**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**
**FACULDADE DE MEDICINA**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

ÉRICA BONGANHI DE BEM

# Prevalência do Transtorno do Espectro Autista entre Jovens com Incongruência de Gênero em um Programa Especializado em Identidade de Gênero no Brasil

**PORTO ALEGRE**
**2026**

ÉRICA BONGANHI DE BEM

# Prevalência do Transtorno do Espectro Autista entre Jovens com Incongruência de Gênero em um Programa Especializado em Identidade de Gênero no Brasil

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ines Rodrigues Lobato

Coorientadora: Dra. Claudia Maciel Szobot

**PORTO ALEGRE**

**2026**

# FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

de Bem, Érica Bonganhi
Prevalência do Transtorno do Espectro Autista entre Jovens com Incongruência de Gênero em um Programa Especializado em Identidade de Gênero no Brasil / Érica Bonganhi de Bem. -- 2026.
130 f.
Orientadora: Maria Inês Rodrigues Lobato.

Coorientadora: Claudia Maciel Szobot.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2026.

1. Incongruência de Gênero. 2. Transtorno do Espectro Autista. 3. Neurodiversidade. 4. Diversidade de Gênero;. 5. Prevalência. I. Lobato, Maria Inês Rodrigues, orient. II. Szobot, Claudia Maciel, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA**
**ÉRICA BONGANHI DE BEM**

**Prevalência do Transtorno do Espectro Autista entre Jovens com Incongruência de Gênero em um Programa Especializado em Identidade de Gênero no Brasil**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

**Aprovada em: 02/04/2026**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a dissertação intitulada "Prevalência do Transtorno do Espectro Autista entre Jovens com Incongruência de Gênero em um Programa Especializado em Identidade de Gênero no Brasil", elaborada por Érica Bonganhi de Bem como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

_____
Relatora Prof.ª Drª. Anna Martha Vaitses Fontanari - UFRGS

_____
Drª. Tally Lichtensztejn Tafla - USP

_____
Drª. Anna Carolina Viduani - UFRGS

ICP Brasil
Documento assinado digitalmente
MARIA INES RODRIGUES LOBATO
Data: 03/06/2026 10:40:03-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Orientadora: Prof.ª Drª. Maria Inês Rodrigues Lobato - UFRGS

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, pela oportunidade de formação e pelo espaço de crescimento acadêmico. Agradeço ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 pela concessão da bolsa de mestrado, que representou um importante apoio institucional para o desenvolvimento e a conclusão desta pesquisa.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Inês Lobato, e à minha coorientadora, Dra. Claudia Szobot, pela confiança depositada em mim e orientação para a condução deste trabalho.

À equipe de pesquisa (Bárbara, Rafaela, Luciane, Gabriela, Flávia e aos estagiários de psicologia), pela dedicação na realização das avaliações e pelo auxílio técnico essencial para a coleta de dados. Um agradecimento especial ao meu amigo Lucas Dellazari, também parte dessa equipe, pelo suporte fundamental e pela parceria constante. Obrigada por me empoderar durante este processo, pela escuta generosa e por acreditar na relevância deste estudo desde o início.

Aos meus pais, Cláudio e Iviane, pelo exemplo de dedicação e amor ao conhecimento. Como doutores, foram meus primeiros referenciais de que o estudo é o caminho para a transformação; sem o incentivo de vocês, este título não seria possível.

À minha irmã, Betina, cujo olhar de artista sempre me socorre quando preciso pensar fora da caixa. Obrigada por me lembrar que a ciência também precisa de criatividade e sensibilidade.

Ao Tiago, meu parceiro de vida, que esteve ao meu lado em todos os momentos. Obrigada por acolher meus surtos, organizar minhas ideias e por ser o suporte incondicional que me permitiu chegar até aqui. Você é a minha base.

Agradeço também a Profa. Dra. Anna Fontari, relatora da banca. Além da sua generosidade intelectual e olhar atento, agradeço imensamente pelo acolhimento e pela empatia demonstrados em cada etapa. Sua orientação foi essencial para a minha organização e clareza, elevando o nível deste trabalho e tornando o processo de escrita muito mais encorajador.

Por fim, meu profundo agradecimento às pessoas com diversidade de gênero e neurodivergentes que cruzaram o meu caminho, dentro e fora do consultório. Este estudo nasceu da escuta clínica e da inspiração que cada um de vocês me trouxe. Aprendo diariamente com suas trajetórias e formas únicas de existir e ocupar o mundo; vocês são a razão de todo este esforço e a base de todo o conhecimento aqui construído.

***"isso de querer***
***ser exatamente aquilo***
***que a gente é***
***ainda vai***
***nos levar além"***
Paulo Leminski

## RESUMO

A coocorrência entre a Incongruência de Gênero (IG) e o Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem ganhado destaque na psiquiatria contemporânea. Ainda assim, as estimativas de prevalência na literatura apresentam ampla variação, refletindo uma incerteza que decorre da heterogeneidade metodológica. A maioria dos dados de prevalência baseia-se em revisões de prontuários ou instrumentos de rastreio, com uma clara lacuna de estudos que utilizam avaliações padrão-ouro. Além disso, a sobreposição fenotípica entre TEA e IG pode mimetizar ou mascarar sintomas de ambas as condições, comprometendo a fidedignidade das estimativas de prevalência e dificultando a distinção clínica. Estimar a prevalência de TEA entre jovens com IG em um ambulatório especializado em gênero e fornecer um referencial teórico sobre neurodiversidade e gênero. Esta dissertação de mestrado teve como produtos: um capítulo de livro teórico e um artigo científico original. O estudo empírico utilizou a *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2) e a *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R), combinadas com avaliação clínica para crianças e adolescentes em um serviço terciário de identidade de gênero. Em entrevista, investigou-se também a presença de traços autísticos, desenvolvimento puberal, coeficiente de inteligência, diagnóstico de patologias psiquiátricas, histórico clínico, familiar e gestual. A prevalência de TEA encontrada foi de 20,5% (IC95%: 9,8-35,3%). Observou-se uma heterogeneidade cognitiva significativa no grupo TEA, com deslocamento para os extremos de desempenho intelectual em comparação ao grupo não-TEA ($p$ = 0,011). Clinicamente, o grupo TEA apresentou uma prevalência significativamente superior de Fobia Específica (44,4% vs. 11,4%; $p$ = 0,042). Identificou-se um "efeito de proteção familiar" relevante, com o grupo TEA apresentando maior suporte parental e menores taxas de abuso físico, emocional e tentativas de suicídio em relação ao grupo não-TEA. A alta prevalência de TEA em jovens com IG reafirma a necessidade de rastreamento sistemático do neurodesenvolvimento em serviços de afirmação de gênero. O fenômeno do "ofuscamento diagnóstico" pode retardar a identificação de TEA nesta população, especialmente em jovens com alto quociente de inteligência. Os achados sugerem que o suporte familiar atua como um fator crítico de resiliência, mitigando vulnerabilidades históricas da interseção entre neurodivergência e diversidade de gênero.

**Palavras-chave:** Incongruência de Gênero; Transtorno do Espectro Autista; Neurodiversidade; Diversidade de Gênero; Prevalência

## ABSTRACT

The co-occurrence between Gender Incongruence (GI) and Autism Spectrum Disorder (ASD) has gained prominence in contemporary psychiatry. Nevertheless, prevalence estimates in the literature show wide variation, reflecting uncertainty arising from methodological heterogeneity across studies. Most prevalence data are based on medical record reviews or screening instruments, with a clear gap in studies using gold-standard assessments. Furthermore, the phenotypic overlap between ASD and GI can mimic or mask symptoms of both conditions, compromising the reliability of prevalence estimates and hindering clinical distinction. To estimate the prevalence of ASD among youth with GI in a specialized gender outpatient clinic and to provide a theoretical framework on neurodiversity and gender. This master's thesis resulted in two products: a theoretical book chapter and an original scientific article. The empirical study utilized the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) and the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), combined with clinical evaluation for children and adolescents in a tertiary gender identity service. During interviews, autistic traits, pubertal development, intelligence quotient, psychiatric diagnoses, clinical, family, and gestational history were also investigated. The ASD prevalence was 20.5% (95%CI: 9.8-35.3%). Significant cognitive heterogeneity was observed in the ASD group, with a shift toward the extremes of intellectual performance compared to the non-ASD group ($p = 0.011$). Clinically, the ASD group showed a significantly higher prevalence of Specific Phobia (44.4% vs. 11.4%; $p = 0.042$). A relevant "family protection effect" was identified, with the ASD group exhibiting higher parental support and lower rates of physical and emotional abuse, as well as fewer suicide attempts, compared to the non-ASD group. The high prevalence of ASD in youth with GI reaffirms the need for systematic neurodevelopmental screening in gender-affirming services. The "diagnostic overshadowing" phenomenon may delay ASD identification in this population, especially in youth with a high intelligence quotient. The findings suggest that family support acts as a critical resilience factor, mitigating historical vulnerabilities at the intersection of neurodivergence and gender diversity.


**Keywords:** Gender Incongruence; Autism Spectrum Disorder; Neurodiversity; Gender Diversity; Prevalence

# LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de recrutamento e seleção da amostra 38

Figura 2. Prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em jovens com diversidade de gênero. 40

# LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas de jovens com Incongruência de Gênero, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 41

Tabela 2 - Comparação do Desenvolvimento Puberal entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 44

Tabela 3 - Comparação do Desenvolvimento Puberal de AMAB entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 44

Tabela 4 - Comparação do Desenvolvimento Puberal de AFAB entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 45

Tabela 5 - Aspectos da afirmação social e intervenções médicas relacionadas ao gênero nos grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 46

Tabela 6 - Comparação das médias de idade atual e dos marcos de percepção da incongruência de gênero entre os grupos, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 47

Tabela 7 - Comparação dos escores da ADOS-2 e ADI-R entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 48

Tabela 8 - Detalhamento clínico dos participantes da amostra com diagnóstico de TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 49

Tabela 9 - Comparação dos *T-scores* da SRS-2 entre os grupos TEA e não-TEA na amostra total, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 51

Tabela 10 - Comparação dos *T-scores* da SRS-2 entre os grupos TEA e não-TEA na subamostra AMAB (atribuídos ao sexo masculino ao nascer), Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 52

Tabela 11 - Comparação dos *T-scores* da SRS-2 entre os grupos TEA e não-TEA na subamostra AFAB (atribuídos ao sexo feminino ao nascer), Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 53

Tabela 12 - Distribuição dos níveis de gravidade da SRS-2 nos grupos TEA e não-TEA, comparando as correções normativas por sexo atribuído e por gênero identificado, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 54

Tabela 13 - Comparação do desempenho cognitivo entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 55

Tabela 14 - Distribuição da classificação do QI Total entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 55

Tabela 15 - Diagnósticos psiquiátricos de acordo com a K-SADS nos grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 57

Tabela 16 - Histórico clínico, uso de medicação e antecedentes familiares nos grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 61

Tabela 17 - Comparação do histórico gestacional entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025 62

## LISTA DE ABREVIATURAS

ADOS-2 - *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition*

ADI-R - *Autism Diagnostic Interview-Revised*

AFAB - indivíduos designados feminino ao nascer

AMAB - indivíduos designados masculino ao nascer

CID-10 - 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

CID-11 - 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

DG - Disforia de Gênero

DSM-5-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição Revisada

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IG - Incongruência de Gênero

K-SADS - *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children, Present and Lifetime Version, DSM-5 Update*

OMS - Organização Mundial da Saúde

PROTIG - Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero

SPIA - Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência

SRS-2 - Escala de Responsividade Social, Segunda Edição

TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TEA - Transtorno do Espectro Autista

WASI - Escala Wechsler Abreviada de Inteligência

# SUMÁRIO

**1. Apresentação ..... 16**

**2. Introdução ..... 18**

2.1 Justificativa ..... 19

2.2 Objetivos ..... 19
2.2.1 Objetivos Gerais ..... 19
2.2.2 Objetivos Específicos ..... 20

**3. Revisão da Literatura ..... 21**

3.1 Conceitualizando sexo e gênero ..... 21
3.2.1 Desenvolvimento e trajetórias ..... 22
3.2.2 O Diagnóstico como Ferramenta de Acesso ..... 22
3.2.3 As mudanças nos manuais diagnósticos ..... 23
3.2.4 Epidemiologia da Diversidade de Gênero na Juventude ..... 24
3.2.5 Vulnerabilidades e saúde mental ..... 24
3.2.6 Contexto Brasileiro e Regulamentações Vigentes ..... 25

3.3 Neurodiversidade e Transtorno do Espectro Autista ..... 25
3.3.1 Evolução Conceitual: do Modelo Médico à Neurodivergência ..... 25
3.3.2. Manifestações Fenotípicas e Desafios Diagnósticos ..... 26
3.3.3. Diagnóstico Padrão-Ouro: Rigor Metodológico e Avaliação Clínica ..... 26
3.3.4. Panorama Epidemiológico ..... 27
3.3.5. Comorbidades, Vulnerabilidades e Saúde Mental no Espectro ..... 27

3.4 Interseção entre Transtorno do Espectro Autista e Incongruência de Gênero 28
3.4.1 Desafio diagnóstico ..... 28
3.4.2 Particularidades Clínicas e Saúde Mental ..... 28
3.4.3 Estudos de prevalência: subestimação ou superestimação? ..... 29

**4. Metodologia ..... 31**

4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão ..... 31

4.2 Variáveis e Instrumentos do Estudo ..... 31
4.2.1 Fator em estudo: Incongruência de Gênero ..... 31
4.2.2 Medida de desfecho: Transtorno do Espectro Autista ..... 32
4.3.3 Traços Autísticos ..... 33
4.2.4 Dados Sociodemográficos e História Clínica ..... 34
4.2.5 Comorbidades Psiquiátricas Passadas e Atuais ..... 34
4.2.6 Quociente de Inteligência Estimado (QI) ..... 35
4.2.7 Avaliação do Desenvolvimento Puberal ..... 35

4.3 Tamanho da Amostra ..... 36

4.4 Considerações Éticas ..... 37

4.5 Análise estatística ..... 37

**5. Resultados ..... 40**

5.1 Características sociodemográficas ..... 41

5.2 Identidade de Gênero e Desenvolvimento Puberal ..... 44

5.3 Diagnóstico de TEA (Instrumentos Padrão-Ouro) ..... 47

5.4 Perfil de Comportamento Social e Rastreio de Traços Autísticos ..... 49

5.5 Avaliação do Funcionamento Intelectual .....54
5.6 Perfil de Saúde Mental e Condições Psiquiátricas Coexistentes.....56
5.7 Histórico clínico, farmacoterapia e antecedentes familiares .....60
5.8 Intercorrências Gestacionais e Perinatais.....62
**6. Discussão ..... 63**
6.1 Rigor Metodológico e a Prevalência do "Padrão-Ouro" .....63
6.2 A Sobreposição Fenomenológica e o "Diagnostic Overshadowing" .....64
6.3 Perfil Cognitivo: Médias Comparáveis vs. Heterogeneidade Clínica .....64
6.4 Perfil Clínico e a Singularidade da Fobia Específica .....65
6.5 Histórico Familiar e o “Efeito de Proteção” .....66
6.6 Viés de Serviço e a Invisibilidade da Não-Binariedade.....67
6.7 Limitações .....68
**7. Conclusão..... 69**
**8. Referências bibliográficas ..... 70**
**ANEXO A – ARTIGO CIENTÍFICO ..... 77**
**ANEXO B – CAPÍTULO DE LIVRO ..... 110**

## 1. Apresentação

A trajetória deste projeto de mestrado teve como ponto de partida a experiência clínica prática do atendimento de crianças e adolescentes que apresentavam a coocorrência entre diversidade de gênero e autismo. A observação frequente dessa interseção, acompanhada muitas vezes de complexos desafios no diagnóstico diferencial e no manejo terapêutico, motivou a busca por um embasamento científico mais rigoroso.

Previamente ao ingresso formal no Mestrado acadêmico, em 2023, a proposta inicial, fundamentada nessas inquietações clínicas, foi selecionada e discutida no *Helmut Remschmidt Research Seminar* (HRRS) da *International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions* (IACAPAP). Este seminário, que tem como objetivo a formação de lideranças em pesquisa, permitiu o refinamento metodológico do projeto sob a mentoria de especialistas mundiais. Posteriormente, já no primeiro ano de mestrado (2024), os desdobramentos deste trabalho foram apresentados em formato de pôster no Congresso Mundial da IACAPAP, realizado no Rio de Janeiro, consolidando a inserção desta pesquisa no debate acadêmico contemporâneo sobre saúde mental e diversidade.

Esta dissertação é o resultado de uma investigação aprofundada sobre a interseção entre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a Incongruência de Gênero (IG), fundamentada em uma coleta de dados rigorosa e inédita. Como frutos desse trabalho, foram desenvolvidos dois produtos complementares que sintetizam os achados e as reflexões deste percurso: um artigo científico original, submetido na revista Journal of Autism and Developmental Disorders, e um capítulo de livro, atualmente em processo de publicação.

O primeiro trabalho é o artigo original intitulado *"Autism Spectrum Disorder Prevalence Among Youth with Gender Incongruence in a Specialized Gender Identity Program in Brazil",* que constitui o núcleo empírico da dissertação e representa um marco metodológico (ANEXO A). Este é o primeiro estudo mundial a utilizar os instrumentos padrão-ouro *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition* (ADOS-2) e *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R), para estimar a prevalência de TEA em jovens com IG. Nele, exploramos não apenas os números, mas as particularidades clínicas e o perfil cognitivo dessa população.

Em diálogo com os achados práticos, a dissertação também deu origem ao capítulo de livro *'Neurodiversidade e diversidade de sexo e gênero: diferenças e interseções'* (ANEXO B). Enquanto o estudo empírico investiga a prevalência de TEA em uma amostra de jovens que buscam afirmação de gênero, o capítulo explora a diversidade de gênero dentro do espectro autista. Nele, discutem-se os conceitos fundamentais de neurodiversidade e os marcos históricos da assistência à saúde de pessoas transgênero, fornecendo a base conceitual necessária para compreender como a variabilidade de gênero se manifesta em indivíduos neurodivergentes.

Dessa forma, a presente dissertação não apenas apresenta dados epidemiológicos, mas também estabelece a base teórica e histórica necessária para uma compreensão integrada e humana dessa população.

## 2. Introdução

A coocorrência entre a Incongruência de Gênero (IG) e o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um tema que tem ganhado destaque na psiquiatria da infância e adolescência contemporânea. Embora a literatura documente uma frequência de diagnósticos coexistentes superior à encontrada na população geral, a identificação precisa de TEA em jovens com diversidade de gênero permanece um desafio clínico. Esse cenário é frequentemente marcado pelo fenômeno do "ofuscamento diagnóstico" (*diagnostic overshadowing*), no qual os sintomas de uma condição são atribuídos erroneamente à outra (1,2). A interseção entre IG e TEA apresenta desafios diagnósticos singulares, pois traços de ambas as condições podem se confundir ou mascarar mutuamente, elevando o risco de desfechos negativos em saúde mental (1).

A literatura atual apresenta estimativas de prevalência de TEA em jovens com IG que variam drasticamente conforme a metodologia empregada, oscilando entre 1,03% e 13,3% em estudos baseados em revisões de prontuários ou autorrelatos (3,4,5), e alcançando índices de até 68% quando utilizados instrumentos de rastreamento como a Escala de Responsividade Social, Segunda Edição (SRS-2) (6,7). No entanto, essa disparidade revela uma lacuna metodológica crítica: enquanto revisões retrospectivas tendem a subestimar a neurodivergência, escalas de rastreio focadas em comportamento social podem inflar resultados ao não diferenciarem traços autistas de sintomas reativos ao estresse de minoria (8). Somado a isso, as raras investigações que aplicaram entrevistas semiestruturadas são baseadas predominantemente em relatos de informantes ou amostras sintomáticas restritas (9,10), carecendo de uma avaliação clínica direta e padronizada que permita estabelecer uma estimativa de prevalência de IG definitiva em jovens com IG. Para além das limitações técnicas globais, subsiste uma lacuna de representatividade regional marcada pela ausência desses dados na América do Sul, o que dificulta uma compreensão precisa dessa coocorrência em contextos socioculturais e assistenciais distintos.

Diante desse cenário, a presente dissertação propõe-se a investigar essa interseção no contexto brasileiro. O objetivo central foi estimar a prevalência de TEA em jovens atendidos em um serviço especializado de identidade de gênero no sul do Brasil, utilizando, de forma inédita nesta região e no mundo, instrumentos padrão-

ouro, ADOS-2 e ADI-R combinados à avaliação clínica, visando oferecer uma compreensão mais profunda e precisa dessa trajetória de desenvolvimento.

## 2.1 Justificativa

A ausência de um processo diagnóstico rigoroso em pesquisas anteriores pode enviesar os dados, seja pela superestimação de traços via escalas de rastreamento ou pela subestimação em revisões de prontuários e amostragem apenas de casos sintomáticos (1). Tais discrepâncias podem surgir não apenas de diferenças metodológicas, mas também de desafios clínicos na identificação de TEA quando estes coexistem com a IG. A possibilidade de uma condição obscurecer os sintomas de outra sugere que as taxas de prevalência atuais podem estar subestimadas em contextos que carecem de protocolos diagnósticos ativos e padronizados (2). Portanto, há uma necessidade urgente de investigações que utilizem instrumentos diagnósticos validados e múltiplos informantes para esclarecer a verdadeira prevalência dessa coocorrência (11). Além dessas limitações metodológicas, permanece uma lacuna geográfica marcante na literatura, com a ausência de publicações que abordem a interseção entre TEA e IG na América do Sul.

Nesse sentido, o presente estudo visa preencher uma lacuna significativa ao ser o primeiro a utilizar instrumentos padrão-ouro duplos, combinando observação direta, via ADOS-2 e a história desenvolvimental por meio da ADI-R, integrados à avaliação clínica soberana para o diagnóstico de TEA em jovens com diversidade de gênero. Essa investigação assume também um caráter pioneiro ao propor-se a descentralizar a produção de conhecimento, fornecendo dados inéditos sobre uma população atendida em um serviço especializado no Sul do Brasil.

## 2.2 Objetivos

### 2.2.1 Objetivos Gerais

Estimar a prevalência de TEA em crianças e adolescentes atendidos em um serviço especializado em identidade de gênero no Sul do Brasil, utilizando instrumentos de diagnóstico padrão-ouro (ADOS-2 e ADI-R) combinados com a avaliação clínica detalhada.

### 2.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência de diagnósticos de TEA na amostra de jovens com diversidade de gênero, utilizando o protocolo padrão-ouro (ADOS-2 e ADI-R).
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da população estudada, incluindo variáveis como idade, sexo atribuído ao nascimento, identidade de gênero, trajetória de transição social e presença de outras psicopatologias.
- Caracterizar a prevalência de comorbidades psiquiátricas em ambos os grupos (TEA e não-TEA), verificando se a presença de neurodivergência está associada a um maior ônus em saúde mental.
- Avaliar a concordância entre os diferentes métodos diagnósticos, analisando as possíveis divergências entre os resultados da observação direta (ADOS-2) e da entrevista de história de desenvolvimento (ADI-R).
- Comparar os perfis sociodemográficos e clínicos entre o grupo de jovens que preencheram critérios para TEA e o grupo que não preencheu (não-TEA), buscando identificar particularidades em variáveis como idade, histórico escolar e trajetórias de gênero.

## 3. Revisão da Literatura

### 3.1 Conceitualizando sexo e gênero

O sexo atribuído ao nascimento compreende a confluência de indicadores biológicos — como o perfil cromossômico, a configuração das gônadas e a morfologia das genitálias interna e externa — estabelecidos no momento do parto. Embora tradicionalmente segmentado nas categorias binárias (masculino e feminino) ou na classificação intersexo (indivíduos cujas características biológicas não se alinham estritamente aos padrões típicos de dimorfismo sexual), esse conceito é reconhecido como um constructo complexo. Sob uma ótica afirmativa, a utilização dos termos "designado" ou "atribuído" é preferível, pois sublinha que tal classificação inicial é uma convenção externa que pode não corresponder à identidade de gênero desenvolvida pelo sujeito ao longo da vida (12).

Complementarmente, o gênero constitui um constructo sociocultural abrangente que engloba as identidades, os papéis e as expectativas normativas imputadas a homens, mulheres e pessoas não binárias. Trata-se de uma experiência multidimensional e historicamente situada, cujas manifestações e interpretações variam entre diferentes culturas, compreendendo uma vasta gama de vivências, como a cisgeneridade, a transgeneridade e a não binariedade (12).

Por outro lado, a identidade de gênero diz respeito às convicções internas e ao autorreconhecimento do indivíduo, podendo coincidir ou divergir do sexo atribuído no nascimento. Pessoas que apresentam essa divergência são denominadas transgêneras, enquanto o termo cisgênero é reservado para aquelas cuja identidade está em consonância com a designação natal. A identidade de gênero emerge de uma complexa interdependência entre fatores biopsicossociais e históricos, podendo apresentar fluidez ao longo do tempo (12).

A exteriorização desse gênero em relação às normas vigentes é denominada expressão de gênero, manifestando-se por meio da indumentária, da linguagem, da prosódia e da adoção de nomes e pronomes. Essa expressão é dinâmica e varia conforme o contexto e o desejo individual, refletindo níveis distintos de masculinidade, feminilidade, neutralidade (atuação que evita marcadores binários na apresentação pessoal) ou não binariedade (identidades que não se restringem aos polos homem/mulher, podendo fundi-los ou rejeitá-los) (12).

## 3.2 Identidade de Gênero na Infância e Adolescência

### 3.2.1 Desenvolvimento e trajetórias

O desenvolvimento da identidade de gênero é um processo dinâmico que se inicia ainda nos primeiros anos de vida. Evidências da psicologia do desenvolvimento indicam que essa percepção emerge de forma escalonada: aos seis meses, bebês já discriminam faces; por volta do primeiro ano, associam vozes a esses rostos; e, próximo ao segundo aniversário, começam a manifestar preferências por objetos e pares que se alinham à sua identidade (13). Aos três anos, a maioria das crianças já identifica seu gênero de forma clara e consistente, utilizando conhecimentos de estereótipos sociais para guiar suas escolhas de vestimentas, brincadeiras e atividades, por exemplo (14). Estudos demonstram que a diversidade de gênero pode ser observada e identificada com a mesma consistência cronológica em crianças com diversidade de gênero (13,14).

Na puberdade, o desenvolvimento da identidade de gênero ganha novas camadas de complexidade devido a uma maturação biopsicossocial assíncrona. Enquanto as transformações físicas e hormonais ocorrem de forma acelerada, os sistemas neurais vinculados ao controle executivo e à regulação emocional permanecem em desenvolvimento até o início da idade adulta. Nesse cenário, a adolescência consolida-se como um período crítico para a exploração da autonomia e a busca por reconhecimento social, em que o surgimento de caracteres sexuais secundários pode atuar como um catalisador de sofrimento ou como um marco para a afirmação de trajetórias de diversidade de gênero (12).

### 3.2.2 O Diagnóstico como Ferramenta de Acesso

A diversidade de gênero se manifesta por meio de vivências subjetivas que moldam a identidade ou expressão do indivíduo em graus variados, sem que haja a necessidade de diagnósticos ou intervenções médicas (15, 16). Nesse contexto, é fundamental distinguir a experiência da diversidade de gênero, termo que abrange a vasta gama de identidades e expressões que transcendem as normas binárias e a cisgeneridade, da categoria diagnóstica formal. Enquanto a diversidade de gênero é compreendida como uma variação natural da experiência humana, as classificações nosológicas, como a Incongruência de Gênero (IG) na CID-11, operam como ferramentas institucionais e operacionais.

Sob uma ótica afirmativa, a utilização do diagnóstico de IG não visa patologizar ou validar a autenticidade da identidade do jovem, mas funciona como uma chave de acesso aos protocolos de cuidado e direitos à saúde (12,15,17). Dessa forma, embora a diversidade de gênero seja o conceito central que respeita a subjetividade e a trajetória do indivíduo, o termo incongruência de gênero é adotado neste estudo por sua precisão técnica e utilidade clínica, permitindo o ingresso formal em redes de assistência multidisciplinar voltadas à promoção do bem-estar e à redução do sofrimento psíquico.

### 3.2.3 As mudanças nos manuais diagnósticos

As mudanças nos critérios diagnósticos acompanham um movimento global pela despatologização da diversidade de gênero. Na Incongruência de Gênero (IG), conforme definida pela 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS), classificação mais recente, existe uma disparidade acentuada entre o gênero experienciado ou expresso e o sexo atribuído ao nascimento. Anteriormente catalogada como um transtorno mental, a IG foi realocada, em 2022, para o capítulo de condições relacionadas à saúde sexual. O diagnóstico é estabelecido independentemente do sofrimento, o que significa que a presença de angústia ou prejuízo funcional não é um requisito mandatório. Já na Disforia de Gênero (DG), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição Revisada (DSM-5-TR), a incongruência resulta necessariamente em sofrimento clinicamente significativo, demandando cuidados especializados (15,16,17).

Crianças com IG frequentemente se envolvem em brincadeiras de faz-de-conta ou fantasias com brinquedos e atividades tipicamente associados à sua identidade de gênero. O diagnóstico de IG pela CID-11 exige que a incongruência persista por aproximadamente dois anos, enquanto a DG pelo DSM-5-TR requer uma duração mínima de seis meses (15,16). Tais jovens podem apresentar formas variadas de expressão, desde identidades não binárias e gênero fluido até um desejo persistente por características físicas que alinhem o corpo ao gênero experienciado. Em última análise, o desenvolvimento da identidade de gênero é heterogêneo: para alguns, permanece fixo e se manifesta precocemente, enquanto para outros, emerge através de um processo gradual de autodescoberta (12).

A avaliação da IG na juventude é essencialmente clínica e demanda uma equipe multidisciplinar. O processo diagnóstico envolve explorar a profundidade da incongruência e eventuais sofrimentos associados, descartando sistematicamente fatores de confusão e estabelecendo diagnósticos diferenciais (12). Contudo, a literatura sobre psicopatologia em crianças e adolescentes com IG ainda é incipiente e baseia-se majoritariamente em revisões de prontuários. Nesta população, a IG está associada a um risco elevado de transtornos psiquiátricos, tais como depressão e ansiedade, o que amplia a complexidade do diagnóstico (16,18).

### 3.2.4 Epidemiologia da Diversidade de Gênero na Juventude

Dados epidemiológicos sobre a prevalência da IG são complexos devido ao imbróglio conceitual refletido na transição de categorias diagnósticas, como o Transtorno de Identidade de Gênero da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), para as classificações atuais. A heterogeneidade metodológica — como a distinção entre sentimentos transitórios de incongruência e critérios diagnósticos plenos — contribui para variações significativas nas prevalências relatadas. Somado a isso, o aumento da visibilidade social pode influenciar as taxas de autoidentificação. Estimativas atuais sugerem uma prevalência na juventude entre 0,5% e 1,3% na população geral (15,16,19).

### 3.2.5 Vulnerabilidades e saúde mental

Paralelamente a esses desafios epidemiológicos, a literatura científica evidencia vulnerabilidade na saúde mental de jovens com diversidade de gênero, observando-se uma frequência de diagnósticos coexistentes superior à encontrada na população geral. No entanto, é importante ressaltar que grande parte dessas taxas, incluindo transtornos depressivos (31,6%-78,5%), de ansiedade (11,8%-63,3%) e TDAH (4,7%-21,2%), foi estimada predominantemente por meio de revisões de prontuários e relatos retrospectivos, métodos que podem subestimar ou simplificar a complexidade diagnóstica (3,5,10,20,21,22). Somado a isso, a prevalência de comportamentos autolesivos e suicidas são preocupantes, com a ideação suicida alcançando 74,7%, o histórico de tentativas de suicídio variando entre 12% e 30,4% e de autolesão de 30,5% a 55.7% de jovens com IG (3,10,23,24,25). Tais dados reforçam a aplicação do modelo de estresse de minoria para compreender essas

trajetórias, ressaltando a urgência de protocolos de rastreamento e suporte psiquiátrico em centros de referência.

#### 3.2.6 Contexto Brasileiro e Regulamentações Vigentes

No cenário brasileiro, até março de 2025, a hormonioterapia de afirmação de gênero era permitida para adolescentes a partir dos 16 anos, mediante pelo menos dois anos de acompanhamento multidisciplinar. Nesse intervalo, a supressão puberal era restrita a protocolos de pesquisa. Entretanto, a partir de abril de 2025, uma nova regulamentação proibiu a administração de hormônios sexuais para indução de caracteres secundários em menores de 18 anos. Além disso, o uso de bloqueadores de puberdade em protocolos de pesquisa foi vetado, mantendo-se a proibição de seu uso na assistência clínica (26).

## 3.3 Neurodiversidade e Transtorno do Espectro Autista

### 3.3.1 Evolução Conceitual: do Modelo Patologizante à Neurodivergência

Assim como observado nas entidades nosológicas ligadas à identidade de gênero, o entendimento sobre o TEA tem passado por mudanças profundas. A consolidação do diagnóstico no DSM-5 (2013) e na CID-11 (2022) unificou categorias anteriormente segmentadas (como o Autismo Infantil e a Síndrome de Asperger) sob o conceito de espectro, enfatizando a dimensionalidade da condição (15,16). Paralelamente, a emergência do paradigma da neurodiversidade propõe que o autismo deixe de ser compreendido estritamente como uma entidade nosológica definida por déficits para ser reconhecido como uma variação natural e intrínseca do funcionamento neurológico humano (27,28).

Essa mudança de perspectiva tem implicações profundas na prática médica e de pesquisa, ao promover um deslocamento do foco na "patologia e cura" para o reconhecimento da identidade neurodivergente. Sob essa nova ótica, as formas atípicas de processamento sensorial, social e cognitivo são validadas como diferenças que exigem suportes individualizados e intervenções voltadas à funcionalidade e à qualidade de vida, em vez da correção de comportamentos para a mimetização da neurotipicidade (27,29). Embora o autismo seja compreendido neste estudo sob a perspectiva da neurodiversidade, como uma variação intrínseca da

identidade e do funcionamento humano, adota-se a descrição clínica e os critérios diagnósticos de TEA para estabelecer parâmetros objetivos de identificação e garantir o rigor metodológico necessário à pesquisa.

### 3.3.2. Manifestações Fenotípicas e Desafios Diagnósticos

O TEA é definido por déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, manifestando-se como dificuldades na reciprocidade socioemocional, na comunicação não verbal e na manutenção de relacionamentos. Para o diagnóstico, também são necessários padrões restritos e repetitivos de interesses e comportamentos, como movimentos motores estereotipados, adesão inflexível a rotinas e hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais. Os sintomas devem estar presentes desde as fases iniciais do desenvolvimento (15,16). Sob uma ótica neuroafirmativa, essas características representam um estilo de funcionamento cognitivo que, embora possa gerar desafios em ambientes projetados para a neurotipicidade, constitui a base da identidade do sujeito (28,29).

Em muitos casos, fechar o diagnóstico pode ser desafiador. Por se tratar de um espectro, a intensidade e a combinação de sintomas variam amplamente. Além disso, as manifestações podem mudar ao longo do tempo conforme as demandas sociais evoluem (15,16). Mecanismos compensatórios, conhecidos como *masking*, são frequentemente desenvolvidos, especialmente por meninas, para camuflar dificuldades de comunicação social (30).

### 3.3.3. Diagnóstico Padrão-Ouro: Rigor Metodológico e Avaliação Clínica

O diagnóstico do TEA é clínico e baseia-se nos critérios operacionais do DSM-5-TR e da CID-11, exigindo uma anamnese detalhada do histórico de neurodesenvolvimento (15,16,31). O diagnóstico precoce é vital para o prognóstico, e embora escalas de rastreio auxiliem na identificação de sinais e no encaminhamento especializado, não são suficientes para determinar o diagnóstico por si sós (31).

Atualmente, o padrão-ouro para o diagnóstico de TEA é a combinação da ADOS-2 e da ADI-R. A ADOS-2 consiste em uma sessão de observação e interação semiestruturada, enquanto a ADI-R é uma entrevista com o cuidador principal. Juntos, possuem alta sensibilidade e especificidade para uso clínico e em pesquisa (32,33).

### 3.3.4. Panorama Epidemiológico

Dados atuais indicam que as estimativas de prevalência do TEA apresentam variações significativas, influenciadas tanto pela localização geográfica quanto pela metodologia de vigilância adotada. Nos Estados Unidos, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) registrou um aumento expressivo, saltando de 0,67% em 2000 para 3,22% em 2022. Em contraste, perspectivas globais oferecem números mais conservadores; o estudo *Global Burden of Disease* (GBD) reporta uma prevalência estável de 0,79%, valor condizente com metanálises recentes que situam a média mundial entre 0,6% e 1% (34,35). No cenário nacional, o Censo de 2025 revelou uma prevalência de 1,5% (36). Já em amostras clínicas de saúde mental infantil, essas taxas são consistentemente mais elevadas, variando entre 6,1% e 10,3%, a depender do rigor metodológico e dos instrumentos diagnósticos utilizados (37,38).

Essas disparidades estatísticas não indicam necessariamente um aumento real no número de casos, mas refletem os desafios metodológicos na obtenção de dados precisos. Conforme aponta a literatura, essa variabilidade é atribuída principalmente às atualizações nos critérios diagnósticos (como a unificação no conceito de espectro), à heterogeneidade das ferramentas de triagem e às desigualdades no acesso a instrumentos de diagnóstico especializado (39,40).

### 3.3.5. Comorbidades, Vulnerabilidades e Saúde Mental no Espectro

As comorbidades psiquiátricas são recorrentes em indivíduos autistas, apresentando taxas significativamente superiores às da população geral. Estudos indicam que a ansiedade atinge até 25% deste grupo, enquanto a depressão possui uma prevalência de cerca de 18% (31). Além destas, a coocorrência com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é comum, afetando entre 30% a 50% dos indivíduos no espectro (16,31).

Adicionalmente, crianças e adolescentes no espectro apresentam uma vulnerabilidade elevada ao comportamento suicida e autolesivo (16). Sob a ótica da neurodiversidade, estas vulnerabilidades são frequentemente vistas como consequências do "stress de minoria" e da exaustão decorrente de mecanismos de camuflagem social (*masking*). A pressão para mimetizar comportamentos

neurotípicos e a falta de suportes ambientais adequados exacerbam o sofrimento psíquico, tornando o cuidado em saúde mental uma prioridade para a promoção da qualidade de vida e redução de riscos (28,29).

## 3.4 Interseção entre Transtorno do Espectro Autista e Incongruência de Gênero

### 3.4.1 Desafio diagnóstico

A literatura científica contemporânea demonstra que a neurodivergência e a diversidade de gênero frequentemente coexistem, formando uma interseção que demanda um olhar clínico integrado. Nesse cenário, identificar a coocorrência de TEA em jovens com IG revela-se um processo de alta complexidade, permeado pelo fenômeno do “ofuscamento diagnóstico” (*diagnostic overshadowing*). Esse conceito refere-se à tendência de clínicos atribuírem indicadores clínicos ou padrões de funcionamento a um diagnóstico já estabelecido, o que, no contexto da interseção entre TEA e IG, pode ocorrer em duas direções (8,41).

Por um lado, o retraimento social e a rigidez cognitiva, traços fenotípicos tipicamente associados ao TEA, podem ser interpretados erroneamente apenas como manifestações do sofrimento gerado pela IG ou pelo estresse de minoria. Por outro lado, a expressão de uma identidade de gênero diversa em jovens autistas pode ser indevidamente reduzida a um "interesse restrito", a uma "obsessão" ou à própria rigidez de pensamento típica do espectro, deslegitimando a vivência identitária do sujeito (11,25).

### 3.4.2 Particularidades Clínicas e Saúde Mental

Clinicamente, a abordagem dessa coocorrência impõe desafios adicionais. A rigidez cognitiva e o pensamento concreto, marcas do perfil autista, podem dificultar a exploração fluida da identidade e a elaboração emocional de questões subjetivas (25,41). Somado a isso, a expressão social do gênero experienciado pode se tornar um obstáculo maior para esses jovens, dada a dificuldade intrínseca em navegar por expectativas interpessoais e convenções sociais de performance de gênero. Ademais, limitações na projeção de cenários futuros e na comunicação emocional podem atuar como barreiras para a plena compreensão dos impactos de longo prazo de intervenções como o bloqueio puberal ou a terapia hormonal (11).

Finalmente, é fundamental considerar o impacto desta interseção nos indicadores de saúde mental. A literatura recente aponta que a coocorrência entre TEA e IG predispõe a um prognóstico psiquiátrico mais severo, com uma incidência acentuada de psicopatologias e risco elevado de comportamento suicida (1). Este cenário reforça a necessidade de um olhar atento dos profissionais de saúde, uma vez que o estresse de minoria e as barreiras na comunicação emocional podem exacerbar o sofrimento psíquico e predispor a desfechos negativos.

### 3.4.3 Estudos de prevalência: subestimação ou superestimação?

Pesquisas baseadas prioritariamente em revisões retrospectivas de prontuários documentaram taxas de prevalência de TEA variando de 2,0% a 13,3% (3,5,21,22,23,24,25). De forma semelhante, estudos baseados em medidas de autorrelato ou relatos de cuidadores principais estimaram uma prevalência entre 1,03% e 12% (4,20,42). Uma limitação crítica dessas investigações é a ausência de um protocolo diagnóstico padronizado para TEA; muitas basearam-se em registros pré-existentes ou escalas de informante único, que podem não capturar a complexidade total da neurodivergência nesta população.

A SRS-2 tem sido o principal instrumento de rastreamento em estudos que investigam a interseção entre TEA e diversidade de gênero, com estimativas de prevalência variando de 22,1% a 68% (6,7,43). Por exemplo, Skagerberg et al. (2015) identificaram traços autistas elevados em 54,2% de sua amostra ao combinar escores da SRS-2 com relatos parentais, apesar de apenas 12% desses indivíduos possuírem um diagnóstico formal de TEA (42). No entanto, diversas limitações metodológicas recomendam cautela ao interpretar essas taxas elevadas. A SRS-2 foi projetada para capturar déficits no comportamento social recíproco — uma dimensão que não é patognomônica do TEA e pode ser encontrada em outras condições, como a ansiedade social (44). Além disso, para crianças e adolescentes, a SRS-2 baseia-se exclusivamente em relatos parentais, ignorando uma avaliação direta do paciente por um clínico (45). Criticamente, indivíduos com IG podem apresentar escores elevados em tais medidas devido aos efeitos do estresse de minoria, que reflete a carga psicossocial do estigma e da discriminação, em vez de déficits neurodesenvolvimentais inatos (8,46).

Outras ferramentas de rastreamento revelaram resultados igualmente variados: Shumer et al. (2016) relataram uma prevalência de 23% utilizando a

*Asperger Syndrome Diagnostic Scale*, enquanto van der Miesen et al. (2018) encontraram uma prevalência de 14,5% utilizando o *Children's Social Behavior Questionnaire* (47,48). Notadamente, esses estudos também dependeram de escalas relatadas pelos pais sem avaliação clínica direta, destacando uma lacuna metodológica significativa na literatura existente quanto ao uso de instrumentos diagnósticos padrão-ouro.

Em contraste, é notável a escassez de estudos que utilizaram instrumentos padrão-ouro. Identificamos um estudo que utilizou a versão holandesa da *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders - 10th revision* (DISCO-10) (9). Embora a DISCO-10 seja uma entrevista semiestruturada abrangente, ela baseia-se exclusivamente na história desenvolvimental e comportamental fornecida por informantes, carecendo de um exame direto do paciente (49). Além disso, De Vries e colegas (2010) avaliaram apenas um subgrupo de 26 indivíduos (12,7%) que já apresentavam suspeita de TEA dentro de sua a

mostra maior de 204 jovens com IG. Embora 16 desses indivíduos tenham preenchido os critérios para TEA (7,8% da amostra total), o rastreamento apenas de casos sintomáticos impede uma estimativa de prevalência definitiva, pois outros casos dentro da coorte podem ter permanecido não detectados (9). Da mesma forma, Khatchadourian et al. (2014) relataram uma prevalência de 7% com base em avaliação clínica; contudo, seu relato carecia de um protocolo padronizado, deixando imprecisos os detalhes de seu processo diagnóstico (10).

## 4. Metodologia

Este é um estudo transversal que teve como objetivo avaliar a prevalência de TEA, utilizando os instrumentos ADOS-2, ADI-R e entrevista clínica, em uma amostra de crianças e adolescentes com IG acompanhados no Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero (PROTIG) do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), de março de 2024 a fevereiro de 2025. O PROTIG é um centro de referência na América Latina para estudos sobre IG e sexualidade. Fundado em 1998, é um programa ambulatorial que oferece cuidado integral a crianças, adolescentes e adultos em Porto Alegre e região metropolitana.

### 4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os pacientes elegíveis para este estudo são aqueles acompanhados no PROTIG, com idade entre 6 e 18 anos incompletos, que preencham os critérios da CID-11 (HA61) para Incongruência de Gênero. Independentemente da faixa etária, os participantes também deveriam preencher os critérios diagnósticos do DSM-5-TR para Disforia de Gênero. Foram excluídos da pesquisa crianças e adolescentes incapazes de deambular de forma independente, ou aqueles com deficiências auditivas ou visuais que pudessem interferir na administração das tarefas da ADOS-2. Além disso, casos sem acesso a informações sobre o neurodesenvolvimento (por exemplo, crianças adotadas sem registros de desenvolvimento) também não foram incluídos.

### 4.2 Variáveis e Instrumentos do Estudo

#### 4.2.1 Fator em estudo: Incongruência de Gênero

A Incongruência de Gênero foi avaliada por meio de entrevistas clínicas realizadas por dois psiquiatras da infância e adolescência (EBB e LD) de acordo com os critérios da CID-11 para IG (HA61) e critérios do DSM-5-TR para Disforia de Gênero. Os casos foram discutidos com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, pediatra e um psiquiatra da infância e adolescência sênior. No presente estudo, o termo IG foi escolhido para descrever essa condição, pois é comum que crianças apresentem incongruência sem disforia (12,16).

### 4.2.2 Medida de desfecho: Transtorno do Espectro Autista

O diagnóstico de TEA foi avaliado por meio da ADOS-2, da ADI-R e avaliação clínica, constituiu o desfecho principal deste estudo.

A ADOS-2 é uma avaliação semiestruturada que envolve sessões baseadas no brincar ou entrevistas com o paciente, determinadas pela idade e pelo nível de comunicação do indivíduo. As aplicações da ADOS-2 foram gravadas em vídeo, mediante autorização prévia do participante e de seu responsável, sendo posteriormente analisadas e pontuadas de forma independente por dois examinadores (EB e LD). Os participantes foram avaliados utilizando os módulos 3 ou 4, de acordo com sua idade e nível de linguagem. Para a classificação diagnóstica categórica (positivo/negativo), seguiu-se rigorosamente o algoritmo oficial de cada módulo: no Módulo 3, utilizou-se o ponto de corte total ≥9; no Módulo 4, os pontos de corte foram ≥10 para o escore total, ≥3 para Comunicação e ≥6 para Interação Social Recíproca. As subescalas de Comunicação e Interação Social Recíproca são componentes formais do algoritmo apenas no Módulo 4. No entanto, para permitir a padronização e a comparação estatística dos escores entre os grupos (TEA vs. não-TEA), os valores dessas subescalas foram calculados e incluídos de forma dimensional para todos os participantes, independentemente do módulo aplicado.

A ADI-R é uma entrevista semiestruturada, conduzida por um profissional treinado com o cuidador principal, que avalia o neurodesenvolvimento e o comportamento durante a infância. A entrevista foca em quatro domínios funcionais principais: (A) Anormalidades Qualitativas na Interação Social Recíproca; (B) Anormalidades Qualitativas na Comunicação; (C) Padrões de Comportamento Restritos, Repetitivos e Estereotipados; e (D) Alterações no Desenvolvimento. Para o diagnóstico de TEA de acordo com a ADI-R, as pontuações devem atingir ou exceder os limiares diagnósticos especificados para cada domínio (A≥10, B≥8 para indivíduos verbais e C≥3), além de apresentar evidências de anormalidades de desenvolvimento aos 36 meses de idade ou antes (Domínio D≥1).

Ambos os instrumentos, ADOS-2 e ADI-R, foram adaptados para o português brasileiro (50,51). O uso combinado da ADI-R e da ADOS-2 é atualmente considerado o padrão-ouro para o diagnóstico de TEA, embora não defina o nível de gravidade. O presente estudo adotou um procedimento de avaliação independente e cega, conduzido por dois psiquiatras da infância e adolescência devidamente treinados (EB

e LD). Para cada participante, os instrumentos foram administrados por examinadores diferentes, garantindo que o responsável pela aplicação da ADOS-2 não tivesse acesso aos dados colhidos na ADI-R, e vice-versa.

Para assegurar a fidedignidade diagnóstica, todas as sessões foram gravadas em vídeo. Somente após a finalização de todas as avaliações do estudo, cada psiquiatra revisou as gravações e pontuou, de forma independente e cega, as sessões que não havia administrado pessoalmente. A confiabilidade interexaminadores foi analisada por meio do coeficiente Kappa de Cohen. Nos casos em que foram detectadas discrepâncias nos escores atribuídos, os examinadores realizaram uma revisão técnica conjunta e uma retificação consensual dos itens dos algoritmos, assegurando a uniformidade dos critérios e a precisão das pontuações finais.

Após a conclusão das etapas de testagem padronizada, o diagnóstico final foi estabelecido mediante consenso clínico. Dois psiquiatras da infância e adolescência com experiência na área conduziram uma avaliação abrangente, integrando os achados psicométricos da ADOS-2 e da ADI-R às observações clínicas, em estrita conformidade com os critérios diagnósticos para TEA previstos na CID-11 e no DSM-5-TR. Visando assegurar a acurácia diagnóstica e dirimir dúvidas em apresentações de maior complexidade, todos os casos foram revisados e discutidos com uma equipe multidisciplinar.

Com base no desfecho dessa avaliação, a amostra foi estratificada em dois grupos para fins de análise comparativa: o grupo TEA, composto pelos participantes que preencheram os critérios diagnósticos formais para o transtorno, e o grupo não-TEA, constituído por aqueles que não atingiram o limiar diagnóstico para o espectro autista nas avaliações realizadas. Ressalta-se que o uso dessas nomenclaturas ao longo deste trabalho visa à clareza na exposição dos dados epidemiológicos e clínicos, sem a intenção de patologizar a identidade neurodivergente, mas de identificar as particularidades diagnósticas e de suporte dentro da população atendida.

### 4.3.3 Traços Autísticos

A SRS-2 avalia traços autísticos em indivíduos desde os dois anos e meio de idade até a vida adulta. Mede quantitativamente prejuízos na socialização, comunicação, comportamentos repetitivos e interesses restritos, permitindo a

classificação em níveis de gravidade (45; 52). O questionário para idade escolar foi preenchido online pelo cuidador principal. Esta escala foi validada para o português brasileiro (53). Os resultados foram analisados e os escores brutos foram convertidos em Escores T. Para garantir a precisão clínica em uma amostra de jovens com diversidade de gênero, os dados foram calculados e conferidos considerando tanto o sexo atribuído ao nascimento quanto a identidade de gênero autodeclarada de cada participante. Os Escores T permitem a classificação dos sujeitos de acordo com o nível de prejuízo clínico na interação social:

- Escore T ≤ 59: Dentro dos limites normais (Ausência de sintomas clinicamente significativos).
- Escore T 60 – 65: Grau Leve (Sintomas situacionais ou leves, indicando um impacto discreto na interação social).
- Escore T 66 – 75: Grau Moderado (Prejuízo clinicamente significativo na interação social recíproca).
- Escore T ≥ 76: Grau Grave (Prejuízo severo e interferência marcante na interação social e na comunicação diária).

#### 4.2.4 Dados Sociodemográficos e História Clínica

Dados sociodemográficos e clínicos foram obtidos através de entrevistas estruturadas e revisão de prontuários. Foram coletadas informações sobre: idade, sexo atribuído ao nascimento, identidade de gênero, etnia, status de adoção e histórico escolar (abrangendo tipo de escola e histórico de reprovação). Quanto à trajetória de gênero, investigou-se a idade em que o comportamento de diversidade de gênero foi notado pela primeira vez (pela criança e pelo cuidador principal) e o estágio da transição social. As variáveis familiares e de desenvolvimento compreenderam a idade, escolaridade, estado civil e orientação sexual dos genitores, além do histórico gestacional, renda familiar e histórico de experiências adversas na infância (incluindo abuso sexual, negligência e maus-tratos).

#### 4.2.5 Comorbidades Psiquiátricas Passadas e Atuais

A presença e a gravidade de transtornos psiquiátricos foram investigadas por meio do *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children, Present and Lifetime Version, DSM-5 Update* (K-SADS). O K-SADS é uma entrevista semiestruturada que avalia desfechos psiquiátricos em crianças e

adolescentes no presente e ao longo da vida (54). As avaliações foram conduzidas por uma equipe de três psiquiatras da infância e adolescência com treinamento prévio no uso do instrumento, seguindo um protocolo de dupla validação: inicialmente, a entrevista foi aplicada por um examinador e, na sequência, os achados diagnósticos positivos foram revisados e validados clinicamente com a família por um segundo psiquiatra independente. Esse fluxo de trabalho foi desenhado para assegurar o consenso diagnóstico e minimizar potenciais vieses de interpretação individual.

#### 4.2.6 Quociente de Inteligência Estimado (QI)

O QI foi estimado utilizando a Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI). Esta escala compreende 4 subtestes e fornece o QI total, de execução e verbal. A WASI foi validada para o português brasileiro, e a avaliação foi conduzida por uma psicóloga treinada (55). A interpretação dos resultados seguiu a classificação padronizada de acordo com as faixas de pontuação: ≥ 130: Muito Superior; 120-129: Superior; 110-119: Médio Superior; 90-109: Médio; 80-89: Médio Inferior; 70-79: Limítrofe (*Borderline*); ≤ 69: Extremamente Baixo (Deficiência Intelectual, dependendo da avaliação funcional).

#### 4.2.7 Avaliação do Desenvolvimento Puberal

O Estadiamento de Tanner, ou Índice de Maturação Sexual, é um sistema de classificação objetiva utilizado para analisar o desenvolvimento de características sexuais secundárias em crianças durante a puberdade (56). O desenvolvimento físico dos participantes foi classificado de acordo com o estadiamento de Tanner, que fornece uma medida objetiva da maturação sexual por meio da avaliação das características sexuais secundárias. Para esta amostra, foram considerados os critérios para indivíduos designados feminino ao nascer (AFAB) e designados masculino ao nascer (AMAB), conforme descrito abaixo:

- Pilosidade Pubiana (Ambos os sexos):
    - Estágio P1: Ausência de pelos.
    - Estágio P2: Pelos finos e macios.
    - Estágio P3: Aumento na quantidade de pelos terminais.
    - Estágio P4: Pelos terminais que preenchem o triângulo sobrejacente à região pubiana.

    - Estágio P5: Pelos terminais que se estendem além da prega inguinal até a face interna da coxa.
- Desenvolvimento Mamário (AFAB):
    - Estágio M1: Ausência de tecido glandular mamário palpável.
    - Estágio M2: Presença de broto mamário palpável sob a aréola (primeiro sinal puberal feminino).
    - Estágio M3: Tecido mamário palpável além dos limites da aréola, sem desenvolvimento areolar secundário.
    - Estágio M4: Aréola elevada acima do contorno da mama, formando uma aparência de "dupla cúpula".
    - Estágio M5: Aréola retrai-se ao contorno da mama, com hiperpigmentação e protrusão do mamilo.
- Genitália Externa (AMAB):
    - Estágio G1: Volume testicular < 4 ml ou eixo longitudinal < 2,5 cm.
    - Estágio G2: Volume entre 4 ml e 8 ml (primeiro sinal puberal masculino).
    - Estágio G3: Volume entre 9 ml e 12 ml.
    - Estágio G4: Volume entre 15 ml e 20 ml.
    - Estágio G5: Volume > 20 ml ou eixo longitudinal > 4,5 cm.

No presente estudo, o Estadiamento de Tanner foi realizado por dois pediatras. Como a coleta de dados foi concluída antes da implementação das novas regulamentações brasileiras sobre o cuidado de afirmação de gênero (Resolução CFM 2.427/2025), alguns participantes já estavam recebendo supressão puberal, fornecida através de um protocolo de pesquisa separado no HCPA, ou terapia hormonal de afirmação de gênero (26). O uso dessas medicações foi perguntado sistematicamente durante esta avaliação. Alguns estudos sugerem que a puberdade ocorre mais cedo em crianças com IG do que naquelas sem a condição (57). Além disso, o nível de desenvolvimento puberal está associado à possibilidade de bloqueio puberal para crianças e adolescentes com IG (58).

### 4.3 Tamanho da Amostra

Um tamanho de amostra de 41 sujeitos foi calculado para estimar a ocorrência do TEA com uma largura de intervalo de confiança de 20%. Esse número foi aumentado para 46 para prever uma perda potencial de 10% de seguimento e recusas. O cálculo (utilizando o método de Wald) considerou um nível de confiança

de 95% e uma prevalência esperada de TEA entre participantes com IG de 12% (9). Este cálculo foi realizado utilizando a versão online do PSS Health (59).

### 4.4 Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em fevereiro de 2024 (CAAE: 76812024.6.0000.5327). Todos os sujeitos elegíveis para esta pesquisa foram convidados a participar do projeto durante suas consultas clínicas regulares, onde receberam as explicações necessárias. Um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foi entregue à criança ou adolescente, e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi fornecido ao responsável legal. Nos casos em que novos diagnósticos, como o próprio desfecho do estudo (TEA) e outras comorbidades psiquiátricas, surgiram como resultado deste protocolo de pesquisa, a pesquisadora forneceu *feedback* às famílias e fez os encaminhamentos apropriados para quaisquer tratamentos complementares necessários dentro do sistema público de saúde. Além disso, não houve repercussões para aqueles que não consentiram em participar.

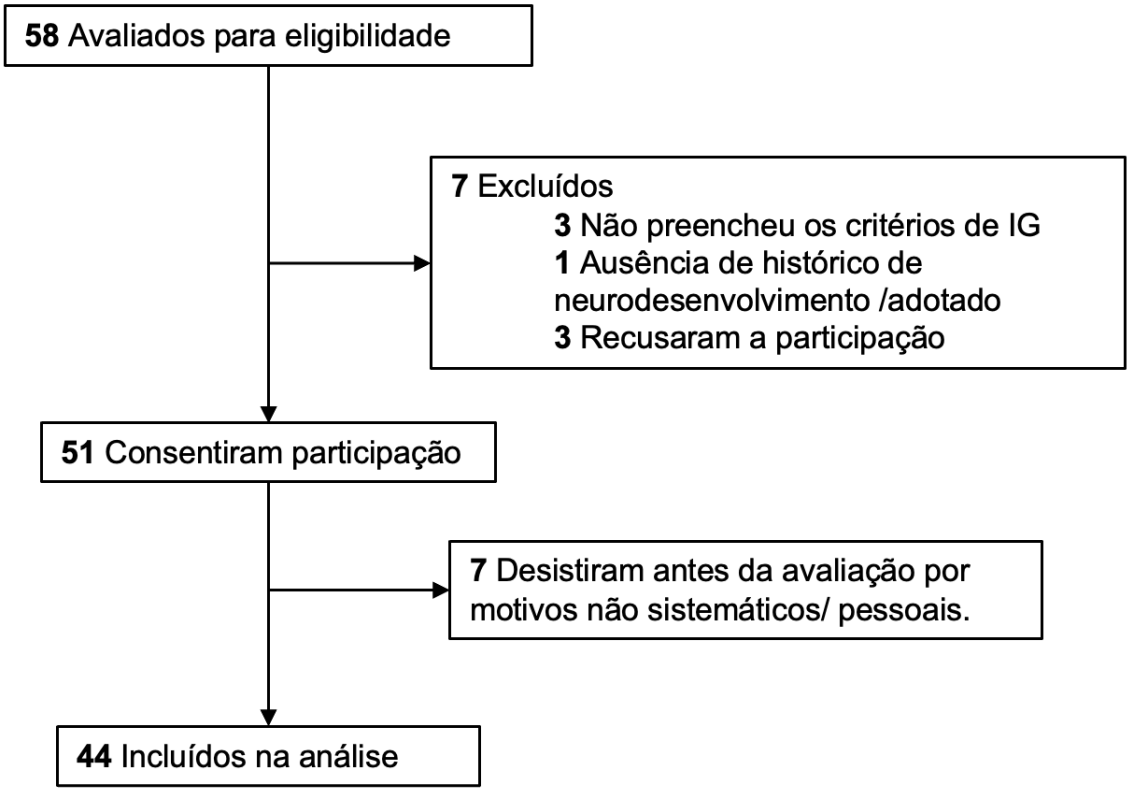
### 4.5 Análise estatística

Os dados foram coletados e gerenciados utilizando o *Research Electronic Data Capture* (REDCap), hospedado no HCPA. O REDCap é uma plataforma de software baseada na web e segura, projetada para apoiar a captura de dados em estudos de pesquisa, fornecendo: 1) uma interface intuitiva para captura de dados validados; 2) trilhas de auditoria para rastrear a manipulação de dados e procedimentos de exportação; 3) procedimentos de exportação automatizados para downloads contínuos de dados para pacotes estatísticos comuns; e 4) procedimentos para integração de dados e interoperabilidade com fontes externas (60,61).

Durante o período do estudo, 58 crianças e adolescentes receberam uma avaliação clínica padronizada, de acordo com os *Standards of Care* da *World Professional Association for Transgender Health*, no PROTIG (12). Três deles não preencheram os critérios diagnósticos para Incongruência de Gênero (IG), um era adotado (portanto, não havia informações sobre seu histórico de neurodesenvolvimento) e três recusaram-se a participar (**Figura 1)**. Dos 51 indivíduos que aceitaram participar da pesquisa, sete descontinuaram a participação antes do início da bateria diagnóstica (taxa de perda amostral de 13,7%). Os motivos para a

descontinuidade incluíram a perda de interesse em manter o acompanhamento clínico no serviço especializado (n=2) e a ausência de resposta às tentativas de contato para o agendamento das avaliações (n=5). A análise comparativa não revelou diferenças estatísticas significativas entre esses sete desistentes e os 44 participantes finais em relação ao sexo biológico ($p$ = 0,690), gênero ($p$ = 0,690), etnia ($p$ = 0,554), local de nascimento ($p$ = 0,896) e local de residência ($p$ = 0,721). Tais resultados sugerem que a amostra final permaneceu representativa em relação ao grupo original de recrutamento.

Figura 1 - Fluxograma de recrutamento e seleção da amostra




Fonte: Autor (2026). Nota: Fluxograma de recrutamento e seleção da amostra. O diagrama detalha o processo desde o recrutamento inicial de 51 participantes com diversidade de gênero até a composição da amostra final de 44 indivíduos avaliados pela bateria diagnóstica padrão-ouro para TEA. Estão especificadas as perdas amostrais (taxa de atrito de 13,7%, n=7) ocorridas antes do início das avaliações clínicas.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software IBM® SPSS® Statistics versão 30. A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Para examinar as diferenças entre os grupos com TEA e não-TEA, foram utilizados testes U de Mann-Whitney (relatados como Z) para variáveis

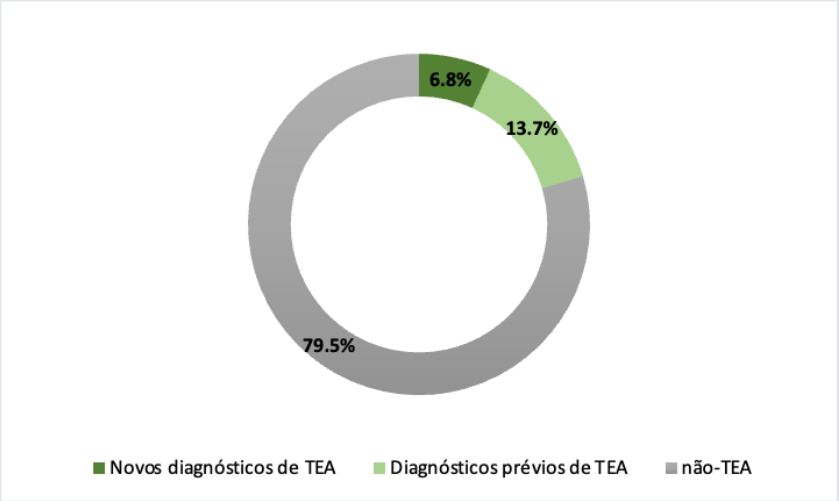
contínuas com distribuição não normal, com os dados apresentados como mediana (Md), amplitude e intervalo interquartil (IIQ). Para variáveis contínuas com distribuição normal, foram empregados testes t para amostras independentes, e os dados foram apresentados como média (M), amplitude e desvio padrão (DP). Para variáveis categóricas, utilizou-se o Teste Exato de Fisher, e os dados foram descritos por meio de frequências (n), porcentagens e amplitudes. O nível de concordância entre o diagnóstico clínico de TEA e a classificação do ADI-R foi avaliado pelo coeficiente kappa de Cohen (κ). A significância estatística foi estabelecida em $p<0,05$ para todas as análises.

## 5. Resultados

A amostra do estudo consistiu em 44 crianças e adolescentes, com idade média de 13,97 anos (DP = 2,90). Em relação ao sexo, 59,09% (n=26) foram designados como do sexo feminino ao nascer (AFAB) e 40,91% (n=18) foram designados como do sexo masculino ao nascer (AMAB). Em termos de identidade de gênero, 59,09% (n=26) se identificaram como homens transgêneros e 40,91% (n=18) como mulheres transgênero. Vale ressaltar que nenhum participante desta amostra identificou-se como não binário ou com outras identidades de gênero fora do espectro binário.

A avaliação clínica dos 44 participantes identificou nove jovens com TEA, o que representou 20,5% (IC95% 9,8-35,3%). Entre o grupo com TEA, três pacientes (com idades de 8, 9 e 16 anos) receberam o diagnóstico durante este estudo (**Figura 2)**. Por outro lado, um participante que já tinha um diagnóstico de TEA de outro serviço de saúde mental não preencheu os critérios clínicos em nossa avaliação.

Figura 2 - Prevalência do diagnóstico de TEA em jovens com diversidade de gênero.




Fonte: Autor (2026).
Nota: O gráfico ilustra a proporção da amostra sem TEA (79,5%, n=35) e com TEA (20,5%, n=9). O segmento correspondente ao TEA é subdividido entre aqueles com diagnóstico prévio (13,6%, n=6; verde claro) e aqueles identificados através da bateria diagnóstica padrão-ouro do estudo (6,8%, n=3; verde escuro), representando os diagnósticos *de novo*.

## 5.1 Características sociodemográficas

A média de idade dos sujeitos no grupo TEA (M=11,88; DP=3,48) foi significativamente menor do que a dos participantes do grupo não-TEA (M=14,51; DP=2,52; t(42)=2,57; *p*=0,014). Também houve uma diferença significativa na origem geográfica dos participantes (*p*=0,027). Especificamente, 11,11% do grupo TEA era proveniente de Porto Alegre, enquanto no grupo não-TEA essa proporção foi de 54,14%. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos TEA e não-TEA em relação ao sexo biológico (feminino: 44,4% no grupo TEA vs. 60% no grupo não-TEA; *p*=1,000) e identidade de gênero (feminino transgênero: 55,6% no grupo TEA vs. 40% no grupo não-TEA; *p*=1,000). Dados sociodemográficos adicionais, incluindo estrutura familiar e renda, estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de jovens com Incongruência de Gênero, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| | **Amostra total (n=44)** | **Grupo TEA (n=9)** | **Grupo não-TEA (n=35)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| | **n (%)** | **n (%)** | **n (%)** | |
| **Idade** | | | | **0,019** |
| 8-12 anos | 14 (31,8) | 6 (66,7) | 8 (22,9) | |
| 13-17 anos | 30 (68,2) | 3 (33,3) | 27 (77,1) | |
| **Sexo de nascimento** | | | | 1,000 |
| Feminino | 26 (59,1) | 5 (55,6) | 21 (60) | |
| Masculino | 18 (40,9) | 4 (44,4) | 14 (40) | |
| **Identidade de gênero** | | | | 1,000 |
| Mulher trans | 18 (40,9) | 4 (44,4) | 14 (40) | |
| Homem trans | 26 (59,1) | 5 (55,6) | 21 (60) | |
| **Etnia** | | | | 1,000 |
| Branca | 38 (86,4) | 8 (88,9) | 30 (85,7) | |
| Parda | 6 (13,6) | 1 (11,1) | 5 (14,3) | |
| Preta | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Amarela | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| Indígena | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| **Renda familiar (em salários mínimos)** | | | | 0,660 |
| <1 | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (2,9) | |
| 1-3 | 18 (40,9) | 3 (33,3) | 15 (42,9) | |
| 3-5 | 12 (27,3) | 4 (44,4) | 8 (22,9) | |
| 5-15 | 10 (22,7) | 2 (22,2) | 8 (22,9) | |
| >15 | 3 (6,8) | 0 (0) | 3 (8,6) | |
| **Repetência escolar** | | | | 0,319 |
| Sim | 6 (13,6) | 0 (0) | 6 (17,1) | |
| Não | 38 (86,4) | 9 (100) | 29 (82,9) | |
| **Tipo de escola** | | | | 0,405 |
| Privada | 12 (27,3) | 1 (11,1) | 11 (31,4) | |
| Pública | 32 (72,7) | 8 (88,9) | 24 (68,6) | |
| **Estado civil dos pais** | | | | 0,256 |
| Casados/ união estável | 20 (45,4) | 7 (77,8) | 13 (37,1) | |
| Separados/ divorciados | 23 (52,3) | 2 (22,2) | 21 (60,0) | |
| Viúvo | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (2,9) | |
| **Com quem o paciente mora** | | | | 0,314 |
| Ambos os pais | 19 (43,2) | 6 (66,7) | 13 (37,1) | |
| Mãe | 18 (40,9) | 3 (33,3) | 15 (42,9) | |
| Pai | 2 (4,5) | 0 (0) | 2 (5,7) | |
| Outro (avós, sozinho) | 5 (11,4) | 0 (0) | 5 (14,3) | |
| **Naturalidade** | | | | 0,064 |
| Porto Alegre | 21 (47,7) | 1 (11,1) | 20 (57,1) | |
| Grande Porto Alegre | 6 (13,6) | 3 (33,3) | 3 (8,6) | |
| Outras cidades do Rio Grande do Sul | 14 (31,8) | 4 (44,4) | 10 (28,6) | |
| Outro estado do Brasil | 3 (6,8) | 1 (11,1) | 2 (5,7) | |
| **Procedência** | | | | **0,027** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Porto Alegre | 13 (29,5) | 1 (11,1) | 12 (34,3) | |
| Grande Porto Alegre | 11 (25,0) | 2 (22,2) | 9 (25,7) | |
| Outras cidades do Rio Grande do Sul | 18 (40,9) | 4 (44,4) | 14 (40,0) | |
| Outro estado do Brasil | 2 (4,5) | 2 (22,2) | 0 (0) | |
| **Escolaridade materna** | | | | 0,499 |
| Fundamental completo/ incompleto | 2 (4,5) | 0 (0) | 2 (5.7) | |
| Ensino médio completo | 21 (47,7) | 6 (66,7) | 15 (42,9) | |
| Ensino Superior completo | 10 (22,7) | 1 (11,1) | 9 (25,7) | |
| Pós-graduação | 11 (25,0) | 2 (22,2) | 9 (25,7) | |
| Desconhecido | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| **Escolaridade paterna** | | | | 0,450 |
| Fundamental completo/ incompleto | 11 (25,0) | 2 (22,2) | 9 (25,7) | |
| Ensino médio completo | 18 (40,9) | 3 (33,3) | 15 (42,9) | |
| Ensino Superior completo | 9 (20,4) | 2 (22,2) | 7 (20,0) | |
| Pós-graduação | 4 (9,1) | 1 (11,1) | 3 (8,6) | |
| Desconhecido | 2 (4,5) | 1 (11,1) | 1 (2,9) | |
| **Orientação sexual materna** | | | | 0,108 |
| Heterossexual | 41 (93,2) | 7 (77,8) | 34 (97,1) | |
| Homossexual | 0 (0) | 0 (0) | 0 | |
| Bissexual | 3 (6,8) | 2 (22,2) | 1 (2,9) | |
| **Orientação sexual paterna** | | | | 1,000 |
| Heterossexual | 42 (95,5) | 9 (100) | 33 (94,3) | |
| Homossexual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| Bissexual | 2 (4,5) | 0 (0) | 2 (5,7) | |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; n (%) = frequência e porcentagem. Os valores de p referem-se ao Teste Exato de Fisher. Diferenças significativas ($p<0,05$) estão destacadas em negrito. A renda familiar está expressa em salários mínimos brasileiros (R$1.412,00, durante o período do estudo).

## 5.2 Identidade de Gênero e Desenvolvimento Puberal

Em relação ao desenvolvimento físico, observou-se uma diferença significativa no estágio de Tanner para pilosidade pubiana (P), com o grupo TEA concentrado majoritariamente em estágios iniciais (I-II) em comparação ao grupo não-TEA (P1=44,4%, P2=11,1% para TEA vs. P1=2,9%, P2=17,1% para não-TEA; *p*=0,009) (**Tabela 2**). Os estadiamentos de genitália (G), avaliados apenas em participantes AMAB (*p*=0,268), e de desenvolvimento mamário (M), avaliados apenas em AFAB (*p*=0,483), não apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos. Ao analisar o estágio P estratificado por sexo atribuído ao nascimento, também não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (AFAB: *p*=0,181; AMAB: *p*=0,483) (**Tabelas 3 e 4**).

Tabela 2 - Comparação do Desenvolvimento Puberal entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| **Estadiamento de Tanner** | **Amostra total (n=44)** | **Grupo TEA (n=9)** | **Grupo não-TEA (n=35)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| | **n (%)** | **n (%)** | **n (%)** | |
| **P** | | | | **0,009** |
| 1 | 5 (11,4) | 4 (44,4) | 1 (2,9) | |
| 2 | 7 (15,9) | 1 (11,1) | 6 (17,1) | |
| 3 | 3 (6,8) | 0 (0) | 3 (8,6) | |
| 4 | 8 (18,2) | 2 (22,2) | 6 (17,1) | |
| 5 | 21 (47,7) | 2 (22,2) | 19 (54,3) | |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; n (%) = frequência e porcentagem; P = pilosidade pubiana. Os valores de *p* referem-se ao Teste Exato de Fisher. Diferenças significativas (p<0,05) estão destacadas em negrito.

Tabela 3 - Comparação do Desenvolvimento Puberal de AMAB entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| **Estadiamento de Tanner** | **Amostra total (n=18)** | **grupo TEA (n=4)** | **grupo não-TEA (n=14)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| | **n (%)** | **n (%)** | **n (%)** | |
| **P** | | | | 0,054 |
| 1 | 4 (22,2) | 3 (75) | 1 (7,1) | |
| 2 | 4 (22,2) | 1 (25) | 3 (21,4) | |
| 3 | 2 (11,1) | 0 (0) | 2 (14,3) | |
| 4 | 2 (11,1) | 0 (0) | 2 (14,3) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 6 (33,3) | 0 (0) | 6 (42,9) | |
| **G** | | | | 0,268 |
| 1 | 7 (38,9) | 3 (75) | 4 (28,6) | |
| 2 | 2 (11,1) | 1 (25) | 1 (7,1) | |
| 3 | 1 (5,5) | 0 (0) | 1 (7,1) | |
| 4 | 3 (16,7) | 0 (0) | 3 (21,4) | |
| 5 | 5 (27,8) | 0 (0) | 5 (35,7) | |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; n (%) = frequência e porcentagem; AMAB = designados masculino ao nascer; P = pilosidade pubiana; G = genitália externa. Os valores de *p* referem-se ao Teste Exato de Fisher. Diferenças significativas ($p<0,05$) estão destacadas em negrito.

Tabela 4 - Comparação do Desenvolvimento Puberal de AFAB entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| **Estadiamento de Tanner** | **Amostra total (n=26)** | **grupo TEA (n=5)** | **grupo não-TEA (n=21)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| | **n (%)** | **n (%)** | **n (%)** | |
| **P** | | | | 0,181 |
| 1 | 1 (3,8) | 1 (20) | 0 (0) | |
| 2 | 3 (11,5) | 0 (0) | 3 (14,3) | |
| 3 | 1 (3,8) | 0 (0) | 1 (4,8) | |
| 4 | 6 (23,1) | 2 (40) | 4 (19,0) | |
| 5 | 15 (57,7) | 2 (40) | 13 (61,9) | |
| **M** | | | | 0,483 |
| 1 | 2 (7,7) | 1 (20) | 1 (4,8) | |
| 2 | 2 (7,7) | 0 (0) | 2 (9,5) | |
| 3 | 2 (7,7) | 1 (20) | 1 (4,8) | |
| 4 | 4 (15,4) | 1 (20) | 3 (14,3) | |
| 5 | 16 (61,5) | 2 (40) | 14 (66,7) | |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; n (%) = frequência e porcentagem; AFAB = designados feminino ao nascer; P = pilosidade pubiana; M = desenvolvimento mamário. Os valores de *p* referem-se ao Teste Exato de Fisher. Diferenças significativas ($p<0,05$) estão destacadas em negrito.

Embora sem diferença estatística, este perfil puberal refletiu-se nas intervenções médicas: a hormonioterapia de afirmação de gênero estava ausente no grupo TEA (0%) em comparação ao grupo não-TEA (20%; $p=0,314$), enquanto o uso de bloqueadores de puberdade foi semelhante entre os grupos (22,2% para TEA vs. 17,1% para não-TEA; $p=0,659$). Esses achados são consistentes com a média de idade inferior do grupo TEA (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Aspectos da afirmação social e intervenções médicas relacionadas ao gênero nos grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| | **Amostra total (n=44)** | **grupo TEA (n=9)** | **grupo não-TEA (n=35)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| | **n (%)** | **n (%)** | **n (%)** | |
| **Bloqueadores de puberdade** | | | | 0,659 |
| Sim | 8 (18,2) | 2 (22,2) | 6 (17,1) | |
| Não | 36 (81,8) | 7 (77,8) | 29 (82,9) | |
| **Hormonioterapia de afirmação de gênero** | | | | 0,314 |
| Sim | 7 (15,9) | 0 (0) | 7 (20) | |
| Não | 37 (84,1) | 9 (100) | 28 (80) | |
| **Vive de acordo com o gênero que se identifica** | | | | 1,000 |
| Sim | 41 (93,2) | 9 (100) | 32 (91,4) | |
| Não | 3 (6,8) | 0 (0) | 3 (8,6) | |
| **Uso de nome social** | | | | 1,000 |
| Sim | 40 (90,9) | 8 (88,9) | 32 (91,4) | |
| Não | 4 (9,1) | 1 (11,1) | 3 (8,6) | |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; n (%) = frequência e porcentagem. Os valores de *p* referem-se ao Teste Exato de Fisher. Diferenças significativas ($p<0,05$) estão destacadas em negrito.

A afirmação social foi elevada em toda a amostra; a maioria dos participantes relatou viver de acordo com o gênero experienciado (100% para TEA vs. 91,4% para não-TEA; $p=1,000$) e já havia adotado o nome social (88,9% para TEA vs. 91,4% para não-TEA; $p=1,000$), sem disparidades significativas entre os grupos (**Tabela 5**). Quanto aos marcos do desenvolvimento da identidade de gênero, a média de idade em que os participantes notaram pela primeira vez sua incongruência de gênero foi semelhante entre os grupos (M=7,66; DP=2,95 para TEA vs. M=8,82; DP=3,6 para não-TEA; $p=0,379$). Notavelmente, os pais perceberam a incongruência de gênero da criança mais cedo no grupo TEA (M=5,11; DP=2,66) do que no grupo não-TEA (M=7,60; DP=4,46; $p=0,045$) (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Comparação das médias de idade atual e dos marcos de percepção da incongruência de gênero entre os grupos, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| | **Grupo TEA (n=9)** | | **Grupo não-TEA (n=35)** | | **t** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **M(DP)** | **Amplitude** | **M(DP)** | **Amplitude** | | |
| **Idade** | 11,88 (3,48) | 8-17 | 14,51 (2,52) | 9-17 | -2,570 | **0,014** |
| **Idade em que a diversidade de gênero foi notada pelos pais** | 5,11 (2,66) | 1-10 | 7,60 (4,46) | 1-15 | -2,135 | **0,045** |
| **Idade em que a diversidade de gênero foi notada pelo paciente** | 7,66 (2,95) | 4-12 | 8,82 (3,60) | 1-15 | -0,890 | 0,379 |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; M= média; DP = desvio padrão;; t = estatística do teste t de Student; *p* = nível de significância. A amplitude refere-se aos valores mínimo e máximo observados. Diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) estão destacadas em negrito.

### 5.3 Diagnóstico de TEA (Instrumentos Padrão-Ouro)

Como esperado, o grupo TEA apresentou escores significativamente mais elevados em todos os domínios diagnósticos em comparação ao grupo não-TEA, confirmando o diagnóstico clínico de TEA nesta amostra. As comparações detalhadas dos escores da ADOS-2 e ADI-R são apresentadas na **Tabela 7**. Todos os pacientes diagnosticados clinicamente com TEA foram positivos na ADOS-2, e observou-se um forte nível de concordância entre o diagnóstico clínico e a classificação do ADI-R ($\kappa=0,85$; $p<0,001$). É importante salientar que nenhum dos pacientes do grupo não-TEA testou positivo em qualquer um dos instrumentos. No grupo TEA, seis pacientes foram positivos tanto para a ADOS-2 quanto para o ADI-R, enquanto três foram positivos apenas para a ADOS-2.

O detalhamento clínico dos nove participantes que compuseram o grupo TEA está apresentado na **Tabela 8**. A amostra apresentou uma distribuição de idade entre 8 e 17 anos, com predominância de indivíduos com nível de suporte 1 (n=8), caracterizando um perfil de autismo com maior autonomia funcional. Quanto ao histórico diagnóstico, a maioria dos participantes (n=6) já possuía diagnóstico prévio

de TEA, enquanto três indivíduos (IDs 29, 32 e 39) receberam o diagnóstico *de novo* durante a condução deste estudo.

No que tange à avaliação pela ADOS-2, todos os participantes ultrapassaram os pontos de corte estabelecidos para seus respectivos módulos, com escores totais variando de 10 a 21. Particularmente, as pontuações dimensionais de Interação Social Recíproca foram elevadas em toda a amostra (variando de 7 a 14), corroborando o prejuízo clínico nessa área. Em relação à ADI-R, observou-se uma alta concordância com o diagnóstico clínico e a ADOS-2, com a maioria dos participantes apresentando pontuações bem acima dos limiares diagnósticos nos domínios A (Social), B (Comunicação) e C (Comportamentos Repetitivos).

Tabela 7 - Comparação dos escores da ADOS-2 e ADI-R entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| **Escores** | **Grupo TEA** | | **Grupo não-TEA** | | **Z** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Mdn (IIQ)** | **Amplitude** | **Mdn (IIQ)** | **Amplitude** | | |
| **ADOS-2** | | | | | | |
| Comunicação | 5 (3;5) | 2-6 | 0 (0;1) | 0-2 | -4,914 | **<0,001** |
| Interação social recíproca | 8 (7;11.5) | 7-14 | 0 (0;2) | 0-4 | -4,909 | **<0,001** |
| Escore total | 14 (10,55;18) | 10-21 | 0 (0;3) | 0-6 | -4,755 | **<0,001** |
| **Escores dos domínios do ADI-R** | | | | | | |
| Domínio A | 14 (9;19.5) | 3-21 | 1 (0;3) | 0-10 | -4,431 | **<0,001** |
| Domínio B | 12 (7;14.5) | 3-15 | 2 (1;3) | 0-9 | -4,358 | **<0,001** |
| Domínio C | 6 (4,5;9) | 1-10 | 1 (0;2) | 0-5 | -4,272 | **<0,001** |
| Domínio D | 3 (2;5) | 0-5 | 0 (0;0) | 0-3 | -5,644 | **<0,001** |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; ADOS-2 = *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition* (ADOS-2); ADI-R = *Autism Diagnostic Interview-Revised*; Mdn = mediana; IIQ = intervalo interquartílico. O IIQ foi calculado via média ponderada, 25º e 75º percentis. A significância estatística foi determinada por meio do teste U de Mann-Whitney. Diferenças significativas (p<0,05) estão destacadas em negrito. Pontos de Corte Diagnósticos do ADI-R: Interação Social Recíproca (Domínio A) ≥10; Comunicação (Domínio B) ≥8 (para indivíduos verbais); Comportamentos Restritos e Repetitivos (Domínio C) ≥3; Desenvolvimento Precoce (Domínio D) ≥1. Pontos de Corte Diagnósticos do ADOS-2: Para a classificação diagnóstica categórica (positivo/negativo), seguiu-se o algoritmo oficial de cada módulo: Módulo 3 (total ≥9) e Módulo 4 (total ≥10; Comunicação ≥3; Interação Social ≥6). Para fins de comparação estatística dimensional entre os grupos, as subescalas de Comunicação e Interação Social Recíproca foram calculadas e extraídas para todos os participantes, incluindo aqueles avaliados pelo Módulo 3 (n=5), garantindo a padronização dos domínios de gravidade.

Tabela 8 - Detalhamento clínico dos participantes da amostra com diagnóstico de TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| ID | Sexo | Gênero | Idade | PR | NS | ADOS-2 | | | | ADI-R | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | *Mod* | *Com* | *ISR* | *Total* | *A* | *B* | *C* | *D* |
| 1 | F | M | 10 | sim | 1 | 4 | 6 | 8 | 14 | 14 | 12 | 9 | 5 |
| 9 | M | F | 17 | sim | 1 | 4 | 3 | 7 | 10 | 21 | 13 | 5 | 1 |
| 16 | F | M | 9 | sim | 2 | 3 | 5 | 9 | 17 | 19 | 15 | 6 | 5 |
| 29 | F | M | 8 | não | 1 | 3 | 5 | 14 | 19 | 3 | 3 | 1 | 0 |
| 32 | F | M | 16 | não | 1 | 4 | 5 | 8 | 13 | 20 | 9 | 9 | 3 |
| 37 | M | F | 11 | sim | 1 | 3 | 3 | 10 | 17 | 12 | 14 | 5 | 5 |
| 38 | M | F | 11 | sim | 1 | 3 | 5 | 13 | 21 | 6 | 9 | 8 | 3 |
| 39 | M | F | 9 | não | 1 | 3 | 2 | 7 | 10 | 14 | 5 | 4 | 3 |
| 47 | F | M | 16 | sim | 1 | 4 | 4 | 7 | 11 | 15 | 15 | 10 | 3 |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; ADOS-2 = Escala de Observação para o Diagnóstico de Autismo, Segunda Edição; ADI-R = Entrevista Diagnóstica de Autismo Revisada; ID = número atribuído aleatoriamente ao sujeito de pesquisa; F = feminino; M = masculino, PR = diagnóstico prévio de TEA; NS = nível se suporte; Mod= módulo da ADOS-2 que foi aplicado; Com= Comunicação; ISR= Interação Social Recíproca. Os números em vermelho indicam pontuações abaixo do ponto de corte do instrumento, embora o diagnóstico final tenha sido sustentado pelo julgamento clínico. Pontos de Corte Diagnósticos do ADI-R: Interação Social Recíproca (Domínio A) ≥10; Comunicação (Domínio B) ≥8 (para indivíduos verbais); Comportamentos Restritos e Repetitivos (Domínio C) ≥3; Desenvolvimento Precoce (Domínio D) ≥1. Pontos de Corte Diagnósticos do ADOS-2: Para a classificação diagnóstica categórica (positivo/negativo), seguiu-se o algoritmo oficial de cada módulo: Módulo 3 (total ≥9) e Módulo 4 (total ≥10; Comunicação ≥3; Interação Social ≥6). Para fins de comparação estatística dimensional entre os grupos, as subescalas de Comunicação e Interação Social Recíproca foram calculadas e extraídas para todos os participantes, incluindo aqueles avaliados pelo Módulo 3 (n=5), garantindo a padronização dos domínios de gravidade.

## 5.4 Perfil de Comportamento Social e Rastreio de Traços Autísticos

Em relação aos traços autísticos mensurados pela SRS-2, o grupo TEA apresentou *T-scores* significativamente mais elevados em comparação ao grupo não-TEA, independentemente da correção normativa utilizada. Quando corrigido pelo sexo atribuído ao nascer, o grupo TEA apresentou escores mais altos (M=61,22; DP=10,0) do que o grupo não-TEA (M=50,00; DP=13,89; t=2,266; *p*=0,029). Da mesma forma, quando a correção foi feita pelo gênero identificado, a diferença permaneceu significativa (M=60,67; DP=10,0 vs. M=49,20; DP=12,2; t=2,569; *p*=0,014) **(Tabela 9)**.

Ao analisar as subescalas da SRS-2 com correção pelo sexo atribuído ao nascer, observou-se que os domínios de Cognição Social, Comunicação Social,

Padrões Restritos e Repetitivos, além da Pontuação Total, apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Ao aplicar a correção pelo gênero identificado, os mesmos domínios mantiveram a significância, com a inclusão da subescala de Motivação Social **(Tabela 9)**.

Na análise estratificada por sexo/gênero, o grupo AMAB manteve diferenças significativas nos domínios de Cognição Social, Padrões Restritos e Repetitivos e na Pontuação Total, independentemente do tipo de correção normativa utilizada (**Tabela 10**). Em contraste, no grupo AFAB, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas ou na pontuação total, tanto na correção por sexo quanto por gênero (**Tabela 11**).

A interpretação clínica dos escores da SRS-2 revelou um padrão distinto dependendo da norma de correção utilizada (**Tabela 12**). Quando aplicada a correção por sexo atribuído ao nascer, não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição dos níveis de prejuízo entre os grupos ($p$=0,150), com 68,6% do grupo não-TEA e 33,3% do grupo TEA situando-se dentro dos limites normais.

Contudo, ao utilizar a correção por gênero identificado, observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p$=0,018). Sob essa ótica, enquanto a vasta maioria do grupo não-TEA permaneceu dentro da normalidade (77,1%), o grupo TEA apresentou uma distribuição maior em níveis clinicamente relevantes, com destaque para o nível moderado, que englobou 44,4% dos participantes autistas frente a apenas 8,6% do grupo não-TEA.

Tabela 9 - Comparação dos *T-scores* da SRS-2 entre os grupos TEA e sem TEA na amostra total, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| T-scores | Grupo TEA (n=9) | | Grupo não-TEA (n=35) | | t | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M(DP) | Amplitude | M(DP) | Amplitude | | |
| **Correção por sexo** | | | | | | |
| Percepção social | 56,55 (12,4) | 39-78 | 48,14 (12,47) | 29-78 | 1,807 | 0,780 |
| Cognição social | 59,44 (9,6) | 39-74 | 47,88 (12,2) | 28-74 | 2,627 | **0,012** |
| Comunicação social | 60,89 (10,9) | 40-74 | 50,17 (13,3) | 25-75 | 2,220 | **0,032** |
| Motivação social | 62,11 (8,6) | 50-74 | 53,60 (12,4) | 29-71 | 1,930 | 0,060 |
| Padrões Restritos e Repetitivos | 60,11 (9,2) | 41-70 | 49,91 (12,6) | 29-70 | 2,271 | **0,028** |
| Pontuação total | 61,22 (10,0) | 41-74 | 50,00 (13,89) | 22-74 | 2,266 | **0,029** |
| **Correção por gênero** | | | | | | |
| Percepção social | 55,44 (9,6) | 39-68 | 47,22 (11,7) | 29-70 | 1,943 | 0,059 |
| Cognição social | 59,88 (10,4) | 36-73 | 47,02 (11,4) | 27-72 | 3,072 | **0,004** |
| Comunicação social | 60,33 (10,7) | 36-69 | 49,08 (12,8) | 25-71 | 2,420 | **0,020** |
| Motivação social | 60,55 (8,2) | 43-71 | 52,37 (11.15) | 29-71 | 2,053 | **0,046** |
| Padrões Restritos e Repetitivos | 59,11 (10,36) | 34-67 | 48,86 (12,0) | 29-69 | 2,331 | **0,025** |
| Pontuação total | 60,67 (10,1) | 34-68 | 49,20 (12,2) | 27-70 | 2,569 | **0,014** |

Fonte: Autor (2026). Nota**:** TEA = Transtorno do Espectro Autista; SRS-2 = Escala de Responsividade Social, Segunda Edição; *T-score* = pontuação padronizada conforme manual da SRS-2. A significância estatística foi determinada pelo teste t de Student. Valores de p<0,05 estão destacados em negrito. Pontuações mais elevadas do escore total indicam maior prejuízo na responsividade social: ≤ 59 (Dentro dos limites normais), 60-65 (leve), 66-75 (moderado), ≥76 (grave).

Tabela 10 - Comparação dos *T-scores* da SRS-2 entre os grupos TEA e não-TEA na subamostra AMAB (atribuídos ao sexo masculino ao nascer), Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| T-scores | Grupo TEA (n=4) | | Grupo não-TEA (n=14) | | t | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M(DP) | Amplitude | M(DP) | Amplitude | | |
| **Correção por sexo** | | | | | | |
| Percepção social | 51,00 (6,2) | 42-56 | 45,64 (10,2) | 29-62 | 0,988 | 0,338 |
| Cognição social | 57,75 (3,7) | 55-63 | 44,90 (10,6) | 33-65 | 2,320 | **0,034** |
| Comunicação social | 57,50 (5,6) | 49-61 | 44,21 (13,1) | 25-65 | 1,944 | 0,070 |
| Motivação social | 57,25 (5,8) | 50-64 | 46,71 (11,1) | 29-64 | 1,793 | 0,092 |
| Padrões Restritos e Repetitivos | 58,25 (3,8) | 53-61 | 44,58 (13,4) | 29-65 | 3,374 | **0,004** |
| Pontuação total | 58,25 (3,9) | 53-62 | 44,86 (12,5) | 27-66 | 3,465 | **0,003** |
| **Correção por gênero** | | | | | | |
| Percepção social | 55,50 (8,5) | 43-62 | 48,36 (12,9) | 29-70 | 1,027 | 0,320 |
| Cognição social | 64,25 (3,3) | 62-69 | 49,00 (12,0) | 36-72 | 4,209 | **<0.001** |
| Comunicação social | 62,75 (7,2) | 52-67 | 49,42 (13,0) | 27-71 | 1,943 | 0,070 |
| Motivação social | 64,50 (5,8) | 57-71 | 56,07 (9,1) | 42-71 | 1,739 | 0,101 |
| Padrões Restritos e Repetitivos | 61,25 (2,9) | 57-63 | 49,14 (13,0) | 34-69 | 3,226 | **0,005** |
| Pontuação total | 64,00 (4,3) | 58-68 | 50,36 (3,9) | 33-70 | 3,445 | **0,004** |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; SRS-2 = Escala de Responsividade Social, Segunda Edição; *T-score* = pontuação padronizada conforme manual da SRS-2; AMAB = *Assigned Male at Birth (*atribuídos ao sexo masculino ao nascer). A significância estatística foi determinada pelo teste t de Student. Valores de p<0,05 estão destacados em negrito. Pontuações mais elevadas do escore total indicam maior prejuízo na responsividade social: ≤ 59 (Dentro dos limites normais), 60-65 (leve), 66-75 (moderado), ≥76 (grave).

Tabela 11 - Comparação dos *T-scores* da SRS-2 entre os grupos TEA e não-TEA na subamostra AFAB (atribuídos ao sexo feminino ao nascer), Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| T-scores | Grupo TEA (n=5) | | Grupo não-TEA (n=21) | | t | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M(DP) | Amplitude | M(DP) | Amplitude | | |
| **Correção por sexo** | | | | | | |
| Percepção social | 61,00 (14,9) | 39-78 | 49,80 (13,8) | 29-78 | 1,609 | 0,121 |
| Cognição social | 60,80 (13,1) | 39-74 | 49,9 (13,0) | 28-74 | 1,687 | 0,105 |
| Comunicação social | 63,60 (14,0) | 40-74 | 54,14 (12,2) | 32-74 | 1,516 | 0,142 |
| Motivação social | 66,00 (9,0) | 50-74 | 58,19 (11,2) | 29-71 | 1,440 | 0,163 |
| Padrões Restritos e Repetitivos | 61,60 (12,4) | 41-70 | 53,48 (10,9) | 34-70 | 1,464 | 0,156 |
| Pontuação total | 63,60 (13,3) | 41-74 | 53,43 (14,0) | 22-74 | 1,475 | 0,153 |
| **Correção por gênero** | | | | | | |
| Percepção social | 55,40 (11,3) | 39-68 | 46,48 (11,0) | 29-68 | 1,621 | 0,118 |
| Cognição social | 56,40 (13,3) | 36-73 | 45,71 (11,0) | 27-66 | 1,884 | 0,072 |
| Comunicação social | 58,40 (13,5) | 36-69 | 48,9 (13,0) | 25-69 | 1,465 | 0,156 |
| Motivação social | 57,40 (9,0) | 43-65 | 49,90 (11,9) | 29-65 | 1,309 | 0,203 |
| Padrões Restritos e Repetitivos | 57,40 (14,1) | 34-67 | 48,67 (11,8) | 29-67 | 1,439 | 0,163 |
| Pontuação total | 58,00 (14,1) | 34-68 | 48,43 (12,3) | 27-68 | 1,525 | 0,140 |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; SRS-2 = Escala de Responsividade Social, Segunda Edição; *T-score* = pontuação padronizada conforme manual da SRS-2; AFAB = *Assigned Female at Birth (*atribuídos ao sexo feminino ao nascer). A significância estatística foi determinada pelo teste t de Student. Valores de p<0,05 estão destacados em negrito. Pontuações mais elevadas do escore total indicam maior prejuízo na responsividade social: ≤ 59 (Dentro dos limites normais), 60-65 (leve), 66-75 (moderado), ≥76 (grave).

Tabela 12 - Distribuição dos níveis de gravidade da SRS-2 nos grupos TEA e não-TEA, comparando as correções normativas por sexo atribuído e por gênero identificado, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| **Interpretação T-score** | **Amostra total (n=44)** **n (%)** | **Grupo TEA (n=9)** **n (%)** | **Grupo não-TEA (n=35)** **n (%)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| **Correção por sexo** | | | | 0,150 |
| 0 - Dentro dos limites normais | 27 (61,4) | 3 (33,3) | 24 (68,6) | |
| 1 - Nível leve | 9 (20,4) | 3 (33,3) | 6 (17,1) | |
| 2 - Nível moderado | 8 (18,2) | 3 (33,3) | 5 (14,3) | |
| 3 - Nível grave | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| **Correção por gênero** | | | | **0,018** |
| 0 - Dentro dos limites normais | 30 (68,2) | 3 (33,3) | 27 (77,1) | |
| 1 - Nível leve | 7 (15,9) | 2 (22,2) | 5 (14,3) | |
| 2 - Nível moderado | 7 (15,9) | 4 (44,4) | 3 (8,6) | |
| 3 - Nível grave | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; SRS-2 = Escala de Responsividade Social, Segunda Edição; n (%) = frequência e porcentagem. A significância estatística foi calculada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson (*p*<0,05 em negrito). A interpretação dos níveis segue os pontos de corte do manual: normal (≤59), leve (60-65), moderado (66-75) e grave (≥76)

## 5.5 Avaliação do Funcionamento Intelectual

No que diz respeito à avaliação cognitiva, a WASI não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos TEA e não-TEA. O funcionamento intelectual foi comparável em todos os domínios, incluindo o QI Verbal (92,44±22,90 vs. 104,71±11,35; *p*=0,153), o QI de Execução (97,44±16,72 vs. 98,45±12,81; *p*=0,844) e o QI Total (92,77±18,91 vs. 101,17±12,68; *p*=0,118) (**Tabela 13**).

A análise da distribuição categórica do QI Total (**Tabela 14**) revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos (*p*=0,011). Enquanto o grupo não-TEA apresentou um perfil cognitivo concentrado em faixas normativas e superiores — com a maioria dos indivíduos classificada como 'Médio' (54,3%) ou 'Médio Superior' (20%) — o grupo TEA demonstrou maior heterogeneidade e

deslocamento para faixas de menor desempenho. Ressalta-se que, embora 55,6% do grupo TEA tenha se situado na faixa 'Médio', uma parcela relevante da amostra (33,3%) apresentou desempenho nas faixas 'Limítrofe' ou 'Extremamente Baixo', categorias que não foram observadas no grupo não-TEA.

Tabela 13 - Comparação do desempenho cognitivo entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| | **Grupo TEA (n=9)** | | **Grupo não-TEA (n=35)** | | **t** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **M(DP)** | **Amplitude** | **M(DP)** | **Amplitude** | | |
| QI Verbal | 92,4 (22,9) | 63-124 | 104,7 (11,3) | 84-125 | -1,558 | 0,153 |
| QI de Execução | 97,4 (16,7) | 61-119 | 98,5 (12,8) | 77-124 | -0,199 | 0,844 |
| QI total | 92,8 (18,9) | 61-120 | 101,2 (12,7) | 80-123 | -1,595 | 0,118 |

Fonte: Autor (2026). Nota: WASI = *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*; TEA = Transtorno do Espectro Autista; M = Média; DP = Desvio Padrão; t = Estatística do Teste t de *Student* para amostras independentes; *p* = Nível de significância.

Tabela 14 - Distribuição da classificação do QI Total entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| | **Amostra total (n=44)** | **Grupo TEA (n=9)** | **Grupo não-TEA (n=35)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| | **n (%)** | **n (%)** | **n (%)** | |
| Muito Superior | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | **0,011** |
| Superior | 5 (11,4) | 1 (11,1) | 4 (11,4) | |
| Médio Superior | 7 (15,9) | 0 (0) | 7 (20,0) | |
| Médio | 24 (54,5) | 5 (55,6) | 19 (54,3) | |
| Médio Inferior | 5 (11,4) | 0 (0) | 5 (14,3) | |
| Limítrofe (Borderline) | 2 (4,5) | 2 (22,2) | 0 (0) | |
| Extremamente Baixo | 1 (2,3) | 1 (11,1) | 0 (0) | |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; QI = Quociente de Inteligência; n (%) = frequência e porcentagem. O QI foi avaliado pela Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI). A significância estatística (p) refere-se ao teste de associação Qui-quadrado, com valores de p<0,05 destacados em negrito. As faixas de classificação seguem as normas padronizadas do manual da WASI: ≥ 130: Muito Superior; 120-129: Superior; 110-119: Médio Superior; 90-109: Médio; 80-89: Médio Inferior; 70-79: Limítrofe (*Borderline*); ≤ 69: Extremamente Baixo (Deficiência Intelectual, dependendo da avaliação funcional).

## 5.6 Perfil de Saúde Mental e Condições Psiquiátricas Coexistentes

A avaliação psiquiátrica via K-SADS indicou que um episódio passado de fobia específica foi significativamente mais prevalente no grupo TEA (44,4%) em comparação ao grupo não-TEA (11,4%; $p$=0,042), sugerindo uma vulnerabilidade particular deste subgrupo a medos fóbicos. Além disso, embora sem atingir significância estatística, o grupo TEA apresentou uma tendência a maior presença de tiques (episódio atual: 33,3% vs. 11,4%) e transtorno depressivo persistente (episódio mais grave passado: 33,3% vs. 22,9%). Em contrapartida, o grupo não-TEA apresentou taxas discretamente superiores de transtorno de ansiedade generalizada e episódios depressivos atuais, reforçando a complexidade clínica da amostra total, composta integralmente por indivíduos com incongruência de gênero que buscaram auxílio especializado.

De modo geral, observou-se uma elevada prevalência de sintomas psiquiátricos ao longo da vida em ambos os grupos, sem diferenças estatisticamente significativas na maioria dos transtornos avaliados, incluindo transtorno depressivo maior (20,5% atual e 34% passado), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (27,3%) e transtorno de ansiedade generalizada (22,7% atual e 25% prévio). O perfil psicopatológico da amostra mostrou-se livre de quadros graves de psicose ou humor, uma vez que nenhum participante preencheu critérios diagnósticos para hipomania, esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos (incluindo esquizofreniforme, episódio psicótico breve ou psicose induzida por substâncias). Da mesma forma, não foram relatados casos de encoprese, ansiedade de separação, mutismo seletivo, transtornos alimentares (anorexia ou bulimia), transtorno de estresse agudo ou ansiedade não especificada. Quanto ao transtorno por uso de substâncias, não foram observadas diferenças entre os grupos, registrando-se apenas casos isolados de transtorno por uso de álcool no grupo não-TEA e um único relato de transtorno por uso de substância ilícita (*cannabis*) na amostra total. Resultados detalhados para os demais diagnósticos da K-SADS são fornecidos na **Tabela 15**.

Tabela 15 - Diagnósticos psiquiátricos de acordo com a K-SADS nos grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| | **Amostra total (n=44)** | **Grupo TEA (n=9)** | **Grupo não-TEA (n=35)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| | **n (%)** | **n (%)** | **n (%)** | |
| **Transtorno Depressivo Maior** | | | | |
| Episódio atual | 9 (20,5) | 1 (11,1) | 8 (22,9) | 0,659 |
| Episódio mais grave passado | 15 (34,0) | 2 (22,2) | 13 (37,1) | 0,695 |
| **Transtorno depressivo persistente (distimia)** | | | | |
| Episódio atual | 5 (11,4) | 0 (0) | 5 (14,3) | 0,566 |
| Episódio mais grave passado | 11 (25,0) | 3 (33,3) | 8 (22,9) | 0,669 |
| **Mania** | | | | |
| Episódio atual | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (11,1) | 0,205 |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Hipomania** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Transtorno disruptivo de desregulação do humor** | | | | |
| Episódio atual | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (2,9) | 1,000 |
| Episódio mais grave passado | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (2,9) | 1,000 |
| **Esquizofrenia** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Transtorno esquizofreniforme** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Episódio psicótico breve** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Transtorno psicótico devido a condição médica geral** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Transtorno psicótico induzido por substância** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Transtorno psicótico não classificado em outra parte** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Enurese** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 6 (13,6) | 2 (22,2) | 4 (11,4) | 0,586 |
| **Encoprese** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Transtorno do pânico** | | | | |
| Episódio atual | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (2,9) | 1,000 |
| Episódio mais grave passado | 5 (11,4) | 0 (0) | 5 (14,3) | 0,566 |
| **Agorafobia** | | | | |
| Episódio atual | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (2,9) | 1,000 |
| Episódio mais grave passado | 3 (6,8) | 1 (11,1) | 2 (5,7) | 0,506 |
| **Ansiedade de separação** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 6 (13,6) | 1 (11,1) | 5 (14,3) | 1,000 |
| **Transtorno de Ansiedade Social** | | | | |
| Episódio atual | 8 (18,2) | 1 (11,1) | 7 (20,0) | 1,000 |
| Episódio mais grave passado | 9 (20,5) | 1 (11,1) | 8 (22,9) | 0,659 |
| **Mutismo seletivo** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Fobia específica** | | | | |
| Episódio atual | 4 (9,1) | 1 (11,1)[a] | 3 (8,6)[b] | 1,000 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Episódio mais grave passado | 8 (18,2) | 4 (44,4)[c] | 4 (11,4)[d] | 0,042 |
| **Transtorno de Ansiedade Generalizada** | | | | |
| Episódio atual | 12 (27,3) | 1 (11,1) | 11 (31,4) | 0,405 |
| Episódio mais grave passado | 12 (27,3) | 1 (11,1) | 11 (31,4) | 0,405 |
| **Transtorno Obsessivo Compulsivo** | | | | |
| Episódio atual | 2 (4,5) | 0 (0) | 2 (5,7) | 1,000 |
| Episódio mais grave passado | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (2,9) | 1,000 |
| **Transtorno de Estresse Pós-Traumático** | | | | |
| Episódio atual | 4 (9,1) | 0 (0) | 4 (11,4) | 0,566 |
| Episódio mais grave passado | 5 (11,4) | 1 (11,1) | 4 (11,4) | 1,000 |
| **Transtorno de Estresse Agudo** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Transtorno de Ansiedade não Especificado** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Tiques** | | | | |
| Episódio atual | 7 (15,9) | 3 (33,3)[e] | 4 (11,4)[f] | 0.138 |
| Episódio mais grave passado | 5 (11,4) | 2 (22,2) [g] | 3 (8,6) [h] | 0,267 |
| **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade** | | | | |
| Episódio atual | 10 (22,7) | 2 (22,2) [i] | 8 (22,9)[j] | 1,000 |
| Episódio mais grave passado | 11 (25,0) | 3 (33,3)[k] | 8 (22,9) [l] | 0,669 |
| **Transtorno de oposição desafiante** | | | | |
| Episódio atual | 4 (9,1) | 0 (0) | 4 (11,4) | 0,566 |
| Episódio mais grave passado | 6 (13,6) | 1 (11,1) | 5 (14,3) | 1,000 |
| **Anorexia nervosa** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Bulimia** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| **Compulsão alimentar** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (2,9) | 1,000 |
| **Transtorno por uso de álcool** | | | | |
| Episódio atual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Episódio mais grave passado | 2 (4,5) | 0 (0) | 2 (5,7) | 1,000 |
| **Transtorno por uso de substância ilícita** | | | | |
| Episódio atual | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (2,9)[m] | 1,000 |
| Episódio mais grave passado | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; K-SADS = Entrevista Diagnóstica para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças em Idade Escolar – Versão Atual e de Vida. n (%) = frequência e porcentagem. Os valores de p referem-se ao Teste Exato de Fisher. Diferenças significativas ($p$<0,05) estão destacadas em negrito. Fobia Específica: (a) Ambiente natural (tempestades e alturas, $p$=0,205); (b) Situacional (aviões e elevadores, n=1; $p$=1,000) e outros (n=2; $p$=1,000); (c) Ambiente natural (tempestades e alturas, n=1; $p$=0,205) e outros (n=3; $p$=1,000); (d) Situacional (aviões e elevadores, n=1; $p$=1,000) e outros (n=3; $p$=1,000). Transtornos de Tic: (e) Motor ou vocal (n=3; $p$=0,142); (f) Motor ou vocal (n=1; $p$=0,142) e não especificado (n=3; $p$=0,142); (g) Motor ou vocal (n=2; $p$=0,400); (h) Motor ou vocal (n=1; $p$=0,400) e não especificado (n=2; $p$=0,400). Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: (i) Apresentação combinada (n=2; $p$=1,000); (j) Apresentações desatenta (n=3) e combinada (n=5; $p$=1,000); (k) Apresentações desatenta (n=1) e combinada (n=2; $p$=0,452); (l) Apresentações desatenta (n=2), hiperativa/impulsiva (n=3) e combinada (n=3; $p$=0,452). Uso de Substâncias: (m) Transtorno por uso de Cannabis.

## 5.7 Histórico clínico, farmacoterapia e antecedentes familiares

As variáveis relacionadas ao histórico clínico e antecedentes familiares estão apresentadas na **Tabela 16**. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das categorias avaliadas (p>0,05). Em ambos os grupos, verificou-se uma alta prevalência de autolesão não suicida (44,4% no grupo TEA e 42,9% no grupo não-TEA) e de uso atual de medicações psiquiátricas (55,6% e 37,1%, respectivamente), com predomínio de uso de antidepressivos. Embora não tenha sido observada significância estatística, vale ressaltar que, enquanto o grupo TEA não apresentou relatos de tentativa de suicídio ou internação psiquiátrica prévia, 5,7% do grupo não-TEA relatou histórico de internação psiquiátrica ($p$=1,000) e 17,1% relatou tentativa de suicídio anterior ($p$=0,425).

No que tange ao histórico de abuso e negligência, embora o grupo não-TEA tenha apresentado frequências absolutas maiores (28,6% de histórico de abuso

sexual e 5,7% de negligência), a diferença para o grupo TEA não atingiu significância estatística. Quanto aos antecedentes familiares, destaca-se que mais da metade de ambos os grupos relatou a presença de indivíduos com suspeita ou diagnóstico de TEA na família (55,6% no grupo TEA e 51,4% no grupo não-TEA), além de uma presença expressiva de outros familiares com diversidade de sexo ou gênero em ambos os grupos.

Tabela 16 - Histórico clínico, uso de medicação e antecedentes familiares nos grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| | **Amostra total (n=44)** | **Grupo TEA (n=9)** | **Grupo não-TEA (n=35)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| | **n (%)** | **n (%)** | **n (%)** | |
| Histórico de Internação psiquiátrica | 2 (4,5) | 0 (0) | 2 (5,7) | 1,000 |
| Histórico de tentativa de suicídio | 5 (11,4) | 0 (0) | 6 (17,1) | 0,425 |
| Histórico de autolesão não suicida | 19 (43,2) | 4 (44,4) | 15 (42,9) | 0,396 |
| Uso atual de medicação psiquiátrica | 18 (40,9) | 5 (55,6) | 13 (37,1) | 0,672 |
| Uso atual de estabilizador de humor | 5 (11,4) | 1 (11,1) | 4 (11,43) | 1,000 |
| Uso atual de medicação para TDAH (psicoestimulante, atomoxetina) | 5 (11,4) | 2 (22,2) | 3 (8,6) | 0,267 |
| Uso atual de antipsicótico | 6 (13,6) | 2 (22,2) | 4 (11,4) | 0,586 |
| Uso atual de antidepressivo | 17 (38,6) | 4 (44,4) | 13 (37,1) | 0,716 |
| Histórico de abuso sexual | 10 (22,7) | 0 (0) | 10 (28,6) | 0,109 |
| Histórico de negligência ou abuso físico/ emocional | 2 (4,5) | 0 (0) | 2 (5,7) | 0,364 |
| Outro indivíduo com diversidade de gênero na família | 7 (15,9) | 1 (11,1) | 6 (17,1) | 1,000 |
| Outro indivíduo com diversidade de sexo na família | 31 (70,4) | 8 (88,9) | 23 (65,7) | 0,532 |
| Indivíduo com suspeita ou diagnóstico de TEA na família | 23 (52,3) | 5 (55,6) | 18 (51,4) | 1,000 |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; TDAH = Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; n (%) = frequência e porcentagem. Os valores de p referem-se ao Teste Exato de Fisher. As categorias de abuso e negligência foram autorreferidas pelos participantes ou seus responsáveis durante a anamnese clínica.

## 5.8 Intercorrências Gestacionais e Perinatais

No que concerne ao histórico gestacional (**Tabela 17**), os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis avaliadas (p>0,05), indicando um perfil de desenvolvimento pré-natal comparável. Na maioria dos casos em ambos os grupos, a gestação foi desejada (77,8% no grupo TEA e 80% no grupo não-TEA) e aproximadamente metade foi planejada.

Relatos de períodos de estresse durante a gestação foram observados em cerca de um terço da amostra total. Quanto à exposição a substâncias, o uso de álcool foi relatado por 11,1% das mães no grupo TEA e 25,7% no grupo não-TEA, enquanto o uso de tabaco e outras substâncias foi nulo ou residual. Ademais, problemas de saúde e o uso de medicamentos durante a gestação foram relatados com frequências similares entre os grupos, reforçando a homogeneidade dos antecedentes gestacionais entre os participantes com e sem diagnóstico de TEA.

Tabela 17 - Comparação do histórico gestacional entre os grupos TEA e não-TEA, Porto Alegre, Brasil, 2024-2025

| | **Amostra total (n=44)** | **Grupo TEA (n=9)** | **Grupo não-TEA (n=35)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| | **n (%)** | **n (%)** | **n (%)** | |
| Gestação desejada | 35 (79,5) | 7 (77,8) | 28 (80,0) | 1,000 |
| Gestação planejada | 23 (52,3) | 4 (44,4) | 19 (54,3) | 0,716 |
| Período de estresse durante a gestação | 16 (36,4) | 3 (33,3) | 13 (37,1) | 1,000 |
| Aborto prévio à gestação | 12 (27,3) | 4 (44,4) | 8 (22,9) | 0,227 |
| Uso de álcool durante a gestação | 10 (22,7) | 1 (11,1) | 9 (25,7) | 0,659 |
| Uso de outras substâncias durante a gestação | 1 (2,3) | 0 (0) | 1 (2,9) | 1,000 |
| Uso de tabaco durante a gestação | 3 (6,8) | 0 (0) | 3 (8,6) | 1,000 |
| Problema de saúde durante a gestação | 18 (40,9) | 5 (55,6) | 13 (37,1) | 0,451 |
| Uso de anticonvulsivante durante a gestação | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Uso de medicamento durante a gestação | 10 (22,7) | 3 (33,3) | 7 (20,0) | 0,402 |

Fonte: Autor (2026). Nota: TEA = Transtorno do Espectro Autista; n (%) = frequência e porcentagem. Os valores de p referem-se ao Teste Exato de Fisher. Os dados foram coletados retrospectivamente por meio de entrevista com os cuidadores responsáveis.

## 6. Discussão

### 6.1 Rigor Metodológico e a Prevalência do "Padrão-Ouro"

A prevalência de 20,5% (IC95%: 9,8-35,3%) encontrada neste estudo estabelece um marco importante para a literatura brasileira, situando-se significativamente acima das estimativas para a população geral (1,5%) e de estudos globais (0,6% a 1%) (34,36). É importante salientar que esse índice também supera as taxas observadas em amostras clínicas da psiquiatria infantil geral, que situam a prevalência do TEA entre 6,1% e 10,3% (37,38). O fato de a prevalência na presente amostra de jovens com diversidade de gênero ser aproximadamente o dobro daquela encontrada em serviços de saúde mental convencionais reforça a hipótese de uma associação robusta e específica entre essas duas condições, para além do viés de busca por serviços de saúde.

Esse achado corrobora a literatura internacional que sugere uma alta coocorrência entre diversidade de gênero e neurodivergência (1). O uso de uma bateria diagnóstica padrão-ouro (ADOS-2 e ADI-R) permitiu uma calibração diagnóstica superior a estudos baseados apenas em rastreio (*screening*), que frequentemente reportam taxas infladas acima de 40% (6,43). Essa distinção é crucial, pois sugere que instrumentos de rastreio podem confundir o isolamento social e a rigidez comportamental, frequentemente derivados do sofrimento pela incongruência de gênero, com características inerentes ao espectro autista (8). Assim, a especificidade da nossa metodologia funcionou como um filtro para falsos positivos, detectando a efetiva sobreposição diagnóstica entre IG e TEA.

Por outro lado, nossos resultados superam as taxas de revisões de prontuários (2,0%-13,3%), que frequentemente sofrem com o subdiagnóstico e a dependência de registros pré-existentes (3,5,21,22,23,24,25). Nossos achados também superam estudos que dependem de medidas baseadas em informantes (1,03%-12%) (4,20,42) e a avaliação direcionada de De Vries e colegas (2010), que relatou uma prevalência de 7,8% (9). Essa discrepância ressalta que depender de dados clínicos de arquivo, relatos de terceiros ou apenas da avaliação de casos sintomáticos provavelmente negligência inúmeras apresentações autistas.

## 6.2 A Sobreposição Fenomenológica e o "Diagnostic Overshadowing"

A identificação de três participantes com TEA previamente não diagnosticados ilustra o fenômeno do "ofuscamento diagnóstico" (*diagnostic overshadowing*). Nestes casos, o alto QI, com a maioria situando-se nas faixas Médio e Médio Superior, aliado às características da incongruência de gênero, pode ter mascarado traços do neurodesenvolvimento durante a infância (2). Isso é particularmente pronunciado em jovens com diversidade de gênero, uma população que frequentemente mascara ou camufla sintomas. Tais perfis autísticos muitas vezes permanecem não detectados na ausência de um protocolo diagnóstico proativo e padronizado, capaz de capturar os nuances da interseção TEA-IG. Para muitos desses jovens, o sofrimento relacionado ao gênero pode ser a "queixa primária" que facilita a entrada no sistema de saúde, enquanto o neurodesenvolvimento atípico permanece não identificado. Consequentemente, clínicas especializadas em gênero podem servir como pontos cruciais de detecção de neurodivergência para indivíduos que foram previamente negligenciados pelos serviços gerais de saúde, destacando a necessidade de rastreio de neurodesenvolvimento rotineiro e integrado nesses contextos especializados.

Além disso, as elevadas pontuações no SRS-2 mesmo no grupo não-TEA ressaltam a complexidade diagnóstica (8;46). Por exemplo, a rigidez cognitiva e as dificuldades de expressão emocional em jovens autistas podem complicar a avaliação da identidade de gênero. Por outro lado, hipersensibilidades sensoriais, como o desconforto com a textura das roupas ou pelos corporais, podem ser interpretadas exclusivamente como disforia de gênero. Tais achados sugerem uma sobreposição fenomenológica significativa que pode obscurecer os limites diagnósticos, exigindo um julgamento clínico refinado para distinguir características neurodivergentes centrais de traços que podem ser inerentemente mais prevalentes na população com incongruência de gênero.

## 6.3 Perfil Cognitivo: Médias Comparáveis vs. Heterogeneidade Clínica

Ao analisar o funcionamento intelectual global através da WASI, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos TEA e não-TEA nos domínios de QI Verbal ($p$=0,153), Execução ($p$=0,844) ou QI Total ($p$=0,118). À primeira vista, esses resultados sugerem uma equivalência cognitiva

entre jovens autistas e não autistas com IG. No entanto, a análise das médias isoladamente pode ocultar nuances cruciais para a prática clínica.

A análise da distribuição categórica do QI Total revelou uma disparidade significativa entre os grupos ($p$=0,011), evidenciando que o grupo TEA possui um perfil consideravelmente mais heterogêneo. Enquanto 74,3% do grupo não-TEA se situou entre as faixas "Médio" e "Médio Superior" e nenhum indivíduo abaixo da média, o grupo TEA exibiu um deslocamento para os extremos de desempenho.

Diferente de pesquisas que sugerem que pacientes com traços autistas seriam necessariamente mais velhos e com QI mais baixo (6), nossos achados mostram que, no grupo com diagnóstico confirmado por padrão-ouro, o perfil etário mais jovem (menores idade e Tanner) e a heterogeneidade cognitiva são as marcas principais. Esse dado reforça que o suporte à identidade de gênero deve ser adaptado ao nível de processamento de cada indivíduo, considerando tanto as necessidades de suporte específicas quanto as altas capacidades intelectuais presentes no espectro.

### 6.4 Perfil Clínico e a Singularidade da Fobia Específica

A análise das patologias psiquiátricas corrobora a alta prevalência de psicopatologias descrita na literatura internacional, possivelmente mediado pelo estresse de minoria inerente à população com incongruência de gênero. No presente estudo, os transtornos psiquiátricos mais prevalentes foram transtorno depressivo maior (20,5% atual e 34% passado), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (27,3%) e transtorno de ansiedade generalizada (22,7% atual e 25% prévio), achados próximos aos da literatura internacional (3,5,10,20,21,22).

Entretanto, observou-se uma distinção importante entre os subgrupos em relação a patologias psiquiátricas mais frequentes. O achado mais expressivo foi a prevalência significativamente superior de Fobia Específica no grupo TEA (44,4% vs. 11,4%; $p$=0,042). Esse dado sugere um perfil de ansiedade mais reativo, possivelmente vinculado à hipersensibilidade sensorial e às dificuldades de processamento de estímulos ambientais inerentes ao espectro autista.

Além disso, embora sem atingir significância estatística, o grupo TEA apresentou uma tendência a maior presença de tiques (episódio atual: 33,3% vs. 11,4%) e transtorno depressivo persistente (episódio mais grave passado: 33,3% vs. 22,9%). Esses resultados convergem com a literatura internacional, que aponta a alta

prevalência de comorbidades psiquiátricas em indivíduos autistas, com taxas de ansiedade e depressão atingindo, respectivamente, 25% e 18% (31). Por outro lado, o grupo não-TEA apresentou taxas discretamente superiores de transtorno de ansiedade generalizada e episódios depressivos atuais, reforçando a complexidade clínica da amostra total, composta integralmente por indivíduos com incongruência de gênero que buscaram auxílio especializado.

### 6.5 Histórico Familiar e o “Efeito de Proteção”

Ao contrário das expectativas baseadas na literatura, observou-se a ausência de relatos de abuso sexual, negligência, internações psiquiátricas ou tentativas de suicídio no grupo TEA. Este dado apresenta um contraste marcante com o grupo não-TEA, em que foram registradas história de abuso sexual (28,6%), tentativas de suicídio (17,1%), internações psiquiátricas prévias (5,7%) e negligência (5,7%), e corrobora com os dados de literatura de 12 a 30,4% de tentativa de suicídio em jovens com IG (3,10,23,25).

A ausência desses agravos de saúde mental no grupo TEA, portanto, levanta a hipótese de um "efeito de proteção familiar". Hipotetiza-se que a identificação precoce das necessidades do neurodesenvolvimento tenha gerado um monitoramento parental mais estreito, agindo como um anteparo contra negligência e abusos externos. Essa vigilância pode ter mitigado os riscos tipicamente associados à interseção entre neurodivergência e diversidade de gênero. Entretanto, uma explicação alternativa para este achado pode estar relacionada às diferenças de idade entre os grupos. Os participantes autistas na amostra eram, em média, mais jovens que os demais, possuindo, portanto, um tempo menor de exposição a eventos de vida adversos e riscos ambientais.

Por outro lado, a ausência desses eventos graves no grupo TEA desafia a literatura epidemiológica atual, que reconhece em adolescentes autistas uma vulnerabilidade acentuada à vitimização e ao comportamento suicida (16). Essa disparidade levanta a hipótese de um "efeito de proteção familiar" específico para o grupo TEA. Hipotetiza-se que a identificação mais precoce das necessidades do neurodesenvolvimento tenha gerado um monitoramento parental mais estreito e um engajamento mais ávido com serviços de saúde. Esse acompanhamento intensivo

parece ter atuado como um fator de proteção contra adversidades externas e riscos de autolesão.

Entretanto, esse suporte familiar não extinguiu o sofrimento psíquico, que se manifestou de forma transversal através da automutilação (autolesão não suicida). A prevalência foi alta em ambos os grupos, atingindo 44,4% dos jovens autistas e 42,9% dos não autistas. Esses valores superam os achados de Chiniara et al. (2018), que relataram 30,5% de autolesão em jovens com diversidade de gênero, e aproximam-se dos dados de Holt et al. (2016) e Nahata et al. (2017), que encontraram taxas entre 38,5% e 55,7%, respectivamente (3,24,25).

Por fim, a Tabela 16 reforça que o histórico gestacional e biológico é homogêneo entre os grupos, sugerindo que as disparidades observadas derivam de dinâmicas de cuidado e caminhos neurobiológicos distintos. Ademais, a expressiva prevalência de familiares com histórico de TEA ou diversidade de gênero (superior a 50% em ambos os grupos) sugere uma possível herança compartilhada de variabilidade no desenvolvimento. Essa "herança comum" pode facilitar a aceitação familiar e a compreensão da neurodivergência, criando um ambiente doméstico mais afirmativo que mitiga o estresse de minoria e, consequentemente, reduz a incidência de desfechos graves em saúde mental.

### 6.6 Viés de Serviço e a Invisibilidade da Não-Binariedade

Por fim, a composição estritamente binária da amostra, formada exclusivamente por meninos e meninas trans, alinha-se a estudos clínicos prévios com jovens transgêneros que relataram baixa prevalência de identidades não binárias ou agênero (3,4,7). Entretanto, tal achado diverge de pesquisas internacionais que apontam alta incidência de identidades não-binárias especificamente em pessoas autistas. Essa discrepância provavelmente reflete um viés de encaminhamento dos serviços de saúde no Brasil, onde o acesso a centros terciários especializados muitas vezes prioriza casos percebidos como "urgentes" ou que se encaixam no modelo médico tradicional de transição. Consequentemente, jovens com identidades fluidas ou não-binárias podem enfrentar barreiras estruturais adicionais ao ingressar em um sistema de saúde que permanece amplamente estruturado em torno de modelos de transição binários, resultando em sua sub-representação em pesquisas clínicas dependentes de fluxos institucionais.

## 6.7 Limitações

Embora este trabalho apresente achados significativos, algumas limitações devem ser consideradas. Primeiramente, a investigação envolveu uma amostra clínica de um único centro especializado, o que pode introduzir um viés de seleção e não representar a totalidade da população transgênero brasileira. Em segundo lugar, a maior proporção no grupo TEA de jovens provenientes de fora da capital ($p$=0,027) pode refletir a tendência de casos complexos serem encaminhados a hospitais universitários especializados.

Outra fonte de viés de seleção deve ser considerada: muitos participantes foram trazidos à clínica por seus cuidadores em idades relativamente precoces, sugerindo a presença de redes de apoio familiar presentes. Esse viés é amplificado pela exigência metodológica do histórico do neurodesenvolvimento precoce para o ADI-R, o que levou à exclusão de indivíduos sem acesso a tais registros (por exemplo, jovens adotados ou em contextos de acolhimento). Consequentemente, a amostra pode estar enviesada para indivíduos de ambientes mais estáveis, possivelmente sub-representando jovens expostos a níveis mais elevados de trauma precoce, abuso ou negligência, que frequentemente carecem de informação consistente sobre o desenvolvimento.

Embora a baixa taxa de internação psiquiátrica e tentativas de suicídio possa ilustrar o papel protetor das redes de apoio familiar, é possível que jovens em contextos de cuidado instáveis não tenham sido plenamente capturados nesta pesquisa. Além disso, o tamanho amostral relativamente pequeno limitou o poder estatístico para realizar análises de subgrupos mais granulares, como a comparação da prevalência de TEA entre diferentes faixas etárias ou identidades de gênero específicas. Por fim, o delineamento transversal do estudo impede inferências de causalidade entre a IG e o TEA.

Apesar dessas limitações, um ponto forte deste trabalho é o uso de instrumentos diagnósticos padrão-ouro (ADOS-2 e ADI-R) administrados por clínicos especializados. Ao avançar além de medidas de autorrelato ou rastreio, que frequentemente superestimam sintomas nesta população, nossa metodologia amplia significativamente a precisão diagnóstica e a validade das estimativas de prevalência reportadas.

## 7. Conclusão

A presente dissertação investigou a prevalência de TEA em uma amostra clínica de jovens com IG no sul do Brasil, utilizando os instrumentos padrão-ouro ADOS-2 e ADI-R. Os achados sugerem uma alta prevalência de autismo nesta população (20,5%), taxa significativamente superior à encontrada na população geral, o que reforça a natureza complexa e multifacetada da interseção entre neurodesenvolvimento e identidade de gênero.

Um dos aspectos centrais deste trabalho é a identificação do fenômeno de "ofuscamento diagnóstico". Observou-se que a presença de um QI preservado e a intensidade das demandas relacionadas à afirmação de gênero podem mascarar sinais de autismo, retardando o diagnóstico e o suporte adequado. A heterogeneidade cognitiva encontrada no grupo TEA sublinha a necessidade de avaliações que transcendam o desempenho intelectual isolado, focando-se nas competências adaptativas e na comunicação social.

Adicionalmente, os resultados sugerem o "efeito de proteção familiar", com possível relevância clínica. Contrariando a tendência de maior vulnerabilidade, o grupo TEA nesta amostra apresentou indicadores superiores de suporte parental e menores taxas de abuso e comportamentos suicidas em comparação ao grupo não-TEA. Estes dados sugerem que o acolhimento familiar e a identificação precoce de necessidades específicas podem configurar importantes fatores de proteção. Tal configuração parece mitigar as vulnerabilidades habitualmente associadas à interseção entre a diversidade de gênero e a neurodivergência, refletindo-se em indicadores de saúde mental mais favoráveis nesta amostra.

Sendo este o primeiro estudo na América do Sul a investigar a coocorrência entre IG e TEA, e o primeiro no cenário mundial a utilizar simultaneamente os instrumentos padrão-ouro ADOS-2 e ADI-R nesta população, espera-se que estes dados possam auxiliar no desenvolvimento de práticas clínicas mais inclusivas, personalizadas e humanizadas. Pesquisas futuras, idealmente com desenhos longitudinais, são necessárias para investigar como a interseção entre a neurodivergência e a diversidade de gênero influencia os desfechos a longo prazo das intervenções de afirmação de gênero e a satisfação com a trajetória de transição, garantindo um cuidado que respeite a singularidade de cada indivíduo.

## 8. Referências bibliográficas

1. Kallitsounaki A, Williams DM. Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria/Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2022 May 20;53(8):3103–17.

2. Gupta N, Srinivasan S, Gupta M. Rethinking psychometric testing in autism: overcoming the challenges of comorbidity and diagnostic overshadowing. CNS Spectrums. 2025;30(1).

3. Nahata L, Quinn GP, Caltabellotta NM, Tishelman AC. Mental Health Concerns and Insurance Denials Among Transgender Adolescents. LGBT Health. 2017 Jun;4(3):188–93.

4. Clyde A, Bismar D, Agnew G, Kuper LE. Autism Spectrum Disorder and Anxiety Among Transgender Youth: Use of the Social Communication Questionnaire (SCQ). Journal of Autism and Developmental Disorders. 2022 Nov 24;54(2):615–27.

5. Chao KY, Chou CC, Chen CI, Lee SR, Cheng W. Prevalence and Comorbidity of Gender Dysphoria in Taiwan, 2010–2019. Archives of Sexual Behavior. 2023 Jan 24;52(3):1009–17.

6. VanderLaan DP, Leef JH, Wood H, Hughes SK, Zucker KJ. Autism Spectrum Disorder Risk Factors and Autistic Traits in Gender Dysphoric Children. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2014 Dec 11;45(6):1742–50.

7. Mahfouda S, Panos C, Whitehouse AJO, Thomas CS, Maybery M, Strauss P, et al. Mental Health Correlates of Autism Spectrum Disorder in Gender Diverse Young People: Evidence from a Specialised Child and Adolescent Gender Clinic in Australia. Journal of Clinical Medicine. 2019 Sep 20;8(10):1503.

8. Turban JL, van Schalkwyk GI. “Gender Dysphoria” and Autism Spectrum Disorder: Is the Link Real? Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2018 Jan;57(1):8-9.e2.

9. de Vries ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and

Adolescents. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2010 Jan 22;40(8):930–6.

10. Khatchadourian K, Amed S, Metzger DL. Clinical Management of Youth with Gender Dysphoria in Vancouver. The Journal of Pediatrics. 2014 Apr;164(4):906–11.

11. van Vlerken RHT, Fuchs CE, van der Miesen AIR. Caring for Transgender and Gender Diverse Youth with Co-occurring Neurodiversity. In: Pediatric Gender Identity [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2026 Mar 3]. p. 137–48. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-38909-3_10

12. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. International Journal of Transgender Health. 2022 Aug 19;23(sup1):S1–259.

13. Fast AA, Olson KR. Gender Development in Transgender Preschool Children. Child Development. 2018 Mar 1;89(2):620–37.

14. Olson KR, Gülgöz S. Early Findings From the TransYouth Project: Gender Development in Transgender Children. Child Development Perspectives. 2018 May 7;12(2):93–7.

15. World Health Organization. Geneva: World Health Organization. 2018. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). Available from: https://icd.who.int/browse11/l-m/en

16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. American Psychiatric Association Publishing; 2022 [cited 2026 Mar 3]. Available from: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

17. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. The Lancet Psychiatry. 2016 Mar;3(3):297–304.

18. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ II, Johnson CC, Joseph CLM. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. Journal of Adolescent Health. 2016 Nov;59(5):489–95.

19. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sexual Health. 2017;14(5):404.

20. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, et al. Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. Pediatrics. 2012 Mar 1;129(3):418–25.

21. Peterson CM, Matthews A, Copps-Smith E, Conard LA. Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2016 Aug 19;47(4):475–82.

22. Becerra-Culqui TA, Liu Y, Nash R, Cromwell L, Flanders WD, Getahun D, et al. Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. Pediatrics. 2018 May 1;141(5).

23. Chen M, Fuqua J, Eugster EA. Characteristics of Referrals for Gender Dysphoria Over a 13-Year Period. Journal of Adolescent Health. 2016 Mar;58(3):369–71.

24. Chiniara LN, Bonifacio HJ, Palmert MR. Characteristics of Adolescents Referred to a Gender Clinic: Are Youth Seen Now Different from Those in Initial Reports? Hormone Research in Paediatrics. 2018;89(6):434–41.

25. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2014 Nov 26;21(1):108–18.

26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2.427, de 8 de abril de 2025. Diário Oficial da União. [Internet]. Apr 16, 2025. Available from: https://www.in.gov.br/

27. Miranda-Ojeda R, Wickramasinghe A, Ntolkeras G, Castanho I, Yassin W. The Neurodiversity Framework in Medicine: On the Spectrum. Developmental Neurobiology. 2025 Jan;85(1).

28. Dwyer P. The Neurodiversity Approach(es): What Are They and What Do They Mean for Researchers? Human Development. 2022;66(2):73–92.

29. Kapp SK, Gillespie-Lynch K, Sherman LE, Hutman T. Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. Developmental Psychology. 2013;49(1):59–71.

30. Young H, Oreve MJ, Speranza M. Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. Archives de Pédiatrie. 2018 Aug;25(6):399–403.

31. Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder. JAMA. 2023 Jan 10;329(2):157.

32. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders. 1994 Oct;24(5):659–85.

33. Lebersfeld JB, Swanson M, Clesi CD, O'Kelley SE. Systematic Review and Meta-Analysis of the Clinical Utility of the ADOS-2 and the ADI-R in Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Children. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2021 Jan 21;51(11):4101–14.

34. Salari N, Rasoulpoor S, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Jafarpour S, Abdoli N, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Italian Journal of Pediatrics. 2022 Jul 8;48(1).

35. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Research. 2022 Mar 3;15(5):778–90.

36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. 2025. Censo Demográfico 2025: Resultados definitivos e indicadores de saúde. Available from: https://www.ibge.gov.br/

37. Hansen BH, Oerbeck B, Skirbekk B, Petrovski BÉ, Kristensen H. Neurodevelopmental disorders: prevalence and comorbidity in children referred to mental health services. Nordic Journal of Psychiatry. 2018 Feb 28;72(4):285–91.

38. Kriz S, Thomsen PH. Doubling of the capacity of child psychiatric services in a region of southwestern Norway—How did it affect the composition of the clinical population? Nordic Journal of Psychiatry. 2009 Jan;63(4):322–30.

39. Dellazari L, de Bem ÉB, Falcão AB, Manjabosco F de M, Sorato GB, Berto LF, et al. Mind the gap: the inconceivable void on the epidemiology of autism spectrum disorders in Brazil. Brazilian Journal of Psychiatry. 2024;47(0).

40. Talantseva OI, Romanova RS, Shurdova EM, Dolgorukova TA, Sologub PS, Titova OS, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. Frontiers in Psychiatry. 2023 Feb 9;14.

41. Strang JF, Meagher H, Kenworthy L, de Vries ALC, Menvielle E, Leibowitz S, et al. Initial Clinical Guidelines for Co-Occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in Adolescents. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2016 Oct 24;47(1):105–15.

42. Skagerberg E, Di Ceglie D, Carmichael P. Brief Report: Autistic Features in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2015 Mar 15;45(8):2628–32.

43. Akgül GY, Ayaz AB, Yildirim B, Fis NP. Autistic Traits and Executive Functions in Children and Adolescents With Gender Dysphoria. Journal of Sex & Marital Therapy. 2018 Oct 3;44(7):619–26.

44. South M, Carr AW, Stephenson KG, Maisel ME, Cox JC. Symptom overlap on the srs-2 adult self-report between adults with asd and adults with high anxiety. Autism Research. 2017 Mar 7;10(7):1215–20.

45. Constantino JN, Gruber CP. Social Responsiveness Scale – Second Edition (SRS-2). Western Psychological Services.; 2012.

46. Hus V, Bishop S, Gotham K, Huerta M, Lord C. Factors influencing scores on the social responsiveness scale. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2012 Jul 24;54(2):216–24.

47. Shumer DE, Reisner SL, Edwards-Leeper L, Tishelman A. Evaluation of Asperger Syndrome in Youth Presenting to a Gender Dysphoria Clinic. LGBT Health. 2016 Oct;3(5):387–90.

48. van der Miesen AIR, de Vries ALC, Steensma TD, Hartman CA. Autistic Symptoms in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. Journal of Autism and

Developmental Disorders. 2017 Nov 30;48(5):1537–48.

49. Wing L, Leekam SR, Libby SJ, Gould J, Larcombe M. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2002 Mar;43(3):307–25.

50. Becker MM, Wagner MB, Bosa CA, Schmidt C, Longo D, Papaleo C, et al. Translation and validation of Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) for autism diagnosis in Brazil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2012 Mar;70(3):185–90.

51. Pacífico MC, de Paula CS, Namur VS, Lowenthal R, Bosa CA, Teixeira MCTV. Preliminary evidence of the validity process of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS): translation, cross-cultural adaptation and semantic equivalence of the Brazilian Portuguese version. Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 2019 Sep;41(3):218–26.

52. Constantino JN, Davis SA, Todd RD, Schindler MK, Gross MM, Brophy SL, et al. Validation of a Brief Quantitative Measure of Autistic Traits: Comparison of the Social Responsiveness Scale with the Autism Diagnostic Interview-Revised. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2003 Aug;33(4):427–33.

53. Constantino JN, Gruber CP. Escala de Responsividade Social: Segunda edição (SRS-2) . Hogrefe; 2020.

54. Caye A, Kieling RR, Rocha TB, Graeff-Martins AS, Geyer C, Krieger F, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), DSM-5 update: translation into Brazilian Portuguese. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2017 Dec;39(4):384–6.

55. Heck VS, Yates DB, Poggere LC, Tosi Silésia Delphino, Bandeira DR, Trentini CM. Validação dos subtestes verbais da versão de adaptação da WASI. . Avaliação Psicológica,. 2009 Apr;8(1):33–42.

56. Emmanuel M, Bokor BR. Tanner Stages. StatPearls. 2022 Dec 11;

57. Thomsen AH, Gaml-Sørensen A, Brix N, Ernst A, Lunddorf LLH, Strandberg-Larsen K, et al. Gender incongruence and timing of puberty: a population-based cohort study. Fertility and Sterility. 2022 Nov;118(5):938–45.

58. Rew L, Young CC, Monge M, Bogucka R. Review: Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—a critical review of the literature. Child and Adolescent Mental Health. 2020 Dec 15;26(1):3–14.

59. Borges RB, Mancuso ACB, Camey SA, Leotti VB, Hirakata VN, Azambuja GS, et al. Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. Clinical & Biomedical Research. 2021 Apr 13;

60. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. Journal of Biomedical Informatics. 2019 Jul;95:103208.

61. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. Journal of Biomedical Informatics. 2009 Apr;42(2):377–81.

## ANEXO A – ARTIGO CIENTÍFICO

Submetido no *Journal of Autism and Developmental Disorders*

# Autism Spectrum Disorder Prevalence Among Youth with Gender Incongruence in a Specialized Gender Identity Program in Brazil

**Authors and affiliations**

Érica Bonganhi de Bem 1,2 - ORCID: 0009-0000-2516-4229
Lucas Dellazari 1,2 - ORCID: 0009-0008-8702-0827
Bárbara Reis Krämmer 3 - ORCID 0000-0002-1760-7912
Rafaela Wolf Baptista 2,3 - ORCID 0009-0001-7569-3222
Luciane Padilha Hernandes Montedo 3 - ORCID 0009-0001-1913-5445
Gabriela Azevedo Prestes 1,5 - ORCID: 0009-0005-0423-4351
Flávia Wagner 5 - ORCID: 0000-0002-7301-1515
Lui Martins Costa Malcon 1, 3 - ORCID: 0000-0003-0215-0283
Luis Augusto Rohde 1, 5, 6, 7, 8 - ORCID: 0000-0002-4552-4188
Anna Martha Vaitses Fontanari 1,2 - ORCID: 0000-0002-1457-3884
Maria Inês Rodrigues Lobato 1,2 - ORCID: 0000-0003-3925-4051
Claudia Maciel Szobot 2, 4 - ORCID: 0009-0006-6627-4647

Graduate Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Rua Ramiro Barcelos, 2400, Porto Alegre, RS, 90035-003, Brazil.
Gender Identity Program (PROTIG), Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Rua Ramiro Barcelos, 2350, Porto Alegre, RS, 90035-903, Brazil.
Graduate Program in Child and Adolescent Health (PPGSCA), Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Rua Ramiro Barcelos, 2400, Porto Alegre, RS, 90035-003, Brazil.
Child and Adolescent Psychiatry Service, HCPA, Rua Ramiro Barcelos, 2400, Porto Alegre, RS, 90035-003, Brazil.
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Outpatient Program (ProDAH), Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Rua Ramiro Barcelos, 2400, Porto Alegre, RS, 90035-003, Brazil.

Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil
National Institute of Developmental Psychiatry (INPD) & National Center for Innovation and Research in Mental Health (CISM), São Paulo, Brazil
Medical Council UNIFAJ & UNIMAX, São Paulo, Brazil

**Author Contributions Statement**

All authors contributed to the study conception and design. Material preparation and data collection were performed by Érica Bonganhi de Bem, Lucas Dellazari, Bárbara Reis Krämmer, Rafaela Wolf Baptista, Luciane Padilha Hernandes Montedo, Gabriela Azevedo Prestes, Flávia Wagner. Statistical analysis was performed by Érica Bonganhi de Bem. The first draft of the manuscript was written by Érica Bonganhi de Bem and all authors commented on previous versions of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

**Funding**

The authors acknowledge the institutional support from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). This study may be eligible for open access funding under the transformative agreement between UFRGS/CAPES and Springer Nature. This study was also financed in part by the *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

**Competing Interests**

Dr. Rohde has received grant or research support from, served as a consultant to, and served on the speakers' bureau of Abdi Ibrahim, Abbott, Aché, Adium, Apsen, Bial, Cellera, EMS, Hypera Pharma, Knight Therapeutics, Libbs, Medice, Novartis/Sandoz, Pfizer/Upjohn/Viatris, Shire/Takeda, and Torrent in the last three years. The ADHD and Juvenile Bipolar Disorder Outpatient Programs chaired by Dr. Rohde have received unrestricted educational and research support from the following pharmaceutical companies in the last three years: Novartis/Sandoz and Shire/Takeda. Dr Rohde has received authorship royalties from Oxford Press and ArtMed.

**Ethical Approval**

This study was approved by the Institutional Review Board (Comitê de Ética em Pesquisa) of Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil (Protocol No. CAAE: 76812024.6.0000.5327). All procedures were performed in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments.

**Informed Consent and Assent**

Informed consent was obtained from the parents or legal guardians of all individual participants included in the study. Additionally, informed assent was obtained from all participating children and adolescents.

## Autism Spectrum Disorder Prevalence Among Youth with Gender Incongruence in a Specialized Gender Identity Program in Brazil

**Abstract**

**Purpose:** Current literature suggests a significant co-occurrence between Gender Incongruence (GI) and Autism Spectrum Disorder (ASD); however, most estimates rely on screening tools rather than gold-standard assessments. This study aimed to estimate ASD prevalence among gender-diverse youth in a Brazilian specialized clinic and explore clinical differences between autistic and non-autistic GI participants. **Methods:** This cross-sectional study included 44 participants (mean age 13.97, SD = 2.90). ASD was assessed using the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2), the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), and expert clinical evaluation. Data on autistic traits (Social Responsiveness Scale, Second Edition), sociodemographics, family/gestational history, intelligence quotient (Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence), and pubertal development were collected. **Results:** ASD prevalence was 20.5% (n = 9; 95% CI: 9.8–35.3%); 33.3% of this group (n = 3) received de novo diagnoses. Parents of autistic participants perceived their children's gender incongruence significantly earlier than parents of non-autistic peers (p = 0.041). No reports of sexual abuse, neglect, or suicide attempts were found in the ASD group. **Conclusions:** Our findings reinforce the necessity of systematic, gold-standard neurodevelopmental screening in gender-affirming care. A potential 'family protection effect' may explain the absence of severe adverse outcomes in the ASD group and be associated with increased parental monitoring and support. Results highlight how

preserved cognitive abilities and gender-related distress may lead to diagnostic overshadowing. Understanding these trajectories is essential for personalized, neurodiversity-affirming clinical pathways.

**Keywords:** Gender dysphoria (or gender identity)**;** Autism Spectrum Disorder**;** Sexual and Gender Minorities **;** Prevalence**;** Adolescent**;** Neurodevelopmental Disorders

Gender identity development is a heterogeneous process, ranging from fixed early expressions to gradual self-discovery (Coleman et al., 2022). In childhood, Gender Incongruence (GI) is characterized by a marked discrepancy between a person's experienced gender and the sex assigned at birth, persisting for at least two years. The standardization of these criteria in international diagnostic manuals (APA, 2022; WHO, 2018) is important to ensure clinical access to gender-affirming care and for provide a consistent framework in research. Clinically, youth may express this incongruence through gender diverse identities (non-binary or fluid) or a persistent desire for physical alignment, often manifesting in childhood through a consistent preference for play, toys, or social roles typically associated with their identified gender (American Psychiatric Association [APA], 2022; Forcier et al., 2020; World Health Organization [WHO]).

The literature on psychopathology in gender diverse children and adolescents is still incipient and primarily based on chart reviews (APA, 2022; Connolly et al, 2016). Large-scale and clinical studies consistently report elevated rates of depressive disorders (31.6%-78.5%), anxiety (11.8%-63.3%), and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD; 4.7%-21.2%) (Becerra-Culqui et al., 2018; Chao et al., 2023; Khatchadourian et al., 2014; Nahata et al., 2017; Peterson et al., 2017; Spack et al., 2012). Significant psychiatric vulnerabilities are observed in youths seeking gender-affirming care, including high rates of suicidal ideation (up to 74.7%), lifetime suicide attempts (12%–30.4%), and self-harm (30.5%–55.7%) (Chen et al., 2016; Chiniara et al., 2018; Holt et al., 2016; Khatchadourian et al., 2014; Nahata et al., 2017). These elevated risks are often conceptualized through the lens of minority stress, emphasizing the need for comprehensive psychiatric screening within specialized clinics (Turban & van Schalkwyk, 2018).

In Brazil, until March 2025, gender-affirming hormone therapy was allowed for adolescents aged 16 and older that had at least two years of multidisciplinary follow-

up. During this period, puberty suppression was permitted only within research settings. However, as of April 2025, new regulations prohibited the administration of sex hormones to induce secondary sex characteristics congruent with gender identity for individuals under 18 years of age. Furthermore, the use of puberty blockers in research protocols was prohibited, while the ban on their use in clinical care was maintained, according to new regulations from the Brazilian Federal Council of Medicine (Conselho Federal de Medicina [CFM], 2025).

Autism Spectrum Disorder (ASD) is defined by persistent deficits in social communication and interaction, alongside restricted, repetitive patterns of behavior or interests that must be present since early childhood. Given these criteria, the diagnosis is essentially clinical and based on international diagnostic manuals (APA, 2022; WHO, 2018). While screening tools are useful for referrals, a definitive diagnosis requires a comprehensive neurodevelopmental history (Hirota & King, 2023). Currently, the combined use of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) and the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) represents the gold-standard approach, offering high sensitivity and specificity by integrating semi-structured patient observation with primary caregiver interviews (Lebersfeld et al., 2021; Lord et al., 1994).

Current data highlights that ASD prevalence estimates vary significantly across regions and methodologies, with recent figures ranging from 0.79% globally to 3.22% in the United States (Salari et al., 2022; Talantseva et al., 2023; Zeidan et al., 2022). In Brazil, the latest national Populational Census revealed a prevalence of 1.5% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2025). Rates in clinical psychiatric samples are consistently higher, reaching up to 10.3% (Hansen et al., 2018; Kriz & Thomsen, 2009). These statistical disparities are often attributable to heterogeneous diagnostic criteria and unequal access to standardized instruments (Dellazari et al., 2025). Beyond these epidemiological challenges, the clinical landscape is further complicated by a high burden of mental health issues. Psychiatric comorbidities are frequent, especially anxiety and depression, affecting up to 25% and 18% of this population, respectively (Hirota & King, 2023; Micai et al., 2023). This complex clinical profile contributes to a significantly higher risk of suicidal behavior among children and adolescents on the autism spectrum (APA, 2022).

Identifying ASD in gender diverse youth is complex, as overlapping clinical features can hinder diagnostic clarity. For instance, the social withdrawal and difficulty

discussing intimate topics often seen in GI may be mistaken for autistic traits. Conversely, the rigid and concrete thinking patterns characteristic of ASD can complicate a young person's self-awareness and communication regarding their gender identity (Strang et al., 2018; Turban & van Schalkwyk, 2018; van der Miesen et al. 2018). Beyond these diagnostic challenges, this population faces heightened vulnerability; gender-diverse autistic individuals are at a significantly higher risk for psychiatric comorbidities and suicidal behavior (Kallitsounaki & Williams, 2023). Such complexities often lead to diagnostic delays and inadequate clinical support, further exacerbating the psychological vulnerability of these youth.

Methodologies for investigating ASD prevalence in gender-diverse youth vary widely, leading to inconsistent estimates. Research relying on retrospective chart reviews (2.0% to 13.3%) or self- and caregiver reports (1.03% to 12.0%) may significantly underestimate these rates (Becerra-Culqui et al., 2018; Chao et al., 2023; Chen et al., 2016; Chiniara et al., 2018; Clyde et al., 2022; Holt et al., 2016; Nahata et al., 2017; Peterson et al., 2017; Skagerberg et al., 2015; Spack et al., 2012). Conversely, screening tools often yield much higher figures (14.5% to 23%) (Shumer et al., 2026; van der Miesen et al., 2018), with the Social Responsiveness Scale, Second Edition (SRS-2) reporting prevalence estimates from 22.1% to 68% (Akgül et al., 2018; Mahfouda et al., 2019; Skagerberg et al., 2015; VanderLaan et al., 2015). However, such instruments face a dual challenge in this population: a general lack of diagnostic specificity and a particular susceptibility to sociocultural confounders. Gender diverse youth may exhibit elevated scores on such measures due to the effects of minority stress, which reflects the psychosocial burden of stigma and discrimination rather than innate neurodevelopmental deficits (Hus et al., 2013; Turban & van Schalkwyk, 2018).

Few studies have applied formal diagnostic instruments to this population. De Vries et al. (2010) used the Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders - 10th revision (DISCO-10), yet only assessed a symptomatic subgroup (12.7%) of their larger GI sample, potentially leaving other ASD cases undetected. Furthermore, the DISCO-10 relies exclusively on informant history, lacking direct patient observation (Wing et al., 2002). Similarly, while Khatchadourian et al. (2014) reported a 7% prevalence based on clinical evaluation, the lack of a standardized protocol leaves their diagnostic specifics underspecified.

The absence of rigorous diagnostic protocols in previous ASD-GI research may significantly bias prevalence figures through screening overestimation or retrospective underestimation (Kallitsounaki & Williams, 2023). Furthermore, clinical symptoms of one condition may obscure the other, leading to diagnostic delays in settings lacking proactive protocols (Gupta et al., 2025). Therefore, there is an urgent need for investigations utilizing validated, multi-informant diagnostic batteries to clarify the true prevalence of this co-occurrence (van Vlerken et al., 2020).

To address these gaps and the notable absence of South American data in this cooccurrence, this study aims to determine ASD prevalence among children and adolescents seeking care at a specialized gender identity program in Southern Brazil. To our knowledge, this is the first study to employ dual gold-standard instruments, combining direct patient evaluation (ADOS-2) with comprehensive developmental history (ADI-R) and expert clinical assessment, in gender diverse youth.

## Methods

*Study design and setting*

This is a cross-sectional study that aimed to assess the prevalence of ASD, using the ADOS-2, ADI-R instruments and clinical interview, in a sample of children and adolescents with GI followed at the Gender Identity Program (PROTIG), the Child and Adolescent Psychiatry Service (SPIA) of Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), a University Hospital in the capital of the southernmost state of Brazil, from March, 2024 to February, 2025. PROTIG is a reference center in Latin America for studies on GI and sexuality. Founded in 1998, it is an outpatient program that provides comprehensive care to children, adolescents, and adults.

*Participants*

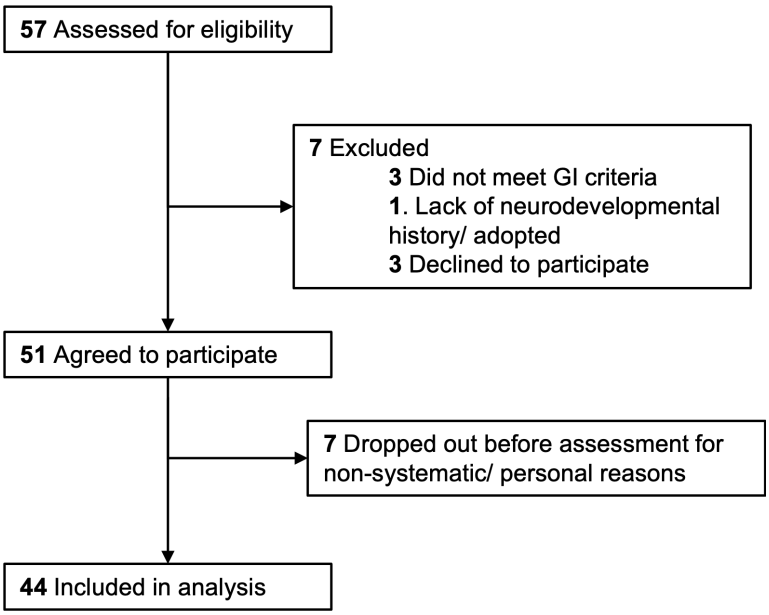
Patients eligible for this study were individuals aged 6 to 17 years old followed at PROTIG, and met the ICD-11 HA61 criteria for GI and the DSM-5-TR diagnostic criteria for Gender Dysphoria. Children and adolescents unable to walk independently, or those with hearing or visual impairments that could interfere with the administration of ADOS-2 tasks, were excluded from the research. Additionally, cases without access to information on neurodevelopment (e.g., children adopted without developmental records) were also not included.

A sample of 41 subjects was calculated to estimate the prevalence of ASD occurrence with a 20% confidence interval width. This number was increased to 46 to

account for a potential 10% loss to follow-up and refusals. The calculation (using the Wald method) considered a 95% confidence level and an expected ASD prevalence among GI participants of 12%, as referenced by De Vries et al., (2010). This calculation was performed using the PSS Health online version (Borges et al., 2021).

During the study period, 58 children and adolescents received a standardized clinical assessment, according to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health, at PROTIG (Coleman et al., 2022). Three of them didn't meet the diagnosis criteria for IG, one was adopted (precluding the collection of necessary early neurodevelopmental history via ADI-R) and three refused to participate (Figure 1). From the 51 who agreed to take part in the research, there were seven discontinued participations prior to the start of the diagnostic battery (attrition rate of 13.7%). The reasons for discontinuation included loss of interest in continuing clinical follow-up at the specialized service (n = 2) and failure to respond to contact attempts for scheduling the assessment battery (n = 5). Comparative analysis revealed no significant statistical differences between these seven dropouts and the final 44 participants regarding biological sex ($p$ = 0.690), gender ($p$ = 0.690), ethnicity ($p$ = 0.554), place of birth ($p$ = 0.896) and place of residence ($p$ = 0.721), suggesting that the final sample remained representative of the recruitment pool.

Fig. 1



*Flow diagram of participant recruitment and study enrollment showing an initial pool of 51 gender-diverse youths, the attrition of 7 individuals (13.7%), and the final analytical sample of 44 participants who completed the full diagnostic battery*

### *Measures and Instruments*

#### *Assessment of Gender Incongruence*

Gender Incongruence was assessed through clinical interviews conducted by two child and adolescent psychiatrists (EB and LD), following standard psychiatric assessment protocols for children and adolescents (Lempp et al., 2020), and according to the ICD-11 criteria for GI (HA61) and DSM-5-TR criteria for Gender Dysphoria. The cases were discussed with a multidisciplinary team composed of a nurse, a psychologist, a social worker, a pediatrician, and a senior Child and Adolescent Psychiatrist (CMS) with extensive experience on GI/GD. In the present study, the term GI was chosen to describe this condition, as it is common for children to have incongruence without dysphoria (APA, 2022; Coleman et al., 2022).

#### *Gold-Standard ASD Diagnosis*

ASD diagnosis, evaluated by the ADOS-2, ADI-R and clinical assessment, was the main outcome. Both ADOS-2 and ADI-R have been adapted for Brazilian Portuguese (Becker et al., 2012; Pacífico et al., 2019). The combined use of ADI-R and ADOS-2 is currently considered the gold standard for ASD diagnosis, though it does not define the severity level (Lebersfeld et al., 2021).

The ADOS-2 is a semi-structured assessment involving play-based or interview sessions with the patient, determined by the individual's age and communication level. ADOS-2 administrations were video-recorded, with prior authorization from the research participant and their guardian, then all of them analysed and scored by the two examiners (EB and LD). Participants were assessed using modules 3 or 4 according to their age and language level. For categorical diagnostic classification (ASD vs. non-ASD), the official algorithm for each module was strictly followed: for Module 3, a total cut-off score of ≥9 was applied; for Module 4, the thresholds were ≥10 for the total score, ≥3 for Communication, and ≥6 for Reciprocal Social Interaction (Lord et al., 2012). Although the Communication and Reciprocal Social Interaction subscales are formally components of the algorithm only in Module 4, these scores were manually calculated for Module 3 participants as well. This approach enabled a standardized dimensional comparison of symptom severity across both groups (ASD vs. non-ASD), regardless of the module administered.

The ADI-R is a semi-structured interview, conducted by a trained professional with the main caregiver, that evaluates the neurodevelopment and behavior during childhood. It focuses on four main functional domains: (A) Qualitative Abnormalities in Reciprocal Social Interaction; (B) Qualitative Abnormalities in Communication; (C) Restricted, Repetitive, and Stereotyped Patterns of Behavior; and (D) Developmental History/ Abnormalities. For a diagnosis of ASD according to the ADI-R, scores must meet or exceed the specified diagnostic thresholds for each domain (A≥10, B≥8 for verbal individuals, and C≥3), in addition to showing evidence of developmental abnormalities at or before 36 months of age (Domain D≥1) (Rutter et al., 2003).

Both assessments were conducted by two trained child and adolescent psychiatrist (EB and LD), with evaluations equally distributed between them. The study design employed a blinded, independent assessment procedure, in which the examiner responsible for the ADOS-2 was unaware of the ADI-R results, and vice versa, at the time of administration and initial scoring. Inter-rater reliability was ensured through the review of video recordings. Following the completion of all evaluations, each psychiatrist independently scored a subset of the sessions they had not personally administered, remaining blinded to the primary rater's scores. Inter-rater agreement was analyzed using Cohen's Kappa coefficient. In cases of discrepancies in raw scores, the examiners performed a technical review and consensual rectification of item-level scores to ensure scoring consistency.

Following this alignment of quantitative metrics, a final diagnostic status was established through a clinical consensus. Two experienced child and adolescent psychiatrists (EB and LD) performed a comprehensive evaluation, integrating the psychometric findings from the ADOS-2 and ADI-R with clinical observations, according to the ICD-11 and DSM-5-TR diagnostic criteria for ASD. To ensure diagnostic accuracy and address complex presentations, all cases were reviewed and discussed within the multidisciplinary team.

*Autistic Traits*

Autistic traits were assessed using the Social Responsiveness Scale, Second Edition (SRS-2). The SRS-2 evaluates autistic traits in individuals from two and a half years of age through adulthood. It quantitatively measures impairments in socialization, communication, repetitive behaviors, and restricted interests, allowing for classification into severity levels. The scholar-age questionnaire was completed by

the main caregiver online (Constantino et al., 2003; Constantino & Gruber, 2012). This scale has been validated for Brazilian Portuguese. Raw scores were converted into standardized T-scores. Given the gender diversity of the study, scores were calculated and cross-referenced according to both sex assigned at birth and self-identified gender to ensure clinical accuracy. T-scores provide a classification of social impairment severity as follows: T-score ≤ 59: Within normal limits; T-score 60 – 65: Mild range; T-score 66 – 75: Moderate range; T-score ≥ 76: Severe range (Constantino & Gruber, 2020).

*Clinical and Developmental Characterization*

Sociodemographic and clinical data were systematically collected by the care team through structured clinical interviews and retrieved from medical records. These included age, sex assigned at birth, gender identity, ethnicity, adoption status, and educational history (including type of school and grade repetition). Regarding gender trajectory, the age at which gender-diverse behavior was first noted (reported independently by the parents and the patient) and social transition status were accessed. Family and developmental variables encompassed parents' age, education, marital status, and sexual orientation, as well as gestational history, family income, and patient history of adverse childhood experiences (including sexual abuse, neglect, and mistreatment).

Past and current psychiatric comorbidities were assessed using the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children, Present and Lifetime Version, DSM-5 Update (K-SADS). This is a semi-structured interview evaluating the presence and severity of psychiatric disorders in children and adolescents at present and throughout their lives (Caye et al., 2017). The assessments were conducted by a team of child and adolescent psychiatrists; specifically, each initial interview was performed by one psychiatrist, and subsequently, all positive diagnostic findings were reviewed and clinically validated with the family by a second, independent psychiatrist to ensure diagnostic consensus.

Estimated Intelligence Quotient (IQ) was determined using the Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI). This scale comprises 4 subtests, and yields Full Scale IQ, Performance IQ and Verbal IQ scores. The WASI has been validated for Brazilian Portuguese, and the evaluation was conducted by a trained psychologist (Heck et al., 2009). Cognitive performance was categorized according to standardized

descriptive ranges: ≥ 130: Very Superior; 120 - 129: Superior; 110 - 119: High Average; 90 - 109: Average; 80 - 89: Low Average; 70 - 79: Borderline; and ≤ 69: Extremely Low.

Pubertal development was accessed through Tanner Staging, or Sexual Maturity Rating, which is an objective classification system used to analyze the development of secondary sexual characteristics in children during puberty (Emmanuel & Bokor (2019). Participants were evaluated based on their sex assigned at birth, focusing on pubic hair (P) for all individuals, breast development (M) for assigned female at birth (AFAB) participants, and external genitalia/testicular volume (G) for assigned male at birth (AMAB) participants. Some studies suggest that puberty occurs earlier in children with GI than in those without the condition (Thomsen et al., 2022). Furthermore, the level of pubertal development is associated with the possibility of pubertal blockade for children and adolescents with GI (Rew et al., 2021). In the present study, Tanner Staging was performed by two pediatricians. Since data collection was completed prior to the implementation of the new Brazilian regulations of CFM (2025) regarding gender-affirming care, some participants were already under puberty suppression, provided through a separate research protocol at HCPA, or gender-affirming hormone therapy. Use of these medications was systematically asked during this evaluation.

*Statistical methods*

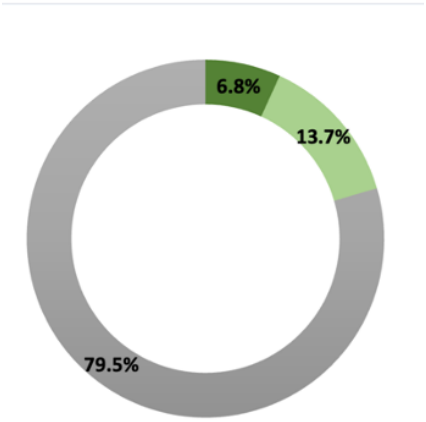
Data were collected and managed using Research Electronic Data Capture (REDCap) hosted at HCPA. (Harris et al., 2009, 2019). Statistical analyses were performed using IBM® SPSS® Statistics version 30. The normality of the data was assessed using the Shapiro-Wilk test. To examine differences between the ASD and Non-ASD groups, Mann-Whitney U tests (reported as *Z*) were used for continuous variables with non-normal distribution, with data presented as median (Mdn), range and interquartile range (IQR). For continuous variables with normal distribution, Independent Samples t-tests were employed, and data were presented as mean (M), range, and standard deviation (SD). For categorical variables, Fisher's Exact Test was used, and data described using frequencies (n), percentages and ranges. The level of agreement between the clinical diagnosis of ASD and the ADI-R classification was evaluated using Cohen's kappa coefficient (*k*). Statistical significance was set at $p < 0.05$ for all analyses.

## Results

The study sample consisted of 44 children and adolescents, with a mean age of 13.97 years (SD = 2.90). Regarding sex, 59.09% (n = 26) were assigned female at birth (AFAB) and 40.91% (n = 18) were assigned male at birth (AMAB). In terms of gender identity, 59.09% (n = 26) identified as transgender boys and 40.91% (n = 18) as transgender girls. It is worth mentioning that no participants in this sample identified as non-binary or other gender-diverse identities outside the binary spectrum.

The clinical assessment of the participants identified nine youths with ASD, representing a prevalence of 20.5% (n = 9; 95% CI 9.8-35.3%). Among the ASD group, three patients (aged 8, 9 and 16 years) were newly diagnosed during this study (Figure 2). In terms of clinical severity, according to DSM-5-TR criteria, most of the ASD group (n = 8) was classified as requiring level 1 support, while one participant was classified as requiring level 2 support. Conversely, one participant who had a previous ASD diagnosis from another mental health service did not meet clinical criteria in our evaluation.

Fig 2.




*Prevalence of Autism Spectrum Disorder (ASD) in gender-diverse youths illustrating the distribution between non-ASD participant (79.5%, n = 35)s, those with previous diagnoses (13.6%, n = 6; light green), and those newly identified through gold-standard evaluation (6.8%, n = 3; dark green)*

*Sociodemographic characteristics*

The mean age of the subjects in the ASD group (M = 11.88, SD = 3.48) was significantly lower from the participants of the Non-ASD group (M = 14.51, SD = 2.52, t = 2.57, df = 42, *p* = 0.014). There was also a significant difference in the geographic origin of the participants (*p* =0.027). Specifically, 11.11% of the ASD group originated

from Porto Alegre city, whereas in the Non-ASD group, this proportion was 54.14%. No statistically significant differences were observed between the ASD and Non-ASD groups regarding biological sex (female: M = 44.4% for ASD vs M = 60% Non-ASD; $p$ = 1.000) and gender identity (transgender female: M = 55.6% for ASD vs M = 40% Non-ASD; $p$ = 1.000). Additional sociodemographic data, including family structure and income, are described in Table 1.

[Insert table 1 about here]

*Gender Identity and Pubertal Development*

Regarding physical development, a significant difference was observed in Tanner stage (P), with the ASD group predominantly in earlier stages (I-II) compared to the Non-ASD group (P1 44.4%, P2 11.1% for ASD vs P1 2.9%, P2 17.1% for Non-ASD, $p$ = 0.009). Conversely, no significant differences were found for Tanner stages M ($p$ = 0.483) and G ($p$ = 0.268), likely due to the limited sample size. Although not statistically different, this pubertal profile was reflected in the medical interventions: gender-affirming hormone therapy was absent in the ASD group (0%) compared to the Non-ASD group (20%, $p$ = 0.314) while the use of puberty blockers was similar between groups (22.2% for ASD vs 17.1% for Non-ASD, $p$ = 0.659). These findings are consistent with the younger average age of the autistic participants.

The milestones of gender identity development showed that the mean age at which participants first noticed their gender incongruence was similar between groups (M = 7.66, SD = 2.95 for ASD vs. M = 8.82, SD = 3.6 for Non-ASD; $p$ = 0.379). Notably, parents perceived the child's gender incongruence earlier in the ASD group (M = 5.11, SD = 2.66) than in the Non-ASD group (M = 7.60 , SD = 4.46, $p$ = 0.045). Social affirmation was high across the entire sample; most participants reported living according to their experienced gender (100% for ASD vs. 91.4% for Non-ASD; $p$ = 1.000) and had adopted a social name (88.9% for ASD vs. 91.4% for Non-ASD; $p$ = 1.000), with no significant disparities between the groups.

*Prevalence of ASD and Standardized Diagnostic Scores*

As expected, the ASD group scored significantly higher across all diagnostic domains compared to the Non-ASD group, confirming the clinical diagnosis of ASD within this sample. Detailed comparisons of the ADOS-2 and ADI-R scores are presented in Table 2. All patients clinically diagnosed with ASD were positive for

ADOS-2, and a strong level of agreement was observed between the clinical diagnosis and the ADI-R classification ($\kappa = 0.85$, $p < 0.001$). Within the ASD group, six patients were positive for both ADOS-2 and ADI-R, while three were positive only for ADOS-2. Notably, none of the patients in the Non-ASD group tested positive for either instrument.

As expected, the ASD group exhibited significantly higher SRS-2 T-scores compared to the Non-ASD group. Notably, this difference remained robust regardless of the normative correction applied. When corrected by assigned sex at birth, the ASD group showed higher scores (M = 61.22, SD = 10.0) than the Non-ASD group (M = 50.00, SD = 13.89; t = 2.266, *p* = 0.029). Similarly, when corrected by identified gender, the difference remained significant (M = 60.67, SD = 10.0 vs. M = 49.20, SD = 12.2; t = 2.569, *p* = 0.014).

[Insert table 2 about here]

*Adverse Experiences, Clinical and Family History*

Regarding clinical and psychiatric history, no suicide attempts or previous psychiatric hospitalizations were reported within the ASD group. In contrast, in the Non-ASD group, 17.1% reported at least one previous suicide attempt (*p* = 0.425) and 5.7% reported a history of psychiatric hospitalization (*p* = 1.000). Although these differences did not reach statistical significance, they indicate a clinical trend worth noting.

A similar pattern was observed concerning the history of maltreatment. While no participants in the ASD group reported experiences of sexual abuse, neglect, or physical/emotional abuse, these were present in the Non-ASD group. Specifically, 28.6% of the Non-ASD group reported a history of sexual abuse (*p* = 0.092), and 5.7% (n = 2) reported neglect or physical/emotional abuse (*p* = 1.000). No significant differences were found between the two groups regarding other clinical, gestational, or family history variables, as detailed in Table 3.

[Insert table 3 about here]

*Cognitive Performance and Psychiatric Comorbidities*

Regarding cognitive assessment, the WASI revealed no statistically significant differences between the ASD and Non-ASD groups. Intellectual functioning was comparable across all domains, including Verbal IQ (92.44 ± 22.90 vs. 104.71 ± 11.35, $p$ = 0.153), Performance IQ (97.44 ± 16.72 vs. 98.45 ± 12.81, $p$ = 0.844), and Full-Scale IQ (92.77 ± 18.91 vs. 101.17 ± 12.68, $p$ = 0.118).

Psychiatric evaluation via the K-SADS indicated that a past episode of specific phobia was significantly more prevalent in the ASD group (44.4%) compared to the Non-ASD group (11.4%; $p$ = 0.042). No participants in either group met the diagnostic criteria for hypomania, schizophrenia, or other psychotic disorders (including schizophreniform, brief psychotic episode, or substance-induced psychosis). Additionally, there were no reported cases of encopresis, separation anxiety, selective mutism, anorexia nervosa, bulimia, acute stress disorder, or unspecified anxiety in the sample. Detailed results for other K-SADS diagnoses, including mood and other anxiety disorders, are provided in Table 4.

[Insert table 4 about here]

## Discussion

The present study revealed a prevalence of 20.5% (95% CI: 9.8-35.3%) of ASD within a clinical sample of gender diverse youth in Southern Brazil. This rate is significantly higher than the general population estimate for Brazil, recently reported by the Demographic Census as approximately 1.5% (IBGE, 2025), and exceeds global estimates of 0.6% to 1% (Salari et al., 2022). Notably, our findings also exceed the prevalence rates reported in general pediatric psychiatric samples, where ASD rates are estimated at 6.1% based on parental interviews (Hansen et al., 2018) and 10.3% based on clinical diagnosis (Kriz & Thomsen, 2009). The fact that the prevalence in our gender-diverse sample is approximately double that of general child psychiatric services underscores a robust and specific association between gender incongruence and autism, rather than a mere reflection of a clinically-referred population. Our findings corroborate international literature suggesting a high co-occurrence between gender diversity and neurodivergence (Kallitsounaki & Williams, 2023). Furthermore, this study establishes a gold-standard calibration that clarifies the discrepancies found in previous literature. The identified prevalence is notably lower than estimates derived from screening-only studies, which often report rates exceeding 40% (Akgül et al.,

2018; VanderLaan et al., 2015). This suggests that our diagnostic battery provided superior specificity, successfully filtering out false positives where gender-related distress may have been conflated with autistic traits (Turban & van Schalkwyk, 2018).

Indeed, even in the non-autistic group, scores on screening tools like the SRS-2 may align with normative means, yet clinical nuances such as sensory hypersensitivities, such as discomfort with clothing or body hair, can still mimic gender dysphoria, requiring refined clinical judgment to distinguish core neurodivergent features from gender-related distress (Hus et al., 2013; Turban & van Schalkwyk, 2018). Therefore, while the ADOS-2 and ADI-R show strong agreement ($\kappa = 0.85$), a clinical interview involving longitudinal data from the patient's life and multidisciplinary team remains the gold standard diagnosis in addressing these complex phenomenological overlaps (Coleman et al., 2022; Lempp et al., 2020).

In contrast, our results significantly exceed the rates identified in retrospective chart reviews (2.0%-13.3%), which are often limited by underdiagnosis due to their reliance on pre-existing records (Becerra-Culqui et al., 2018; Chao et al., 2023; Chen et al., 2016; Chiniara et al., 2018; Holt et al., 2016; Nahata et al., 2017; Peterson et al., 2017)). Our findings also surpass studies relying on informant-based measures (1.03%-12%) (Clyde et al., 2022; Skagerberg et al., 2015; Spack et al., 2012) and the targeted assessment by De Vries et al. (2010), which reported a 7.8% prevalence. This discrepancy underscores that depending on archival clinical data, proxy reports or the assessment of only symptomatic cases is likely to overlook numerous autistic presentations. This is particularly pronounced in gender-diverse youth, a population that frequently masks or camouflages symptoms. Such neurodivergent profiles often remain undetected in the absence of a proactive, standardized diagnostic protocol capable of capturing the nuanced clinical reality of the ASD-GI intersection. The identification of three participants with previously undiagnosed ASD exemplifies the phenomenon of 'diagnostic overshadowing'. In these cases, the clinical prominence of gender-related distress, coupled with the absence of significant intellectual impairment, as evidenced by comparable Full-Scale and Verbal IQ scores between groups, likely obscured underlying neurodevelopmental traits (Gupta et al., 2025). For many of these youths, gender-related distress may be the "primary complaint" that facilitates entry into the healthcare system, while atypical neurodevelopment remains unidentified. Consequently, gender identity clinics may serve as pivotal points of detection for neurodivergent individuals who have previously been overlooked by

general healthcare services, highlighting the need for routine, integrated neurodevelopmental screening within these specialized settings (Coleman et al., 2022; Forcier et al., 2020).

Regarding the gender profile of our sample, it is noteworthy that all participants identified within the gender binary (transgender boys or girls), with no reports of other gender diverse identities. This finding aligns with other clinical studies involving transgender children and adolescents that have reported a relatively low prevalence of non-binary or agender identities (Clyde et al., 2022; Mahfouda et al., 2019; Nahata et al., 2017). We hypothesize that this may reflect a specific referral bias inherent to specialized tertiary services in Brazil. Due to the significant barriers to accessing specialized gender care, it is possible that individuals with more 'typical' or binary presentations of GI, which are often perceived as more clinically urgent or clear-cut by primary care providers, are more frequently referred to university-based programs like PROTIG. Consequently, youth with non-binary or fluid identities may be underrepresented in our sample, as they might face additional challenges in navigating a healthcare system that remains largely structured around binary transition models.

In terms of clinical presentation, an intriguing finding was that parents of autistic youth perceived their child’s gender incongruence significantly earlier than parents of non-autistic youth (M = 5.11 vs. 7.60 years; $p$ = 0.045). This may suggest that neurodivergent children express gender non-conformity more explicitly or are less inhibited by the implicit social "scripts" that typically delay the outward expression of GI in neurotypical children. Furthermore, the significantly younger age of the ASD group (M = 11.88) and their earlier Tanner stages compared to the Non-ASD group suggests that neurodivergent youth may be seeking specialized gender care at increasingly earlier developmental stages, underscoring the importance of early-intervention frameworks that address both gender and neurodevelopment

However, this early clinical presentation may also indicate a bidirectional diagnostic challenge. On one hand, the urgency and intensity of gender-related demands at such a young age may 'overshadow' subtle neurodevelopmental traits, leading clinicians to prioritize gender-affirming care while inadvertently deferring autism screening, a phenomenon where the primary gender complaint masks the underlying neurodivergent profile. On the other hand, the core features of ASD, such as a reduced adherence to social norms, may actually serve as a catalyst for an earlier and more overt expression of GI. This 'double-track' interaction suggests that the

earlier arrival at specialized services should not be viewed merely as a gender-priority issue, but as a critical window for integrated screening, where early gender non-conformity acts as a prompt for broader neurodevelopmental assessment.

Contrary to expectations regarding increased vulnerability, while ASD is often associated with higher risk of maltreatment, the autistic participants in our sample reported no history of sexual abuse, neglect, suicide attempts or psychiatric hospitalizations (Kallitsounaki & Williams, 2023). We hypothesize a "family protection effect," wherein the early identification of neurodevelopmental or gender-related needs leads to closer parental supervision and higher levels of family support, which may act as a protective factor against external maltreatment. An alternative and less optimistic explanation for this finding may relate to age differences between groups. The autistic participants in our sample were younger on average, and therefore had fewer opportunities for exposure to adverse life events. Additionally, the higher prevalence of specific phobias in the ASD group ($p$ = 0.042) aligns with the known profile of heightened anxiety and sensory reactivity within the spectrum (Hirota & King, 2023).

Several limitations must be considered. First, the study involved a clinical sample from a single specialized center, which may introduce selection bias and not represent the entire Brazilian transgender population. Second, the higher proportion of ASD patients from outside the capital ($p$ = 0.027) likely reflects the tendency of complex cases to be referred to specialized university hospitals. Indeed, another source of selection bias should be considered: many participants were brought to the clinic by their caregivers at a relatively young age suggesting the presence of engaged and supportive family environments. This bias is further amplified by the methodological requirement of early neurodevelopmental history for the ADI-R, which led to the exclusion of individuals without access to such records, such as adopted youth. Consequently, the sample may be skewed toward individuals from more stable environments, potentially underrepresenting youth exposed to higher levels of early life trauma, abuse, or neglect, who often lack consistent developmental documentation. Whereas the low rate of psychiatric hospitalization and suicide attempts may indirectly illustrate the potentially protective role of family support networks, it's possible that youth exposed to neglect, trauma, or unstable caregiving contexts may be underrepresented in the sample. Furthermore, the relatively small sample size limited the statistical power to perform more in-depth sub-group analyses. Finally, the cross-sectional design prevents the inferences of causality between the

two conditions. Nevertheless, a major strength of this study is the use of gold-standard diagnostic instruments (ADOS-2 and ADI-R) administered by specialized clinicians. By moving beyond self-report or screening measures, which are often prone to overestimating symptoms in this population, our methodology significantly enhances the diagnostic accuracy and the validity of the reported prevalence estimates.

## Conclusion

This study provides evidence of a high prevalence of ASD (20.5%) among GI youth in a South American clinical context, significantly exceeding general population estimates. Our findings highlight two critical clinical phenomena: first, the "diagnostic overshadowing" of ASD in gender clinics, where neurodevelopmental needs may be obscured by gender-related distress; and second, the significantly earlier parental perception of gender incongruence in autistic children.

The strong agreement observed between the ADOS-2 and ADI-R, coupled with clinical evaluation, reinforces the necessity of using gold-standard diagnostic batteries to navigate the complex phenomenological overlap between these two conditions. Systematic neurodevelopmental screening should become a standard component of gender-affirming care to ensure that the support needs of neurodivergent youth are not overlooked.

Future research should employ longitudinal designs to investigate how the co-occurrence of ASD and GI influences the long-term outcomes and satisfaction levels of gender-affirming medical interventions. Understanding these trajectories is essential for developing personalized, neurodiversity-affirming clinical pathways that respect the autonomy and unique developmental profiles of this population.

## References

1. Akgül, G. Y., Türkbay, T., Pırtı, I., & Akça, A. S. (2018). Autistic traits and executive functions in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *44*(7), 619–626.https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437489
2. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
3. Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn,

V. P., Robinson, B., Roblin, D., Satre, M. E., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tang, J. S., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, *141*(5), Article e20173845. https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845

4. Becker, M. M., Moreira-Maia, C. R., Post, M. W., Bosa, C. A., Schestatzky, P., Backes, B., Ohlweiler, L., & Riesgo, R. S. (2012). Translation and validation of Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) for autism diagnosis in Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *70*(3), 185–190. https://doi.org/10.1590/S0004-282X2012000300006
5. Borges, R., Mancuso, A., Camey, S., Leotti, V., Hirakata, V., Azambuja, G., & Castro, S. (2021). Power and Sample Size for Health Researchers: Uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. *Clinical & Biomedical Research*, *40*(4), Article 109542. https://doi.org/10.22491/2357-9730.109542
6. Caye, A., Rocha, T. B., Anselmi, L., Sumariva, R. B., Jurema, J., Menezes, A. M. B., Kieling, C., Goncalves, H., & Rohde, L. A. (2017). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children–Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), DSM-5 update: Translation into Brazilian Portuguese. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *39*(4), 384–386. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2317
7. Chao, K. Y., Chou, C. C., Chen, C. I., Lee, S. R., & Cheng, W. (2023). Prevalence and comorbidity of gender dysphoria in Taiwan, 2010–2019. *Archives of Sexual Behavior*, *52*(3), 1009–1017. https://doi.org/10.1007/s10508-022-02500-7
8. Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, *58*(3), 369–371. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010
9. Chiniara, L. N., Bonifacio, H. J., & Palmert, M. R. (2018). Characteristics of adolescents referred to a gender clinic: Are youth seen now different from those in initial reports?. *Hormone Research in Paediatrics*, *89*(6), 434–441. https://doi.org/10.1159/000489608
10. Clyde, A., Bismar, D., Agnew, G., & Kuper, L. E. (2024). Autism spectrum disorder and anxiety among transgender youth: Use of the Social Communication Questionnaire (SCQ). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *54*(2), 615–627. https://doi.org/10.1007/s10803-022-05814-6
11. Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, *23*(sup1), S1–S259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644
12. Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone, C. J., II, Johnson, C. C., & Joseph, C. L. (2016). The mental health of transgender youth: Advances in understanding. *Journal of Adolescent Health*, *59*(5), 489–495. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012
13. Conselho Federal de Medicina. (2025, 16 de abril). Resolução CFM nº 2.427, de 8 de abril de 2025. *Diário Oficial da União*: Seção 1, p. 174. https://www.in.gov.br/

14. Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2012). *Social Responsiveness Scale – Second Edition (SRS-2)*. Western Psychological Services.
15. Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2020). *Escala de Responsividade Social: Segunda edição (SRS-2)* (L. Borges, Trad.). Hogrefe.
16. Constantino, J. N., Davis, S. A., Todd, R. D., Schindler, M. K., Gross, M. M., Brophy, S. L., Metzger, L. M., Shoushtari, C. S., Splinter, R., & Reich, W. (2003). Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: Comparison of the Social Responsiveness Scale with the Autism Diagnostic Interview-Revised. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *33*(4), 427–433. https://doi.org/10.1023/A:1025014929212
17. De Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *40*(8), 930–936. https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9
18. Dellazari, L., de Bem, É. B., Falcão, A. B., Manjabosco, F. M., Sorato, G. B., Berto, L. F., Dantas, V. A., da Rosa, A. L. S. T., Graeff-Martins, A. S., Kieling, R. R., Salum, G. A., Jr., Rohde, L. A., & Caye, A. (2025). Mind the gap: The inconceivable void on the epidemiology of autism spectrum disorders in Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *47*, Article e20243956. http://doi.org/10.47626/1516-4446-2024-3956
19. Emmanuel, M., & Bokor, B. R. (2019). *Tanner stages*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470280/
20. Forcier, M., Van Schalkwyk, G., & Turban, J. L. (Eds.). (2020). *Pediatric gender identity: Gender-affirming care for transgender & gender diverse youth*. Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-38909-3
21. Gupta, N., Srinivasan, S., & Gupta, M. (2025). Rethinking psychometric testing in autism: Overcoming the challenges of comorbidity and diagnostic overshadowing. *CNS Spectrums*, *30*(1), Article e19. https://doi.org/10.1017/S1092852925000021
22. Hansen, B. H., Oerbeck, B., Skirbekk, B., Petrovski, B. É., & Kristensen, H. (2018). Neurodevelopmental disorders: prevalence and comorbidity in children referred to mental health services. *Nordic journal of psychiatry*, *72*(4), 285-291. https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1444087
23. Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O'Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J., Duda, S. N., & REDCap Consortium. (2019). The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *Journal of Biomedical Informatics*, *95*, Article 103208.https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208
24. Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, *42*(2), 377–381. https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010
25. Heck, V. S., Yates, D. B., Poggere, L. C., Tosi, S. D., Silva, C. T., & Trentini, C. M. (2009). Validação dos subtestes verbais da versão de adaptação da WASI. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, *8*(1), 33–42.
26. Hirota, T., & King, B. H. (2023). Autism spectrum disorder: A review. *JAMA*, *329*(2), 157–168. https://doi.org/10.1001/jama.2022.23661
27. Holt, V., Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child*

*Psychology and Psychiatry*, *21*(1), 108–118. https://doi.org/10.1177/1359104514558431

28. Hus, V., Bishop, S., Gotham, K., Huerta, M., & Lord, C. (2013). Factors influencing scores on the Social Responsiveness Scale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*(2), 216–224. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02589.x
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025). *Censo Demográfico 2025: Resultados definitivos e indicadores de saúde*. https://www.ibge.gov.br/
30. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). *GBD Compare* [Data visualization tool]. University of Washington. http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare
31. Kallitsounaki, A., & Williams, D. M. (2023). Autism spectrum disorder and gender dysphoria/incongruence: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *53*(8), 3103–3117. https://doi.org/10.1007/s10803-022-05517-y
32. Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, *164*(4), 906–911. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068
33. Kriz, S., & Thomsen, P. H. (2009). Doubling of the capacity of child psychiatric services in a region of southwestern Norway—How did it affect the composition of the clinical population?. *Nordic journal of psychiatry*, *63*(4), 322-330. https://doi.org/10.1080/08039480902797069
34. Lebersfeld, J. B., Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (2021). Systematic review and meta-analysis of the clinical utility of the ADOS-2 and the ADI-R in diagnosing autism spectrum disorders in children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *51*(11), 4101–4114. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04839-z
35. Lempp, T., de Lange, D., Radeloff, D., & Bachmann, C. (2020). A avaliação clínica de crianças, adolescentes e suas famílias (R. Gonçalves & S. Pedroso, Trads.; R. Krause, Ed. da versão em português). In J. M. Rey & A. Martin (Eds.), *Tratado de Saúde Mental da Infância e da Adolescência da IACAPAP* (F. Dias Silva, Ed. da edição em português, Cap. A.5). International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
36. Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *24*(5), 659–685. https://doi.org/10.1007/BF02172145
37. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1-4*. Western Psychological Services.
38. Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Mental health correlates of autism spectrum disorder in gender diverse young people: Evidence from a specialised child and adolescent gender clinic in Australia. *Journal of Clinical Medicine*, *8*(10), Article 1503. https://doi.org/10.3390/jcm8101503
39. Micai, M., Fatta, L. M., Gila, L., Caruso, A., Salvitti, T., Fulceri, F., Turriziani, L., Viticchi, G., & Scattoni, M. L. (2023). Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *155*, Article 105436. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105436

40. Nahata, L., Quinn, G. P., Caltabellotta, N. M., & Tishelman, A. C. (2017). Mental health concerns and insurance denials among transgender adolescents. *LGBT Health*, *4*(3), 188–193. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0151
41. Pacífico, M. C., de Castro, S. S., de Giacomo, A., & Lowenthal, R. (2019). Preliminary evidence of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) validation process: Translation, cross-cultural adaptation, and semantic equivalence of the Brazilian Portuguese version. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *41*(3), 218–226. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0063
42. Peterson, C. M., Matthews, A., Copps-Smith, E., & Conard, L. A. (2017). Suicidality, self-harm, and body dissatisfaction in transgender adolescents and emerging adults with gender dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *47*(4), 475–482. https://doi.org/10.1111/sltb.12289
43. Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—A critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, *26*(1), 3–14. https://doi.org/10.1111/camh.12437
44. Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) Manual*. Western Psychological Services.
45. Salari, N., Rasoulpoor, S., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., Jafarpour, S., Abdoli, N., Khaledi-Paveh, B., & Mohammadi, M. (2022). The global prevalence of autism spectrum disorder: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, *48*(1), Article 112. https://doi.org/10.1186/s13052-022-01310-w
46. Shumer, D. E., Reisner, S. L., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. (2016). Evaluation of Asperger syndrome in youth presenting to a gender dysphoria clinic. *LGBT Health*, *3*(5), 387–390. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0070
47. Skagerberg, E., Di Ceglie, D., & Carmichael, P. (2015). Brief report: Autistic features in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(8), 2628–2632. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2413-x
48. South, M., Robertson, J. M., & VanDerwerken, A. (2017). Symptom overlap on the SRS-2 adult self-report between adults with ASD and adults with high anxiety. *Autism Research*, *10*(7), 1215–1220. https://doi.org/10.1002/aur.1764
49. Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Itree, S., Leibowitz, S., Mandel, F., Beck, S. T., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, *129*(3), 418–425. https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907
50. Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L. C., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D. E., Edwards-Leeper, L., Pleak, R. R., Spack, N., White, M. T., Graham, E. K., Gradigay, S., Griffin, A. J., Hancock, A. B., Hudson, L., Karasic, D. H., ... Anthony, L. G. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(6), 1090–1115. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462
51. Talantseva, O. I., Romanova, R. S., Shurdova, E. M., Dolgorukova, T. A., Sologub, P. S., Titova, O. S., Kondratyeva, A. M., Arina, G. A., & Zinchenko, Y. P. (2023). The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, Article 1071181. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1071181

52. Thomsen, A. H., Brix, N., Lauridsen, A. S. B., Ernst, A., & Ramlau-Hansen, C. H. (2022). Gender incongruence and timing of puberty: A population-based cohort study. *Fertility and Sterility*, *118*(5), 938–945.https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.07.018
53. Turban, J. L., & van Schalkwyk, G. I. (2018). "Gender dysphoria" and autism spectrum disorder: Is the link real?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *57*(1), 8–9. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.08.017
54. van der Miesen, A. I. R., de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., & Hartman, C. A. (2018). Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(5), 1537–1548. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3417-5
55. van Vlerken, R. H. T., Fuchs, C. E., & van der Miesen, A. I. R. (2020). Caring for transgender and gender diverse youth with co-occurring neurodiversity. In R. R. Pleak (Ed.), *Pediatric gender identity: Gender-affirming care for transgender & gender diverse youth* (pp. 137–148). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-38909-3_10
56. VanderLaan, D. P., Barton, M. L., Strickland, N. J., & Zucker, K. J. (2015). Autism spectrum disorder risk factors and autistic traits in gender dysphoric children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(6), 1742–1750.https://doi.org/10.1007/s10803-014-2331-3
57. Wing, L., Leekam, S. R., Libby, S. J., Gould, J., & Larcombe, M. (2002). The diagnostic interview for social and communication disorders: Background, inter-rater reliability and clinical use. *Journal of child psychology and psychiatry*, *43*(3), 307-325. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00023
58. World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). https://icd.who.int/browse11/l-m/en
59. Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Jain, A., Elsabbagh, M., & Shih, A. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, *15*(5), 778–790. https://doi.org/10.1002/aur.2696
60. Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*, *14*(5)

## Tables

Table 1. Sociodemographic characteristics of the sample (n = 44)

| Sociodemographic variables | Total (n = 44) | ASD group (n = 9) | Non-ASD group (n = 35) | *p* |
|---|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Age | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8-12 years | 14 (31.8) | 6 (66.7) | 8 (22.9) | 0.019 |
| 13-17 years | 30 (68.2) | 3 (33.3) | 27 (77.1) | |
| Sex | | | | |
| Female | 26 (59.1) | 5 (55.6) | 21 (60) | 1.000 |
| Male | 18 (40.9) | 4 (44.4) | 14 (40) | |
| Gender Identity | | | | |
| Transgender girl | 18 (40.9) | 4 (44.4) | 14 (40) | 1.000 |
| Transgender boy | 26 (59.1) | 5 (55.6) | 21 (60) | |
| Ethnicity | | | | |
| White | 38 (86.4) | 8 (88.9) | 30 (85.7) | 1.000 |
| Mixed race (pardo) | 6 (13.6) | 1 (11.1) | 5 (14.3) | |
| Black | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| East asian | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| Indigenous | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| Family income (in minimum wage) | | | | |
| <1 | 1 (2.3) | 0 (0) | 1 (2.9) | 0.660 |
| 1-3 | 18 (40.9) | 3 (33.3) | 15 (42.9) | |
| 3-5 | 12 (27.3) | 4 (44.4) | 8 (22.9) | |
| 5-15 | 10 (22.7) | 2 (22.2) | 8 (22.9) | |
| > 15 | 3 (6.8) | 0 (0) | 3 (8.6) | |
| Grade repetition | | | | |
| Yes | 6 (13.6) | 0 (0) | 6 (17.1) | 0.319 |
| No | 38 (86.4) | 9 (100) | 29 (82.9) | |
| Type of school | | | | |
| Private | 12 (27.3) | 1 (11.1) | 11 (31.4) | 0.405 |
| Public | 32 (72.7) | 8 (88.9) | 24 (68.6) | |
| Marital status of parents | | | | |
| Married/stable union | 20 (45.4) | 7 (77.8) | 13 (37.1) | 0.256 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Separated/divorced | 23 (52.3) | 2 (22.2) | 21 (60.0) | |
| Widowed | 1 (2.3) | 0 (0) | 1 (2.9) | |
| With whom the patient lives | | | | |
| Both parents | 19 (43.2) | 6 (66.7) | 13 (37.1) | 0.314 |
| Mother | 18 (40.9) | 3 (33.3) | 15 (42.9) | |
| Father | 2 (4.5) | 0 (0) | 2 (5.7) | |
| Other (alone, grandparent) | 5 (11.4) | 0 (0) | 5 (14.3) | |
| Place of birth | | | | |
| Porto Alegre | 21 (47.7) | 1 (11.1) | 20 (57.1) | 0.064 |
| Greater Porto Alegre | 6 (13.6) | 3 (33.3) | 3 (8.6) | |
| Other cities of Rio Grande do Sul | 14 (31.8) | 4 (44.4) | 10 (28.6) | |
| Other Brazilian state | 3 (6.8) | 1 (11.1) | 2 (5.7) | |
| Place of residence | | | | |
| Porto Alegre | 13 (29.5) | 1 (11.1) | 12 (34.3) | 0.027 |
| Greater Porto Alegre | 11 (25.0) | 2 (22.2) | 9 (25.7) | |
| Other cities of Rio Grande do Sul | 18 (40.9) | 4 (44.4) | 14 (40.0) | |
| Other Brazilian state | 2 (4.5) | 2 (22.2) | 0 (0) | |
| Mother's education | | | | |
| Less than high school | 2 (4.5) | 0 (0) | 2 (5.7) | 0.499 |
| High school graduate | 21 (47.7) | 6 (66.7) | 15 (42.9) | |
| Bachelor's degree | 10 (22.7) | 1 (11.1) | 9 (25.7) | |
| Postgraduate degree | 11 (25.0) | 2 (22.2) | 9 (25.7) | |
| Unknown | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| Father's education | | | | |
| Less than high school | 11 (25.0) | 2 (22.2) | 9 (25.7) | 0.450 |
| High school graduate | 18 (40.9) | 3 (33.3) | 15 (42.9) | |
| Bachelor's degree | 9 (20.4) | 2 (22.2) | 7 (20.0) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Postgraduate degree | 4 (9.1) | 1 (11.1) | 3 (8.6) | |
| Unknown | 2 (4.5) | 1 (11.1) | 1 (2.9) | |
| Mother's sexual orientation | | | | |
| Heterosexual | 41 (93.2) | 7 (77.8) | 34 (97.1) | 0.108 |
| Homosexual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| Bisexual | 3 (6.8) | 2 (22.2) | 1 (2.9) | |
| Father's sexual orientation | | | | |
| Heterosexual | 42 (95.5) | 9 (100) | 33 (94.3) | 1.000 |
| Homosexual | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| Bisexual | 2 (4.5) | 0 (0) | 2 (5.7) | |

Note: ASD = Autism Spectrum Disorder; n (%) = frequency and percentage. *p*-values refer to Fisher's Exact Test. Significant differences ($p < 0.05$) are highlighted in bold, notably for Age distribution ($p = 0.019$) and Place of residence ($p = 0.027$). Family income is expressed in Brazilian minimum wages (R$ 1412,00 which corresponds approximately US$ 250.00 per month during the study period).

Table 2. Comparison of ADOS-2 and ADI-R Scores Between ASD and Non-ASD Groups

| Variable | ASD group (n = 9) | | Non-ASD group (n = 35) | | Z | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mdn (IQR) | Range | Mdn (IQR) | Range | | |
| ADOS-2 scores | | | | | | |
| *Communication* | 5 (3;5) | 2-6 | 0 (0;1) | 0-2 | -4.914 | <0.001 |
| *Reciprocal Social Interaction* | 8 (7;11.5) | 7-14 | 0 (0;2) | 0-4 | -4.909 | <0.001 |
| Total score | 14 (10.5;18) | 10-21 | 0 (0;3) | 0-6 | -4.755 | <0.001 |
| ADI-R domain scores | | | | | | |
| ADI-R A | 14 (9;19.5) | 3-21 | 1 (0;3) | 0-10 | -4.431 | <0.001 |
| ADI-R B | 12 (7;14.5) | 3-15 | 2 (1;3) | 0-9 | -4.358 | <0.001 |
| ADI-R C | 6 (4.5;9) | 1-10 | 1 (0;2) | 0-5 | -4.272 | <0.001 |
| ADI-R D | 3 (2;5) | 0-5 | 0 (0;0) | 0-3 | -5.644 | <0.001 |

Note: ASD = Autism Spectrum Disorder; ADOS-2 = Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition; ADI-R = Autism Diagnostic Interview-Revised; Mdn = median; IQR = interquartile range. IQR was calculated via weighted average, 25th and 75th percentiles. Statistical significance was determined using Mann-Whitney U test. Significant differences ($p < 0.05$) are highlighted in bold. ADI-R Diagnostic Cut-offs: Reciprocal Social Interaction (Domain A) ≥ 10; Communication (Domain B) ≥ 8 (for verbal individuals); Restricted and Repetitive Behaviors (Domain C) ≥ 3; Early Development (Domain D) ≥ 1. ADOS-2 Diagnostic Cut-offs: Categorical diagnostic classification (ASD/non-ASD) followed official module-specific algorithms: Module 3 (total score ≥ 9) and Module 4 (total score ≥ 10; Communication ≥ 3; Social Interaction ≥ 6). For dimensional comparison of symptom severity between groups, Communication and Reciprocal Social Interaction subscales were manually calculated for all participants, including those assessed with Module 3 (n = 5), to ensure cross-module standardization.

Table 3. Clinical, gestational and family history of the sample

| Variables | Total (n = 44) | ASD group (n = 9) | Non-ASD group (n = 35) | *p* |
|---|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Previous psychiatric hospitalization | 2 (4.5) | 0 (0) | 2 (5.7) | 1.000 |
| Previous suicide attempt | 6 (13.6) | 0 (0) | 6 (17.1) | 0.319 |
| Previous non suicidal self-harm | 19 (43.2) | 4 (44.4) | 15 (42.9) | 0.396 |
| Current use of psychiatric prescription | 18 (40.9) | 5 (55.6) | 13 (37.1) | 0.672 |
| *Mood stabilizer* | 5 (11.4) | 1 (11.1) | 4 (11.43) | 1.000 |
| *ADHD medication (psychostimulant, atomoxetine)* | 5 (11.4) | 2 (22.2) | 3 (8.6) | 0.267 |
| *Antipsychotic* | 6 (13.6) | 2 (22.2) | 4 (11.4) | 0.586 |
| *Antidepressant* | 17 (38.6) | 4 (44.4) | 13 (37.1) | 0.716 |
| History of sexual abuse | 10 (22.7) | 0 (0) | 10 (28.6) | 0.109 |
| History of physical/emotional neglect or abuse | 2 (4.5) | 0 (0) | 2 (5.7) | 0.364 |
| Other gender diverse individuals in the family | 7 (15.9) | 1 (11.1) | 6 (17.1) | 1.000 |
| Homosexual/ bisexual in the family | 31 (70.4) | 8 (88.9) | 23 (65.7) | 0.532 |
| Suspected or diagnosed ASD individual in the family | 23 (52.3) | 5 (55.6) | 18 (51.4) | 1.000 |

Note: ASD = Autism Spectrum Disorder; n (%) = frequency and percentage. ADHD = Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. p-values refer to Fisher's Exact Test.

Table 4. Psychiatric Diagnosis According to K-SADS in ASD and Non-ASD Groups

| Diagnosis | Total (n = 44) | ASD group (n = 9) | Non-ASD group (n = 35) | *p* |
|---|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Major depressive disorder *Current* | 9 (20.4) | 1 (11.1) | 8 (22.9) | 0.659 |
| Major depressive disorder *Most severe past* | 15 (34.0) | 2 (22.2) | 13 (37.1) | 0.695 |
| Dysthymic disorder *Current* | 5 (11.4) | 0 (0) | 5 (14.3) | 0.566 |
| Dysthymic disorder *Most severe past* | 11 (25.0) | 3 (33.3) | 8 (22.9) | 0.669 |
| Mania *Most severe past* | 1 (2.3) | 0 (0) | 1 (11.1) | 0.205 |
| Mania *Most severe past* | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Disruptive Mood Dysregulation Disorder *Current* | 1 (2.3) | 0 (0) | 1 (2.9) | 1.000 |
| Disruptive Mood Dysregulation Disorder *Most severe past* | 1 (2.3) | 0 (0) | 1 (2.9) | 1.000 |
| Enuresis *Current* | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Enuresis *Most severe past* | 6 (13.6) | 2 (22.2) | 4 (11.4) | 0.586 |
| Panic disorder *Current* | 1 (2.3) | 0 (0) | 1 (2.9) | 1.000 |
| Panic disorder *Most severe past* | 5 (11.4) | 0 (0) | 5 (14.3) | 0.566 |
| Agoraphobia *Current* | 1 (2.3) | 0 (0) | 1 (2.9) | 1.000 |
| Agoraphobia *Most severe past* | 3 (6.8) | 1 (11.1) | 2 (5.7) | 0.506 |
| Separation anxiety *Current* | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Separation anxiety *Most severe past* | 6 (13.6) | 1 (11.1) | 5 (14.3) | 1.000 |
| Social anxiety *Current* | 8 (18.2) | 1 (11.1) | 7 (20.0) | 1.000 |
| Social anxiety *Most severe past* | 9 (20.4) | 1 (11.1) | 8 (22.9) | 0.659 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Specific phobia *Current* | 4 (9.1) | 1 (11.1)[a] | 3 (8.6)[b] | 1.000 |
| Specific phobia *Most severe past* | 8 (18.2) | 4 (44.4)[c] | 4 (11.4)[d] | 0.042 |
| Generalized anxiety disorder *Current* | 12 (27.3) | 1 (11.1) | 11 (31.4) | 0.405 |
| Generalized anxiety disorder *Most severe past* | 12 (27.3) | 1 (11.1) | 11 (31.4) | 0.405 |
| Obsessive-compulsive disorder *Current* | 2 (4.5) | 0 (0) | 2 (5.7) | 1.000 |
| Obsessive-compulsive disorder *Most severe past* | 1 (2.3) | 0 (0) | 1 (2.9) | 1.000 |
| Post-traumatic stress disorder *Current* | 5 (11.4) | 0 (0) | 4 (11.4) | 0.566 |
| Post-traumatic stress disorder *Most severe past* | 5 (11.4) | 1 (11.1) | 4 (11.4) | 1.000 |
| Tic disorder *Current* | 7 (15.9) | 3 (33.3)[e] | 4 (11.4)[f] | 0.138 |
| Tic disorder *Most severe past* | 5 (11.4) | 2 (22.2)[g] | 3 (8.6)[h] | 0.267 |
| Attention Deficit Hyperactivity Disorder *Current* | 10 (22.7) | 2 (22.2)[i] | 8 (22.9)[j] | 1.000 |
| Attention Deficit Hyperactivity Disorder *Most severe past* | 11 (25.0) | 3 (33.3)[k] | 8 (22.9)[l] | 0.669 |
| Oppositional Defiant Disorder *Current* | 4 (9.1) | 0 (0) | 4 (11.4) | 0.566 |
| Oppositional Defiant Disorder *Most severe past* | 6 (13.6) | 1 (11.1) | 5 (14.3) | 1.000 |
| Binge eating disorder *Current* | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Binge eating disorder *Most severe past* | 1 (2.3) | 0 (0) | 1 (2.9) | 1.000 |
| Alcohol use disorder *Current* | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Alcohol use disorder *Most severe past* | 2 (4.5) | 0 (0) | 2 (5.7) | 1.000 |
| Substance use disorder *Current* | 1 (2.3) | 0 (0) | 1 (2.9)[m] | 1.000 |
| Substance use disorder | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Most severe past* | | | | |

Note: ASD = Autism Spectrum Disorder; K-SADS = Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 Update. n (%) = frequency and percentage. p-values refer to Fisher's Exact Test. Significant differences ($p < 0.05$) are highlighted in bold. Specific Phobia: (a) Natural environment (storms and heights, p=0.205); (b) Situational (planes and elevators, n = 1; $p = 1.000$) and others (n = 2; $p = 1.000$); (c) Natural environment (storms and heights, n = 1; $p = 0.205$) and others (n = 3; $p = 1.000$); (d) Situational (planes and elevators, n = 1; $p = 1.000$) and others (n = 3; $p = 1.000$). Tic Disorders: (e) Motor or vocal (n = 3, $p = 0.142$); (f) Motor or vocal (n = 1, $p = 0.142$) and unspecified (n = 3, $p = 0.142$); (g) Motor or vocal (n = 2, $p = 0.400$); (h) Motor or vocal (n = 1, $p = 0.400$) and unspecified (n = 2, $p = 0.400$). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: (i) Combined presentation (n = 2; $p = 1.000$); (j) Inattentive (n = 3) and combined (n = 5, $p = 1.000$) presentations; (k) Inattentive (n = 1) and combined (n = 2, $p = 0.452$) presentations; (l) Inattentive (n = 2), hyperactive/impulsive (n = 3), and combined (n = 3, $p = 0.452$) presentations. Substance Use: (m) Cannabis use disorder.

## ANEXO B – CAPÍTULO DE LIVRO

Do livro: “AUTISMO ADULTO SOB A PERSPECTIVA DA NEURODIVERSIDADE: PESQUISA, PRÁTICA CLÍNICA E RELATOS DE EXPERIÊNCIAS”, organizado por Tally L. Tafla, Guilherme C. P. Francisco e Elizabeth Shephard.

### Neurodiversidade e diversidade de sexo e gênero: diferenças e intersecções.

**Autores**

**Érica Bonganhi de Bem**, médica pela Universidade Federal de Uberlândia, Psiquiatra pelo Instituto Municipal Philippe Pinel do Rio de Janeiro e Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Possui formação nas escalas *Autism Diagnostic Interview-Revised* e *Autism Diagnostic Observational Schedule* pelo Instituto Global de Atención Integral al Neurodesarrollo de Barcelona, Espanha. Atualmente, é mestranda em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o foco na co-ocorrência de diversidade de gênero e autismo.

**Lucas Dellazar**i, médico pela Universidade do Sul de Santa Catarina, psiquiatra pelo Hospital de Clínicas de Passo Fundo / Universidade Federal da Fronteira Sul e psiquiatra da infância e adolescência pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Possui formação nas escalas *Autism Diagnostic Interview-Revised* e *Autism Diagnostic Observational Schedule* pelo Instituto Global de Atención Integral al Neurodesarrollo de Barcelona, Espanha. Atualmente, é doutorando no Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com foco em epidemiologia e autismo.

**Anna Martha Vaitses Fontanari**, professora da Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Médica graduada pela UFRGS e com residência em psiquiatria pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), realizou mestrado e doutorado em psiquiatria, pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS. Durante o terceiro ano do doutorado, completou período de pesquisa na Western University, em London, Ontário, Canadá. Atualmente, além de atendimento junto ao Ambulatório Trans da

Secretaria Municipal de Porto Alegre e ao consultório particular, mantém atividades de ensino, extensão e pesquisa.

**Agradecimentos**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Agradecemos às pessoas autistas e com diversidade de gênero ou de sexo, cujas trajetórias e saberes compartilhados em cada encontro clínico foram fundamentais para a construção deste conhecimento, ensinando-nos muito além do que a literatura técnica pode descrever.

## 1. Breve revisão conceitual

### *1.1. Alguns dos limites da terminologia empregada*

A terminologia empregada tanto no campo da neurodivergência quanto nas discussões sobre sexo e gênero é inerentemente fluida e sujeita a revisões contínuas. É possível que, apesar do esforço dos autores, parte da linguagem adotada neste capítulo não resista ao teste do tempo.

Optamos por utilizar os termos que conhecemos e que predominam na literatura científica contemporânea sobre o tema. Cabe destacar, contudo, que não há consenso estabelecido: tais categorias são sempre construções aproximadas e, inevitavelmente, reducionistas, ainda que funcionais para a comunicação científica. Elas frequentemente se mostram insuficientes para abarcar a complexidade das experiências subjetivas.

Ao leitor, presente ou futuro, que identifique nesta linguagem limites ou problemas, registramos desde já nosso reconhecimento dessas limitações e nossa disposição para o diálogo e a construção conjunta de sentidos.

### *1.2. Conceitos básicos: o que é sexo e gênero?*

*Sexo designado ao nascimento* refere-se ao conjunto de características biológicas que incluem cromossomos sexuais, órgãos reprodutivos internos e externos, entre outros marcadores. Comumentemente categorizado como masculino, feminino ou intersexo (pessoas que não se enquadram nas definições típicas de corpos masculinos ou femininos), é construto altamente complexo que, numa perspectiva afirmativa, recomenda-se qualificar como “designado” ou “atribuído” ao

nascimento para lembrar-nos que nem sempre representa o gênero vivenciado pelo sujeito. [1,2] Por exemplo, ao nascimento, com base principalmente na genitália externa (e, quando necessário, em outros marcadores biológicos), um homem trans, provavelmente, foi designado com sexo feminino; contudo, sua identidade de gênero é masculina.

Nessa linha, *gênero* refere-se a um constructo social e cultural que engloba identidades, papéis, comportamentos e expectativas socialmente atribuídos a pessoas identificadas como homens, mulheres, pessoas não binárias, entre outras possibilidades. O gênero é uma experiência vivida e multidimensional, que pode variar entre culturas e ao longo do tempo, incluindo identidades como cisgênero, transgênero, não-binário e outras expressões de gênero. [1,2]

*1.3. Conceitos um pouco mais complexos: o que é orientação sexual e identidade de gênero?*

A *orientação sexual* abrange três dimensões relacionadas, porém distintas: atração sexual, comportamento sexual e identidade sexual. A atração sexual refere-se aos sentimentos de desejo, interesse ou envolvimento afetivo que um indivíduo experimenta em relação a outras pessoas, envolvendo componentes emocionais, físicos e, eventualmente, românticos. O comportamento sexual diz respeito às práticas sexuais efetivamente realizadas, enquanto a identidade sexual refere-se ao modo como o indivíduo se reconhece e se posiciona socialmente em relação à sua sexualidade. [1,3]

Como exemplo, a expressão “mulheres que fazem sexo com mulheres” descreve práticas sexuais e não identidades. Refere-se literalmente a mulheres que mantêm relações sexuais com outras mulheres, abrangendo múltiplas identidades sexuais (de lésbicas e bissexuais a mulheres que se identificam como heterossexuais) e uma ampla diversidade de padrões de atração. Da mesma forma, uma mulher que se identifica como lésbica pode, em determinados contextos de vida, ter relações sexuais com homens. [1] O termo *diversidade de sexo* se propõe a abranger todas as formas de orientação sexual e, por esse motivo, foi escolhido para este capítulo.

A *identidade de gênero*, por sua vez, refere-se aos sentimentos, convicções e reconhecimentos internos de um indivíduo em relação ao próprio gênero, podendo ou não corresponder ao sexo designado ao nascimento. Pessoas que não se identificam

com o gênero designado ao nascimento são denominadas transgêneras (ou trans), em contraste com pessoas cisgêneras, nas quais há correspondência entre essas dimensões.

A identidade de gênero é construída a partir de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e históricos, podendo ser fluida e modificar-se ao longo do tempo. A forma como o indivíduo se manifesta em relação às normas sociais de gênero denomina-se expressão de gênero, e pode se dar por meio de roupas, linguagem verbal e corporal, voz, nome, pronomes, entre outros elementos. Essa expressão não é fixa nem imutável e pode variar conforme contextos, espaços e desejos individuais, refletindo diferentes graus de masculinidade, feminilidade, neutralidade (evita a associação com atributos tipicamente masculinos ou femininos, tanto na linguagem quanto na apresentação pessoal) ou não binaridade (não se restringe às categorias de homem ou mulher, podendo transitar entre elas, fundi-las ou rejeitá-las). [1]

Segue o relato de Ariel que, com 29 anos de idade e diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na vida adulta, descreve um pouco de suas vivências de sexo e de gênero.

> *"'Confusão' é uma boa palavra para definir o que eu sinto em relação ao meu gênero, desde criança. Ser uma garota sempre foi muito restritivo: "senta que nem mocinha", "teu irmão pode porque ele é menino", "skate não é coisa de garota, por que não brinca com a tua Barbie nova?". Regras infundadas que não faziam o menor sentido me aprisionavam (e seguem aprisionando). A verdade é que eu nunca gostei de ser uma menina, porém, tampouco tinha interesse em ser um menino.*
>
> *Cresci dentro das prisões de gênero, ora questionando, ora acatando as regras a mim impostas. Aos 10, sofria bullying pelas meninas "patricinhas" da minha turma por ser diferente — esquisita, estranha, meio nerd. Procurei me tornar como elas, em um esforço para que parassem de me atormentar; assim, por meio de revistas como Capricho e TodaTeen, além de livros, filmes e séries, aprendi a ser uma garota, a passar maquiagem, a falar como elas. Mas eu não era. "Ser mulher" foi algo por mim estudado e aprendido muito mais do que vivido. E vivi esse cosplay por muitos anos, inclusive depois de sair daquela escola, inclusive depois de começar a ficar com garotas (algo que demorei muito para admitir que sentia vontade).*

*Cheguei a me colocar no mundo como uma mulher lésbica quando namorava uma mulher lésbica. Mas também não fazia sentido pra mim restringir meu desejo a um gênero. Voltei a ficar com garotos, me descobri bissexual pela segunda vez, saí do armário pela terceira. Entendi que rótulos não combinam comigo, que ser mulher não combina comigo, que me definir não combina comigo. Aos poucos, fui questionando meu gênero e meu lugar na sociedade, ainda enquanto me entendia autista, na fase da autodescoberta e antes do diagnóstico oficial. Compreendi que a não-binariedade abrange um pouco melhor meus sentimentos e vivências. Comecei a experimentar com meu gênero. O lance de cortar o cabelo, pedir a pessoas próximas que me chamassem pelos meus pronomes de escolha, usar meu nome social. Mas, socialmente, tudo está em uma caixinha, inclusive a não-binariedade: esperam que a pessoa não-binária tenha um visual andrógino, que não se saiba se é homem ou mulher.*

*Assim, alguns anos depois de iniciar a transição, quando meu cabelo já cresceu e eu voltei a usar maquiagem ocasionalmente, olhares de confusão me recebem em ambientes onde a transgeneridade não é bem compreendida: se não é mulher, por que tem cabelo comprido, peitos? Se não é homem, por que usa "ele"? Finalmente, confundo os outros, a fim de me entender melhor. Sei que é uma jornada sem fim, não me apego ao que sou ou fui, muito menos ao que serei: hoje me entendo como uma pessoa autista, não-binária, antimonogâmica e bissexual. Todos esses nomes têm algo em comum na sua construção, pelo menos dentro da minha vivência: não aceitar as regras sem sentido que foram imputadas a mim, sejam elas sobre quem sou, sejam elas sobre com quem ou quantas pessoas me relaciono."*

*Ariel* nasceu com características sexuais socialmente consideradas femininas e, em função disso, teve seu sexo designado ao nascimento como feminino. Dentro de um modelo normativo que associa sexo, gênero e sexualidade, isso implicaria, de forma automática, a expectativa de uma identidade de gênero feminina (mulher) e, futuramente, de uma orientação heterossexual. Desde a primeira infância, contudo, Ariel demonstrava desconforto persistente quando precisava usar roupas ou ter comportamentos considerados "de menina". Apresentava estranhamento em ter que se adequar ao padrão de gênero feminino, colocando-se de modo forçado e artificial,

como se fosse um *cosplay* (prática de se fantasiar e interpretar personagens de ficção, geralmente provenientes de animes, jogos, filmes ou quadrinhos). Em certo momento, passa a solicitar que seja chamado por seu nome social e a utilizar os pronomes ele/dele. O reconhecimento de seu nome social e de sua identidade de gênero, tanto no serviço de saúde quanto nos demais espaços institucionais, associa-se à redução do sofrimento psíquico e melhora do funcionamento global [4-8].

Com o avançar do tempo, Ariel passa a se reconhecer como uma pessoa não binária, percebendo que sua experiência de gênero não se organiza exclusivamente em torno das categorias homem ou mulher. Ariel também experiencia sua sexualidade, inicialmente se identificando como lésbica, depois como bissexual.

Diferentemente do ocorrido com Ariel, para algumas pessoas com diversidade de sexo e de gênero, a incongruência entre o gênero vivenciado e o sexo atribuído ao nascimento pode se associar a sofrimento psíquico clinicamente significativo, frequentemente descrito como persistente ao longo do tempo. Em tais situações, o desconforto relacionado às características corporais, às expectativas sociais de gênero ou a ambas pode motivar a busca por serviços especializados em afirmação de gênero.

Historicamente, esse conjunto de experiências foi enquadrado sob o diagnóstico de Disforia de Gênero [9] e, mais recentemente, sob a categoria de Incongruência de Gênero (IG) [10]. A categoria de IG, na 11a edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), deixa os capítulos de Transtornos Mentais e passa a englobar o capítulo de condições relacionadas à saúde sexual. Trata-se de esforço deliberado de despatologização das identidades trans e não binárias, ao mesmo tempo em que preserva um enquadramento clínico que possibilita o acesso a cuidados de saúde específicos quando há sofrimento ou necessidade de intervenções afirmativas. Da mesma forma que *diversidade de sexo, diversidade de gênero* é o termo utilizado ao longo deste capítulo por ser amplo e abranger todas as formas de vivenciar o gênero.

Além disso, é fundamental destacar que nem toda pessoa trans ou não binária vivencia sofrimento em relação ao próprio corpo ou à sua identidade de gênero, tampouco necessita de acompanhamento médico ou intervenções corporais. A presença de IG, conforme definida na CID-11, não implica necessariamente disforia, e a ausência de sofrimento não invalida a identidade de gênero de um indivíduo. Assim, o uso desses enquadramentos diagnósticos deve ser compreendido como

instrumental e contextual, orientado pela necessidade clínica e pelo desejo da pessoa atendida, e não como um marcador de normalidade ou desvio.

**2. Dados epidemiológicos: co-ocorrência de neurodiversidade e diversidade de sexo e de gênero.**

Cabe a ressalva de que há certa controversa quanto à maneira ideal de se questionar, particularmente em estudos populacionais, acerca de sexo e de gênero. Para a identificação de populações trans e não binárias, três métodos são frequentemente empregados: a medida de item único consiste em perguntar diretamente sobre a identidade de gênero dos participantes; o método de duas etapas, desenvolvido por organização comunitária trans dos Estados Unidos, inclui duas perguntas, uma sobre o sexo atribuído ou registrado ao nascimento dos participantes (masculino ou feminino) e outra sobre sua identidade de gênero atual (masculino, feminino, homens transgênero, mulheres transgênero e outras variações de gênero, dependendo do contexto cultural); por fim, a terceira abordagem é a suposição de que, ao ocupar espaços trans, a pessoa necessariamente se identifica como trans [11].

Tradicionalmente, pesquisas demográficas utilizam a medida de item único e limitam as opções dos participantes a “masculino”, “feminino” e, raramente, “transgênero” [12]. Apesar de simples, essa medida de item único apresenta algumas limitações significativas. Ela pode induzir a informações equivocadas, pois uma pessoa trans pode se identificar apenas como homem ou mulher. Além disso, não considera a ampla variedade de gêneros não binários. Também ignora identidades de gênero culturalmente específicas, ou seja, diversos segmentos das populações trans, bem como particularidades que poderiam aprimorar o processo de tomada de decisão em saúde pública, permanecerão invisíveis. Mais adiante, ao discorrer sobre prevalências de populações neurodiversas, enfrentaremos questões parecidas com a identificação de diversidade de sexo e de gênero.

A interpretação dos dados epidemiológicos globais do TEA também enfrenta desafios substanciais decorrentes de disparidades metodológicas e econômicas. Hansen et al. (2015) demonstraram que mudanças nas práticas de notificação, como a inclusão de dados administrativos (de registro) e alterações nos critérios diagnósticos, podem explicar até 60% do aumento na prevalência observada em registros administrativos [13].

Ademais, a realização de estudos de prevalência robustos esbarra em obstáculos financeiros significativos. Segundo Durkin et al. (2015), a utilização de instrumentos padronizados, como o *Autism Diagnostic Interview-Revised* e o *Autism Diagnostic Observational Schedule*, exige alto investimento financeiro, tempo prolongado para aplicação e profissionais treinados, além da necessidade de adaptação cultural dos instrumentos, o que evidencia uma limitação muito grande na obtenção de dados de prevalência acurados [14].

Essas barreiras contribuem para a escassez, também, de dados em países de baixa e média renda (*Low and Middle-Income Countries - LMIC*), resultando em uma cobertura global de pesquisas de apenas 16,1% da população mundial, majoritariamente concentrada em países de alta renda (*High Income Countries - HIC*), o que gera um viés nas estimativas mundiais ao negligenciar cerca de 85% da população jovem, a qual reside em *LMICs* [15, 16].

Os estudos utilizando dados de registro e questionários genéricos, como nas estimativas do Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e no censo brasileiro, são a maioria, evidenciando a escassez de estudos originais de prevalência globalmente e apontando para importante incerteza nos dados que serão descritos adiante. Diferentemente da máxima “os números não mentem”, faz-se a ressalva de que os seguintes dados devem ser vistos com cuidado [17].

### *2.1. Diversidade de sexo e de gênero no Brasil e no mundo*

A prevalência global de diversidade de sexo e de gênero varia amplamente conforme o método de coleta de dados, definições utilizadas e contexto sociocultural. Considerando-se pessoas que se identificam como lésbicas, gays ou bissexuais, estudos populacionais em países ocidentais sugerem que cerca de 2 a 4% dos adultos se identificam como LGB [18]. Proporções maiores são observadas quando se questiona especificamente acerca de atração ou comportamento sexual (por exemplo, até 11,5% das mulheres britânicas relataram alguma atração pelo mesmo sexo) [19].

No que tange às entidades nosológicas, historicamente, a prevalência de IG na população geral foi estimada de forma menos rigorosa, baseando-se majoritariamente em registros clínicos de procura por tratamentos hormonais ou cirúrgicos [20]. Arcelus et al. (2015), em uma revisão sistemática baseada em

demanda clínica, encontraram prevalências inferiores a 0,01% [21]. Estudos anteriores, como os de Hwu et al. (1989) em Taiwan (0,03% a 0,2%) e Stefansson et al. (1994) na Islândia (0,1%), refletiam essa subestimação [22,23].

Conron et al. (2012), em contraponto, com inquéritos via telefone em Massachusetts, identificou 0,5% de autodeclaração trans em uma amostra de 28 mil adultos [24]. Segundo a *American Psychiatric Association* (2023), a percentagem de pessoas que se identificam como trans situa-se entre 0,5% e 0,6%, enquanto aquelas que reportam identidade de gênero incongruente variam de 0,6% a 1,1% - os dados são majoritariamente norte-americanos e europeus. A proporção de indivíduos que sentem pertencer a um sexo diferente é ainda maior (2,1% a 2,6%), contrastando com a parcela reduzida que deseja submeter-se a tratamentos médicos (0,2% a 0,6%) [9]. Corroborando essa visão, Warrier et al. (2020) apontam que as estimativas atuais da população geral para indivíduos trans e gênero-diversos variam entre 0,4% e 1,3%, sugerindo que muitos não buscam serviços de afirmação de gênero ou enfrentam barreiras de acesso [25].

No Brasil, Spizzirri et al. (2021) realizaram estudo com uma amostra representativa da população brasileira adulta (n=6000). Estimou-se que 12,04% dos adultos se identificam como ALGBT (incluindo asexual, lésbica, gay, bissexual, trans e não-binário), sendo 0,93% lésbicas, 1,37% gays, 2,12% bissexuais. Em paralelo, 0,69% dos participantes se declararam trans e 1,19% como não-binários [26]. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 1,2% das pessoas brasileiras maiores de 18 anos se consideram homossexuais, 0,7% bissexuais e 0,1% outra orientação sexual [27].

### *2.2. Neurodiversidade no Brasil e no mundo*

As estimativas sobre prevalência do TEA também tendem a apresentar variabilidade significativa a depender do local investigado e da metodologia utilizada. Enquanto o monitoramento realizado pelo CDC dos Estados Unidos indica um aumento de 0,67% em 2000 para 3,22% em 2022, perspectivas globais apresentam números com maior estabilidade [28,29]. O estudo *Global Burden of Disease* relata uma prevalência em 2021 de 0,79% (comparada a 0,77% em 1990), usando apenas dados de vigilância ativa, consistente com meta-análises recentes que variam de 0,6% a 1% [30,31,32].

No Brasil, o Censo nacional mais recente revelou uma prevalência de autismo em território nacional de 1,5% [33]. Nesse ponto, é digno de nota que, para questionar acerca da prevalência de TEA, o IBGE utilizou uma abordagem de auto-relato e hetero-relato nos domicílios brasileiros. Coube aos residentes dos domicílios responderem à seguinte pergunta: “Já foi diagnosticado(a) com autismo por algum profissional de saúde?”. O Censo apontou também, em seu relatório preliminar, que “o tamanho do questionário e a ausência de profissionais de saúde especializados durante as entrevistas são limitações para essa avaliação.”[34, 35]. Dados referentes a pesquisas epidemiológicas com busca e avaliação ativa de casos, no entanto, apontavam para uma prevalência de autismo de 0,3% a 0,4%, de acordo com estudo na cidade de Atibaia (SP) [36] e a coorte de nascimentos de Pelotas [37].

### *2.3. Neurodiversidade em pessoas com diversidade de gênero e de sexo*

A literatura científica tem consolidado a existência de uma sobreposição significativa entre TEA e IG. Uma meta-análise conduzida por Kallitsounaki e Williams (2023) revelou que a estimativa combinada da prevalência de diagnósticos de TEA em pessoas com IG é de aproximadamente 11% [38]. De Vries et al. (2010), na Holanda, identificou uma prevalência de 7,8% de TEA em crianças e adolescentes encaminhados para clínicas de identidade de gênero, uma taxa muito superior à expectativa para a população geral (0,6% a 1%) [39]. Mais recentemente, uma coorte sueca encontrou diagnósticos de TEA em 23,2% dos indivíduos com IG, além de pontuações elevadas em escalas de traços autísticos [40]. Não encontramos estudos que buscam a prevalência de autismo em pessoas com diversidade sexual. Utilizamos os seguintes descritores e palavras-chave combinados para a estratégia de busca nas bases *Scielo, Embase e Pubmed*: '*Autism Spectrum Disorder*', '*Pervasive Developmental Disorders*', '*Sexual Minority*', '*LGB*'.

### *2.4. Diversidade de gênero e de sexo em pessoas neurodiversas*

Embora os números variem conforme a metodologia, estudos baseados em registros de prontuários, como o de Hisle-Gorman et al. (2019), encontraram 0,07% de IG em pessoas com autismo (contra 0,01% em neurotípicos), indicando uma chance quatro vezes maior de diagnóstico [41]. Quando se amplia o conceito para "variância de gênero", as taxas sobem para entre 4% e 6,5% de pessoas com IG e TEA [42,43]

Trazendo dados mais recentes, a revisão sistemática e meta-análise de Bonazzi et al. (2025) estimou uma prevalência agrupada de diversidade de gênero em indivíduos com TEA de 7,37% (IC 95%: 4,45–11,98). A análise destacou uma prevalência numericamente superior em indivíduos designados como sexo feminino ao nascer (14,54%) comparado aos designados como masculino ao nascimento (8,15%), embora a diferença não tenha atingido significância estatística. As análises de subgrupos não revelaram impacto significativo da idade, do tipo de avaliação de diversidade de gênero ou da metodologia diagnóstica do transtorno do TEA na prevalência de diversidade de gênero. Um achado metodológico crucial dos autores foi que estudos desenhados explicitamente para investigar questões de gênero reportaram taxas significativamente maiores (13,71%) do que aqueles com outros objetivos primários (4,71%), sugerindo que a busca ativa é fundamental para a identificação correta [44].

A literatura científica indica que a prevalência de autismo em pessoas com orientação sexual lésbica, gay ou bissexual (LGB) é maior do que na população geral. Nessa linha, um estudo populacional sueco evidenciou que indivíduos com traços autistas apresentam uma chance 1,73 vezes maior de se identificarem como bissexuais e 3 vezes maior de manifestarem orientações sexuais que transcendem as categorias tradicionais de hetero, homo ou bissexualidade, quando comparados a pessoas sem traços autistas [45]. No mesmo sentido, uma pesquisa holandesa, que englobou 659 pessoas autistas e 8.064 pessoas neurotípicas, demonstrou que 81,6% dos homens neurodivergentes e 56,6% das mulheres neurodivergentes reportaram heterossexualidade exclusiva em contraste com 90,4% dos homens neurotípicos e 87% das mulheres neurotípicas [46]. É digno de nota que a terminologia “heterossexualidade exclusiva”, bastante controversa, foi empregada pelos autores do estudo de forma a sumarizar atração sexual e interesse romântico no momento do estudo. Mais recentemente, coorte internacional, envolvendo 2.386 pessoas não autistas e 1.183 pessoas autistas, identificou que 63,03% de heteronormatividade em pessoas autistas, enquanto 83,08% de pessoas neurotípicas se declararam heterossexuais [47].

## 3. Como são vivenciados gênero e sexualidade na neurodiversidade?

### *3.1. Desejo, intimidade e interesse romântico.*

Publicada em 2025, uma revisão narrativa da literatura investigou intimidade e relacionamentos românticos entre jovens neurodivergentes [48]. Foram incluídas exclusivamente publicações recentes, divulgadas entre 2020 e 2024. Apesar de uma estratégia de busca ampla, que englobou desde relatos de caso até capítulos de livros, apenas 34 estudos preencheram os critérios de inclusão, evidenciando a escassez relativa de pesquisas sistemáticas sobre o tema.

Embora pessoas neurodiversas apresentem dificuldades na reciprocidade socioemocional, a maioria manifesta desejo por relacionamentos românticos íntimos e, durante a puberdade (assim como seus pares neurotípicos), passa a expressar interesses sexuais e românticos [48]. Esses achados contradizem estereótipos persistentes que associam neurodiversidade à ausência de interesse afetivo ou sexual.

### *3.2. Desafios relacionais e diferenças de percurso*

Pessoas neurodivegentes compartilham compreensões semelhantes de intimidade, incluindo valores como respeito mútuo, cuidado e compromisso [48]. No entanto, enfrentam desafios específicos na forma de iniciar, manter e vivenciar relações íntimas. Enquanto neurotípicos tendem a enfatizar aspectos como apego, saúde mental e identidade no funcionamento relacional, pessoas neurodivergentes relatam dificuldades particulares relacionadas à comunicação e aos comportamentos de cortejo. Essas dificuldades podem ser intensificadas por estereótipos sociais, expectativas normativas e preocupações de familiares e cuidadores, bem como por exposição limitada a modelos diversos de relacionamento e sexualidade. Como consequência, podem surgir incertezas quanto às estruturas relacionais, às regras implícitas do namoro e às formas socialmente esperadas de expressar interesse afetivo. Apesar dessas dificuldades, adultos neurodiversos desenvolvem estratégias adaptativas para lidar com os desafios relacionais, como comunicação mais explícita e maior investimento em autoconhecimento, enquanto pessoas neurotípicas tendem a apoiar-se mais em entendimentos implícitos e familiaridade.

### *3.3. Cognições sexuais e fantasias*

Com o objetivo de investigar a variedade, o conteúdo e a frequência de pensamentos sexuais positivos e negativos, García-Barba et al. conduziram um estudo com adultos neurodivergentes [49]. Os resultados evidenciaram uma ampla

gama de cognições sexuais, tanto positivas quanto negativas, ainda que menos diversas e menos frequentes quando comparadas às de pessoas neurotípicas. Entre as possíveis explicações para essa menor diversidade estão menor desejo sexual, questões sensoriais (que podem tornar a atividade sexual desconfortável) e a preferência por rotinas familiares (o que pode limitar a exploração de novas experiências). Além disso, dificuldades em imaginar-se em cenários desconhecidos e a ansiedade associada à quebra de rotinas podem reduzir a motivação para buscar novas vivências sexuais ou fantasias.

**4. Aspectos e direcionamentos clínicos**

Um erro frequente ocorre quando, ao investigar comportamento sexual, o profissional formula perguntas indiretas ou baseadas em pressupostos, como “você é casado?”, e a partir da resposta infere identidade de gênero, orientação sexual, padrão relacional ou exclusividade sexual. Essa sequência de suposições ignora a diversidade das experiências humanas e frequentemente conduz a erros clínicos. Para obter informações sobre comportamento sexual, é necessário perguntar diretamente sobre comportamento sexual. Embora esse tipo de abordagem possa ser percebido como desafiador, trata-se de uma competência técnica essencial à prática em saúde, devendo ser exercida com clareza, respeito e ausência de julgamentos [50].

Segue o relato de Daniel que, com 26 anos de idade e diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo na vida adulta, descreve um pouco de suas vivências de sexo e de gênero.

> *“Eu me considero uma pessoa transmasculina. Isso não implica necessariamente ser um homem trans, mas sim alguém que está no espectro do masculino – uma pessoa transmasculina não binária. E minha orientação sexual é bissexual.*
>
> *Sinto que o autismo influenciou nessas questões de gênero e sexualidade. Na minha cabeça, percebo várias coisas como padrões sociais — aprendo observando dessa forma —, e o gênero é um desses padrões. Então, foi um insight perceber: 'Não preciso seguir nenhum desses padrões, porque eles não fazem sentido na minha cabeça. São apenas caixas, e essas caixas não me dizem respeito. Não me encaixo nelas, então não preciso tentar*

*me enquadrar; posso fazer o que eu quiser'. Assim, ajo e tento me encontrar naquilo que desejo, antes de definir em qual caixa estou.*

*O conceito de transmasculinidade, que até pouco tempo atrás não existia para mim, pode sempre mudar conforme os padrões são propostos. Por exemplo, antes de emergir esse conceito, eu dizia que era um homem trans não binário — o que não deixa de ser a mesma coisa. Antes de o não-binarismo se tornar evidente, eu dizia que era um homem trans, mas não era exatamente isso. Eu não conseguia me ver como homem, pois não sou um homem e isso não faz sentido para mim. Da mesma forma, sei que não sou uma mulher. Então, se o oposto de ser mulher é ser homem, eu também não o sou.*

*Quanto mais eu pensava a partir desse meu funcionamento autista — de não conseguir me encaixar nas caixas, de não entender por que elas são importantes ou por que eu deveria valorizá-las e segui-las —, menos fui compreendido por muito tempo por uma psicóloga que tive. Ela não entendia muito bem os conceitos que eu trazia sobre ser trans, mas não ser homem. Foi difícil explicar; ela sequer utilizava os pronomes masculinos comigo, continuava me tratando pelos femininos.*

*Hoje, acredito que a maioria dos profissionais que me assistem me trata como eu gostaria. Minha ginecologista, porém, ainda tem certa dificuldade. Toda vez que vou lá, preciso explicar novamente todos os meus conceitos, explicar quem eu sou. Isso é um pouco frustrante, pois ela deveria conseguir lidar melhor com a situação. Eu não confio muito na minha ginecologista e não confiava na minha antiga psicóloga, pois não me tratavam como eu gostaria. Elas não enxergavam essas questões que são fundamentais, que fazem parte do meu cotidiano e de quem eu sou. Sinto que, principalmente devido ao autismo, tenho grande dificuldade em confiar que os profissionais irão me tratar bem. É muito fácil negar a vivência do outro quando não se vive o que ele vive.*

*Acho que o mais importante a ser transmitido aos profissionais de saúde é: valorizem o que a pessoa está dizendo e não minimizem o que o paciente traz. É a vida da pessoa, é o seu funcionamento diferente. A própria neurodivergência já traz essa diferença. Muitas vezes é uma situação delicada, pois você está se abrindo. No momento em que você se expõe e a pessoa desvaloriza ou nega seu sentimento, é muito ruim. Do meu ponto de vista, isso gera uma falta de confiança do paciente no profissional.*

*Acredito que o essencial seria estar sempre disposto a entender, mesmo que seja difícil, já que você não é o paciente. Não digo 'entender' plenamente a vivência, mas estar disponível para acolher, simpatizar e compreender que as pessoas têm funcionamentos diferentes."*

Daniel traz em seu relato alguns conceitos como transmasculinidade, trans masculino e não-binário, que foram experimentados por ele durante sua trajetória. Diante de casos como este, é comum que profissionais de saúde busquem um "ponto de apoio" que traduza tais distinções em orientações práticas para a clínica cotidiana. Assim, um profissional clínico, como um médico ginecologista, por exemplo, pode se questionar: "para o meu atendimento, o mais relevante é conhecer o comportamento sexual, a fim de prevenir e tratar infecções sexualmente transmissíveis". Já um profissional de saúde mental pode se interessar pelo impacto psicossocial de pertencer a uma minoria sexual ou de gênero ao longo do desenvolvimento, perguntando-se: "como a identidade LGBTIA+ dessa pessoa foi acolhida pela família, pelos profissionais e pela comunidade?".

Considerando a alta taxa de co-ocorrência de neurodivergência e diversidade de gênero, as diretrizes internacionais recomendam que profissionais de saúde que trabalham com diversidade de gênero, especialmente crianças e adolescentes, tenham treinamento específico sobre autismo e outras neurodivergências. Orienta-se também que o diagnóstico de autismo seja ativamente investigado nessa população. A identificação de autismo em pessoas com diversidade de gênero pode ser bastante desafiadora clinicamente, já que alguns comportamentos de pessoas com diversidade de gênero, como retraimento social e dificuldade em expor intimidades, principalmente devido ao estresse de minoria, podem mimetizar traços autistas [1, 51]. É importante considerar também que essa co-ocorrência predispõe a um maior risco de transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, e de comportamento suicida, o que implica na necessidade da avaliação em saúde mental de modo sistemático, com a finalidade de priorizar o bem-estar geral e a estabilização emocional antes de intervenções médicas definitivas [38].

Especificamente em casos de neurodiversidade, a abordagem clínica de pessoas com diversidade de gênero deve considerar particularidades na comunicação (fornecendo suporte visual para pessoas que se utilizem de meios

alternativos para comunicação, por exemplo), pensamento mais rígido ou concreto e diferenças na autopercepção. Esses aspectos implicam em uma maior dificuldade em assumir o papel de gênero vivenciado antes de tratamentos afirmativos de gênero. Por isso, preconiza-se que o profissional de saúde auxilie na exploração gradual da identidade sem pressões temporais juntamente com o fortalecimento da rede de suporte, permitindo que o indivíduo compreenda o gênero e a sexualidade como um *continuum* e não como estruturas binárias rígidas. Também deve ser considerada a dificuldade no planejamento de futuro, que pode comprometer a compreensão dos impactos de longo prazo especialmente em decisões irreversíveis como cirurgias de afirmação de gênero. Esses são potenciais desafios para o processo de tomada de decisão e, por isso, pessoas neurodivergentes podem precisar de suporte adicional, psicoeducação, maior estruturação e mais tempo em cada uma das etapas de cuidado [51, 52].

## 5. Conclusão

A intersecção entre a neurodiversidade e a diversidade sexual e de gênero revela um cenário marcado pela invisibilidade e pela deslegitimação das autonomias individuais. Como observado nos casos clínicos, a pessoa autista que vivencia uma orientação sexual não-normativa ou diversidade de gênero enfrenta frequentemente o reducionismo de sua existência: o sofrimento derivado da marginalização social é, muitas vezes, equivocadamente lido apenas como "sintoma" do autismo, enquanto sua capacidade de decisão sobre o próprio corpo é questionada. Essa "confusão" relatada por essas pessoas não é uma falha de entendimento, mas o reflexo de um mundo que oferece respostas simples e categóricas para perguntas existenciais complexas sobre pertencimento, desejo e identidade. Ao ignorar as nuances das percepções sensoriais e sociais no TEA, o sistema falha em acolher o indivíduo em sua totalidade, transformando o que deveria ser um processo de afirmação em mais uma camada de isolamento.

Por fim, a elevada prevalência dessa co-ocorrência, embora documentada internacionalmente, ainda carece de dados que reflitam a realidade epidemiológica e cultural brasileira. As lacunas na literatura nacional e internacional perpetuam dúvidas que dificultam o manejo clínico ético e eficaz, deixando profissionais e pacientes sem

referenciais teóricos adaptados ao nosso contexto. O caminho para superar essa lacuna exige a mudança de uma visão puramente patologizante para uma abordagem que priorize experiências qualitativas e a escuta ativa. Reconhecer que a resistência às "regras sem sentido" da binaridade e da heteronormatividade pode ser, de fato, uma expressão da autenticidade autista é um passo essencial para garantir que esses sujeitos não apenas existam, mas ocupem seus espaços com dignidade e segurança.

## 6. Referências


1. Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*, *23*(sup1), S1-S259.
2. Caughey, A. B., Krist, A. H., Wolff, T. A., Barry, M. J., Henderson, J. T., Owens, D. K., ... & Mangione, C. M. (2021). USPSTF approach to addressing sex and gender when making recommendations for clinical preventive services. *JAMA*, *326*(19), 1953-1961.
3. Dispenza, F., & Nakamura, N. (2021). A framework for revising psychology practice guidelines: Reflections on the development of the APA Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *8*(3), 268.
4. Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of adolescent Health*, *63*(4), 503-505.
5. Pollitt, A. M., Ioverno, S., Russell, S. T., Li, G., & Grossman, A. H. (2021). Predictors and mental health benefits of chosen name use among transgender youth. *Youth & Society*, *53*(2), 320-341.
6. Hughto, J. M., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a US non-probability sample of transgender adults. *Archives of sexual behavior*, *49*(7), 2635-2647.
7. Scheim, A. I., Restar, A. J., Zubizarreta, D., Lucas, R., Cole, S. W., Everhart, A., ... & Rodriguez, M. I. (2025). Legal gender recognition and the health of transgender and gender diverse people: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 118147.
8. Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., ... & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, *388*(10042), 412-436.
9. American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5. ed. rev.). Artmed.
10. Organização Mundial da Saúde. (2022). *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (11ª rev.; CID-11).

11. Costa, A. B., Rosa, L. D. O., & Fontanari, A. M. V. (2022). Sampling bias in Brazilian studies on transgender and gender diverse populations: the two-step measure for assessing gender identity in surveys. *Cadernos de Saúde Pública*, *38*, e00180420.
12. Greytak, E. A., Gill, A. M., Conron, K. J., & Herman, J. L. (2014). *Best practices for asking questions to identify transgender and other gender minority respondents on population-based surveys*. Williams Institute.
13. Hansen, S. N., Schendel, D. E., & Parner, E. T. (2015). *Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders: The proportion attributable to changes in reporting practices.* JAMA Pediatrics, 169(1), 56–62.
14. Durkin, M. S., Elsabbagh, M., Barbaro, J., Gladstone, M., Happe, F., Hoekstra, R. A., Lee, L.-C., Rattazzi, A., Stapel-Wax, J., Stone, W. L., Tager-Flusberg, H., Thurm, A., Tomlinson, M., & Shih, A. (2015). *Autism screening and diagnosis in low resource settings: Challenges and opportunities to enhance research and services worldwide.* Autism Research, 8(5), 473–476.
15. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2011). *World population prospects: The 2010 revision.* United Nations.
16. Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Polanczyk, G. V., Moffitt, T. E., Murray, C. J. L., Vos, T., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2017). *The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents.* Epidemiology and Psychiatric Sciences, 26(4), 395–402.
17. Dellazari L, de Bem ÉB, Falcão AB, Manjabosco FM, Sorato GB, Berto LF, Dantas VA, da Rosa ALST, Graeff-Martins AS, Kieling RR, Salum Junior GA, Rohde LA, Caye A. *Mind the gap: the inconceivable void on the epidemiology of autism spectrum disorders in Brazil.* Braz J Psychiatry. 2025;47:e20243956. doi: 10.47626/1516-4446-2024-3956. Epub 2025 Jan 11. PMID: 39799409; PMCID: PMC12681352
18. Geary RS, Tanton C, Erens B, Clifton S, Prah P, Wellings K, Mitchell KR, Datta J, Gravningen K, Fuller E, Johnson AM, Sonnenberg P, Mercer CH. Sexual identity, attraction and behaviour in Britain: The implications of using different dimensions of sexual orientation to estimate the size of sexual minority populations and inform public health interventions. PLoS One. 2018 Jan 2;13(1):e0189607. doi: 10.1371/journal.pone.0189607. PMID: 29293516; PMCID: PMC5749676.
19. van Kampen SC, Lee W, Fornasiero M, Husk K. The proportion of the population of England that self-identifies as lesbian, gay or bisexual: producing modelled estimates based on national social surveys. BMC Res Notes. 2017 Nov 13;10(1):594. doi: 10.1186/s13104-017-2921-1. PMID: 29132439; PMCID: PMC5683336.
20. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BP. Gender Dysphoria in Adults. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12:217-47. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034. Epub 2016 Jan 18. PMID: 26788901.
21. Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of gender dysphoria and transsexualism. European Psychiatry, 30(6), 807–815.
22. Hwu, H.-G., Yeh, E.-K., & Chang, L.-Y. (1989). Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. Acta Psychiatrica Scandinavica, 79(2), 136–147.

23. Stefansson, J. G., Lindal, E., Bjornsson, J. K., & Guomundsdottir, A. (1994). Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29, 119–125.
24. Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. American Journal of Public Health, 102(1), 118–122.
25. Warrier, V., Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M.-C., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. Nature Communications, 11, Article 3959.
26. Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific reports*, *11*(1), 2240.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Pesquisa nacional de saúde: 2019: Orientação sexual autoidentificada da população adulta. IBGE.
28. Network, D. M. (2007). Prevalence of Autism Spectrum Disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Six Sites, United States, 2000; Prevalence of Autism Spectrum Disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *MMWR*, *56*, 1-11.
29. Shaw, K. A. (2023). Early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR. Surveillance Summaries*, *72*.
30. Salari N, Rasoulpoor S, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Jafarpour S, Abdoli N, Khaledi-Paveh B, Mohammadi M. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr. 2022 Jul 8;48(1):112. doi: 10.1186/s13052-022-01310-w. PMID: 35804408; PMCID: PMC9270782.
31. Talantseva OI, Romanova RS, Shurdova EM, Dolgorukova TA, Sologub PS, Titova OS, Kleeva DF, Grigorenko EL. The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. Front Psychiatry. 2023 Feb 9;14:1071181. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1071181. PMID: 36846240; PMCID: PMC9947250.
32. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, Yusuf A, Shih A, Elsabbagh M. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res. 2022 May;15(5):778-790. doi: 10.1002/aur.2696. Epub 2022 Mar 3. PMID: 35238171; PMCID: PMC9310578.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025). Censo demográfico 2022: Pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista: Resultados preliminares da amostra. IBGE.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Inclusão da pergunta sobre o Transtorno do Espectro Autista no Censo Demográfico 2022* [Apresentação em PDF]. Câmara dos Deputados. https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/apresentacoes-em-eventos/eventos-2021/ibge.pdf
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). *Pessoas com deficiência e Pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista: Resultados preliminares da amostra* [Apresentação em PDF].. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/5ab58b8c2ab073e86c02984aae6b6d6c.pdf

36. Paula, C. S., Ribeiro, S. H., Fombonne, E., & Mercadante, M. T. (2011). Brief report: Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: A pilot study. Journal of Autism and Developmental Disorders, 41, 1738–1742.
37. La Maison, C., Munhoz, T. N., Santos, I. S., Anselmi, L., Barros, F. C., & Matijasevich, A. (2018). Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53, 685–697.
38. Kallitsounaki, A., & Williams, D. M. (2023). Autism spectrum disorder and gender dysphoria/incongruence: A systematic literature review and meta-analysis. Journal of Autism and Developmental Disorders, 53, 3103–3117.
39. de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(8), 930–936.
40. Özel, F., White, R. A., Clark, K. D., Indremo, M., Zejlon, I., Rüegg, J., & Papadopoulos, F. C. (2025). Associations between autism, gender dysphoria and gender incongruence: Insights from the Swedish Gender Dysphoria Study (SKDS). Psychiatry Research, 351, 116591.
41. Hisle-Gorman E, Landis CA, Susi A, Schvey NA, Gorman GH, Nylund CM, Klein DA. Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder. LGBT Health. 2019 Apr;6(3):95-100.
42. Janssen, A., Huang, H., & Duncan, C. (2016). Gender variance among youth with autism spectrum disorders: A retrospective chart review. Transgender Health, 1(1), 63–68.
43. May, T., Pang, K., & Williams, K. J. (2017). Gender variance in children and adolescents with autism spectrum disorder from the National Database for Autism Research. International Journal of Transgenderism, 18(1), 7–15.
44. Bonazzi, G., Peyroux, E., Jurek, L., Souiller, L., Zufferey, A., Giroudon, C., Nourredine, M., & Demily, C. (2025). Gender on the spectrum: Prevalence of gender diversity in autism spectrum disorder—A systematic review and meta-analysis. Autism in Adulthood. Advance online publication.
45. Rudolph, C. E., Lundin, A., Åhs, J. W., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Brief report: Sexual orientation in individuals with autistic traits: Population based study of 47,000 adults in Stockholm County. Journal of Autism and Developmental Disorders, 48(2), 619-624.
46. Dewinter, J., De Graaf, H., & Begeer, S. (2017). Sexual orientation, gender identity, and romantic relationships in adolescents and adults with autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 47(9), 2927–2934.
47. Weir, E., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2021). The sexual health, orientation, and activity of autistic adolescents and adults. Autism Research, 14(11), 2342–2354.
48. Belluzzo, M., Giaquinto, V., De Alfieri, E., Esposito, C., & Amodeo, A. L. (2025). Sexuality, Gender Identity, Romantic Relations, and Intimacy Among Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review of the Literature. Psychiatry International, 6(2), 44.
49. García-Barba, M., Nichols, S., Ballester-Arnal, R., & Byers, E. S. (2024). Positive and negative sexual cognitions of autistic individuals. Sexuality and Disability, 42(1), 167-187.

50. Klein, D. A., Malcolm, N. M., Berry-Bibee, E. N., Paradise, S. L., Coulter, J. S., Keglovitz Baker, K., ... & Frederiksen, B. N. (2018). Quality primary care and family planning services for LGBT clients: a comprehensive review of clinical guidelines. *LGBT health*, *5*(3), 153-170.
51. van Vlerken, R. H., Fuchs, C. E., & van der Miesen, A. I. (2020). Caring for transgender and gender diverse youth with co-occurring neurodiversity. In *Pediatric Gender Identity: Gender-affirming Care for Transgender & Gender Diverse Youth* (pp. 137-148). Cham: Springer International Publishing.
52. Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., ... & Anthony, L. G. (2018). “They thought it was an obsession”: Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, *48*(12), 4039-40