmental Inventory, Second Edition

BISCUIT – Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits

BRIEF – Behaviour Rating Inventory of Executive Functions

CARS – Childhood Autism Rating Scale

CAT-Q – Camouflaging Autistic Traits Questionnaire

CBCL – Child Behavior Checklist

CCC-2 – Children’s Communication Checklist-2

CELF-4 – Clinical Evaluation of Language Fundamentals

CRI – Childhood Routines Inventory

CTOPP – Comprehensive Test of Phonological Processing

DA – Desenvolvimento Atípico

DAS – Differential Ability Scales

DASH-II – Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II

DCDQ – Developmental Coordination Disorder Questionnaire

DI – Déficit Intelectual

DN – Desenvolvimento Normal

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ERRNI – Expression, Reception and Recall of Narrative Instrument

EQ – Empathy Quotient

FADQ – Family Assessment Device Questionnaire

FPE – Female Protective Effect

FQ – Cambridge Friendship Questionnaire

GABS – Gendered Autism Behavioral Scale

GHQ-12 – General Health Questionnaire-12

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

IDT – Interactive Drawing Test

Leiter-R – Leiter International Performances Scale Revised

MACI – Million Adolescent Clinical Inventory

MASC-2 – Multidimensional Anxiety Scale for Children-2

MCMI-III – Millon Clinical Multiaxial Inventory

M-CHAT – Modified Checklist for Autism in Toddlers

MSEL – Mullen Scales of Early Learning

PAAFID-Q – Perspectives of Autism in Adult Females among ID Professionals-
Questionnaire

PANAS – Positive and Negative Affect Schedule

PAS-ADD – Psychopathology Assessment Schedule for Adults with Developmental
Disabilities checklist

PEA – Perturbações do Espectro do Autismo

PEP-3 – Psychoeducational Profile-3

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

POC – Perturbação Obsessiva-Compulsiva

PPVT-4 – Peabody Picture Vocabulary Test-4

QI – Quociente de Inteligência

RBS-R – Repetitive Behaviour Scale-Revised

RBQ-II – Repetitive Behaviour Questionnaire II

RMET-C – Reading the Mind in the Eyes Test, Child’s version

RPM – Raven’s Progressive Matrices

RRBIs – Restricted and Repetitive Behaviours and Interests

SA – Síndrome de Asperger

SACS-R – Social Attention and Communication Surveillance-Revised

SCAS – Spence Children’s Anxiety Scale

SCDC – Social and Communication Disorders Checklist

SCQ – Social Communication Questionnaire

SQ – Systemizing Quotient

SRS – Social Responsiveness Scale

ULS-3 – UCLA Loneliness Scale-3

VABS – Vineland Adaptative Behavioral Scales

WAIS-III – Wechsler Adult Intelligence Scale

WASI-II – Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence

WTAR – Wechsler Test for Adult Reading

INTRODUÇÃO

1. Evolução da conceitualização e diagnóstico das PEA

A primeira descrição do autismo começou em 1944, com os pacientes, maioritariamente rapazes, de Hans Asperger com os seguintes sintomas: falta de empatia, capacidade deficitária para forjar amizades, envolvimento em conversas internas, demonstravam interesses intensos e fracas capacidades motoras. Tanto Asperger como Kanner, que identificou um grupo com dificuldades semelhantes, introduziram o conceito de “autístico” (Haney, 2016).

Desde então, verificou-se uma mudança da conceitualização e dos critérios de diagnóstico, havendo uma evolução significativa entre as várias edições do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). A tabela 1 descreve as três denominações das PEA, consoante a sua evolução no DSM (APA, 2013; May, 2013).

No DSM-IV-TR, a Perturbação Autística e o Síndrome de Asperger são duas das cinco perturbações que compõem as Perturbações do Desenvolvimento Pervasivo (APA, 2000). A perturbação autística define-se, brevemente, por uma tríade sintomática: 1) défice qualitativo na interação social e 2) na comunicação e 3) comportamentos, interesses e atividades restritivos e estereotipados. Ainda, verifica-se a presença de funcionamento atípico na interação social, linguagem na comunicação social ou brincadeira imaginativa. O Síndrome de Asperger (SA) define-se por um défice qualitativo na interação social e comportamentos, interesses e atividades restritivos e estereotipados. A principal diferença entre ambas é a presença/ausência de dificuldades na linguagem usada na comunicação social e a ausência de atrasos no desenvolvimento cognitivo.

DSM-IV-TR (2000)	DSM-IV-TR (2000)	DSM-V (2013)
<i>Perturbação Autística</i>	<i>Síndrome de Asperger</i>	<i>Perturbações do Espectro do Autismo</i>
<p>A. <u>Um total de 6 ou mais itens de (1), (2) e (3), sendo pelo menos 2 itens de (1) e 1 item de (2) e (3):</u></p> <p>(1) Déficit qualitativo na interação social, manifestada por pelo menos 2 dos seguintes: a) défices marcados no uso de múltiplos comportamentos não-verbais (olhar sustentado, expressões faciais, postura corporal e gestos) para regular a interação social; b) insucesso em desenvolver relações com pares apropriadas para o nível desenvolvimental; c) falta de procura espontânea para partilha de interesses ou conquistas com outros; e d) ausência de reciprocidade social e emocional.</p> <p>(2) Déficit qualitativo na comunicação manifestado por pelo menos 1 dos seguintes: a) atraso ou ausência total de desenvolvimento de linguagem falada; b) em indivíduos com discurso adequado, dificuldades na capacidade em iniciar ou manter uma conversa com outros; c) uso de linguagem estereotipada e restritiva ou de linguagem idiossincrática; d) falta de brincadeira imaginativa ou brincadeira de imitação social variada, espontânea e apropriada para o nível desenvolvimental.</p> <p>(3) Comportamentos, interesses e atividades restritivos e estereotipados manifestados por pelo menos um dos seguintes: a) preocupação com um ou mais padrões estereotipados e restritivos; b) adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais; c) maneirismos motores restritivos e estereotipados; d) preocupação persistente com partes de objetos.</p> <p>B. <u>Atrasos ou funcionamento atípico em pelo menos 1 das áreas seguintes, com início antes dos 3 anos de idade:</u> 1) interação social; 2) linguagem usada na comunicação social; 3) brincadeira simbólica ou imaginativa.</p> <p>C. <u>Perturbação não é mais bem explicada pela Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa Infantil.</u></p>	<p>A. Déficit qualitativo na interação social, manifestada por pelo menos 2 dos seguintes:</p> <p>1) Déficit marcado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais (olhar sustentado, expressões faciais, postura corporal e gestos) para regular a interação social.</p> <p>2) Insucesso em desenvolver relações com pares apropriadas para o nível desenvolvimental.</p> <p>3) Falta de procura espontânea para partilha de interesses ou conquistas com outros.</p> <p>4) Ausência de reciprocidade social e emocional.</p> <p>B. Comportamentos, interesses e atividades restritivos e estereotipados manifestados por pelo menos um dos seguintes:</p> <p>1) Preocupação com um ou mais padrões estereotipados e restritivos.</p> <p>2) Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais.</p> <p>3) Maneirismos motores restritivos e estereotipados.</p> <p>4) Preocupação persistente com partes de objetos.</p> <p>C. A perturbação causa défices clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional, ou outras áreas.</p> <p>D. Sem atrasos clinicamente significativos na linguagem.</p> <p>E. Sem atrasos clinicamente significativos no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento de capacidades de autoajuda apropriadas à idade.</p> <p>F. Critérios não são cumpridos para outras Perturbações de Desenvolvimento Pervasivo específicas ou Esquizofrenia.</p>	<p>Deve cumprir os critérios A, B, C e D:</p> <p>A. Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a <u>múltiplos contextos, manifestados pelos seguintes, atualmente ou no passado:</u> 1) Défices na reciprocidade social-emocional, variando, por exemplo, de uma aproximação social anormal e fracasso na conversação normal; a uma partilha reduzida de interesses, emoções e afeto; ou a fracasso em iniciar ou responder às interações sociais. 2) Défices nos comportamentos comunicativos não-verbais para a interação social, variando, por exemplo, de uma comunicação verbal e não verbal pobremente integrada, a anomalias no contacto ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos, a uma total falta de expressões faciais e comunicação não verbal. 3) Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades de ajustar o comportamento de forma a adequar-se aos vários contextos sociais; a dificuldades em partilhar jogos imaginativos ou fazer amigos; a ausência de interesse nos pares.</p> <p>B. Padrões de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos, manifestados, por pelo menos, dois dos seguintes, atualmente ou no passado: 1) Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos. 2) Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal. 3) Interesses altamente restritos e fixos, que são anormais na intensidade ou foco. 4) Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente.</p> <p>C. Os sintomas têm de estar presentes no início do período de desenvolvimento (mas podem não se manifestar totalmente ou podem estar “mascarados” por estratégias aprendidas mais tarde).</p> <p>D. Os sintomas causam um prejuízo clinicamente significativo a nível social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.</p> <p>E. Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual ou atraso global do desenvolvimento. A perturbação do desenvolvimento intelectual e perturbação do espectro do autismo coocorrem frequentemente; para fazer diagnóstico de comorbilidade da perturbação do espectro do autismo e perturbação do Desenvolvimento Intelectual, a comunicação social deve ser inferior ao esperado para o nível de desenvolvimento geral.</p>

TABELA 1 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO NAS DIFERENTES EDIÇÕES DO DSM

No DSM-5, o termo Perturbações do Desenvolvimento Pervasivo foi renomeado de Perturbações do Neurodesenvolvimento e o termo Perturbação Autística foi substituído pelas Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) (Haney, 2016), englobando o Síndrome de Asperger como estando dentro do espectro do Autismo e não como uma perturbação independente. As PEA são definidas como: 1) défices persistentes na comunicação social e interação social e 2) padrões de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos, sendo que a severidade dos sintomas é classificada como Nível 1, Nível 2 ou Nível 3. Nesta edição, consta informação acerca da apresentação atípica mais frequente no sexo feminino, que pode não ser detetada, em particular, se não houver défice intelectual (DI) coocorrente. Contudo, há evidência de que a nova concetualização do DSM-V não beneficia a deteção das PEA no sexo feminino, comparativamente ao DSM-IV-TR (Haney, 2016).

Em 1981, Wing descreveu, pela primeira vez na literatura, diferenças de sexo na “tríade de défices sociais e de linguagem“ (pág. 397) (Haney, 2016). Mais tarde, entre 1992 e 1993, postulou-se que poderia haver um fenótipo feminino, sendo que incluiria sintomas menos severos e estaria presente em raparigas com um nível de QI “normal”. Ehlers e Gillberg, em 1993, concluíram que as raparigas poderiam ter mais facilidade em reduzir a transparência dos seus sintomas nas interações sociais, aplicando mecanismos sociais mais eficientemente do que os rapazes (Haney, 2016). Este estudo, não só evidenciou que se verificava mais atribuição de diagnósticos errados no sexo feminino e que este tinha mais probabilidade de passar despercebido, mas também contém a primeira referência ao uso da camuflagem como mecanismo de *coping* para reduzir a aparência das dificuldades sociais que as raparigas, e rapazes, com PEA enfrentam, limitando a probabilidade de obterem um diagnóstico.

Ainda, em 2003, Thompson et al. destacaram alguns aspetos da apresentação fenotípica feminina na PEA relevantes: esta população é diagnosticada tardiamente; quando diagnosticada em mulheres jovens, há maior probabilidade de haver DI coocorrente, facilitando a deteção; e, que os critérios de diagnóstico não são suficientemente sensíveis para detetar sintomas em mulheres sem DI (Haney, 2016).

2. Dificuldades na Definição de Autismo no Feminino

As perturbações do espectro do autismo (PEA) são uma patologia complexa do neurodesenvolvimento que se manifesta precocemente na primeira infância, nomeadamente em idade escolar. As perturbações deste espectro referem-se a uma disfunção neurológica e caracterizam-se por défices a nível das capacidades de interação social, limitações nas capacidades de comunicação verbal e não verbal e presença de comportamentos, atividades e interesses repetitivos, restritos e estereotipados (Dias, 2012; Picoito et al., 2016).

As PEA surgem durante a primeira infância, mas permanecem ao longo da vida do indivíduo, além disso os sintomas e a sua manifestação não são estáveis durante o curso de vida nem são heterogéneos numa amostra demográfica semelhante (Picoito et al., 2016). Os mesmos autores defendem que a intensidade, presença/ausência e manifestação, dos mesmos varia ao longo das etapas do funcionamento do indivíduo, podendo, por exemplo, desaparecer na fase adulta, agravar-se na adolescência ou surgir com as mudanças inerentes à fase adulta, consoante o desenvolvimento das capacidades sociais e de comunicação do indivíduo (Picoito et al., 2016).

Até recentemente, a prevalência das PEA era de 2.5% nos EUA e de 2%-3% na Europa (Isaías, 2019). As PEA têm sido associadas, maioritariamente, ao sexo masculino, descorando, de certa forma, o sexo feminino, e apresentando um rácio masculino:

feminino de 4:1 (Isaías, 2019), no caso particular das crianças o rácio é de 3:1 (Loomes et al., 2017). No entanto, uma pesquisa recente (Young et al., 2018) mostrou que este rácio pode não ser tão preciso como se julga, sendo que apresenta vieses presentes ao nível das metodologias de diagnóstico e da recolha de amostras, maioritariamente, compostas por participantes do sexo masculino para os estudos, favorecendo a prevalência do fenótipo masculino nas PEA. De facto, há evidência de investigação com base nas amostras de participantes incluídas (igual número de participantes do género masculino e feminino) que indicam que o rácio pode ser reduzido até 1.8:1 (Mattila et al., 2011). Ainda, a evidência da possível existência de um fenótipo feminino nas PEA tem vindo a crescer (Lockwood et al., 2020; Young et al., 2018), e considera que os indivíduos do sexo feminino podem estar a ser prejudicados pela conceptualização e processo de deteção dos sintomas das PEA, visto estar mais direccionado para o fenótipo masculino.

A literatura tem apontado, em especial na última década, alguns aspetos relacionados com o tema do autismo no sexo feminino, que podem constar como barreiras ao diagnóstico das PEA nesta subpopulação (Lockwood, 2020; Shefcyk, 2015; Tsirgiotis et al., 2021; Wilkinson, 2008). Seguidamente, serão desenvolvidos sete aspetos que têm sido apontados como dificuldades ou barreiras ao diagnóstico, nomeadamente: 1) o viés masculino nas PEA, 2) o enviesamento dos instrumentos de avaliação, 3) a camuflagem de sintomas no sexo feminino, 4) as expectativas de terceiros, 5) a prevalência e os rácios, 6) a elevada comorbilidade e 7) as diferenças na severidade dos sintomas no sexo feminino.

Primeiramente, as PEAs têm sido maioritariamente associadas ao sexo masculino (Lockwood, 2020; Young et al., 2018) e a investigação tem, conseqüentemente, apresentado um viés masculino relativo à composição das suas amostras (Young et al., 2018). Recentemente, o rumo da investigação tem ido no sentido de (a) realizar estudos

com populações mais heterogéneas, de forma a equilibrar o sexo dos participantes; *(b)* de averiguar o impacto deste viés tanto na literatura disponível, como também nas ferramentas de diagnóstico (Adamou et al., 2018; Beggiato et al., 2017; Harrison et al., 2017); e *(c)* de explorar a apresentação fenotípica feminina (Evans, 2018; Hull et al., 2020), diferenças de sexo/género nos sintomas (Lai et al., 2011; Margari et al., 2018) e a experiência pessoal de mulheres e raparigas com PEA (Gupta & Chaudhary, 2021; Leedham et al., 2020; Milner et al., 2019).

Segundamente, a prevalência das PEA não é um dado aceite com unanimidade na comunidade científica. De facto, há inúmeras variáveis que afetam a prevalência e o rácio masculino: feminino, tais como a percentagem de participantes de cada sexo incluídas nas amostras dos estudos e a severidade da perturbação dentro do espetro. Há, assim, evidência que o rácio masculino:feminino no Síndrome de Asperger (Autismo de Nível 1 consoante a nova denominação do DSM-V) é de 8-14:1, enquanto nas PEA (sem especificação) é 4:1 (Young et al., 2018).

Em terceiro lugar, um dos obstáculos ao diagnóstico é a apresentação atípica das PEA mais frequente nas raparigas. Nos últimos anos, a literatura sobre as PEA tem-se focado muito na averiguação da existência de um fenótipo feminino (Bargiela et al., 2016; Young et al., 2018). A evidência tem indicado que, durante a escolaridade primária, as dificuldades a nível social e de comunicação não apresentam diferenças entre ambos os sexos, mas, no sexo feminino, a investigação mostra explicitamente menos sintomas de externalização e menos dificuldades nas suas relações interpessoais (Young et al., 2018). Este facto pode dever-se à adoção da camuflagem destas dificuldades por terem maior interesse e motivação para o envolvimento em situações sociais, tais como a brincadeira e a socialização (Young et al., 2018). A apresentação fenotípica feminina difere também da masculina na presença dos interesses e comportamentos restritivos e repetitivos

(RRBIs), visto que são menos frequentes nas raparigas (Young et al., 2018). Levanta-se a hipótese de que as raparigas apresentam RRBIs diferentes dos rapazes, mesmo que com a mesma intensidade que os seus pares do sexo masculino (Young et al., 2018).

A camuflagem de sintomas tem sido considerada como a base do fenótipo feminino (Lai et al., 2015; Túbio-Fungueiriño et al., 2020) por ser um traço muito comum em raparigas e mulheres com autismo de alto funcionamento (Síndrome de Asperger, de acordo com o DSM-IV, e Perturbação do Espectro do Autismo de Nível 1, de acordo com o DSM-V)” (p.2191) (Túbio-Fungueiriño et al., 2020). Define-se, então, como “um mecanismo de *coping* complexo e/ou mascarar alguns traços de personalidade com uma função adaptativa, que promove o ajustamento do indivíduo a necessidades específicas de um contexto.

Na verdade, o facto do mecanismo de *coping* camuflagem ser mais comum no sexo feminino do que no masculino, pode dever-se ao facto de as meninas terem mais competências a nível social e imitarem melhor o comportamento dos seus pares em situações sociais, o que poderá constar como uma barreira ao diagnóstico (Túbio-Fungueiriño et al., 2020). Além disso, estudos com crianças (com PEA vs. Desenvolvimento Normal (DN)) mostram que, enquanto os rapazes com PEA passam mais tempo sozinhos do que em situações sociais em grupo, as raparigas dispensam mais tempo para a socialização com os pares do que em situações de jogo/brincadeira ou sozinhas, podendo contribuir para a maior capacidade e interesse em forjar amizades e socializar com os pares (Túbio-Fungueiriño et al., 2020).

Contudo, apesar de a camuflagem ser um mecanismo de *coping* adaptativo, com vantagens significativas a nível das interações interpessoais, há consequências negativas que dele derivam e que têm um impacto muito significativo a longo-prazo nas raparigas e mulheres. Por um lado, é uma das causas do diagnóstico tardio (Túbio-Fungueiriño et

al., 2020), dificultando o acesso desta subpopulação aos cuidados de saúde apropriados. Além disso, a camuflagem é um processo complexo e muito exigente a nível de recursos cognitivos e emocionais. Assim, o sexo feminino está mais fragilizado e propenso a desenvolver outras patologias coocorrentes, como a depressão e ansiedade, e a experienciar emoções mais negativas, como ideação suicida e perda de identidade do *self* (Túbio-Fungueiriño et al., 2020). Visto serem muito perspicazes em aplicar este mecanismo de *coping*, as raparigas e mulheres facilmente camuflam os efeitos adversos que dele emergem, o que significa que internalizam mais estes sintomas negativos e que os reportam menos do que os seus pares do sexo masculino (Túbio-Fungueiriño et al., 2020).

Seguidamente, as expectativas de terceiros podem impedir a identificação das PEA no sexo feminino. O diagnóstico das PEA depende, primeiramente, dos pais, professores e profissionais de saúde. A avaliação psicológica apenas ocorre após a referenciação de um destes intervenientes para os cuidados de saúde adequados e os instrumentos de avaliação consistem, entre outros, no *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R) e no *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS). Estes instrumentos, em particular o ADI-R, baseiam-se na perceção que os pais têm das dificuldades e limitações dos seus filhos e do fenótipo apresentado pelo indivíduo a ser avaliado (Young et al., 2018). Assim, é crucial a perceção e a expectativa que estes intervenientes têm acerca do comportamento de raparigas/mulheres (indivíduos do sexo feminino), visto que alguns dos sintomas das PEA podem ser consideradas como representações de comportamento expectável para raparigas/mulheres (indivíduos do sexo feminino), como, por exemplo, a timidez em interações sociais (Young et al., 2018). De facto, as meninas/mulheres têm menor probabilidade de serem referenciados para os cuidados de saúde adequados se não apresentarem comportamentos problemáticos, visto

que os sintomas de externalização são mais frequentes no sexo masculino (Túbio-Fungueiriño et al., 2020) ou DI (Young et al., 2018). Acrescentando ao problema, os profissionais de saúde são mais propensos a descartar o diagnóstico de PEA no sexo feminino quando se verifica a presença de comorbilidades, em particular de DI, mesmo que se apresentem sintomas característicos das PEA, sendo que a mesma lógica de diagnóstico não se aplica ao sexo masculino (Young et al., 2018).

É relevante reforçar a ideia de que, dado a falta de informação acerca da apresentação de sintomas das PEA no sexo feminino, é de extrema importância não só avaliar as diferenças fenotípicas entre os sexos (masculino e feminino), mas também educar estes intervenientes para a sua existência, para que haja um encaminhamento das pessoas do sexo feminino para os devidos cuidados de saúde.

Em quinto lugar, como mencionado acima, os instrumentos de avaliação mais comumente utilizados são o ADI-R e o ADOS. No entanto, estes instrumentos apresentam algumas limitações que facilitam o subdiagnóstico e o diagnóstico errado no sexo feminino (Beggiato et al., 2007). Esta inadequação dos critérios de diagnóstico e dos instrumentos de avaliação, contudo, não é uma ideia recente. Na década de 90, já se levantava a hipótese sobre a potencial existência não só de um fenótipo feminino, como também sobre as limitações do ADI-R e ADOS em detetar a presença das PEA no sexo feminino (Pilowsky et al., 1998). Primeiramente, estes questionários não incluem o sexo como uma variável explicativa do incumprimento dos critérios de diagnóstico ou da diferente apresentação ou presença dos sintomas, por exemplo a variedade de expressões faciais usadas na comunicação. Em segundo lugar, dado que há uma tendência para o sexo feminino camuflar os sintomas, em particular nas interações sociais, é difícil captar a presença de dificuldades nesta área durante a avaliação psicológica, com recurso ao ADOS (Young et al., 2018). De facto, os instrumentos de avaliação psicológica, bem

como os critérios de diagnóstico, não são sensíveis às diferenças no fenótipo entre os dois sexos (Tubio-Fungueirino, 2020), sendo, assim, necessário mais investigação neste campo.

Em sexto lugar, a elevada comorbilidade associada ao sexo feminino tem consequências negativas nesta população. A evidência científica aponta para o facto de as raparigas e mulheres com diagnóstico de PEA terem maior predisposição para apresentar comorbilidades (em particular DI) e maior severidade nos sintomas das PEA (Tubio-Fungueirino, 2020). De facto, na presença de DI, o rácio de prevalência das PEA masculino: feminino é mais equilibrado, o que leva a concluir que a diferença na prevalência destas perturbações consoante o sexo/género é mais acentuada quando o QI das raparigas e mulheres com diagnóstico de PEA é considerado “normal” ($QI \geq 70$) (Lai et al., 2015; Tubio-Fungueirino, 2020).

Para além da coocorrência de DI, que afeta as raparigas com mais severidade (Pilowsky et al., 1998), os indivíduos do sexo feminino têm maior probabilidade de experienciar sintomas de internalização e perturbações emocionais, como é o caso das perturbações ansiosas e depressivas (Tubio-Fungueirino, 2020).

Por fim, as diferenças no grau de severidade dos sintomas entre rapazes e raparigas, sendo que estas podem apresentar sintomas mais ligeiros em certas áreas (Tang et al., 2015), tem sido apontado como um dos obstáculos ao diagnóstico no sexo feminino (Bitsika & Sharpley, 2019; Kavanaugh et al., 2021). As raparigas têm menos dificuldades na área da comunicação (Lai et al., 2011; Tang et al., 2015), RRBI's menos intensos e qualitativamente diferentes do que os rapazes (Kavanaugh et al., 2021), mais capacidades sociais (Brooks, 2014; Head et al., 2014), mais problemas de internalização (vs. externalização) (Lundin et al., 2021; Muggleton et al., 2019) e mais capacidades adaptativas (Howe et al., 2015). Estas subtilidades numa apresentação fenotípica mais

ligeira podem passar despercebidas durante o processo de diagnóstico, e impedir um diagnóstico adequado e o acesso ao apoio necessário.

PERTINÊNCIA

O presente estudo torna-se pertinente por fazer uma revisão sistemática da literatura publicada sobre as dificuldades em diagnosticar as PEA no sexo feminino, identificando não só alguns fatores contribuidores, como também potenciais soluções com implicações na avaliação psicológica e na prática clínica.

MÉTODO

1. Objetivo

O propósito desta tese é responder à questão de investigação: Quais são os desafios ao reconhecimento e diagnóstico das PEA no sexo feminino?. Para tal, realizou-se uma revisão sistemática da literatura publicada sobre o tema do autismo, em particular sobre as diferenças entre sexo/género masculino e feminino.

2. Método

A pesquisa de literatura da presente revisão sistemática foi realizada nas seguintes bases de dados literárias/bibliotecárias: EBSCO, PubMed, Scopus e Web of Science, com recurso à sintaxe baseada no MeSH (Medical Subject Headings).

Os artigos recolhidos incluíram publicações até ao dia 14 de Julho de 2022, não tendo havido outra limitação temporal na pesquisa nas bases de dados literárias. A pesquisa não incluiu outros filtros para além da língua do estudo, tendo sido filtrados pela língua Inglesa e Portuguesa apenas.

A estratégia de pesquisa recorreu às seguintes palavras-chave: [Autism (*Title*)] AND [female OR gender (*Title*)] AND [barriers OR challenges OR diagnos* (*Abstract*)]. Esta estratégia de pesquisa foi concebida no EBSCO e posteriormente adaptada para as outras base de dados.

2.1 Critérios de inclusão de artigos neste estudo

Nesta revisão sistemática foram incluídos estudos que investigam sintomas e comportamentos das PEA que diferenciam entre sexos, e que, conseqüentemente, os investigam como potenciais barreiras ao diagnóstico das PEA no sexo feminino.

Os critérios de inclusão desenvolveram-se com base no PICOS – População, Intervenção, Controlo, *Outcome* e Study design (Liberati, 2009).

- i. *População/participantes*: indivíduos do sexo feminino com diagnóstico de PEA ou comportamentos/sintomas das PEA, incluindo comorbilidade com outras patologias mentais (i.e., Défice Intelectual)
- ii. *Intervenção*: não aplicável
- iii. *Controlo*: não aplicável
- iv. *Outcome*: Síntese quantitativa e descrição qualitativa dos fatores que constituem barreiras ao diagnóstico de PEA no sexo feminino.
- v. *Study design*: não aplicável

Neste estudo foram incluídos artigos publicados com foco no sexo/género feminino. Os artigos sobre as diferenças entre o sexo/género masculino e feminino foram considerados como viáveis. Os estudos referentes à comorbilidade de outras patologias foram incluídos nos resultados. Contudo, os estudos com foco no tema da identidade de género/disforia de género não foram considerados como resultados por não serem

relevantes para a pergunta de investigação. Os critérios de exclusão aplicados na seleção dos artigos nas fases de eliminação pelo título e de eliminação pelo *abstract* foram os seguintes:

- i. Artigos noutra língua que não inglês ou português
- ii. Não ter acesso a *Full-text*
- iii. Não relacionado com a pergunta de investigação (barreiras ao diagnóstico das PEA)
- iv. Não relacionado com a pergunta de investigação (Sem o foco no sexo feminino)
- v. Ser uma revisão sistemática
- vi. Terapias/Intervenção

2.2 Recolha de artigos e análise

A recolha de dados procedeu-se nas plataformas supramencionadas, seguida da análise dos artigos recolhidos em 3 fases: título, *abstract* e *full-text*, a fim de selecionar os artigos elegíveis para inclusão na revisão. Após a recolha dos artigos das plataformas de literatura, foram retirados todos os artigos duplicados. Seguidamente, os critérios de inclusão/exclusão foram aplicados aos artigos mantidos para análise, através da filtração pelo título de cada artigo. Depois desta etapa, procedeu-se à recolha os artigos que foram selecionados pelo título. Por fim, os mesmos critérios de inclusão/exclusão foram aplicados aos artigos mantidos para análise e fez-se uma seleção pelo *abstract* de cada artigo. A figura 1 demonstra o processo de recolha e tratamento dos dados.

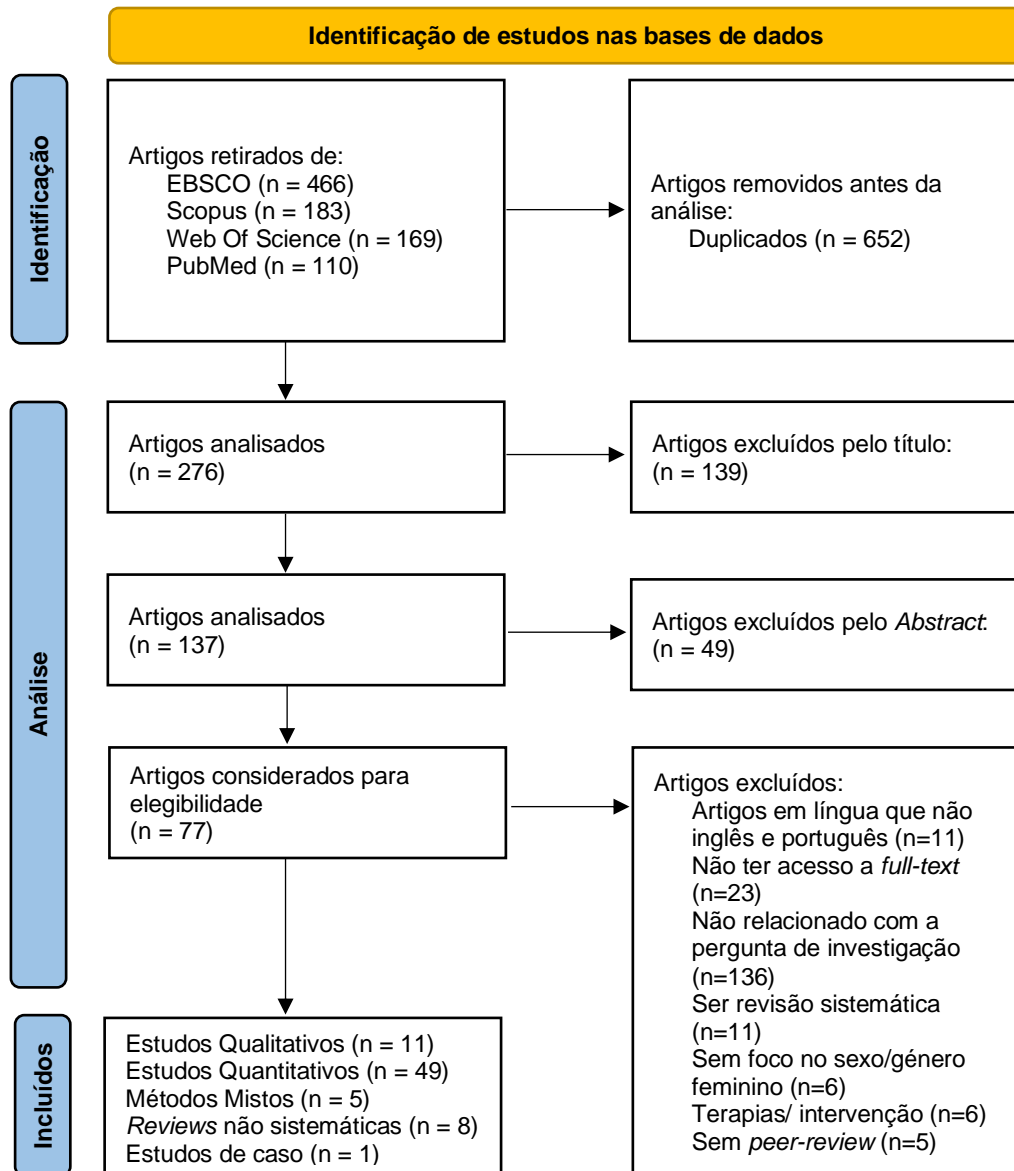


FIGURA 1 FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DE ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA

RESULTADOS

1. Secção do título, autores e *abstract* dos artigos selecionados

1.1 Data de Publicação

A investigação direcionada para as diferenças de sexo na apresentação fenotípica das PEA teve maior incidência a partir de 2011 (Hattier et al., 2011; Lai et al., 2011; Rivet & Matson, 2011), bem como os estudos sobre as diferenças de sexo na prevalência de comorbilidade (Tsakanikos, 2011; Worley & Matson, 2011).

A investigação acerca da avaliação da adequação dos instrumentos de avaliação começou a surgir em 2013 (Pisula et al., 2013), ainda que tenha ganho mais relevância nos últimos 5 anos (Adamou et al., 2018; Beggiato et al., 2017; Clarke et al., 2021; Evans et al., 2019; Harrison et al., 2017; Mårland et al., 2022; Rynkiewicz et al., 2021; Stroth et al., 2022).

Os estudos sobre as experiências pessoais de raparigas e mulheres com PEA emergiram com maior prominência em 2016 (Baldwin et al., 2016; Bargiela et al., 2016; Foggo & Webster, 2017), sendo notória a crescente relevância, ainda que recente, dos estudos qualitativos acerca das dificuldades de diagnóstico do sexo feminino, da experiência de vida com esta patologia, impacto da mesma nas relações interpessoais e a sua evolução ao longo da vida.

Por fim, desde 2018, têm surgido estudos sobre a perspectiva de terceiros, sendo estes pais (Mademtzi et al., 2018), staff escolar (professores e auxiliares) (Ward et al., 2022) e profissionais de saúde (Lundin et al., 2021; Muggleton et al., 2019; Tromans et al., 2019; Tsirgiotis et al., 2021), sobre os sintomas das PEA, as diferenças de sexo e as dificuldades de diagnóstico do sexo feminino.

1.2 Origem dos Estudos

Relativamente ao país de origem dos estudos, verificou-se interesse de investigadores de variados países em proporcionar nova evidência sobre o tema do autismo. Apesar da maioria dos estudos ter origem nos Estados Unidos (25 estudos), em Inglaterra (15 estudos), em Itália (quatro estudos) e na Austrália (oito estudos), houve estudos e colaborações internacionais entre: Alemanha, Canadá, China, Holanda, Dinamarca, Finlândia, Suíça, Suécia, França, Israel, Índia, Irlanda, Nova Zelândia, Polónia e Espanha.

Contudo, apenas um dos estudos incluídos realizou uma comparação entre um país ocidental (Holanda) e um país oriental (China). Com o propósito de explorar o impacto do género, comorbilidade, educação parental e status vocacional parental na idade de diagnóstico em crianças na China e na Holanda, este estudo quantitativo de Wang et al. (2018) concluiu que as crianças na China obtinham o diagnóstico de PEA numa idade mais jovem do que as crianças na Holanda, uma vez que a idade na qual surgem preocupações dos pais com potenciais sintomas de desenvolvimento atípico é também mais precoce. Assim, o processo de avaliação psicológica e de obtenção de diagnóstico decorre mais cedo e é mais imediato do que na Holanda. Ainda, concluíram que o rácio masculino:feminino é mais elevado na China (4.7:1) do que na Holanda (3.6:1), bem como a proporção de comorbilidade, em particular de PHDA, Perturbações Alimentares e Epilepsia (Wang et al., 2018). Este estudo referiu que o facto de as crianças chinesas serem diagnosticadas mais cedo se tiverem PEA e PHDA coocorrentes pode estar relacionado com o estigma social associado às doenças mentais, visto que é mais fácil aceitar que uma criança tem um problema comportamental (i.e., PHDA) do que uma perturbação mental associada a atrasos desenvolvimentais e intelectuais (i.e., PEA) (Wang et al., 2018). Semelhante aos resultados na população chinesa, na Holanda, a

presença de PHDA coocorrente com PEA resultou numa idade precoce na qual surgem preocupações dos pais com potenciais sintomas de desenvolvimento atípico.

2. Secção de Método dos artigos selecionados

2.1 Tipo de estudos e Metodologias

Na presente revisão sistemática foram incluídos 74 estudos, recorrendo na sua maioria (49 estudos – 66%) à metodologia quantitativa, 11 estudos com metodologia qualitativa (14.9%), cinco estudos recorrendo a métodos mistos (6.8%), oito revisões não sistemáticas (10.8%) e um estudo de caso (1.4%).

Com respeito à metodologia utilizada, verificou-se que os estudos com métodos quantitativos (49 estudos) constituíram a maioria dos selecionados para a revisão sistemática. Os temas abordados foram maioritariamente acerca das diferenças de sexo nos sintomas de PEA (34 estudos), mas envolveram também a avaliação de instrumentos (10 estudos), a perceção de terceiros sobre as PEA (três estudos), a retenção do diagnóstico ao longo do tempo (um estudo) e o Efeito Feminino de Proteção (um estudo).

Para além disso, cerca de 15% dos artigos recorreram a métodos qualitativos: 63.6% (sete estudos) dos quais se debruçaram sobre o estudo das experiências pessoais de raparigas e mulheres com PEA, 18.2% (dois estudos) focaram-se na exploração de perspetivas de terceiros sobre as PEA, 9.1% (um estudo) relatou a avaliação de um instrumento de avaliação e 9.1% (um estudo) refletiu sobre as semelhanças e diferenças de sexo nos sintomas com indivíduos com SA.

Por fim, os estudos com metodologias mistas (cinco estudos) compuseram uma pequena percentagem dos estudos incluídos na revisão sistemática. Esta metodologia, de acordo com os estudos selecionados, surgiu em 2016 e focou-se nos temas das

experiências pessoais com as PEA (um estudo), da apresentação fenotípica atípica (feminina) (um estudo), diferenças de sexo nos sintomas de PEA (um estudo) e a percepção de terceiros sobre as PEA (dois estudos).

Estes estudos foram categorizados consoante os seguintes temas: 1) avaliação de instrumentos; 2) diferenças entre sexos, incluindo perfis cognitivos, perfis comportamentais, RRBI, camuflagem, sintomas, socialização e comorbilidade; 3) experiências pessoais; e 4) percepção de terceiros (professores, pais e profissionais de saúde).

2.2 Características das Amostras

Relativamente à composição das amostras dos estudos selecionados, é relevante realçar a significativa variedade não só no número de participantes, mas também na inclusão de DI coocorrente e na percentagem de participantes do sexo feminino e do sexo masculino (rácio M:F). De facto, 25 estudos não referiram inclusão ou exclusão de participantes com PEA e DI (coocorrentes), 18 estudos incluíram participantes com DI e 31 estudos excluíram estes participantes. O número de participantes variou entre 2 e 671103. Alguns dos estudos (9.46% - sete estudos) realizaram uma comparação entre indivíduos com PEA e indivíduos com desenvolvimento normotípico (DN – controlo), nomeadamente para averiguar temas relativos às diferenças de sexo nos sintomas de PEA. Ainda, dos 39 estudos acerca das diferenças de sexo, 28 estudos apresentavam uma amostra equiparável e 11 estudos continham uma amostra não equiparável. É pertinente esclarecer que, para fins de compreensão, as amostras dos estudos incluídos nesta revisão sistemática foram classificadas como maioritariamente masculinas (ou não equiparáveis) se o rácio M:F for superior a 3:1, ou equiparáveis se o rácio M:F for inferior a 3:1, sendo que a relevância da variação respeitante ao rácio M:F dos mesmos será explicitada ao

longo da secções 1) da avaliação de instrumentos e 2) das diferenças de sexo (secções 2.3 e 3.1, respetivamente). Assim, relativamente à percentagem de participantes do sexo feminino e do sexo masculino (rácio M:F), 20 dos estudos selecionados incluíram uma amostra, maioritariamente, composta por elementos do sexo masculino, mantendo um rácio M:F >3:1, e investigaram maioritariamente as diferenças de sexo nos sintomas de PEA e avaliam instrumentos de avaliação e de diagnóstico.

2.3 Avaliação de Instrumentos

A avaliação de instrumentos foi uma categoria que incluiu 11 estudos (ver tabela 2) (Adamou et al., 2018; Beggiato et al., 2017; Clarke et al., 2021; Evans et al., 2019; Harrison et al., 2017; Mårland et al., 2022; Pilowsky et al., 1998; Pisula et al., 2013; Rynkiewicz et al., 2016; Rynkiewicz et al., 2021; Stroth et al., 2022). O *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) foi o instrumento mais avaliado pelos estudos incluídos nesta revisão sistemática, seguindo-se o *Autism Diagnosis Interview-Revised* (ADI-R), *Autism-Spectrum Quotient* (AQ), o *Social Responsiveness Scale* (SRS) e, por fim, *Social Communication Questionnaire* (SCQ). A fim de averiguar as capacidades intelectuais, a maioria dos estudos recorreu às variadas escalas de Wechsler (i.e., *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS), *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence* (WASI)) e as escalas de Stanford-Binet.

A evidência sobre a adequação do ADOS para captar a apresentação fenotípica feminina foi controversa, sendo que o mesmo se aplicou ao ADI-R. De facto, Adamou et al. (2018) concluíram que o ADOS apresenta um viés masculino na deteção e diagnóstico de PEA, tendo sido aplicado a uma amostra de adultos com PEA e sem DI coocorrente. Contrariamente, o estudo qualitativo de Harrison et al. (2017), com uma amostra de crianças e adolescentes com PEA e sem DI coocorrente, evidenciou que o mesmo

instrumento não tem, de facto, um viés masculino e que o instrumento deteta com igual precisão PEA em ambos os sexos.

Torna-se relevante referir que há uma diferença crucial entre estes dois estudos que se prende na composição da amostra dos participantes incluídos nestes estudos. Enquanto Adamou e colegas (2018) incluíram 12 rapazes e 3 raparigas, mantendo um rácio M:F de 4:1, Harrison e colegas (2017) incluíram 2128 rapazes e 330 raparigas, mantendo um rácio M:F de 6.4:1.

Ainda, Rynkiewicz et al. (2016) recorreu a uma amostra com crianças (17 rapazes e 16 raparigas) de 5-10 anos com PEA e sem DI coocorrente e evidenciou que o ADOS deteta comportamentos de camuflagem e a apresentação atípica das PEA feminina. Acrescentando o inovador sistema de codificação *Gendered Autism Behavioral Scale* (GABS) ao ADOS, Clarke et al. (2021) aplicaram o ADOS (módulos 3 e 4) numa amostra de 22 rapazes e 22 raparigas (*cohort* de Inglaterra) e noutra de 40 rapazes e 20 raparigas (*cohort* dos EUA) e concluíram que este sistema de codificação aplicado ao ADOS é capaz de detetar, com base na evidência preliminar, fenótipo atípicos, como é o caso do feminino.

Em 1998, Pilowsky e colegas 1) examinaram os sintomas apresentados por indivíduos diagnosticados com base no ADI-R e *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) e 2) investigaram a apresentação fenotípica derivado de cada um dos instrumentos, concluindo que 1) existe uma concordância entre ambos de 85.7% e que 2) não há diferenças fenotípicas entre indivíduos diagnosticados com CARS ou ADI-R.

O ADI-R, semelhantemente ao ADOS, é um instrumento considerado *standard* na avaliação e diagnóstico das PEA e normalmente são aplicados em conjunto. Stroth et al. (2022) exploraram a capacidade de deteção das PEA em ambos os sexos e averiguaram o número de itens que detetam o fenótipo feminino, aplicando o instrumento a uma

amostra de 866 rapazes e 191 raparigas com PEA, mantendo um rácio M:F de 4.5:1. Demonstraram que há menos itens que captam fenótipos atípicos, ainda que o ADI-R seja eficaz na diferenciação dos fenótipos feminino e masculino, em particular nos sintomas centrais. Contudo, Beggiato et al. (2017) investigaram os itens do ADI-R que discriminam a apresentação fenotípica feminina e a masculina, bem como o peso que estes têm no diagnóstico final. Numa amostra de 465 rapazes e 129 raparigas com PEA e com DI coocorrente, os autores relataram que o instrumento tem um viés masculino na deteção das PEA, aconselhando a introdução de medidas corretivas para evitar este viés.

O *Social Communication Questionnaire* (SCQ) é um dos instrumentos secundários mais frequentemente incluídos na avaliação e diagnóstico das PEA. Evans et al. (2019) averiguaram a capacidade de deteção de PEA com base neste instrumento numa amostra de 177 rapazes e 95 raparigas (rácio M:F de 1.8:1) com PEA. Os resultados obtidos demonstraram que este permite detetar fenótipos típicos e atípicos, ainda que não sejam descritos valores de pontos-corte específicos para a apresentação feminina. Também Rynkiewicz et al. (2021) reportaram que o SCQ não tem viés masculino na deteção e diagnóstico de PEA.

Por fim, o *Autism-Spectrum Quotient* (AQ), instrumento considerado complementar na avaliação e diagnóstico de PEA, foi avaliado numa amostra sem DI coocorrente de 39 rapazes e 21 raparigas (rácio M:F de 1.9:1) por Pisula e colaboradores (2013). Os autores relataram que o instrumento consegue detetar a apresentação atípica mais frequente nas raparigas.

Rácio M:F da amostra	Autores	ADOS	ADIR	SRS	SCQ	CARS	AQ	A-TAC
Amostras equiparáveis (<3:1)	Pisula et al. (2013)						X	
	Rynkiewicz et al. (2016)	X			X		X	
	Evans et al. (2019)	X			X			
	Clarke et al. (2021)	X						
	Rynkiewicz et al. (2021)				X			
Amostras maioritariamente masculinas (>3:1)	Mårland et al. (2022)							X
	Pilowsky et al. (1998)		X			X		
	Beggiato et al. (2017)	X	X					
	Harrison et al. (2017)	X						
	Adamou et al. (2018)	X						
	Stroth et al. (2022)	X	X					

TABELA 2 RESUMO DOS ESTUDOS SOBRE A AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS MAIS UTILIZADOS

Notas: <3:1 representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; >3:1 representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.

3. Propósito dos Estudos

3.1 Diferenças de sexo nos sintomas de PEA

A categoria das diferenças de sexo, semelhantemente à tendência geral da evidência científica, apresentou resultados muito controversos. Foram, assim, averiguadas as diferenças nos RRBIs, dificuldades de comunicação, dificuldades de interação social, comorbilidade, severidade de sintomas, perfil cognitivo, idade de primeira preocupação dos pais, idade de diagnóstico e outras dificuldades em 39 estudos. A tabela 12 (no fim da secção 3.1) apresenta esta informação de forma detalhada.

3.1.1 RRBIs

Acerca dos RRBIs, a investigação (ver tabela 3) que demonstrou não só que a presença de RRBIs no sexo feminino é menos frequente (Craig et al., 2020; Frazier et al., 2014; Frazier & Hardan, 2017; Halladay et al., 2015; Hattier et al., 2011; Lai & Szatmari, 2020; Tofani et al., 2022), mas também que há diferenças qualitativas entre o sexo

feminino e masculino (Halladay et al., 2015; Hull et al., 2020). Contudo, houve também um grupo de estudos que demonstrou que não há diferenças de sexo neste sintoma (Lai et al., 2011; May et al., 2014; Rivet & Matson, 2011) e um outro que afirmou haver mais prevalência deste sintoma no sexo feminino (Antezana et al., 2019; Evans, 2018).

As amostras de participantes incluídas nos estudos que reportaram menos RRBI no sexo feminino são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), em quatro (Craig et al., 2020; Halladay et al., 2015; Hattier et al., 2011; Lai & Szatmari, 2020) dos sete artigos mencionados. As amostras de participantes incluídas nos estudos que não reportaram diferenças de sexo nos RRBI são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Lai et al., 2011; May et al., 2014; Rivet & Matson, 2011). A amostra de participantes incluída no estudo que reportou mais RRBI no sexo feminino é composta maioritariamente por homens, não sendo equiparável em termos de rácios M:F (Antezana et al., 2019; Evans, 2018). Por fim, as amostras de participantes incluídas nos estudos que reportaram diferenças qualitativas entre sexos nos RRBI são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Halladay et al., 2015; Hull et al., 2020).

Rácio M:F das amostras	Menos frequente no sexo feminino	Mais frequente no sexo feminino	Não há diferenças de sexo	Diferenças qualitativas
	Hattier et al. (2011)	-	Lai et al. (2011)	Halladay et al. (2015)
Rácio <3:1 (Equiparáveis)	Halladay et al. (2015)		Rivet & Matson (2011)	Hull et al. (2020)
	Craig et al. (2020)		May et al. (2014)	
	Lai & Szatmari, (2020)			
Rácio >3:1 (Não equiparáveis)	Frazier et al. (2014)	Evans (2018)	-	-
	Frazier & Hardan (2017)	Antezana et al. (2019)		
	Tofani et al. (2022)			

TABELA 3 RESUMO DAS CONCLUSÕES SOBRE OS RRBI

Notas: <3:1 representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; >3:1 representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.

3.1.2 Dificuldades de Comunicação

Nas dificuldades de comunicação (ver tabela 4) foram reportadas mais dificuldades em raparigas em quatro estudos (Bitsika & Sharpley, 2019; Frazier et al., 2014; Rivet & Matson, 2011; Tang et al., 2021). Dos estudos selecionados, quatro reportaram que há diferenças de sexo na comunicação social, sendo que são mais presentes no sexo masculino (Brooks, 2014; Conlon et al., 2019; Halladay et al., 2015; Matheis et al., 2019). No entanto, houve, ainda, cinco estudos que não relataram diferenças de sexo neste sintoma das PEA (Barbaro & Freeman, 2021; Lai et al., 2011; May et al., 2014; Sanchez et al., 2022; Tofani et al., 2022).

As amostras de participantes incluídas nos estudos que relataram mais dificuldades de comunicação no sexo feminino são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), em três (Bitsika & Sharpley, 2019; Rivet & Matson, 2011; Tang et al., 2021) dos quatro estudos referidos. As amostras de participantes incluídas nos estudos que relataram mais dificuldades de comunicação no sexo masculino são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), em dois (Brooks, 2014; Halladay et al., 2015) dos quatro estudos referidos. Ainda, As amostras de participantes incluídas nos estudos que não relataram diferenças de sexo nas dificuldades de comunicação são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), em dois (Lai et al., 2011; May et al., 2014) dos cinco estudos referidos.

Rácio M:F das amostras	Menos frequente no sexo feminino	Mais frequente no sexo feminino	Não há diferenças de sexo
Rácio <3:1 (Equiparáveis)	Brooks (2014)	Rivet & Matson (2011)	Lai et al. (2011)
	Halladay et al. (2015)	Bitsika & Sharpley (2019)	May et al. (2014)
		Tang et al. (2021)	
Rácio >3:1 (Não equiparáveis)	Conlon et al. (2019)	Frazier et al. (2014)	Barbaro & Freeman (2021)
	Matheis et al. (2019)		Sanchez et al. (2022)
			Tofani et al. (2022)

TABELA 4 RESUMO DAS CONCLUSÕES SOBRE AS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO

Notas: <3:1 representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; >3:1 representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.

3.1.3 Dificuldades na Interação Social

Nas dificuldades na interação social (ver tabela 5), houve evidência de mais dificuldades em raparigas em cinco estudos (Frazier et al., 2014; Howe et al., 2015; Lai & Szatmari, 2020; Rivet & Matson, 2011; Tang et al., 2021). Dos estudos selecionados, oito relataram que há menos dificuldades na interação social nas raparigas (Bitsika & Sharpley, 2019; Brooks, 2014; Dean et al., 2017; Halladay et al., 2015; Head et al., 2014; Hull et al., 2020; Whyte & Scherf, 2018; Wood-Downie et al., 2021). Contudo, verificam-se quatro estudos que não reportam diferenças de sexo neste sintoma (Barbaro & Freeman, 2021; Frazier & Hardan, 2017; Lai et al., 2011; May et al., 2014).

As amostras de participantes incluídas nos estudos que reportaram mais dificuldades na interação social no sexo feminino são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), em três (Lai & Szatmari, 2020; Rivet & Matson, 2011; Tang et al., 2021) dos cinco estudos mencionados. As amostras de participantes incluídas nos estudos que relatam mais dificuldades na interação social no sexo masculino são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Bitsika & Sharpley, 2019; Brooks, 2014; Dean et al., 2017; Halladay et al., 2015; Head et al., 2014; Hull et al., 2020; Whyte & Scherf, 2018; Wood-Downie et al., 2021). Por fim, as amostras de participantes incluídas nos estudos que não relatam diferenças de sexo nas dificuldades na interação social são equiparáveis,

em termos de rácios M:F (<3:1), em dois (Lai et al., 2011; May et al., 2014) dos quatro estudos mencionados.

Rácio M:F das amostras	Menos frequente no sexo feminino	Mais frequente no sexo feminino	Não há diferenças de sexo
	Brooks (2014)	Rivet & Matson (2011)	Lai et al. (2011)
	Head et al. (2014)	Lai & Szatmari (2020)	May et al. (2014)
	Halladay et al. (2015)	Tang et al. (2021)	
Rácio <3:1 (Equiparáveis)	Dean et al. (2017)		
	Whyte & Scherf (2018)		
	Bitsika & Sharpley (2019)		
	Hull et al. (2020)		
	Wood-Downie et al. (2021)		
Rácio >3:1 (Não equiparáveis)	-	Frazier et al. (2014)	Frazier & Hardan (2017)
		Howe et al. (2015)	Barbaro & Freeman (2021)

TABELA 5 RESUMO DAS CONCLUSÕES SOBRE AS DIFICULDADES NA INTERAÇÃO SOCIAL

Notas: <3:1 representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; >3:1 representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.

3.1.4 Prevalência de Comorbilidade

Nas diferenças na prevalência de comorbilidade (ver tabela 6), verificaram-se quatro estudos que demonstraram que há diferenças de sexo na presença de comorbilidade (Halladay et al., 2015; Rødgaard et al., 2021; Tsakanikos et al., 2011; Wanzek, 2014). Contrariamente, dois estudos afirmaram não haver diferenças de sexo na prevalência de comorbilidade (Tang et al., 2021; Worley & Matson, 2011). Ainda, um estudo comprovou a existência de diferenças qualitativas de sexo na prevalência de comorbilidade (Margari et al., 2019).

As amostras de participantes incluídas nos estudos que relataram presença, ausência ou diferenças de sexo qualitativas na prevalência de comorbilidade são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Halladay et al., 2015; Margari et al., 2019; Rødgaard et al., 2021; Tang et al., 2021; Tsakanikos et al., 2011; Wanzek, 2014; Worley & Matson, 2011).

Rácio M:F das amostras	Há diferenças de sexo	Não há diferenças de sexo	Há diferenças qualitativas
	Tsakanikos et al. (2011)	Worley & Matson (2011)	Margari et al. (2019)
Rácio <3:1 (Equiparáveis)	Wanzek (2014) Halladay et al. (2015) Rødgaard et al. (2021)	Tang et al. (2021)	
Rácio >3:1 (Não equiparáveis)	-	-	-

TABELA 6 RESUMO DAS CONCLUSÕES SOBRE A PREVALÊNCIA DE COMORBILIDADE

Notas: <3:1 representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; >3:1 representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.

3.1.5 Severidade de Sintomas

Nas diferenças na severidade de sintomas (ver tabela 7), houve três estudos que afirmam não haver diferenças de sexo na severidade (Antezana et al., 2019; Matheis et al., 2019; Mussey et al., 2017). No entanto, um estudo relatou maior severidade de sintomas no sexo feminino (Lundström et al., 2019) e dois relataram maior severidade de sintomas no sexo masculino (Lai & Szatmari, 2020; Tang et al., 2021).

As amostras de participantes incluídas nos estudos que não reportaram diferenças de sexo na severidade não são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), sendo compostas maioritariamente por elementos do sexo masculino (Antezana et al., 2019; Matheis et al., 2019; Mussey et al., 2017). Por fim, as amostras dos estudos que reportaram diferenças de sexo na severidade são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Lai & Szatmari, 2020; Lundström et al., 2019; Tang et al., 2021).

Rácio M:F das amostras	Menos frequente no sexo feminino	Mais frequente no sexo feminino	Não há diferenças de sexo
Rácio <3:1 (Equiparáveis)	Lai & Szatmari (2020) Tang et al. (2021)	Lundström et al. (2019)	-
Rácio >3:1 (Não equiparáveis)	-	-	Mussey et al. (2017) Antezana et al. (2019) Matheis et al. (2019)

TABELA 7 RESUMO DAS CONCLUSÕES SOBRE A SEVERIDADE DE SINTOMAS

Notas: <3:1 representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; >3:1 representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.

3.1.6 Perfil Cognitivo

Nas diferenças de sexo no perfil cognitivo (ver tabela 8), houve um estudo no qual não reportaram diferenças neste sintoma (Mussey et al., 2017), mas cinco estudos contrariaram esta ideia e demonstraram que existem diferenças de sexo (Chouinard et al., 2019; Frazier et al., 2014; Howe et al., 2015; Lai & Szatmari, 2020; Lehnhardt et al., 2016).

A amostra de participantes incluída no estudo que não relatou diferenças de sexo no perfil cognitivo não é equiparável, em termos de rácios M:F (<3:1), sendo composta maioritariamente por elementos do sexo masculino (Mussey et al., 2017). Por fim, as amostras dos estudos que relataram diferenças de sexo no perfil cognitivo são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), em quatro (Chouinard et al., 2019; Howe et al., 2015; Lai & Szatmari, 2020; Lehnhardt et al., 2016) dos cinco estudos referidos.

Rácio M:F das amostras	Há diferenças de sexo	Não há diferenças de sexo
	Howe et al. (2015)	-
Rácio <3:1 (Equiparáveis)	Lehnhardt et al. (2016) Chouinard et al. (2019) Lai & Szatmari (2020)	
Rácio >3:1 (Não equiparáveis)	Frazier et al. (2014)	Mussey et al. (2017)

TABELA 8 RESUMO DAS CONCLUSÕES SOBRE O PERFIL COGNITIVO

Notas: <3:1 representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; >3:1 representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.

3.1.7 Idade de Primeira Preocupação e de Diagnóstico

Nas diferenças de sexo na idade da primeira preocupação dos pais com sintomas de PEA (ver tabela 9), houve um artigo que indicou que a preocupação com sintomas de PEA nas raparigas surge mais tarde do que nos rapazes (Horovitz et al., 2012) e um que contrariou esta conclusão (Wanzek, 2014).

As amostras dos estudos que abordaram este aspeto são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Horovitz et al., 2012; Wanzek, 2014).

Rácio M:F das amostras	Mais tarde no sexo feminino	Mais tarde no sexo masculino
Rácio <3:1 (Equiparáveis)	Horovitz et al. (2012)	Wanzek (2014)
Rácio >3:1 (Não equiparáveis)	-	-

TABELA 9 RESUMO DAS CONCLUSÕES SOBRE A IDADE DE 1ª PREOCUPAÇÃO DOS PAIS

Notas: <3:1 representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; >3:1 representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.

Nas diferenças de sexo na idade de diagnóstico (ver tabela 10), verificaram-se quatro estudos que suportaram a ideia de que o sexo feminino é detetado tardiamente (Hull et al., 2020; Gesi et al., 2021 ; Kavanaugh et al., 2021; Rutherford et al., 2016). Contudo, houve três artigos que negaram a existência de diferenças de sexo na idade de diagnóstico (Mussey et al., 2017; Tang et al., 2021; Wanzek, 2014).

As amostras dos estudos que reportaram diferenças de sexo na idade de deteção são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Hull et al., 2020; Gesi et al., 2021 ; Kavanaugh et al., 2021; Rutherford et al., 2016). Semelhantemente, as amostras dos estudos que não reportaram diferenças de sexo neste aspeto são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), em dois (Tang et al., 2021; Wanzek, 2014) dos três estudos referidos.

Rácio M:F das amostras	Mais tarde no sexo feminino	Não há diferenças de sexo
	Rutherford et al. (2016)	Wanzek (2014)
Rácio <3:1 (Equiparáveis)	Hull et al. (2020) Gesi et al. (2021) Kavanaugh et al. (2021)	Tang et al. (2021)
Rácio >3:1 (Não equiparáveis)	-	Mussey et al. (2017)

TABELA 10 RESUMO DAS CONCLUSÕES SOBRE A IDADE DE DIAGNÓSTICO

Notas: <3:1 representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; >3:1 representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.

3.1.8 Outras Dificuldades

Relativamente a outras dificuldades mencionadas (ver tabela 11):

1. a sensibilidade sensorial foi reportada como sendo mais frequente no sexo feminino por dois estudos (Lai et al., 2011; Gesi et al., 2021);
2. as capacidades adaptativas foram relatadas como mais presentes nas raparigas por dois estudos (Craig et al., 2020; Howe et al., 2015) e como mais presentes nos rapazes por dois estudos (Frazier et al., 2014; Lai & Szatmari, 2020);
3. os comportamentos de externalização são referidos por dois estudos como estando mais presente em raparigas (Frazier et al., 2014; Sanchez et al., 2022);
4. os comportamentos de internalização foram identificados por um estudo como sendo mais prevalentes nas raparigas (Hull et al., 2020);
5. o comportamento autolesivo é mais associado ao sexo feminino por três estudos (Antezana et al., 2019; Evans et al., 2019; Wanzek et al., 2014);
6. o comportamento compulsivo também foi mais associado ao sexo feminino por dois estudos (Antezana et al., 2019; Evans et al., 2019);
7. a camuflagem foi reportada como mais frequente nas raparigas por quatro estudos (Bitsika & Sharpley, 2019; Dean et al., 2017; Hull et al., 2020; McQuaid et al., 2022);

8. a desregulação emocional foi também reportada como mais frequente nas raparigas por três estudos (Frazier et al., 2014; Sanchez et al., 2022; Wanzek et al., 2014).

As amostras dos estudos referentes à sensibilidade sensorial são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Lai et al., 2011; Gesi et al., 2021).

As amostras dos estudos referentes às capacidades adaptativas são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), em três (Craig et al., 2020; Howe et al., 2015; Lai & Szatmari, 2020) dos quatro estudos referidos.

As amostras dos estudos referentes aos comportamentos de externalização não são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Frazier et al., 2014; Sanchez et al., 2022).

A amostra do estudo referente aos comportamentos de internalização é equiparável, em termos de rácios M:F (<3:1) (Hull et al., 2020).

As amostras dos estudos referentes ao comportamento autolesivo são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), em um (Wanzek et al., 2014) dos três estudos mencionados.

As amostras dos estudos referentes ao comportamento compulsivo não são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Antezana et al., 2019; Evans et al., 2019).

As amostras dos estudos referentes à camuflagem são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1) (Bitsika & Sharpley, 2019; Dean et al., 2017; Hull et al., 2020; McQuaid et al., 2022).

As amostras dos estudos referentes à desregulação emocional são equiparáveis, em termos de rácios M:F (<3:1), em um (Wanzek et al., 2014) dos três estudos referidos.

Rácio M:F das amostras	Mais frequente no sexo feminino
Rácio <3:1 (Equiparáveis)	Sensibilidade sensorial; capacidades adaptativas; comportamentos de internalização; comportamento autolesivo; camuflagem; desregulação emocional.
Rácio >3:1 (Não equiparáveis)	capacidades adaptativas; comportamentos de externalização; comportamento autolesivo; comportamento compulsivo; desregulação emocional.

TABELA II RESUMO DAS CONCLUSÕES SOBRE OUTRAS DIFICULDADES

Notas: <3:1 representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; >3:1 representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.

Autores	Ano	Idades (M – meses; a – anos)	RRBIs	Dificuldades Comunicação	Dificuldades Interação social	Comorbilidade	Severidade sintomas	Perfil cognitivo	Idade da 1ª preocupação pais	Idade diagnóstico	Rácio M:F	Outras Dificuldades
Hattier et al.	2011	20a-78a	X									
Lai et al.	2011	18a-45a	X	X	X							X
Rivet & Matson	2011	17M-88a	X	X	X							
Tsakanikos et al.	2011	16a-84a				X						
Worley & Matson	2011	-				X						
Horovitz et al.	2012	17-37M							X			
Brooks	2014	-		X	X							
Frazier et al.	2014	4a-18a	X	X	X			X				X
Head et al.	2014	10a-16a			X							
May et al.	2014	7a-12a	X	X	X							X
Wanzek	2014	13a-55a				X			X	X		X
Halladay et al.	2015		X	X	X	X						
Howe et al.	2015	>5a			X			X				X
Lehnhardt et al.	2016	>18a						X				
Rutherford et al.	2016	1a-55a							X		X	-
Dean et al.	2017	<18a	X		X							X
Frazier & Hardan	2017	4a-17a	X		X							

Mussey et al.	2017	1a-55a				X	X		X	X
Evans	2018	16m-10a	X							X
Whyte & Scherf	2018	18a-23a			X					
Antezana et al.	2019	3a-18a	X				X			X
Bitsika & Sharpley	2019	6a-17a		X	X					X
Chouinard et al.	2019	5a-18a						X		
Conlon et al.	2019	8a-9a		X						
Lundström et al.	2019	9a-12a					X			
Margari et al.	2019	<18a				X				
Matheis et al.	2019	17a-37a		X			X			X
Craig et al.	2020	2a-7a	X							X
Hull et al.	2020	-	X		X				X	X
Lai & Szatmari	2020	-	X		X		X	X		X
Barbaro & Freeman	2021	<5a		X	X				X	
Gesi et al.	2021	>18a							X	X
Kavanaugh et al.	2021	-							X	
Rødgaard et al.	2021	<16a				X				
Tang et al.	2021	<18a		X	X	X	X		X	
Wood-Downie et al.	2021	8a-14a			X					X
McQuaid et al.	2022	18a-49a								X
Sanchez et al.	2022	8a-16a								X
Tofani et al.	2022	<6a	X	X	X					

TABELA 12 RESUMO DOS ARTIGOS SOBRE AS DIFERENÇAS DE SEXO

3.2 Experiências Pessoais com as PEA

A categoria das experiências pessoais de raparigas e mulheres com as PEA foi composta por 10 estudos (ver tabela 13, no apêndice), abordando temas como: necessidade de estar na “norma” (Bargiela et al., 2016; Leedham et al., 2020; Gupta & Chaudhary, 2021; Milner et al., 2019;), relações interpessoais (Baldwin & Costley, 2016; Bargiela et al., 2016; Foggo & Webster, 2017; Gupta & Chaudhary, 2021; Kanfiszler et al., 2017; Leedham et al., 2020; Miles et al., 2019; Milner et al., 2019; Pesonen et al.,

2015; Wilkinson, 2008), experiência de obter diagnóstico (Baldwin & Costley, 2016; Bargiela et al., 2016; Leedham et al., 2020; Gupta & Chaudhary, 2021; Milner et al., 2019), processo de aceitação do diagnóstico (Leedham et al., 2020; Gupta & Chaudhary, 2021), nova identidade com o diagnóstico (Leedham et al., 2020; Gupta & Chaudhary, 2021), impacto dos outros (pós- diagnóstico) (Leedham et al., 2020; Milner et al., 2019), identidade de gênero (Bargiela et al., 2016; Kanfischer et al., 2017; Milner et al., 2019) e outras dificuldades (Baldwin & Costley, 2016; Bargiela et al., 2016; Gupta & Chaudhary, 2021; Milner et al., 2019; Pesonen et al., 2015).

3.2.1 Necessidade de Estar na “Norma”

A necessidade de estar na “norma” prendeu-se com a ideia de que as raparigas sentem necessidade de se parecerem e comportarem como os pares sem PEA, a fim de poder socializar em grupos grandes e evitar o *bullying* (Bargiela et al., 2016). Contudo, esta necessidade tem consequências negativas na saúde mental das raparigas (Leedham et al., 2020), pois muitas reportaram que o esforço adicional é esgotante (Bargiela et al., 2016; Milner et al., 2019), e pode induzir os profissionais de saúde em diagnósticos errados (Leedham et al., 2020).

3.2.2 Dificuldades nas Relações Interpessoais

As dificuldades nas relações interpessoais foram mencionadas muito frequentemente nestes artigos, sendo que os aspetos que mais sobressaíram foram: a necessidade de camuflagem dos sintomas de PEA (Bargiela et al., 2016; Leedham et al., 2020; Miles et al., 2019; Milner et al., 2019; Pesonen et al., 2015), a forte necessidade de aceitação (Bargiela et al., 2016; Kanfischer et al., 2017; Leedham et al., 2020; Miles et al., 2019), a dificuldade em manter amizades (Baldwin & Costley, 2016; Bargiela et al., 2016; Gupta & Chaudhary, 2021; Miles et al., 2019; Milner et al., 2019), ainda que haja necessidade (Foggo & Webster, 2017) e motivação para estas (Leedham et al., 2020;

Miles et al., 2019; Milner et al., 2019), fracas capacidades de comunicação (Gupta & Chaudhary, 2021; Kanfischer et al., 2017), manter contacto visual (Gupta & Chaudhary, 2021), interesses intensos e atípicos (Gupta & Chaudhary, 2021), desregulação emocional (Gupta & Chaudhary, 2021), bullying (Baldwin & Costley, 2016), incapacidade de gerir situações de conflito (Foggo & Webster, 2017; Miles et al., 2019; Milner et al., 2019), forte sentido de justiça social (Kanfischer et al., 2017; Milner et al., 2019), dificuldades em compreender as situações e regras sociais (Bargiela et al., 2016; Kanfischer et al., 2017; Leedham et al., 2020) e o conseqüente isolamento social (Baldwin & Costley, 2016; Bargiela et al., 2016; Foggo & Webster, 2017; Miles et al., 2019; Milner et al., 2019; Pesonen et al., 2015), ainda que considerem necessário terem tempo sozinhas (Foggo & Webster, 2017).

3.2.3 Obtenção do diagnóstico de PEA

A experiência de obter o diagnóstico de PEA foi um tema relatado como controverso, pois, ainda que tenha permitido alívio e compreensão dos sintomas (Milner et al., 2019; Leedham et al., 2020), foi um processo longo (Bargiela et al., 2016), desgastante (Leedham et al., 2020) e com sobressaltos, maioritariamente a atribuição de diagnósticos errados pelo recurso a instrumentos vistos como desadequados para captar o uso de comportamentos de camuflagem (Baldwin & Costley, 2016; Bargiela et al., 2016; Milner et al., 2019), e houve relatos de falta de apoio após a obtenção do mesmo (Milner et al., 2019).

3.2.4 Processo de Aceitação

Depois da obtenção do diagnóstico, o processo de aceitação foi um tema abordado num dos estudos, sendo realçado o turbilhão emocional, a análise dos eventos de vida em retrospectiva com uma nova lente, promovendo a compreensão dos sintomas e dificuldades

e processo de luto pelo *self* do passado, cujo objetivo é a aceitação (Leedham et al., 2020; Pesonen et al., 2015).

3.2.5 Emergência de uma Nova Identidade

A emergência de uma nova identidade, que englobou a aceitação e compreensão dos sintomas de PEA, envolveu a renegociação das relações interpessoais, podendo haver necessidade de afastamento de pessoas não apoiantes, e desenvolvimento de novas amizades, sentimento de liberdade por já não haver necessidade de parecer “*normal*” (neurotípico) e de ter vergonha dos sintomas de PEA, menos *distress* emocional (nomeadamente ansiedade e depressão), implementação de novos mecanismos de *coping* para evitar agravamento dos sintomas existentes e aparecimento de novos sintomas, menos autocriticismo e mais autocompaixão e autocuidado (Leedham et al., 2020).

3.2.6 Impacto dos Outros no Pós-Diagnóstico

O impacto dos outros no pós-diagnóstico prendeu-se com a reação inicial dos outros, relatada tanto como positiva (i.e., aceitação, mais compreensão sobre as suas necessidades e mais comunicação) como negativa (i.e., expectativas de mudança de comportamento, não validação e julgamento). A reação negativa dos outros relacionou-se com o luto dos pais pelas expectativas que tinham sobre a vida futura dos filhos (Milner et al., 2019) e com as ideias estereotipadas preconcebidas, que resultam em negligência da presença de PEA no sexo feminino (Milner et al., 2019), frustração com a não correspondência a estas ideias, invalidação de necessidades e sentimento de invisibilidade e medo de rejeição (Leedham et al., 2020).

3.2.7 Identidade de Género

A identidade de género foi um tema emergente em vários estudos (Bargiela et al., 2016; Kanfischer et al., 2017; Milner et al., 2017) sobre as experiências pessoais com as PEA. De facto, estes relataram que as raparigas sentem mais pressão para a interação

social recíproca, mais pressão para camuflar sintomas e ser uma rapariga “*normal*” (neurotípica), aspetos que exigem a conformação com o género feminino (Milner et al., 2019). Contudo, as normas inerentes ao género feminino são particularmente difíceis de cumprir, visto que estas raparigas apresentam interesses não femininos, não têm desejo de maternidade, são consideradas “*maria-rapaz*”, não se identificam com a fisiologia ou com as necessidades físicas tipicamente femininas (Kanfiszer et al., 2017).

3.2.8 Outras Dificuldades

Por fim, o tema das outras dificuldades envolveu maioritariamente as relações sexuais com parceiros amorosos (Baldwin & Costley, 2016; Bargiela et al., 2016; Milner et al., 2019), sensibilidade sensorial a alguns estímulos (i.e., ruído e texturas) (Gupta & Chaudhary, 2021; Milner et al., 2019), na fase da puberdade (Milner et al., 2019), a presença de comorbilidade com outras patologias (Baldwin & Costley, 2016; Gupta & Chaudhary, 2021; Milner et al., 2019), dependência e *shutdown* emocional (Milner et al., 2019; Pesonen et al., 2015), dificuldades nas funções executivas (Baldwin & Costley, 2016), dificuldades no ambiente de trabalho (Baldwin & Costley, 2016; Gupta & Chaudhary, 2021), e a falta de apoio (Baldwin & Costley, 2016) na emergência da idade adulta, pois é vista como um ponto de viragem crítico na vida destas raparigas (Pesonen et al., 2015).

3.3 Perceção de Terceiros sobre as PEA

3.3.1 Profissionais e Técnicos de Saúde

Nesta revisão sistemática, outra das categorias emergentes foi a perceção de terceiros acerca das PEA. Os estudos sobre a perspetiva dos profissionais de saúde referiram frequentemente que estes sentem mais dificuldade em diagnosticar raparigas e mulheres do que rapazes e homens com PEA (Tsirgiotis et al., 2021), resultando em

menos diagnósticos no sexo feminino e mais confiança em diagnosticar estas perturbações no sexo masculino (Tromans et al., 2019; Tsirgiotis et al., 2021). Houve também reconhecimento da existência de um fenótipo feminino diferente da apresentação masculina (Lundin et al., 2021; Muggleton et al., 2019; Tromans et al., 2019; Tsirgiotis et al., 2021), sendo relatado mais motivação social, comportamentos de interiorização nas raparigas (Lundin et al., 2021; Muggleton et al., 2019) e camuflagem (Tromans et al., 2019). Contudo, os profissionais referem ter pouco conhecimento sobre esta apresentação atípica das PEA (Tsirgiotis et al., 2021). Ainda, num estudo que comparou a perceção de profissionais de saúde das diferenças de sexo em países de elevado rendimento, médio rendimento e baixo rendimento, averiguou-se que nos países de elevado e médio rendimento eram percecionadas mais diferenças de sexo nos sintomas centrais e na prevalência de comorbilidades, enquanto nos países de elevado rendimento se percecionam mais diferenças ao nível do comportamento social (i.e., camuflagem) (Lundin et al., 2021).

3.3.2 Professores e Staff Escolar

Num estudo sobre a confiança de professores e outro *staff* escolar, verificou-se que estes não apresentam enviesamentos de sexo/ género no que respeita às suas suspeitas da presença de PEA nos alunos, ainda que a confiança que sentem em sinalizar estes alunos seja dependente do grau de educação que têm (Ward et al., 2022).

3.3.3 Pais

Por fim, num estudo sobre a perspetiva dos pais acerca das dificuldades das suas filhas com PEA, realçou-se a socialização com pares do mesmo sexo/género, a puberdade, as barreiras ao diagnóstico e intervenção, e a conseqüente falta de apoio (Mademtzi et al., 2018).

Relativamente à retenção diagnóstico de PEA ao longo da vida, Wu et al. (2016) averiguaram a associação entre a retenção diagnóstico de PEA e a coocorrência de outras perturbações em crianças de 8 anos. Numa amostra de 8564 crianças (7077 rapazes e 1487 raparigas) com PEA, demonstraram que o diagnóstico permanece estável, relativamente, em 91% dos casos, ainda que a comorbilidade com outras patologias seja uma barreira ao diagnóstico. De facto, a coocorrência de diagnósticos de patologias do desenvolvimento tornava mais provável a alteração do diagnóstico de PEA nos rapazes, enquanto o diagnóstico de PEA nas raparigas era mais provável de ser alterado aquando da presença de diagnósticos neurológicos e de desenvolvimento específico.

DISCUSSÃO

1. Resumo resultados

Os estudos incluídos nesta revisão sistemática trataram temáticas frequentemente reportadas na literatura e de conhecimento mais comum, tais como as diferenças de sexo ao nível dos sintomas apresentados (Antezana et al., 2018; Brooks, 2014; Frazier & Hardan, 2017; Margari et al., 2019; Tofani et al., 2022) e a avaliação dos instrumentos utilizados no diagnóstico (Beggiato et al., 2017; Clarke et al., 2022; Evans et al., 2018; Pisula et al., 2013; Stroth et al., 2022). No entanto, foram também abordados temas pouco relatados na literatura e que foram considerados inesperados, como a identidade de género (Kanfiszer et al., 2017; Milner et al., 2019) e a experiência de abuso sexual (Bargiela et al., 2016; Mademtzi et al., 2018; Milner et al., 2019).

2. Discussão

O tema da identidade de gênero foi um tópico que sobressaiu, unicamente, nos estudos qualitativos, em particular na categoria das experiências pessoais com as PEA. No entanto, tem surgido evidência recente acerca deste tema, não contemplada nesta revisão, considerando a Disforia de Gênero como uma comorbilidade das PEA (Øien et al., 2018; van Der Miesen et al., 2016; van Schalkwyk et al., 2015).

Os relatos de experiências sexuais negativas (i.e., vulnerabilidade e abuso sexual) foram outro tópico não antecipado, tendo em conta o conhecimento comum sobre a experiência de indivíduos com PEA, que também sobressaiu, unicamente, nos estudos qualitativos, em particular na categoria das experiências pessoais com as PEA. Os autores destes estudos (Bargiela et al., 2016; Mademtzi et al., 2018; Milner et al., 2019) relatam que estas experiências negativas são mais frequentes no sexo feminino, sendo consideradas consequências negativas das experiências pessoais com as PEA.

O uso de diferentes metodologias nos estudos incluídos nesta revisão traz maior riqueza e variedade para os resultados obtidos. Contudo, a percentagem reduzida de estudos qualitativos poderá ter consequências negativas ao nível da literatura disponível sobre as PEA no sexo feminino e, conseqüentemente, no conhecimento dos profissionais de saúde. Visto que a) os estudos sobre as experiências pessoais com as PEA são dos que mais relatam evidência menos conhecida sobre a apresentação fenotípica nas raparigas e da vivência das mesmas e que b) estes são, na sua vasta maioria, estudos qualitativos, demonstra-se que existem grandes lacunas ao nível deste tema que poderiam ser diminuídas através de um maior investimento da investigação sobre o fenótipo feminino nas metodologias qualitativas. Ainda, estes estudos realçam a importância de um diagnóstico atempado e correto, pois há relatos de falhas nos instrumentos por não incluírem sintomas experienciados por raparigas (Lundström et al., 2019), tais como a

sensibilidade sensorial e identidade de género, sendo descritas as graves consequências deste incumprimento, i.e., mais camuflagem (McQuaid et al., 2022) e falta de apoio (Mademtzi et al., 2018).

O tema do autismo, em particular no sexo feminino, apresenta resultados e conclusões controversas em muitas variáveis, como é o caso da composição das amostras de participantes, diferenças de sexo e das conclusões sobre a avaliação de instrumentos de diagnóstico.

Verifica-se que a) a inconsistência no tamanho das amostras utilizadas nos vários estudos dificulta a comparação de resultados entre estudos e as suas conclusões; e b) a inclusão de amostras com DI e DN (*vs.* PEA), em particular, mostrou-se relevante para a caracterização do fenótipo feminino de PEA, por comparação aos pares sem PEA, bem como para a avaliação dos critérios de diagnóstico e, conseqüentemente, dos instrumentos de diagnósticos (Beggiato et al., 2017; Clarke et al., 2021; Harrison et al., 2017; Mårland et al., 2022; Pilowsky et al., 1998; Rynkiewicz et al., 2016; Rynkiewicz et al., 2021).

Com base nos resultados obtidos, tornou-se claro que o fator da composição das amostras de participantes rácio M:F ($>$ ou $<$ 3:1) é mais central na investigação sobre este tema do que o esperado, visto que foi a causa da controvérsia nos tópicos da avaliação dos instrumentos de deteção das PEA e da presença/ausência de diferenças de sexo nos sintomas das mesmas.

Os instrumentos de deteção das PEA que, com base nos resultados obtidos, foram comprovados como capazes de detetar uma apresentação fenotípica feminina foram o AQ, o SCQ, e o A-TAC. Como supramencionado na secção de resultados, estes instrumentos foram apoiados por estudos cujas amostras mantinham um rácio M:F inferior a 3:1. Contudo, o mesmo não se verificou para o ADOS e ADI-R, o que proporcionou oposição entre as conclusões dos vários estudos. De facto, acerca do

ADOS, o tamanho reduzido (Rynkiewicz et al., 2016) e a composição das amostras tiveram influência sobre a evidência que suporta a sua capacidade de detetar o fenótipo feminino, visto que dois estudos com amostras equiparáveis (Clarke et al., 2021; Rynkiewicz et al., 2016) apontam resultados nessa direção. Torna-se, contudo, relevante realçar que o sistema de codificação GABS mostrou conclusões promissoras, quando utilizado em conjunto com o ADOS, na deteção do fenótipo feminino (Clarke et al., 2020). Assim, mediante futura investigação, este poderá ser mais frequentemente utilizado como uma ferramenta de diagnóstico complementar agregada ao ADOS, especialmente em indivíduos do sexo feminino, para, potencialmente, diminuir as disparidades na deteção desta população. No ADI-R, verificou-se controvérsia mesmo entre estudos com amostras equiparáveis (Stroth et al., 2022; Beggiato et al., 2017).

Relativamente às diferenças de sexo, com base nos resultados obtidos, a composição das amostras também contribuiu para a controvérsia em torno conclusões obtidas nos estudos. Nos sintomas centrais, a composição das amostras afetou 1) os RRBIs, pois apenas estudos com amostras não equiparáveis afirmaram que este sintoma é mais prevalente no sexo feminino (Antezana et al., 2019; Evans, 2018); e 2) as Dificuldades na Interação Social, visto que apenas a literatura com amostras equiparáveis relatou menor frequência deste sintoma no sexo feminino (Bitsika & Sharpley, 2019; Brooks, 2014; Dean et al., 2017; Halladay et al., 2015; Head et al., 2014; Hull et al., 2020; Whyte & Scherf, 2018; Wood-Downie et al., 2021). A severidade dos sintomas apresentados também foi impactada, dado que os estudos com amostras equiparáveis afirmaram tanto maior severidade no sexo feminino, como também menor severidade (Lai & Szatmari, 2020; Lundström et al., 2019; Tang et al., 2021). No entanto, apenas os estudos com amostras não equiparáveis referiram que não existem diferenças de sexo neste sintoma (Antezana et al., 2019; Matheis et al., 2019; Mussey et al., 2017). Ainda,

no perfil cognitivo, os estudos com amostras equiparáveis reportaram diferenças de sexo neste sintoma. Na idade de diagnóstico, os estudos que relataram que o diagnóstico tardio é mais frequente no sexo feminino têm amostras equiparáveis (Gesi et al., 2021; Hull et al., 2020; Kavanaugh et al., 2021; Rutherford et al., 2016). Contudo, verificou-se que tanto estudos com amostras equiparáveis, como com amostras não equiparáveis reportaram que não há diferenças de sexo na idade de diagnóstico (Mussey et al., 2017; Tang et al., 2021; Wanzek, 2014). Por fim, nas outras dificuldades, os estudos com amostras equiparáveis relataram mais sensibilidade sensorial, comportamentos de internalização e camuflagem de sintomas no sexo feminino. Contrariamente, os estudos com amostras não equiparáveis reportaram mais comportamentos de externalização (Frazier et al., 2014; Sanchez et al., 2022) e comportamentos compulsivos no sexo feminino (Antezana et al., 2019; Evans et al., 2019). No entanto, este enviesamento das amostras não afeta a prevalência de diferenças de sexo nas dificuldades de comunicação, na comorbilidade, na camuflagem, e na idade da primeira preocupação dos pais.

A percepção de terceiros sobre as PEA foi um tema frequentemente reportado, em particular a percepção e as dificuldades dos profissionais de saúde (Lundin et al., 2021; Muggleton et al., 2019; Tromans et al., 2019; Tsirgiotis et al., 2021). Estes profissionais, não tendo conhecimentos específicos para detetar as subtilezas do fenótipo feminino nem confiança para realizar o diagnóstico final (Tsirgiotis et al., 2021), promovem as disparidades na deteção das PEA nesta população ao realizarem menos diagnósticos (Tromans et al., 2019; Tsirgiotis et al., 2021) e as consequências negativas do diagnóstico tardio, como a comorbilidade (Lundin et al., 2021).

Os resultados aqui obtidos vão de encontro à literatura já existente. Numa estudo de Petrou et al. (2018), concluiu-se as raparigas apenas são diagnosticadas mais tarde que os rapazes a partir dos 5 anos de idade e que a presença de comorbilidade atrasa o

diagnóstico de PEA nas raparigas (Duvekot et al., 2017), pelo que os resultados desta revisão vão de encontro à literatura existente. Lockwood et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática, na qual os estudos analisados mostraram que a presença de RRBI é menos frequente no sexo feminino do que no masculino, indo de encontro ao relatado nos resultados desta revisão. Os mesmos autores referem, ainda, que os comportamentos de camuflagem de sintomas são mais frequentes no sexo feminino, sendo congruentes com os resultados relatados nesta revisão sistemática; e que as raparigas sem dificuldades significativas na comunicação são diagnosticadas mais tardiamente. No entanto, as conclusões sobre a severidade dos sintomas de PEA apresentados já não seguem a mesma tendência. De facto, contrariamente aos resultados aqui obtidos, um estudo com amostras equiparáveis relatou não haver diferenças de sexo quanto à severidade de sintomas entre rapazes e raparigas com PEA e sem DI (Rodgers et al., 2018).

Com base na resultados obtidos e na literatura já existente, pode-se fazer uma tentativa de averiguar quais as diferenças de sexo na apresentação fenotípica feminina, mantendo em conta esta controvérsia em torno das mesmas. Como tal, semelhantemente aos rapazes/homens, as raparigas apresentam a tríade de sintomas centrais (défices na comunicação, interação social e RRBI) e sensibilidade sensorial, ainda que haja evidência de que este sintoma seja mais frequente no sexo feminino (Lai et al., 2011; Gesi et al., 2021). Há, ainda, evidência significativa de que há maior prevalência de patologias coocorrentes no sexo feminino (Halladay et al., 2015; Rødgaard et al., 2021; Tsakanikos et al., 2011; Wanzek, 2014). O aspeto central do fenótipo feminino é a camuflagem dos sintomas, em particular dos sintomas centrais (défices na comunicação, interação social e RRBI), através da adoção de comportamentos compensatórios (Lockwood et al., 2020).

Em nota de conclusão, os obstáculos ao diagnóstico das PEA no sexo feminino: passam pela existência de 1) uma quantidade significativa de investigação com enviesamento masculino, bem como, conseqüentemente, os instrumentos e os critérios de diagnóstico existentes; 2) de expectativas dos pais e *staff* escolar relativamente ao comportamento das filhas raparigas, quando o mesmo não se verifica nos filhos rapazes, como, por exemplo, as dificuldades na interação social são muitas vezes confundidas por timidez, que é vista como expectável pelos pais; da 3) apresentação fenotípica atípica, nomeadamente nos sintomas de RRBIs, na sensibilidade sensorial e na camuflagem dos sintomas centrais; e 4) do desconhecimento do fenótipo feminino e falta de confiança em diagnosticar dos profissionais de saúde.

3. Implicações futuras

Os resultados encontrados nesta revisão sistemática permitem obter algumas luzes relativamente ao caminho da investigação futura na área do autismo, em particular acerca do fenótipo feminino.

Primeiramente, uma vez que a literatura sobre as diferenças atípicas do fenótipo feminino apenas tem recebido mais atenção pela comunidade científica nos últimos 10 anos (Lai et al., 2011), o tópico da identidade de género é relativamente recente na literatura disponível. Contudo, tornou-se claro a sua importância para a melhor compreensão não só das dificuldades de reconhecimento de raparigas e mulheres com PEA, pois este aspeto não está englobado nos critérios de diagnóstico do DSM, mas também das dificuldades desta população na vivência quotidiana, em particular nas relações interpessoais (Kanfiszter et al., 2017; Milner et al., 2019). Assim, considera-se relevante não só aprofundar e alargar a evidência científica já existente, como também a divulgação deste conhecimento aos profissionais de saúde encarregues da avaliação,

deteção e diagnóstico das PEA, visto que há relatos de grandes dificuldades de identificação de PEA nesta população e de conhecimento sobre a sua apresentação fenotípica (Tsirgiotis et al., 2021).

Em segundo lugar, o diagnóstico tardio mais associado ao sexo feminino (Hull et al., 2020; Gesi et al., 2021 ; Kavanaugh et al., 2021; Rutherford et al., 2016) poderá potencializar a ocorrência de experiências sexuais negativas (i.e., vulnerabilidade e abuso sexual), por não haver detecção das PEA e intervenção adequada, e colocar estas raparigas e mulheres em situações de risco, especialmente devido à falta de apoio muitas vezes por estas sentidas (Mademtzi et al., 2018). Como tal, há necessidade de corrigir as desigualdades verificadas na referenciação (Horovitz et al. 2011; Wanzek, 2014) e detecção das PEA no sexo feminino (Tromans et al., 2019; Tsirgiotis et al., 2021), através da procura de maior adequação dos instrumentos de diagnóstico e do conhecimento sobre as dificuldades e a apresentação fenotípica feminina.

Em terceiro lugar, a controvérsia em torno dos instrumentos de avaliação e a sua capacidade de diagnosticar as PEA sem enviesamentos quanto ao sexo do indivíduo deixa pistas acerca das necessidades das raparigas e mulheres com PEA caídas no esquecimento. Assim, seria benéfico, tanto para reduzir lacunas na literatura existente como para auxiliar mais eficientemente os profissionais de saúde, o desenvolvimento de medidas corretivas para estes instrumentos que apresentam enviesamentos na detecção de sintomas de PEA, favorecendo o sexo masculino (Beggiato et al., 2017), por exemplo no número de itens com peso no diagnóstico final que discriminam o fenótipo feminino (Stroth et al., 2022). Dado que algumas características dos estudos recentes podem influenciar negativamente a evidência científica sobre o tema do autismo no sexo feminino, poderá ser necessário criar *guidelines* para futuros estudos: 1) manter um rácio M:F inferior ou igual a 3:1 na composição das suas amostras, a fim de evitar a falta de

representatividade desta população; 2) incluir, no mínimo, um total de 300 participantes, para que a amostra seja grande o suficiente para, cumprindo o rácio de 3:1, conseguir incluir raparigas/mulheres suficientes; e 3) direccionar-se para reavaliar (ADOS e ADI-R) numa amostra equiparável de participantes, incluindo um grupo de controlo (de indivíduos com DN) para cada um dos sexos, dada a discórdia sobre a capacidade de deteção do fenótipo feminino destes instrumentos.

Por fim, os relatos das dificuldades dos profissionais de saúde em detetar as PEA no sexo feminino torna-se imperativo a difusão da literatura existente, em particular os estudos mais recentes, sobre esta população em específico, para que estes profissionais possam reconhecer sintomas mais subtis e atípicos mais frequentes nas raparigas/mulheres.

LIMITAÇÕES

No desenvolvimento desta revisão sistemática, foram reconhecidas algumas limitações. Primeiramente, ao nível da metodologia, foram eliminados durante a fase de filtração estudos em língua estrangeira, que não o inglês, o que poderá constituir uma perda de estudos relevantes para o tema abordado. Ainda, não foi realizado uma averiguação de risco de enviesamento da presente revisão com um investigador independente, pelo que se reconhece que esta limitação poderá influenciar os estudos selecionados para a análise integral, tanto quantitativamente como qualitativamente.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., Text Revisions).

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revisions).

Adamou, M., Johnson, M., & Alty, B. (2018). Autism diagnostic observation schedule (ADOS) scores in males and females diagnosed with autism: A naturalistic study. *Advances in Autism*. <https://doi.org/10.1108/AIA-01-2018-0003>

Antezana, L., Factor, R. S., Condy, E. E., Strege, M. V., Scarpa, A., & Richey, J. A. (2019). Gender differences in restricted and repetitive behaviors and interests in youth with autism. *Autism Research*, *12*(2), 274-283. <https://doi.org/10.1002/aur.2049>

Baldwin, S., & Costley, D. (2016). The experiences and needs of female adults with high-functioning autism spectrum disorder. *Autism*, *20*(4), 483-495. <https://doi.org/10.1177/1362361315590805>

Barbaro, J., & Freeman, N. C. (2021). Investigating gender differences in the early markers of Autism Spectrum Conditions (ASC) in infants and toddlers. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *83*, 101745. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101745>

Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with Autism Spectrum Conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(10), 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>

Beggiato, A., Peyre, H., Maruani, A., Scheid, I., Rastam, M., Amsellem, F., Gillberg, C., Leboyer, M., Bourgeron, T., Gillberg, C., & Delorme, R. (2017). Gender differences in autism spectrum disorders: Divergence among specific core symptoms. *Autism Research, 10*(4), 680-689. <https://doi.org/10.1002/aur.1715>

Bitsika, V., & Sharpley, C. F. (2019). Effects of diagnostic severity upon sex differences in behavioural profiles of young males and females with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(11), 4429–4440. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04159-x>

Brooks W. (2014). *Gender differences in social skills, peer relationships, and emotional correlates in adults with high functioning autism spectrum disorders* (Dissertação de Doutoramento).

Chouinard, B., Gallagher, L., & Kelly, C. (2019). He said, she said: Autism spectrum diagnosis and gender differentially affect relationships between executive functions and social communication. *Autism, 23*(7), 1793–1804. <https://doi.org/10.1177/1362361318815639>

Clarke, E., Hull, L., Loomes, R., McCormick, C. E., Sheinkopf, S. J., & Mandy, W. (2021). Assessing gender differences in autism spectrum disorder using the Gendered Autism Behavioral Scale (GABS): An exploratory study. *Research in Autism Spectrum Disorders, 88*, 101844. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101844>

Conlon, O., Volden, J., Smith, I. M., Duku, E., Zwaigenbaum, L., Waddell, C., Szatmari, P., Mirenda, P., Vaillancourt, T., Bennett, T., Georgiades, S., Elsabbagh, M., Ungar, W. J., & Pathways in ASD Study Team (2019). Gender Differences in Pragmatic Communication in School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder

(ASD). *Journal of autism and developmental disorders*, 49(5), 1937–1948.
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-03873-2>

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

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

Dias, D. A. C. (2012). *Autismo de alto funcionamento: revisão casuística de uma amostra*. (Dissertação de Mestrado)

Duvekot, J., van der Ende, J., Verhulst, F. C., Slappendel, G., van Daalen, E., Maras, A., & Greaves-Lord, K. (2017). Factors influencing the probability of a diagnosis of autism spectrum disorder in girls versus boys. *Autism*, 21(6), 646–658. <https://doi.org/10.1177/1362361316672178>

Evans, M. G. (2018). *Exploration of gender influences in restricted and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorder*. The University of Alabama (Dissertação de Doutorado).

Evans, S. C., Boan, A. D., Bradley, C., & Carpenter, L. A. (2019). Sex/gender differences in screening for autism spectrum disorder: Implications for evidence-based assessment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(6), 840-854. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437734>

Foggo, R. S. V., & Webster, A. A. (2017). Understanding the social experiences of adolescent females on the autism spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders, 35*, 74-85. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.11.006>

Frazier, T. W., & Hardan, A. Y. (2017). Equivalence of symptom dimensions in females and males with autism. *Autism, 21*(6), 749-759. <https://doi.org/10.1177/1362361316660066>

Frazier, T. W., Georgiades, S., Bishop, S. L., & Hardan, A. Y. (2014). Behavioral and cognitive characteristics of females and males with autism in the Simons Simplex Collection. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(3), 329-340. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.004>

Geelhand, P., Bernard, P., Klein, O., Van Tiel, B., & Kissine, M. (2019). The role of gender in the perception of autism symptom severity and future behavioral development. *Molecular autism, 10*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13229-019-0266-4>

Gesi, C., Migliarese, G., Torriero, S., Capellazzi, M., Omboni, A. C., Cerveri, G., & Mencacci, C. (2021). Gender differences in misdiagnosis and delayed diagnosis among adults with autism spectrum disorder with no language or intellectual disability. *Brain Sciences, 11*(7), 912. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070912>

Goldman, S. (2013). Opinion: Sex, gender and the diagnosis of autism—A biosocial view of the male preponderance. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(6), 675-679. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.02.006>

Gupta, M., & Chaudhary, R. (2021). Diagnostic Challenges of High-Functioning Autism Spectrum Disorder in Females. *Cureus, 13*(1). DOI: 10.7759/cureus.13006

Halladay, A. K., Bishop, S., Constantino, J. N., Daniels, A. M., Koenig, K., Palmer, K., Messinger, D., Pelphrey, K., Sanders, S. T., Singer, A. T., Taylor, J. L., & Szatmari, P. (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Molecular autism*, 6(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13229-015-0019-y>

Haney, J. L. (2016). Autism, females, and the DSM-5: Gender bias in autism diagnosis. *Social Work in Mental Health*, 14(4), 396-407. <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1031858>

Harrison, A. J., Long, K. A., Tommet, D. C., & Jones, R. N. (2017). Examining the role of race, ethnicity, and gender on social and behavioral ratings within the autism diagnostic observation schedule. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9), 2770–2782. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3176-3>

Hattier, M. A., Matson, J. L., Tureck, K., & Horovitz, M. (2011). The effects of gender and age on repetitive and/or restricted behaviors and interests in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2346-2351. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.07.028>

Head, A. M., McGillivray, J. A., & Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular autism*, 5(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-5-19>

Horovitz, M., Matson, J. L., Turygin, N., & Beighley, J. S. (2012). The relationship between gender and age of first concern in toddlers with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 466–471. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.06.017>

Howe, Y. J., O'Rourke, J. A., Yatchmink, Y., Viscidi, E. W., Jones, R. N., & Morrow, E. M. (2015). Female autism phenotypes investigated at different levels of language and developmental abilities. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(11), 3537-3549. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2501-y>

Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020). The female autism phenotype and camouflaging: A narrative review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7(4), 306–317. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00197-9>

Kanfiszzer, L., Davies, F., & Collins, S. (2017). 'I was just so different': The experiences of women diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood in relation to gender and social relationships. *Autism*, 21(6), 661-669. <https://doi.org/10.1177/1362361316687987>

Kavanaugh, B. C., Schremp, C. A., Jones, R. N., Best, C. R., Sheinkopf, S. J., & Morrow, E. M. (2021). Moderators of Age of Diagnosis in > 20,000 Females with Autism in Two Large US Studies. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05026-4>

Isaías, J. M. D. R. *Prevalência e Etiologia de Transtornos do Espectro do Autismo* (Dissertação de Doutorado).

Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003>

Lai, M. C., Lombardo, M. V., Pasco, G., Ruigrok, A. N., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., Chakrabarti, B., Consortium, MRC & Baron-Cohen, S. (2011). A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PLoS one*, 6(6), e20835. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020835>

Lai, M. C., & Szatmari, P. (2020). Sex and gender impacts on the behavioural presentation and recognition of autism. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(2), 117–123. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000575>

Leedham, A., Thompson, A. R., Smith, R., & Freeth, M. (2020). ‘I was exhausted trying to figure it out’: The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism*, 24(1), 135-146. <https://doi.org/10.1177/1362361319853442>

Lehnhardt, F.-G., Falter, C. M., Gawronski, A., Pfeiffer, K., Tepest, R., Franklin, J., & Vogeley, K. (2016). Sex-related cognitive profile in autism spectrum disorders diagnosed late in life: Implications for the female autistic phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(1), 139–154. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2558-7>

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*, 62(10), 1-34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>

Lockwood Estrin, G., Milner, V., Spain, D., Happé, F., & Colvert, E. (2021). Barriers to autism spectrum disorder diagnosis for young women and girls: A systematic

review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(4), 454-470.
<https://doi.org/10.1007/s40489-020-00225-8>

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

Lundin, K., Mahdi, S., Isaksson, J., & Bölte, S. (2021). Functional gender differences in autism: An international, multidisciplinary expert survey using the International Classification of Functioning, Disability, and Health model. *Autism*, 25(4), 1020-1035. <https://doi.org/10.1177/1362361320975311>

Lundström, S., Mårland, C., Kuja-Halkola, R., Anckarsäter, H., Lichtenstein, P., Gillberg, C., & Nilsson, T. (2019). Assessing autism in females: The importance of a sex-specific comparison. *Psychiatry research*, 282, 112566.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112566>

Mademtzzi, M., Singh, P., Shic, F., & Koenig, K. (2018). Challenges of females with autism: A parental perspective. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(4), 1301-1310. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3341-8>

Margari, L., Palumbi, R., Peschechera, A., Craig, F., De Giambattista, C., Ventura, P., & Margari, F. (2019). Sex-gender comparisons in comorbidities of children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 159. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00159>

Mårland, C., Nilsson, T., Larsson, H., Gillberg, C., Lubke, G., & Lundström, S. (2022). Measuring autism in males and females with a differential item functioning approach: Results from a nation-wide population-based study. *Psychiatry Research*, 114674. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114674>

Matheis, M., Matson, J. L., Hong, E., & Cervantes, P. E. (2019). Gender differences and similarities: Autism symptomatology and developmental functioning in young children. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(3), 1219-1231. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3819-z>

May, T., Cornish, K., & Rinehart, N. (2014). Does gender matter? A one-year follow-up of autistic, attention and anxiety symptoms in high-functioning children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(5), 1077-1086. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1964-y>

McQuaid, G. A., Lee, N. R., & Wallace, G. L. (2022). Camouflaging in autism spectrum disorder: examining the roles of sex, gender identity, and diagnostic timing. *Autism*, 26(2), 552-559. <https://doi.org/10.1177/13623613211042131>

Miles, O., Boyle, C., & Richards, A. (2019). The social experiences and sense of belonging in adolescent females with autism in mainstream school. *British Psychological Society*.

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

Muggleton, J. T., MacMahon, K., & Johnston, K. (2019). Exactly the same but completely different: A thematic analysis of Clinical Psychologists' conceptions of Autism across genders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 62, 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.03.004>

Mussey, J. L., Ginn, N. C., & Klinger, L. G. (2017). Are males and females with autism spectrum disorder more similar than we thought?. *Autism*, 21(6), 733-737. <https://doi.org/10.1177/1362361316682621>

Navarro-Pardo, E., López-Ramón, M. F., Alonso-Esteban, Y., & Alcantud-Marín, F. (2021). Diagnostic tools for Autism Spectrum Disorders by gender: Analysis of current status and future lines. *Children*, 8(4), 262. <https://doi.org/10.3390/children8040262>

Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4028-4037. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7>

Petrou, A. M., Parr, J. R., & McConachie, H. (2018). Gender differences in parent-reported age at diagnosis of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 50, 32-42. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.02.003>

Pesonen, H. V., Kontu, E. K., & Pirttimaa, R. A. (2015). Sense of belonging and life transitions for two females with Autism Spectrum Disorder in Finland. *Journal of International Special Needs Education*, 18(2), 73-86. <https://doi.org/10.9782/2159-4341-18.2.73>

Picoito, J., Santos, V., & Rita, H. (2016). Sobreposição clínica e comorbilidade psiquiátrica na Perturbação do Espectro do Autismo no adulto: a propósito de um caso clínico. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 14 (2), 23-32. <https://doi.org/10.25752/psi.10140>

Pilowsky, T., Yirmiya, N., Shulman, C., & Dover, R. (1998). The Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: differences between diagnostic systems and comparison between genders. *Journal of Autism and developmental Disorders*, 28(2), 143-151. <https://doi.org/10.1023/A:1026092632466>

Pisula, E., Kawa, R., Szostakiewicz, Ł., Łucka, I., Kawa, M., & Rynkiewicz, A. (2013). Autistic traits in male and female students and individuals with high functioning autism spectrum disorders measured by the Polish version of the Autism-Spectrum Quotient. *PloS one*, 8(9), e75236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075236>

Rivet, T. T., & Matson, J. L. (2011). Gender differences in core symptomatology in autism spectrum disorders across the lifespan. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23(5), 399-420. <https://doi.org/10.1007/s10882-011-9235-3>

Rødgaard, E. M., Jensen, K., Miskowiak, K. W., & Mottron, L. (2021). Autism comorbidities show elevated female-to-male odds ratios and are associated with the age of first autism diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(5), 475-486. <https://doi.org/10.1111/acps.13345>

Rodgers, J. D., Lodi-Smith, J., Donnelly, J. P., Lopata, C., McDonald, C. A., Thomeer, M. L., ... & Booth, A. J. (2019). Brief report: Examination of sex-based differences in ASD symptom severity among high-functioning children with ASD using

the SRS-2. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(2), 781-787.
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3733-4>

Rutherford, M., McKenzie, K., Johnson, T., Catchpole, C., O'Hare, A., McClure, I., Forsyth, K., McCartney, D., & Murray, A. (2016). Gender ratio in a clinical population sample, age of diagnosis and duration of assessment in children and adults with autism spectrum disorder. *Autism*, *20*(5), 628–634. <https://doi.org/10.1177/1362361315617879>

Rynkiewicz, A., Schuller, B., Marchi, E., Piana, S., Camurri, A., Lassalle, A., & Baron-Cohen, S. (2016). An investigation of the 'female camouflage effect' in autism using a computerized ADOS-2 and a test of sex/gender differences. *Molecular autism*, *7*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13229-016-0073-0>

Rynkiewicz, A., Szura, M., Bernaciak, D., Kozak, A., & Karwowska, M. (2021). Polish adaptation of the social communication questionnaire (SCQ) and female autism phenotype: an investigation of potentially sex-biased items in the screening assessment and their impact on scores. *Brain Sciences*, *11*(6), 682. <https://doi.org/10.3390/brainsci11060682>

Sanchez, M., Bullen, J. C., Zajic, M. C., McIntyre, N., & Mundy, P. (2022). Behavioral gender differences in school-age children with autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02036-0>

Shefcyk, A. (2015). Count us in: addressing gender disparities in autism research. *Autism*, *19*(2), 131-132. <https://doi.org/10.1177/1362361314566585>

Stroth, S., Tauscher, J., Wolff, N., Küpper, C., Poustka, L., Roepke, S., Roessner, V., Heider, D., & Kamp-Becker, I. (2022). Phenotypic differences between female and

male individuals with suspicion of autism spectrum disorder. *Molecular autism*, 13(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s13229-022-00491-9>

Suckle, E. K. (2021). DSM-5 and challenges to female autism identification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(2), 754-759. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04574-5>

Tang, J. W., Li, J. W., Baulderstone, D., & Jeyaseelan, D. (2021). Presenting age and features of females diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(8), 1182-1189. <https://doi.org/10.1111/jpc.15417>

Tofani, M., Scarcella, L., Galeoto, G., Giovannone, F., & Sogos, C. (2022). Behavioral gender differences across Pre-School Children with Autism Spectrum Disorders: a cross-sectional study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05498-y>

Tromans, S., Chester, V., Kapugama, C., Elliott, A., Robertson, S., & Barrett, M. (2019). The PAAFID project: exploring the perspectives of autism in adult females among intellectual disability healthcare professionals. *Advances in Autism*, Vol. 5 No. 3, 157-170. <https://doi.org/10.1108/AIA-09-2018-0033>

Tsakanikos, E., Underwood, L., Kravariti, E., Bouras, N., & McCarthy, J. (2011). Gender differences in co-morbid psychopathology and clinical management in adults with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(2), 803-808. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.09.009>

Tsirgiotis, J. M., Young, R. L., & Weber, N. (2021). A mixed-methods investigation of diagnostician Sex/Gender-bias and challenges in assessing females for

autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-16.
<https://doi.org/10.1007/s10803-021-05300-5>

Tubío-Fungueiriño, M., Cruz, S., Sampaio, A., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2021). Social camouflaging in females with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(7), 2190-2199.
<https://doi.org/10.1007/s10803-020-04695-x>

van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70-80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>

van Schalkwyk, G. I., Klingensmith, K., & Volkmar, F. R. (2015). Gender identity and autism spectrum disorders. *The Yale journal of biology and medicine*, 88(1), 81–83.

Wang, K., Wang, C., Guo, D., van Wijngaarden, M., & Begeer, S. (2018). Children with autism spectrum disorder from China and the Netherlands: Age of diagnosis, gender and comorbidities. *Research in autism spectrum disorders*, 54, 76-82.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.07.004>

Wanzek, M. C. (2014). *Characteristics of adolescent and adult females with autism spectrum disorders and normal-range intellectual abilities: An exploratory study* (Dissertação de Doutorado).

Ward, T. B., Curtis, C., & Seehagen, S. (2022). Investigating the effects of perceived student gender on primary school teachers' recognition of autism. *Psychology in the Schools*. <https://doi.org/10.1002/pits.22667>

Wigdor, E. M., Weiner, D. J., Grove, J., Fu, J. M., Thompson, W. K., Carey, C. E., Baya, N., van der Merwe, C., Walters, R. K., Satterstrom, F. K., Palmer, D. S., Rosengren, A., Bybjerg-Grauholm, J., Consortium, iPSYCH, Hougaard, D. M., Mortensen, P. B., Daly, M. J., Talkowski, M. E., Sanders, S. J., Bishop, S. L., Børglum, A. D. & Robinson, E. B. (2022). The female protective effect against autism spectrum disorder. *Cell Genomics*, 2(6), 100134. <https://doi.org/10.1101/2021.03.29.21253866>

Wilkinson, L. A. (2008). The Gender Gap in Asperger Syndrome: Where Are the Girls?. *Teaching Exceptional Children Plus*, 4(4), n4.

Wood-Downie, H., Wong, B., Kovshoff, H., Mandy, W., Hull, L., & Hadwin, J. A. (2021). Sex/gender differences in camouflaging in children and adolescents with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(4), 1353-1364. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04615-z>

Worley, J. A., & Matson, J. L. (2011). Psychiatric symptoms in children diagnosed with an autism spectrum disorder: An examination of gender differences. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1086-1091. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.12.002>

Wu, Y., Maenner, M. J., Wiggins, D., Rice, C. E., Bradley, C. C., Lopez, M. L., Kirby, R. S., & Lee, L. C. (2016). Retention of autism spectrum disorder diagnosis: The role of co-occurring conditions in males and females. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 25, 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.02.001>

Young, H., Oreve, M. J., & Speranza, M. (2018). Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Archives de Pédiatrie*, 25(6), 399-403. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.06.008>

LISTA DE APÊNDICES

Tabela 13 – Resumo das Conclusões dos Estudos sobre as Experiências Pessoais com as PEA

Tabela 14 – Resumo dos Estudos Incluídos nesta Revisão sistemática

Temas Emergentes									
Autor	Estar dentro da “norma”	Outras dificuldades	Relações interpessoais	Processo aceitação	Nova identidade	Impacto dos outros (pós-diagnóstico)	Identidade de gênero	de	Experiência de obter diagnóstico
Baldwin & Costley (2016)	-	Stress, depressão e ansiedade (coocorrentes). Dificuldades de atenção/concentração, compreender linguagem complexa e ambígua, aprendizagem e necessidade de apoio no estudo. Perceção de que capacidades não são valorizadas no trabalho, sentimento de insatisfação, ambiente é demasiado estimulante, interação social e formalidades são difíceis de compreender, dificuldades nas funções executivas.	Sentimentos de solidão, exclusão, isolamento e dificuldade em fazer e manter amizades; bullying e falta de apoio. Necessidade de apoio nas relações amorosas e prevenção de bullying/discriminação.	-	-	-	-		Diagnóstico de PEA negado por não corresponderem à apresentação sintomática típica.
Bargiela et al. (2016)	Necessidade Professores não notavam dificuldades ou diferenças, mas os pares sim. Estratégias para socializar em grupos grandes e evitar bullying.	Relações sexuais	Falta de assertividade, camuflagem, mascarar sintomas, adotar uma <i>persona</i> , imitação social, manter amizades, decifrar intenções, desespero por aceitação, incerteza sobre regras sociais e isolamento social.	-	-	-	Não querer cumprir os estereótipos do gênero feminino (i.e., maternidade).		Diagnósticos errados (apenas das perturbações coocorrentes), capacidades sociais superficiais impedem diagnóstico tardio, revolta com diagnóstico tardio.

	e diagnósticos errados		amizades; camuflagem; e fracassos nas situações sociais	vida com do diagnóstico e perspectiva e reflexão sobre o passado com luto		preconcebidas estereotipadas			
Miles et al. (2019)	-	-	Motivação para procurar contacto social e manter amizades; amizades que permitam conforto, aceitação e reciprocidade; sentimento de apoio e segurança pelos amigos e staff escolar; adesão às expectativas sociais (camuflagem, agradar a todos) para ser aceite; sentimento de isolamento, exclusão e contributos sociais desvalorizados; serem subvalorizadas; e conflito nas relações	-	-	-	-	-	-
Milner et al. (2019)	Adaptação é esgotante; experiência de cada pessoa é única e viver num mundo neurotípico	Sensibilidade sensorial; puberdade; relações sexuais; comorbilidades; <i>shutdown</i> emocional; dependência emocional	Dificuldades em forjar, manter amizades, e resolver conflitos, mas há desejo social; sentem-se excluídas; forte sentido de justiça; sentir-se diferente; estratégias de coping	-	-	Raparigas também têm PEA e atitudes parentais	Sentem mais pressão para serem sociais; mais dificuldade em ser aceites; mais pressão para camuflar, ser uma “rapariga normal” e conformar com o género	mais para mais mais	Positivo e negativo (falta de apoio)
Pesonen et al. (2015)	-	Apoio social na altura crítica (emergência da idade adulta).	Sentimento de pertença depende do apoio social recebido; necessidade de camuflar sintomas para não sofrer discriminação/ exclusão/ preconceito.	-	-	-	-	-	-

Wilkinson
(2008)

Diferenças qualitativas no déficit a nível social, não quantitativas.

Os défices na comunicação social podem passar despercebidos por não haver comportamentos de externalização e agressividade.

Camuflagem, menos RRBI, mais capacidades de comunicação, linguagem e sociais.

Não são detetadas dificuldades no sintoma central “défices nas capacidades sociais”, impedindo a deteção das PEA e o acesso ao tratamento e intervenção adequado.

Instrumentos não detetam sintomatologia mais frequente nas raparigas.

TABELA 13 RESUMO DAS CONCLUSÕES DOS ESTUDOS SOBRE AS EXPERIÊNCIAS PESSOAIS COM AS PEA

Autores	Ano	País	Design	N <3:1	N >3:1	Idades	Testes Avaliação Psicológica	DI	Propósito	Resumo das conclusões
Adamou et al.	2018	Inglaterra	Quantitativo	-	43 adultos (12M e 3F) com PEA.	Idade +18 anos.	ADOS-2 (módulo 4) WAIS (QI)	Não	Averiguar se o ADOS-2 é sensível a apresentações fenotípicas não tradicionais (feminina).	Existe um viés para captar a apresentação fenotípica masculina.
Antezana et al.	2019	EUA	Quantitativo	-	615 crianças e adolescentes (507M e 108F).	Idades 3-18 anos. Retirados de fontes secundárias.	RBS-R	Sim	Identificar diferenças de sexo/gênero nos RRBI em raparigas e rapazes com PEA com recurso ao RBS-R.	A severidade dos RRBI não apresenta diferenças de sexo. Raparigas com PEA apresentam mais comportamento autolesivo, compulsivo e restritivo. Itens com maior poder discriminativo são os referentes a comportamento restritivo e estereotipado no caso dos rapazes, e itens referentes ao comportamento autolesivo, compulsivo e restritivo para as raparigas. Itens detetam PEA melhor nos rapazes.
Baldwin & Costley	2016	Austrália	Métodos Mistos	82 adultos (200M e 82F).	-	Idades 18-70 anos.	-	Não	Proporcionar uma ideia da rotina de mulheres com PEA na área da educação, saúde, trabalho, social e atividades comunitárias.	Temas que emergiram: experiência do diagnóstico, saúde mental, educação, emprego, experiências sociais e necessidade de apoio.

Barbaro & Freeman	2021	Austrália	Quantitativo	-	197 crianças (153M e 44F).	Idades 12, 18 e 24 meses. Retirados de fontes secundárias.	SACS-R ADOS-2 ADI-R MSEL	-	Averiguar as diferenças de sexo/género nos sinais precoces de PEA nas crianças. Identificar os rácios M:F ao longo do tempo.	Não há diferenças de sexo/género entre os 18 e os 24 meses, nem em crianças com PEA nem em crianças sem PEA. Rácio M:F diminui com o passar da idade, sendo que aos 12 meses é 15:1 e aos 24 meses é 3.2:1.
Bargiela et al.	2016	Inglaterra	Qualitativo	14 mulheres adultas com PEA.	-	Idades 22-30 anos.	GHQ-12 WTAR HADS AQ	Não	Investigar o fenótipo feminino e o seu impacto no reconhecimento das PEA.	Temas que emergiram: fingir ser “normal”, dificuldades na obtenção do diagnóstico apropriado e conflito entre a PEA e o género feminino tradicional.
Beggiato et al.	2017	França Suíça Inglaterra	Quantitativo	-	594 indivíduos (465M e 129F).	Replicação em 1716 indivíduos (1378 M e 338F).	ADI-R WISC (QI) WPPSI (QI) RPM (DI e moderada profunda) ADOS (replicação)	Sim	Averiguar quais os itens do ADI-R que discriminam o sexo feminino do masculino e avaliar o seu peso no diagnóstico final.	Homens e mulheres com PEA pontuam diferentemente em 6 itens do ADI-R, incluindo 4 que impactam o algoritmo para o diagnóstico. Os domínios da interação social recíproca (expressões faciais), das dificuldades de comunicação (brincadeira imaginária) e dos RRBI são os que melhor discriminam entre os 2 sexos: as raparigas têm mais pontuação no 1º domínio, mas menos no 2º e 3º domínio comparando com os homens.

										É necessário aplicar medidas corretivas para evitar o viés de sexo/gênero.
Bitsika & Sharpley	2019	Austrália	Quantitativo	2 amostras: 51 pares equiparados em idade e QI; e 32 pares equiparados em idade, QI e pontuação no ADOS.	-	Idades 6-17 anos.	SRS ADOS-2 WASI-II (QI)	Não	Investigar os perfis comportamentais relacionados com as PEA reportados pelos pais em crianças em idade escolar.	Raparigas apresentam mais dificuldade nos aspetos da comunicação social expressiva no comportamento social recíproco e vontade de iniciar comunicação/ interação social. A camuflagem é empregue antes da idade escolar, pelo que raparigas têm de mostrar mais sintomas e mais severidade para serem notadas. Expectativas dos pais quanto ao comportamento social podem explicar os relatos (no SRS-2) de maior severidade nos sintomas de PEA nas raparigas do que nos rapazes.
Brooks	2014	EUA	Quantitativo	56 adultos com PEA (Nível 1, DSM-V, 2013) (28M e 28F) e	-	Idades 18-40 anos.	Pacientes com PEA: ADOS ASSQREV (pais) WASI-II Todos os pacientes:	Não	Averiguar as diferenças de sexo nos sintomas de PEA (capacidades sociais), relações com pares, solidão e emoções em adultos com PEA e com DN.	Mulheres com PEA mostraram melhores capacidades sociais e de comunicação do que os pares com PEA. Indivíduos com PEA não apresentaram diferenças de sexo no número, qualidade de amizades, solidão, emoções positivas ou negativas.

				56 adultos com DN (28M e 28F).			Demographic Questionnaire AQ FQ ULS-3 PANAS Friendship Activity Report			Indivíduos com PEA mostraram maior solidão e mais emoções negativas e menor número e qualidade de amizades do que os indivíduos com DN. Mulheres com DN mostraram maior qualidade nas relações, indicando maior suporte social, do que os outros 3 grupos. Mulheres com PEA podem estar em risco de desenvolver problemas psicológicos devido à falta de uma rede de apoio.
Chouinard et al.	2019	Irlanda	Quantitativo	Crianças (164M e 80F sem PEA).	421 crianças e adolescentes (146M e 31F) com PEA.	Idades 5-18 anos. Retirados de fontes secundárias.	BRIEF (funções executivas) SRS (comunicação social)	Não	Avaliar as relações entre as funções executivas metacognitivas e o funcionamento social em rapazes e raparigas com e sem PEA.	As funções executivas metacognitivas têm valor explicativo para a comunicação social. As relações entre as funções executivas e a comunicação social são diferentes entre os rapazes e raparigas com PEA. Raparigas com PEA tinham relações mais fortes entre todo o <i>index</i> metacognitivo e a comunicação social do que os rapazes sem PEA. Este padrão não se verificou nas raparigas.
Clarke et al.	2021	Inglaterra	Quantitativo	Cohort 1: 44 (22M e 22F)	-	Idades 9-15 anos.	ADOS-2 (módulos 3 e 4)	Não	Avaliação de sistema de codificação (o GABS) na identificação de componentes não tradicionais do fenótipo de autismo.	Sistema de codificação consegue detetar fenótipo feminino através dos módulos 3 e 4 do ADOS-2, com base na evidência preliminar.

	<i>Cohort 2</i>	<i>Cohort 2</i>	<i>Cohort 2</i>	<i>Idades cohort 2</i>	<i>Idades cohort 2</i>	<i>Idades cohort 2</i>	<i>Idades cohort 2</i>	<i>Idades cohort 2</i>	<i>Idades cohort 2</i>	<i>Idades cohort 2</i>
Conlon et al.	2019	EUA	Quantitativo	74 crianças (61M e 13F).	-	Idades 8-9 anos. Retirados de fontes secundárias.	ERRNI WISC-IV (amostra equiparável) CELF-4 ADOS	Não	Identificar diferenças de sexo/género na comunicação social em crianças com PEA em idade escolar.	Há diferenças subtis entre na comunicação social, pois há diferenças significativas entre ambos os sexos na produção de narrativas. Raparigas com PEA incluem detalhes mais salientes do que os rapazes com PEA, contam histórias mais ricas e incluem mais descritores de planeamento ou intenção.
Craig et al.	2020	Itália	Quantitativo	114 crianças (62M e 52F) com PEA.	-	Idades 2-7 anos.	ADOS-2 PEP-3 WPPSI-3 Leiter-R (verba)	Sim (91.2%) (não)	Investigar as diferenças na sintomatologia clínica e nos perfis do funcionamento desenvolvimental, e correlações específicas de sexo das características clínicas e capacidades de comunicação, motoras e comportamentos maladaptativos em rapazes e raparigas com PEA em idade pré-escolar.	Raparigas com PEA apresentavam RRBIS menos severos do que rapazes com PEA, ainda que os resultados sejam comparáveis; menos comportamentos maladaptativos; e mais motricidade fina. As capacidades motoras podem ser o aspeto central das diferenças de sexo, visto que apenas nos rapazes se verificou que estas eram preditivas de dificuldades no afeto social.
Dean et al.	2017	EUA	Métodos Mistos	96 crianças em idade escolar (24M e 24F)	-	Retirados de fontes secundárias.	ADOS (módulo 3) Stanford-Binet Abreviado	Não	Grau em que os comportamentos estereotipados de género a nível de comportamento social ajudam as raparigas com PEA a mascarar os seus sintomas.	Há diferenças de sexo no comportamento social O fenótipo feminino apoia a hipótese da camuflagem, na medida em que as raparigas com PEA usam mecanismos compensatórios para

				com PEA, e 24M e 24F com DN.						mascarar sintomas em situações sociais. O fenótipo masculino faz sobressair os rapazes com PEA nas situações sociais, pois promove o isolamento.
Evans	2018	EUA	Quantitativo	-	214 crianças (172M e 42F).	Idades 16 meses-10 anos (2 <i>cohorts</i> : 1-3 e 4-10 anos). Retirados de fontes secundárias.	RBS-R CRI ASRS ADOS CARS MSEL WISC DAS	-	Descrever e comparar perfis de RRBI e frequências em rapazes e raparigas com PEA, recorrendo ao RBS-R.	Raparigas com menos de 3 anos tinham mais comportamentos rotineiros, ritualísticos e repetitivos. Raparigas mais velhas tinham comportamentos mais estereotipados e ritualísticos do que os rapazes. Raparigas mais novas tinham mais comportamento rotineiro, estereotipado, compulsivo, ritualístico, autolesivo e interesses restritos. Raparigas mostram comportamento mais repetitivo do que os rapazes. Instrumento não tem em conta o fenótipo feminino.
Evans et al.	2019	EUA	Quantitativo	3520	crianças (1731 M e 1789F) foram investigadas.	Idades 8-10 anos. Retirados de fontes secundárias.	ADOS-2 SCQ Bateria de testes avaliar sintomas, linguagem, e funcionamento cognitivo e adaptativo.	-	Avaliação da performance do SCQ na deteção das PEA em rapazes e raparigas.	No grupo da avaliação direta, as raparigas com PEA com 4-5 anos mostraram maiores dificuldades na comunicação/interação social do que os rapazes com PEA. Esta idade parece ser crucial para detetar PEA no sexo feminino. O instrumento deteta sintomatologia de PEA em ambos os sexos, apesar de

				272 crianças (177M e 95F) foram avaliadas diretamente por terem risco de desenvolver PEA acrescido.						não indicar <i>cut-offs</i> específicos para cada sexo.	
Foggo & Webster	2017	Austrália	Qualitativo	7 raparigas com PEA.	-	Idades 13-17 anos.	-	-	-	Explorar as percepções de raparigas adolescentes com PEA sobre as experiências e relações sociais.	Temas que surgiram: definição de amizade, atividades com amigos, conflito, grupos de amigos, expectativas sociais dos pares e impacto emocional de experiências sociais.
Frazier & Hardan	2017	EUA	Métodos Mistos	- 2643 crianças e adolescentes (2291 M e 352F)		Idades 4-17 anos. Retirados de fontes	ADI-R SRS	Sim	Investigar a equivalência dos domínios social (evitamento social, interação social recíproca, relações interpessoais e comunicação não-verbal) e repetitivo dos sintomas de PEA (resistência à mudança, interesses sensoriais,	Diferenças na média dos interesses restritos (RRBIs), pelo que era mais baixa nas mulheres. A estrutura dos sintomas de PEA é semelhante entre mulheres e homens, pelo que não houve diferença nas médias dos restantes sintomas.	

					com PEA.	secundárias.			sensibilidades sensoriais, interesses restritivos e comportamento repetitivo) em crianças e adolescentes com PEA	
Frazier et al.	2014	EUA	Quantitativo	-	2418 (2114 M e 304F).	Idades 4-18 anos. Retirados de fontes secundárias.	ADI-R ADOS SRS RBS-R VABS-2 CBCL ABC DCDQ CTOPP PPVT-4	Sim	Investigar potenciais diferenças de sexo/gênero nos sintomas comportamentais e funcionamento cognitivo entre rapazes e raparigas com PEA.	Raparigas mostram menos RRBIs; menor capacidade de processamento linguístico; QI mais baixo; menos capacidades adaptativas no quotidiano e a nível social e de comunicação; maiores dificuldades a nível da interação e comunicação social, problemas de externalização, irritabilidade e letargia.
Geelhand et al.	2019	EUA	Quantitativo	-	-	Pessoas leigas 385 pessoas	Cenários hipotéticos	-	Averiguar se fatores socioculturais influenciam a avaliação da severidade dos sintomas e previsões de comportamentos futuros.	Não há diferenças de sexo na perceção de severidade de sintomas e conseqüente grau de preocupação em crianças de 5 anos. Rapazes de 15 anos têm mais tendência para serem percecionados como atípicos no futuro do que raparigas.
Gesi et al.	2021	Itália	Quantitativo	61 adultos	-	Idade +18 anos.	AdAS Spectrum AQ	Não	Averiguar as diferenças de sexo/gênero na obtenção de diagnósticos errados e diagnóstico de PEA tardio; e se	Raparigas com PEA foram referenciadas e diagnosticadas significativamente mais tarde e tinham maior probabilidade de serem

				(39M e 22F).					algum sintoma relacionado com estas variáveis.	está mal diagnosticadas do que rapazes com PEA.
										Nas raparigas, quanto maior a capacidade de comunicação verbal e menos RRBI, mais tardia a idade de diagnóstico, pois eram diagnosticadas com outras perturbações.
										Nos rapazes, quanto menor dificuldade na comunicação verbal, falta de empatia e inflexibilidade, mais tardio era o diagnóstico.
Goldman	2013	EUA	Review	-	-	-	-	-	Realçar o papel das práticas de socialização de cada género e expectativas comportamentais durante a avaliação clínica.	O viés de sexo/género nos instrumentos de diagnóstico, as práticas de socialização de cada sexo/género e as expectativas comportamentais pode estar a contribuir para a prevalência maioritariamente masculina.
Gupta & Chaudhary	2021	EUA Índia	Estudo de casos	4 raparigas.	-	Idades 11, 20, 22 e 24 anos.	-	-	Apresentação de 4 casos de mulheres com PEA para resumir os seus desafios de diagnóstico.	Camuflagem; menor necessidade de amigos, preferência por atividades solitárias; falta de iniciativa de interação social.; menor atenção à aparência; vestuário não segue a moda; e ideia precisa de expectativas e planos para o futuro. Sem interesse na intimidade sexual. Frequentemente o diagnóstico errado: POC, Depressão e Perturbação Personalidade Bipolar.
Halladay et al.	2015	EUA	Review	-	-	-	-	-	Sumarizar falhas na evidência científica e identificar as áreas prioritárias emergentes na	Causas das diferenças de sexo na prevalência das PEA: FPE.

Cana
dá

investigação das diferenças de
sexo e gênero nas PEA.

Diferenças de sexo nas mulheres:
maior prevalência de DI,
comportamento social mais
funcional, menos RRBI e diferentes
dos rapazes, mais capacidades
linguísticas, expectativas dos
cuidadores e terceiros face à
comunicação social e
comportamento.

Diferenças de sexo não estão visíveis
antes da idade escolar.

Desafios das mulheres adultas com
PEA: trabalho e relações íntimas e
românticas.

Profissionais de saúde não têm
experiência suficiente com pacientes
do sexo feminino.

Harrison et al.	2017	EUA	Qualita tivo	-	2459 criança s e adolesc entes (2128 M e 330F).	Idades 4-18 anos. Retirad os de fontes secund árias.	ADOS	Não	Verificar a existência de viés de sexo/gênero, etnicidade e raça ao nível dos itens (10 selecionados) do ADOS.	Existe viés de magnitude pequena, mas significativo, na etnicidade e raça em 3 dos itens do ADOS. O mesmo não se verificou para o gênero.
Hattier et al.	2011	EUA	Quantit ativo	140	-	Idades 20-49 anos (1 <i>cohort</i>) e 49-78	DASH-II	Sim	Avaliar a frequência dos RRBIs em adultos com PEA e DI severo ou profundo.	Maior frequência de RRBI nos rapazes.

						anos (2 <i>cohort</i>)				
Head et al.	2014	Austrália	Quantitativo	101 crianças (25M e 25F com PEA; 26M e 25F com DN).	-	Idades 10-16 anos.	FQ	Não	Examinar o fenótipo feminino através da exploração dos aspetos sociais em crianças com PEA.	Raparigas com e sem PEA obtiveram valores mais elevados do que rapazes, indicando relações interpessoais íntimas, empáticas e apoiantes. Indivíduos com PEA obtiveram resultados mais baixos do que os sem PEA. Raparigas com PEA tiveram valores semelhantes aos das raparigas sem PEA. Raparigas com PEA têm mais capacidades sociais do que rapazes com PEA.
Horovitz et al.	2012	EUA	Quantitativo	965 crianças (671M e 294F) com PEA e DA.	-	Idades entre 17-37 meses. População retirada de um programa de intervenção precoce. M-CHAT BDI-2 BISCUIT	Incluídos apenas indivíduos com diagnóstico pré-estabelecido.	Sim	Relação entre o género e a idade de surgimento de preocupações (dos pais) em crianças com PEA.	A idade média de surgimento de preocupações (dos pais) foi significativamente mais cedo nas raparigas do que nos rapazes. A idade média de surgimento de preocupações foi significativamente mais cedo para crianças com PEA do que para outras crianças com desenvolvimento atípico.

Howe et al.	2015	EUA	Quantitativo	5723 participantes antes (4851 M e 872F).	-	Idades +5 anos. Retirados de fontes secundárias.	ADOS (módulo 1 para participantes pouco verbais; módulo 2 para participantes com discurso frásico; módulo 3 para participantes crianças e adolescentes com discurso fluente; e módulo 4 para participantes adolescentes e adultos com discurso fluente) VABS SRS CBCL	Sim	Investigar as diferenças de sexo/género nos sintomas de PEA nas capacidades verbais (não verbal, discurso fluído e frásico).	<p>Nas bases de dados Simons Simplex Collection e Autism Treatment Network, raparigas com PEA e discurso frásico tinham menos capacidades cognitivas, adaptativas e sociais do que os rapazes com PEA.</p> <p>Nas bases de dados Autism Genetics Resource Exchange e Autism Consortium, raparigas com discurso fluente tinham as mesmas ou mais capacidades adaptativas e sociais do que os rapazes.</p> <p>Raparigas não verbais tinham as mesmas capacidades cognitivas, adaptativas e sociais do que os rapazes.</p> <p>Nas crianças não verbais não se verificaram diferenças de sexo nas capacidades sociais, cognitivas e adaptativas.</p>
Hull et al.	2020	Inglaterra	Review	-	-	-	-	-	Explorar a evidência do fenótipo feminino na PEA e a componente da camuflagem.	<p>Fatores de discrepâncias no diagnóstico: FPE protege raparigas de desenvolverem PEA; teoria do <i>extreme male brain</i>; vulnerabilidade do cromossoma X; vieses nas amostras na investigação; vieses nos critérios e instrumentos de diagnóstico; e variação na apresentação de sintomas.</p> <p>Mulheres recebem diagnóstico mais tarde; a sua apresentação difere</p>

										qualitativamente da dos rapazes (aparentam ter menos dificuldades sociais e os RRBI são diferentes); mais problemas de internalização; e mais camuflagem.
Kanfiszer et al.	2017	Inglaterra	Qualitativo	7 mulheres adultas com PEA	-	Idade adulta	-	-	Descrever a experiência de mulheres adultas com PEA.	Temas que surgiram: identidade de género e relações sociais.
Kavanaugh et al.	2021	EUA	Quantitativo	87652F diagnosticadas com PEA.	-	Retirados de fontes secundárias.	-	Sim	Identificar as características clínicas moderadoras do diagnóstico tardio no sexo feminino.	As PEA são diagnosticadas em média 14 meses mais tarde no sexo feminino. Fatores moderadores do diagnóstico tardio: menor severidade dos RRBI no sexo feminino, preocupação dos pais mais tardia e capacidades intelectuais e linguísticas intactas no sexo feminino. Uma apresentação fenotípica atípica e menos severa, frequente nas raparigas, aumenta a probabilidade de um diagnóstico tardio.
Lai & Szatmari	2020	-	Review	-	-	-	-	-	Sumarizar literatura sobre o impacto do sexo e género no autismo: nosologia, fenótipo, mudança no desenvolvimento e reconhecimento de vieses contextuais.	Raparigas apresentam menos RRBI; tinham maior probabilidade de ter melhor desenvolvimento cognitivo, sintomas menos intensos e redução de sintomas ao longo do tempo; mas tinham mais dificuldades na

Lai et al.	2011	Inglaterra	Qualitativo	62 Adultos (33M e 29F) com PEA.	-	Idades 18-45 anos.	ADI-R (diagnóstico e inclusão no estudo) ADOS (modulo 4 – diferenças de sexo) WASI (QI) RMET AQ EQ (empatia) SQ (sistematização) BAI (ansiedade) BDI (depressão) OCI-R (obsessões).	Não	Semelhanças e diferenças entre sexos em pessoas adultas com “SA”.	adaptação e mais desafios sociais na adolescência. Sem diferenças entre sexos nos sintomas centrais das PEA. Mulheres sofrem mais sintomas sensoriais ao longo da vida, menos problemas de comunicação social e mais autorrelato de sintomas das PEA. Mulheres com PEA e com atraso de linguagem tinham menor QI de performance no presente do que mulheres sem este atraso.
Leedham et al.	2020	Inglaterra	Qualitativo	11 mulheres com PEA.	-	Idade 40-62 anos.	-	-	Explorar as experiências vividas por mulheres adultas diagnosticadas com PEA a meio da idade adulta.	4 temas: condição escondida, processo de aceitação, impacto de terceiros no pós-diagnóstico, e uma nova identidade com o diagnóstico de PEA. A maioria das participantes afirma que o diagnóstico foi um aspeto positivo a vários níveis, mas realça

Lehnhardt et al.	2016	Alemanha	Quantitativo	107 pessoas (69M e 38F).	-	Idade adulta.	ADI-R AQ EQ SQ BDI Bateria funções executivas WAIS-III	Não	Averiguar diferenças de sexo no perfil cognitivo de pessoas com PEA diagnosticadas na idade adulta.	que o ajustamento numa idade avançada é doloroso. Homens com PEA tinham mais capacidades verbais do que mulheres. Mulheres com PEA tinham maior velocidade de processamento e melhores funcionamento executivo.
Lundin et al.	2021	Suécia	Métodos Mistos	99 (77.8% F) profissionais de 31 países.	-	Idades 24-74 anos.	-	-	Explorar a perceção de profissionais (grupo internacional) das diferenças funcionais de género no autismo; se o <i>International Classification of Functioning</i> capta o fenótipo feminino; e explorar semelhanças e diferenças na perceção dos profissionais de países de alto rendimento, de rendimento médio e de baixo rendimento.	Rapazes com autismo apresentam mais problemas de externalização. Raparigas apresentam mais problemas de internalização e maior motivação social. Percecionadas diferenças de sexo nos sintomas centrais doas PEA e nas patologias coocorrentes por profissionais de países de elevado e médio rendimento. Percecionadas diferenças nos comportamentos sociais (i.e., camuflagem) maioritariamente por profissionais de países de elevado rendimento.

Lundström et al.	2019	Suécia	Quantitativo	430 (308M e 122F) com PEA.	-	Idades 9-12 anos. Retirados de fontes secundárias.	A-TAC	Não	Grau de sintomatologia em rapazes e raparigas com PEA	Sexo feminino com PEA apresenta mais severidade nos sintomas e consequências mais negativas. Instrumentos de avaliação psicológica não são adequados.
Mademtz i et al.	2018	EUA	Qualitativo	40 pais com filhas com PEA.	-	Idades das filhas com PEA 4-29 anos.	-	-	Perceção dos pais de raparigas com PEA sobre as dificuldades e desafios com que estas lidam.	Dificuldades particulares nas raparigas: socialização com outras raparigas, questões de puberdade específicas do seu sexo, barreiras à intervenção e vulnerabilidade sexual. Dificuldades semelhantes às dos rapazes: dificuldades nas interações sociais.
Margari et al.	2019	Itália	Quantitativo	159 (100M e 59F)	-	Crianças e adolescentes.	-	Não	Averiguar diferenças de sexo na comorbilidade.	Comorbilidades: PHDA, Perturbações de Ansiedade, Perturbações Depressivas, POC, Perturbação Bipolar e Anorexia Nervosa. Maior comorbilidade no sexo feminino. Apenas se verificou diferenças de sexo na comorbilidade com a Anorexia Nervosa, sendo mais frequente no sexo feminino.

Mårland et al.	2022	Suécia	Quantitativo	34033 crianças (16876 M e 16472F).	-	Idades 9 e 12 anos. Retirados de fontes secundárias.	A-TAC	Sim	Averiguar a adequação dos itens do A-TAC para a captação e diferenciação dos fenótipos feminino e masculino.	Em ambos os sexos se verificou elevada comorbilidade com PHDA e Perturbações de Ansiedade. O A-TAC é preciso no diagnóstico de PEA em ambos os sexos.
Matheis et al.	2019	EUA	Quantitativo	-	Total 10927 crianças: 1317 (1004 M e 313F) com PEA e 9610 (6465 M e 3145F) sem PEA.	Idades 17-37 meses.	BISCUIT BDI-2	Sim	Examinar as diferenças de sexo/género nos sintomas de PEA e funcionamento desenvolvimental em crianças.	BISCUIT: não se verificam diferenças de sexo na severidade de sintomas ou domínio dos sintomas quando os participantes eram equiparados no nível intelectual. BDI-2: raparigas tinham mais dificuldades motoras do que os rapazes e menos dificuldades de comunicação. Quanto maior o DI, menos são as diferenças de sexo na apresentação de sintomas. Raparigas com PEA sem DI apresentavam menos dificuldades na comunicação verbal, mas pais reportam mais dificuldades nesta área. Pais podem ter mais expectativas nesta área para as raparigas.

May et al.	2014	Austrália	Quantitativo	56 crianças com PEA (28M e 28F) e 44 crianças com DN (25M e 19F).	-	Idades 7-12 anos (follow-up 1 ano depois)	Participantes com PEA: WISC-IV (QI) Participantes com DN: WASI (QI) Todos: SCAS Conners-3 FADQ SRS RBQ-II CCC-2	Não	Acompanhar a evolução desenvolvimental dos sintomas de PEA durante 1 ano em crianças em idade escolar.	Não há diferenças de gênero/sexo nas capacidades sociais, RRBI e comunicação (sintomas centrais). Não foram relatadas alterações na severidade de sintomas e nos comportamentos de internalização/externalização. Ao fim de 1 ano, não foram reportadas diferenças de sexo/gênero nos sintomas reportados pelos pais: de PEA, inatenção, agressão/comportamento desafiante, problemas de aprendizagem, funcionamento executivo, relações com pares e ansiedade geral. Rapazes (de ambos grupos de PEA e DN) são mais hiperativos e receberam mais apoio integrativo nas escolas “normais”, já as raparigas são mais socialmente ansiosas. Menos hiperatividade nas raparigas pode atrasar o diagnóstico.
McQuaid et al.	2022	EUA	Quantitativo	502 adultos (226M e 276F).	-	Idades 18-49 anos.	AQ CAT-Q	Não	Investigar o papel do sexo, identidade de gênero e a idade de diagnóstico, bem como a interação destas variáveis, em adultos com PEA.	Indivíduos diagnosticados na idade adulta mostraram mais Assimilação e Compensação do que os indivíduos diagnosticados na infância ou na adolescência.
Miles et al.	2019	Inglaterra	Qualitativo	8 raparigas	-	Idades 12-17 anos.	-	-	Explorar as experiências sociais e sentimento de pertença de adolescentes com	Amizades, compreensão e percepção de competência social são os fatores

				adolescentes com PEA.					PEA na escola de ensino regular.	essenciais para haver sentimento de pertença. Há motivação para se adaptarem e integrarem no ambiente escolar, mas também há pressão para esconderem os seus sintomas para serem aceites.
Milner et al.	2019	Inglaterra	Qualitativo	18 mulheres e 4 raparigas com PEA.	-	Idades 11-55 anos.	-	Não	Descrição do fenótipo feminino e das experiências de mulheres e raparigas.	Temas que surgiram: estar dentro da “norma”, potenciais obstáculos para raparigas/mulheres, aspetos negativos das PEA, a perspetiva dos outros e aspetos positivos das PEA.
Muggleton et al.	2019	Inglaterra	Qualitativo	14 psicólogos clínicos (3M e 11F).	-	-	-	-	Explorar o conceito de autismo dos profissionais de saúde e se rapazes e raparigas têm um fenótipo diferente.	Autismo foi concetualizado como sendo neutro ao género e com a comunicação e interação social como aspetos centrais. Indivíduos são igualmente afetados independentemente do sexo/género. Raparigas percecionadas como mais motivadas socialmente, com mais capacidades sociais, melhor reconhecimento emocional e com mais respostas de internalização como mecanismo de <i>coping</i> com o stress, alterando o seu fenótipo.
Mussey et al.	2017	EUA	Quantitativo	679 (566M e 113F).	-	Idades 1-54 anos.	ADOS-G CARS Wechslers Scales	Não	Semelhanças e diferenças entre sexos em pessoas com “SA”	Não há diferenças de sexo na idade de diagnóstico, QI, perfil cognitivo ou severidade de sintomas. Mulheres

										têm menos dificuldades nas interações sociais.	
										Módulos 2 e 3 do ADOS-G podem não identificar pessoas com forte capacidade de comunicação verbal como tendo PEA.	
Navarro-Pardo et al.	2021	Espanha	Review	-	-	-	-	-	-	Analisar possíveis fatores contribuintes para o subdiagnóstico das PEA no sexo feminino.	Subdiagnóstico deve-se a: menos problemas de externalização, menor severidade de sintomas e inadequação de instrumentos. Outras possíveis explicações: teoria <i>extreme male brain</i> , abordagem da diferenciação cerebral, teoria da diferenciação sexual empatia-sistematização e uso de questionários complementares.
Pesonen et al.	2015	Finlândia	Qualitativo	2 mulheres adultas com PEA.	-	Idades 26 e 29 anos.	-	Não	Examinar o sentimento de pertença e as transições nas diferentes fases de vida, sem o apoio social apropriado.	A falta de apoio aumenta o número de transições e tem implicações negativas no sentimento de pertença. Este tem maior importância na fase de jovem-adulto (18-25 anos). Necessidade de aumentar a visibilidade e oferta de apoio social.	
Pilowsky et al.	1998	Israel	Quantitativo	2º: 18M e 18 F com suspeita de PEA.	1º: 77 pessoas (59M e 18F) com suspeita	Idades 20 meses-34 anos.	Escalas Wechsler Stanford-Binet Escalas Cattell ADI-R	de	Sim	1º: Examinar as características de indivíduos com diagnóstico obtido através do ADI-R e/ou CARS. 2º: Recorrendo a uma amostra equiparada (18M e 18 F) com suspeita de PEA, averiguar o	1º: Participantes que receberam diagnóstico com base em apenas 1 instrumento são mais novos do que os que receberam diagnóstico com base em 2 instrumentos. Participantes que não receberam diagnóstico com base no ADI-R

				a de PEA.		CARS		fenótipo de autismo derivado do ADI-R e do CARS.	tinham idades cronológica e mental menores e menor valores no CARS do que os que receberam diagnóstico com base no ADI-R.
									Participantes com severidade sintomatológica leve-moderada, com base no CARS, tinham maior idade mental do que os participantes com elevada severidade.
									Concordância de 85.7% entre os dois instrumentos.
									2º: Não há diferenças de sexo apontadas em nenhum dos instrumentos.
Pisula et al.	2013	Polónia	Quantitativo	2939 adultos; 2819 estudantes (1328 M e 1491F); 60 com PEA (39M e 21F); e 60 Control os (39M e 21F).	-	Idades 18-30 anos (estudantes) e 17-44 anos (com PEA os Control o).	AQ WAIS	Não Explorar a versão polaca do AQ e as suas propriedades. Averiguar se o padrão do sexo e da área de estudo têm diferenças na quantidade de sintomas de PEA.	O AQ foi menos eficaz na deteção de rapazes com PEA. Tem poder discriminativo entre o grupo com PEA e os restantes: este grupo apresentou maiores valores em todas as 3 escalas e maior severidade. Rapazes com PEA mostraram maior severidade de sintomas (exceto na atenção ao detalhe). Rapazes com PEA obtiveram melhor pontuação na comunicação.

Rivet & Matson	2011	EUA	Quantitativo	264 crianças/bebês (66M e 66F com PEA; 66M e 66F com DN). 148 crianças e adolescentes (37M e 37F com PEA; 37M e 37F com DN). 232 adultos (58M e 58F com PEA; 58M e 58F	-	Idades bebês 17-36 meses. Idades crianças e adolescentes 3-17 anos. Idades adultos 18-88 anos.	Crianças: M-CHAT BDI-2 BISCUIT Adolescentes: ASD-DC DSM-IV-TR Checklist Adultos: Testes cognitivos Observação DSM-IV-TR Checklist ASD-DA	Sim	Examinar as diferenças de sexo/género nos sintomas de PEA em crianças/bebês em risco, adolescentes e adultos com DI (3 estudos).	Nas amostras de crianças e adolescentes não se verificaram diferenças de sexo nos sintomas de PEA no grupo com PEA nem no com DN. Mas nas mulheres adultas com DI há mais dificuldades sociais e de comunicação.
----------------	------	-----	--------------	--	---	--	---	-----	--	--

Rødgaard et al.	2021	Dina marca	Quantitativo	671103 pessoas (11914 M e 4212F); 16126 com PEA e 65497 sem PEA.	-	Idade de diagnóstico até 16 anos. Retirados de fontes secundárias.	-	Sim (comorbilidade)	Investigar a associação entre a prevalência de comorbilidades e o sexo, ano de nascimento e idade de diagnóstico.	O grupo das raparigas com PEA apresentavam maior comorbilidade do que os restantes grupos. Comorbilidade fortemente dependentes da idade de diagnóstico.
Rutherford et al.	2016	Inglaterra	Quantitativo	40 adolescentes (28M e 12F); 47 adultos (32M e 15F) e 16 adultos +40 (9M e 7F).	46 crianças (39M e 7F).	Idades 1-55 anos. Retirados de fontes secundárias.	-	Sim	Averiguar se existem diferenças de sexo/género entre o rácio M:F (em crianças, adolescentes e adultos), a idade de referência e diagnóstico e a duração do processo de diagnóstico.	Rácios M:F reduzem com a idade: 0-9, 11 anos = 5.5:1 10-18 anos = 2.3:1 19-39 anos = 2.1:1 +40 anos = 1.2:1. Quanto à idade de referência e diagnóstico e a duração do processo de diagnóstico, nos adultos não se verificaram diferenças significativas entre os sexos. Nas crianças e adolescentes verificou-se que os rapazes são tanto referenciados e diagnosticados mais cedo que as raparigas.

Rynkiewicz et al.	2016	Polónia	Quantitativo	33 crianças (17M e 16F) com PEA.	-	Idades 5-10 anos.	ADOS-2 SCQ AQ Faces Test Eyes Test	Não	Avaliação instrumento ADOS-2	<p>ADOS-2 é capaz de detetar comportamentos de camuflagem.</p> <p>Raparigas com PEA usam mais gestos (comunicação não-verbal) do que rapazes, podendo dever-se à capacidade de camuflagem.</p> <p>Pais reportam que rapazes têm menos dificuldades na comunicação social.</p> <p>O número de RRBI's tende a manter-se estáveis ao longo do tempo nas raparigas, mas decresce nos rapazes.</p> <p>Raparigas têm mais dificuldade no reconhecimento de emoções pela expressão do olhar (Eye Test).</p>
Rynkiewicz et al.	2021	Polónia	Quantitativo	90 (60M e 30F) com diagnóstico de PEA.	-	Idades 6-44 anos.	SCQ WISC-R (QI) WAIS (QI)	Não	Avaliar os vieses de sexo/género nos 3 domínios avaliados (comunicação, reciprocidade da interação social e RRBI's) na versão polaca do SCQ.	Não há vieses substanciais; não há diferenças significativas entre os sexos nos domínios avaliados (comunicação, reciprocidade da interação social e RRBI's); raparigas têm interesses intensos e invulgares que não são contemplados no SCQ; e o uso repetitivo de objetos decresceu com a idade nos rapazes.
Sanchez et al.	2022	EUA	Quantitativo	89 crianças (72M e 17F) com PEA.	-	Idades 8-16 anos. Retirados de fontes	ADOS BASC-2 MASC-2 Conners-3 SRS	Sim (QI ≥ 64)	Examinar as diferenças de sexo/género nos comportamentos de internalização e externalização em crianças em idade escolar com PEA.	Raparigas praticam mais de bullying, menos controlo de raiva, menos autocontrolo emocional e mais problemas de externalização do que rapazes.

						secundárias.	WASI-II			Não houve diferenças de sexo nas escalas da comunicação social.
Shefcyk	2015	Inglaterra	Review	-	-	-	-	-	Explorar as disparidades de sexo/género na literatura sobre o autismo.	<i>Female protective Effect</i> ; fatores culturais; não são incluídas nas amostras de investigação; e fenótipo feminino.
Stroth et al.	2022	Alemanha	Quantitativo	-	1057 (866M e 191F) com diagnóstico de PEA.	Idades 6-44 anos. Retirados de fontes secundárias.	ADOS-2 ADOS-G ADI-R	Não	Identificar a informação diagnóstica do ADOS (módulos 3 e 4) que discrimina mulheres e homens com e sem PEA.	Há menos informação diagnóstica no ADOS para avaliar mulheres, comparando com para os homens, mas são eficazes na mesma. O ADOS está equipado para captar as diferenças de sexo nos sintomas centrais.
Suckle	2021	Inglaterra	Review	-	-	-	-	-	Proporcionar guidelines para profissionais sobre o diagnóstico de PEA nas mulheres, evidenciando indicadores comportamentais.	Desafios das mulheres: Compreender as dinâmicas de poder nas relações; manter relações duradouras; interagir em grupos grandes; dependência de amigos cruciais; necessidade de controlar jogos/ inflexibilidade; e exaustão social. Os RRBI's podem diferir qualitativamente, em vez de quantitativamente. Importante a noção de que os sintomas variam consoante a idade. Raparigas usam camuflagem de sintomas.

Tang et al.	2021	Austrália	Quantitativo	195 crianças (145M e 50F).	-	Retirados de fontes secundárias.	ADOS CARS-2	Sim	Identificar diferenças de sexo nas PEA na idade de diagnóstico, fenótipo, comorbilidades e severidade sintomática.	<p>O diagnóstico errado é responsável pelo diagnóstico adequado tardio.</p> <p>Confirma que há diferenças de sexo: raparigas têm menos défices na comunicação social, no contacto visual e na brincadeira imaginativa. A severidade dos sintomas era maior nos rapazes</p> <p>Não há diferenças significativas na idade de diagnóstico, comorbilidade.</p>
Tofani et al.	2022	Itália	Quantitativo	-	56 crianças (44M e 12F).	Idades até 6 anos.	ADI-R	Não	Investigar potenciais diferenças de sexo/género na apresentação sintomática de PEA (comunicação, RRBIs e interação social recíproca) em crianças em idade pré-escolar.	<p>Diferenças de sexo significativas no domínio dos RRBIs: mais frequentes nos rapazes com capacidades verbais mínimas e sem interesses sensoriais atípicos.</p> <p>Não houve diferenças e sexo nos domínios da comunicação e interação social.</p>
Tromans et al.	2019	Inglaterra	Quantitativo	80 (19M e 61F) profissionais de saúde.	-	-	PAAFID-Q	-	Perspetivas dos profissionais de saúde sobre o autismo em mulheres adultas com DI.	<p>Não há conhecimento de que o rácio M: F em pacientes com DI é muito mais equilibrado do que em pacientes sem DI.</p> <p>Mulheres mascaram melhor os sintomas de PEA, que se manifestam de forma diferente dos homens.</p> <p>43% dos profissionais sentem-se menos confiantes em reconhecer, avaliar e diagnosticar PEA em mulheres.</p>

Tsakanikos et al.	2011	Inglaterra	Quantitativo	150 adultos (100M e 50F) com PEA e DI. Subamostra 60 (40M e 20F) com PEA e DI comparada com 100 (60M e 30F) sem PEA com DI.	-	Idades 16-84 anos.	PAS-ADD (subamostra)	Sim	Examinar diferenças de sexo/género na prevalência de comorbilidade e gestão clínica em pessoas adultas com PEA e DI.	Verificaram-se diferenças de sexo/género na prevalência de comorbilidade: homens apresentaram mais perturbações de personalidade e esquizofrenia; as mulheres apresentaram mais demência. Verificaram-se diferenças na gestão clínica: o tratamento nos homens envolvia uma combinação de medicação, nas mulheres recorre-se à sedação e anticonvulsivos. PAS-ADD deteta psicopatologia, mas não diferenças de género.
Tsirgiotis et al.	2021	Austrália	Métodos mistos	47 (6M e 41F) profissionais de saúde com treino	-	-	-	-	Dificuldades dos profissionais de saúde no diagnóstico no sexo feminino	Mais dificuldade no diagnóstico no sexo feminino e menor número de diagnósticos. Há reconhecimento, mas não há conhecimento suficiente sobre o fenótipo feminino. Maior confiança em diagnosticar o sexo masculino.

Wang et al.	China e Holanda	Quantitativo	433 crianças (357M e 76F) da China e 492 crianças (386M e 106F) da Holanda com PEA.	-	Idades 6-14 anos. Retirados de fontes secundárias.	Questionário não especificado para participantes, mas diagnóstico de PEA e pré-estabelecido.	-	Explorar o impacto do género, comorbilidade, educação parental e status vocacional parental na idade de diagnóstico em crianças na China e na Holanda.	<p>Na China, as crianças eram diagnosticadas mais cedo do que na Holanda, o rácio m:f era mais elevado, maior proporção de comorbilidade, menor idade da primeira preocupação e atraso entre a primeira preocupação e o diagnóstico.</p> <p>Na Holanda, a comorbilidade de PHDA resultou numa menor idade da primeira preocupação.</p> <p>A diferença do impacto da comorbilidade e idade de diagnóstico pode dever-se a questões culturais e variações clínicas.</p>
Wanzek	2014	EUA	Quantitativo 42 indivíduos com PEA (21M e 21F).	-	Idades 13-35 anos.	WASI-II SRS-2 SCQ RBS-R ADI-R MCMII-III MACI Structured Interview (para	Não	Comparar rapazes e raparigas com PEA e sem DI para explorar diferenças de sexo no aparecimento e trajetória dos sintomas de PEA, tarefas desenvolvimentais e funcionamento social.	<p>Pais de raparigas com PEA notaram e reportaram os sintomas numa idade mais avançada do que pais de rapazes.</p> <p>Profissionais de saúde também mostraram uma maior tendência para normalizar os sintomas de PEA nos pacientes do sexo feminino do que nos do sexo masculino.</p> <p>Não há diferenças de sexo na idade do diagnóstico.</p>

		Dina marca									
Wilkinson	2008	EUA	Finlândia	<i>Review</i>	-	-	-	-	-	-	<p>Possíveis explicações para o subdiagnóstico De síndrome de Asperger (Nível 1, DSM-V) no feminino.</p> <p>Diferenças qualitativas no défice a nível social, não quantitativas.</p> <p>Os défices na comunicação social podem passar despercebidos por não haver comportamentos de externalização e agressividade.</p> <p>Camuflagem, menos RRBI, mais capacidades de comunicação, linguagem e sociais.</p> <p>Não são detetadas dificuldades no sintoma central “défices nas capacidades sociais”, impedindo a deteção das PEA e o acesso ao tratamento e intervenção adequado.</p> <p>Instrumentos não detetam sintomatologia mais frequente nas raparigas.</p>
Wood-Downie et al.	2021	Inglaterra	Quantitativo	84 (22M e 18F com PEA; 22M e 22F)	-	Idades 8-14 anos.	SCDC (avaliar PEA)	WASI-II (avaliar QI)	IDT (reciprocidade social)	Não	<p>Averiguar as diferenças de sexo nos comportamentos de camuflagem em crianças e adolescentes com e sem PEA.</p> <p>As raparigas com e sem PEA não variavam significativamente a nível de reciprocidade social, mas os rapazes com PEA apresentavam menor nível de reciprocidade social do que rapazes sem PEA.</p>

				com DN).			RMET-C (teoria da mente)				Ambos os sexos apresentavam capacidades de teoria da mente semelhantes.
Worley & Matson	2011	EUA	Quantit ativo	129 crianças (44M e 26F com PEA; 27M e 32F com DN).	-	Idades 4-16 anos.	ASD-CC	Não	Avaliar as diferenças de sexo na apresentação de sintomas psiquiátricos em crianças com PEA e com DN.	Não há diferenças significativas de sexo em nenhum dos grupos.	
Wu et al.	2016	EUA	Quantit ativo	8564 crianças (7077 M e 1487F).	-	Idade 8 anos. Retirad os de fontes secund árias.	-	Não	Examinar a associação entre a retenção de diagnóstico de PEA e a comorbilidade de condições não-PEA em crianças com 8 anos.	Diagnóstico mantém-se relativamente estável (91% dos casos). A coocorrência de diagnósticos desenvolvimentais é mais preditor de alteração no diagnóstico de PEA nos rapazes. A coocorrência de diagnósticos neurológicos e de desenvolvimento específico são mais preditores de alteração no diagnóstico de PEA nas raparigas. Condições coocorrentes podem dificultar o diagnóstico.	

TABELA 14 RESUMO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NESTA REVISÃO SISTEMÁTICA

Notas: $N < 3:1$ representa as amostras com um rácio M:F inferior a 3:1; $N > 3:1$ representa as amostras com um rácio M:F superior a 3:1.