



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência

Trabalho de Conclusão de Residência Médica

ÉRICA BONGANHI DE BEM

**Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista em Adolescente do Gênero
Feminino: Relato de Caso**

Porto Alegre, fevereiro de 2023



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência

Trabalho de Conclusão de Residência Médica

ÉRICA BONGANHI DE BEM

**Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista em Adolescente do Gênero
Feminino: Relato de Caso**

Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado ao Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Orientador: Dr. Marcelo Schmitz

Porto Alegre, fevereiro de 2023

CIP - Catalogação na Publicação

de Bem, Érica Bonganha
Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista em
Adolescente do Gênero Feminino: Relato de Caso / Érica
Bonganha de Bem. -- 04.
20 f.
Orientador: Marcelo Schmitz.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência em Psiquiatria da
Infância e Adolescência, Porto Alegre, BR-RS, 04.

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Diagnóstico.
3. Adolescentes. 4. Feminino. I. Schmitz, Marcelo,
orient. II. Título.

RESUMO

Introdução: O presente trabalho descreve o caso de uma adolescente que foi diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA) após anos de acompanhamento psiquiátrico.

Relato de caso: T., 13 anos, sexo biológico feminino, iniciou acompanhamento psiquiátrico aos 6 anos e foi diagnosticada inicialmente com Mutismo Seletivo (MS), Sintomas Ansiosos/obsessivos e Ansiedade de Separação. A principal queixa da família era o fato de T. não falar fora de casa e apresentar crises de ansiedade. Após uma investigação clínica detalhada, ficou evidente que trata-se de um caso de TEA.

Discussão: O diagnóstico de TEA é menos frequente e mais tardiamente feito em meninas, o que pode ser explicado por diferenças específicas na apresentação do autismo no gênero feminino. Outro fator que pode ter postergado o diagnóstico de TEA, é o diagnóstico prévio de MS e a acomodação familiar. A comorbidade de TEA e outros transtornos mentais é bastante comum, especialmente transtornos ansiosos. O diagnóstico de TEA em meninas é bastante desafiador pelas diferenças entre os gêneros. É importante investigar ativamente sintomas de TEA em meninas mesmo que essa não seja a queixa inicial do atendimento.

SUMÁRIO

1. Introdução	5
2. Relato de Caso	9
3. Discussão	14
4. Bibliografia	18

1. Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por dificuldades na comunicação e na interação social, além de interesses e comportamentos restritos, que causam prejuízos significativos no funcionamento laboral, educacional, social e familiar^{1,27,29}. Essas características devem estar presentes desde as fases iniciais do desenvolvimento, porém podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam as capacidades do indivíduo¹.

Cerca de 1% da população mundial possui diagnóstico de TEA^{26,27}. Nos últimos anos, houve um aumento global na prevalência desse diagnóstico, o que pode ser explicado principalmente por mudanças nos critérios diagnósticos, que atualmente são mais abrangentes, maior conscientização sobre esse transtorno, maior acesso a serviços especializados, como intervenção comportamental precoce^{11,17,26}. Atualmente, nos Estados Unidos, a prevalência de autismo em crianças de 8 anos é de 2,3% e em adultos de 2,2%¹¹. No Brasil, embora haja poucos estudos sobre a prevalência do TEA, estima-se que 1,5 milhão de brasileiros apresentem esse diagnóstico¹⁹.

Por tratar-se de um transtorno de apresentação heterogênea e com mudança dos sintomas nas diferentes fases do desenvolvimento, em muitos casos, leva-se anos para o estabelecimento do diagnóstico de TEA^{1,27}. Um estudo brasileiro identificou que o atraso na identificação dessa patologia atribui-se principalmente ao fato do médico assistente frequentemente desconsiderar sintomas relatados espontaneamente pelos pais, desencorajando que apresentem preocupações posteriores mais específicas ao diagnóstico, e não investigar o desenvolvimento da criança e sintomas específicos do autismo²².

Em indivíduos do gênero feminino, o diagnóstico de TEA é, em média, de três a quatro vezes menos frequente^{1,4}. A proporção entre meninos e meninas diagnosticados no espectro autista varia de 2:1, em crianças que apresentam deficiência intelectual concomitante, e 6:1, naqueles com inteligência na média ou acima da média²¹. Assim, meninas autistas que não apresentam déficits intelectuais, comportamentos problemáticos e atrasos na linguagem têm menor probabilidade de serem diagnosticadas em relação aos meninos^{1,4,26}. Estima-se que a razão entre meninos e meninas no espectro autista seja de 3:1 e que não haja variação com a capacidade intelectual¹⁵.

Além disso, o diagnóstico de TEA em meninas é frequentemente mais tardio em relação aos meninos^{1,4,24}. A idade do primeiro contato com serviços de saúde e de diagnóstico são significativamente maiores em crianças do gênero feminino, com uma média de 10 anos de atraso para ambos, em comparação com o gênero masculino⁸. Meninas autistas têm maior propensão a receberem diagnóstico errôneo no momento da primeira avaliação pelos serviços de saúde mental, especialmente os casos leves, em que os primeiros diagnósticos dados mais comuns são de transtorno de personalidade⁸, depressão e ansiedade²⁴.

Alguns estudos buscam explicações biológicas para as diferenças observadas nas taxas de diagnóstico de TEA entre os gêneros. Encontrou-se uma carga mutacional maior em mulheres autistas, com maiores variantes de número de cópias e variantes de nucleotídeo único, o que pode sugerir um limiar genético mais alto para esse grupo. Efeitos hormonais também são estudados, sendo encontrados níveis mais altos de testosterona em mulheres autistas em comparação com mulheres de desenvolvimento típico. Ademais, estudos com modelos animais evidenciaram que as fêmeas apresentam taxas mais baixas de comportamentos autistas em comparação com machos²¹.

Entretanto, sabe-se que esses fatores biológicos não são suficientes para explicar a discrepância entre a prevalência do diagnóstico de TEA entre os gêneros. Grande parte dos estudos científicos que formam a base dos critérios diagnósticos excluem participantes do gênero feminino. Isso pode influenciar na sensibilidade dessas ferramentas diagnósticas para essa população^{9,26}. Assim, para que meninas sejam diagnosticadas segundo esses critérios, são necessários sintomas observáveis mais intensos. Alguns fatores que se apresentam de modo diferente em meninas que estão no espectro e influenciam na dificuldade do diagnóstico são: comunicação e habilidade social, comportamentos e interesses restritos e repetitivos, camuflagem¹⁴, anormalidades no perfil sensorial^{8,24} e comorbidades³.

As dificuldades na comunicação social em meninas com TEA são, com frequência, observadas apenas a partir da adolescência, quando as demandas sociais, que costumam ser maiores para o sexo feminino, excedem suas habilidades sociais^{14,16}. Além disso, meninas costumam ter mais desejo de interagir com os outros, melhor consciência da necessidade de interagir socialmente e passividade percebida como timidez¹⁷. Em um estudo sobre as diferenças nos relacionamentos entre os gêneros, meninas no espectro apresentaram habilidades sociais

semelhantes em relação a amizade e função social a meninos neurotípicos¹⁰. Identificou-se também que, mesmo quando o nível de comprometimento na comunicação era similar aos meninos, meninas tendem a mostrar interesses, comportamentos e características comunicativas mais socialmente aceitáveis e alinhadas aos estereótipos de gênero⁸.

Comportamentos e interesses restritos e repetitivos (CIRR) são menos identificados em meninas que estão no espectro autista do que em meninos¹⁴. Alguns estudos apontam que os CIRR são de fato menos frequentes no gênero feminino⁵. A identificação dos interesses de meninas autistas como CIRR também pode ser mais difícil, já que frequentemente são mais semelhantes aos seus pares neurotípicos, diferenciando-se em intensidade e nas repercussões sociais e acadêmicas^{1,2,13,30}.

A camuflagem refere-se ao uso de estratégias para compensar dificuldades sociais e de comunicação, mascarar sintomas autistas para outras pessoas e assimilar comportamentos a fim de se encaixar em situações sociais desconfortáveis¹². Esses mecanismos estão presentes especialmente em meninas com TEA de modo intencional ou inconsciente. A camuflagem pode ser responsável pelo fato de meninas com sintomas leves de TEA passarem a impressão de melhor comunicação não verbal do que meninos²³. Também pode contribuir para a dificuldade e o atraso do diagnóstico de TEA em meninas¹⁴. É importante ressaltar que mulheres autistas que se utilizam da camuflagem referem efeitos negativos, como exaustão constante, estresse, ansiedade e perda do próprio senso de identidade^{3,20}.

As anormalidades no perfil sensorial foram incluídas nos critérios diagnósticos de TEA apenas a partir da quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Dados clínicos sugerem que essas características estão mais presentes em meninas em comparação com meninos que estão no espectro autista²⁴. A sobrecarga sensorial subjetiva em mulheres que estão no espectro é mais pronunciada em comparação com os homens e se relaciona com o risco de automutilação nessa população. Considerando que esta é uma característica muito presente nos transtornos de personalidade, especialmente no Transtorno de Personalidade Limítrofe, em alguns casos esses diagnósticos são feitos de modo equivocado em mulheres que estão no espectro⁸.

Também foi a partir do DSM-5 que se permitiu o diagnóstico de transtornos

comórbidos com TEA. Sabe-se que a comorbidade com outros transtornos mentais pode chegar a 70% dos casos e que os transtornos de ansiedade acometem até 50% das crianças e adolescentes no TEA¹. Meninas autistas têm maior risco de apresentar transtornos internalizantes em comparação com seus pares neurotípicos e com meninos que estão no espectro^{24,28}. É possível que a tendência a apresentarem transtornos internalizantes seja um fator de risco para a não detecção de TEA no gênero feminino, já que são patologias que tendem a não causar problemas na escola, sendo menos provável o encaminhamento pelos professores para avaliação clínica, e pelo fato das dificuldades inerentes a essas patologias comumente superarem as próprias do TEA³.

É importante que o diagnóstico TEA seja feito de modo assertivo em meninas para que o tratamento adequado seja feito. Um estudo qualitativo com mulheres que foram diagnosticadas com TEA tardiamente evidenciou que essa população acredita que suas vidas teriam sido mais fáceis se tivessem recebido o diagnóstico no início da vida³. Além disso, meninas que estão no espectro autista e ainda não têm o diagnóstico não têm explicação para seus déficits, o que pode contribuir ainda mais para sintomas de ansiedade e depressão¹³.

O caso do presente trabalho é referente a uma adolescente que foi acompanhada durante o ano de 2022 no Ambulatório de Psicoterapia da Infância e Adolescência, na modalidade de Terapia Cognitivo Comportamental. A paciente foi diagnosticada com Mutismo Seletivo e Transtorno de Ansiedade Generalizada por muitos anos, porém após uma anamnese mais detalhada ficou evidente também o diagnóstico de TEA. O objetivo deste trabalho é atentar para a dificuldade do diagnóstico de TEA em meninas e a importância da investigação desse diagnóstico mesmo em casos que já estão em acompanhamento há bastante tempo.

2. Relato de Caso

2.1 História da doença atual

T. F. B., 13 anos, sexo feminino, natural e procedente de Porto Alegre, mora com os pais e a irmã H., 17 anos. T. ingressou na escola em 2014, aos 5 anos, quando passou a não falar, comer lanche, beber água ou ir ao banheiro fora de casa. Em novembro de 2014, teve sua primeira crise de ansiedade - apresentou tremores ao ser criticada pela professora por não falar em sala de aula. A mãe procurou o serviço social que a orientou a mudar da escola, por isso T. só voltou a frequentar as aulas no ano seguinte. Ao ingressar na nova escola em 2015, a mãe de T. a acompanhou dentro da sala de aula nos seis primeiros meses. T. seguiu sem falar com pessoas que não fossem de seu núcleo familiar e passou a apresentar crises de ansiedade na escola e em transporte público, queixando-se de náuseas, palidez cutânea e tremores.

T. fez acompanhamento ambulatorial em outro serviço de 2015 a 2018, onde foi prescrito Fluoxetina 10mg ao dia por 2 meses, sem efeitos terapêuticos. Em maio de 2018, foi encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para avaliação diagnóstica. Foi prescrita Fluoxetina até a dose de 20mg ao dia e foram inicialmente levantadas as hipóteses diagnósticas de Mutismo Seletivo, Sintomas Ansiosos/obsessivos e Ansiedade de Separação.

Em 2019, a Fluoxetina foi aumentada até a dose de 40mg ao dia e T. apresentou melhora dos sintomas ansiosos ao andar de ônibus, mas só aceitava se sentar sempre no mesmo banco do ônibus, assim como também só se sentava na mesma cadeira na escola. Em junho de 2019, foi feito psicodiagnóstico que evidenciou tensão e ansiedade frente ao ambiente externo e funcionamento mais regressivo e rígido para manter o controle sobre emoções e sentimentos. Também se destacou inteligência elevada e interesse em se expressar por desenhos e gestos.

Em agosto de 2019, foi encaminhada ao ambulatório de psicoterapia, sendo atendida na modalidade de Terapia Cognitiva Comportamental. Seguiu em acompanhamento no CAPSi, em consultas individuais e em grupos terapêuticos, mas teve alta em agosto de 2021 por pouca adesão aos atendimentos. Assim, o

ajuste farmacológico passou a ser realizado pelo psicoterapeuta e a Fluoxetina foi aumentada em dezembro de 2021 até a dose de 60mg ao dia. Nos primeiros anos de atendimento, a paciente não falava em sessão, dizia apenas 'oi' e 'tchau'.

2.2 Exame do estado mental no primeiro atendimento

Aparência bem cuidada, consciente e orientada auto e alopsiquicamente, tímida, infantilizada, ansiosa, euprosexica, sem indícios indiretos de alteração na sensopercepção, pensamento concreto, sem alterações no curso ou conteúdo do pensamento, inteligência não avaliada formalmente, normobúlica, hipopragmática, memória aparentemente preservada, consciência de morbidade presente, planos para o futuro presentes.

2.3 Tríade cognitiva

O que pensa de si: “Eu sou ansiosa”, “Eu sou a decepção da família e quero mudar isso para um dia ser animadora”.

O que pensa dos outros: “São boas, mas ao mesmo tempo não são tão boas por causa das notícias do jornal”.

O que pensa do futuro: “Vai ser legal”, “Não dá medo nem ansiedade”.

2.4 Rotina diária

Às 9h, acorda e vê vídeos no youtube sobre Disney, Pokemon e K-pop. Às 12h, almoça no sofá da sala sozinha ao mesmo tempo em que a família come na mesa. À tarde também desenha, vê vídeos no youtube sobre Disney, Pokemon e K-pop, faz esculturas de biscuit. Às 19h, janta no sofá da sala sozinha ao mesmo tempo em que a família come na mesa. Às 23h dorme. Às segundas-feiras, tem sessão de terapia cognitivo comportamental às 12:40h e, às terças-feiras, vai para a sala de recursos de 15h a 16h.

2.5 Hábitos

T. é independente para os cuidados de higiene, dorme e se veste sozinha. Só

consegue evacuar ou urinar com a luz do banheiro desligada. Apresenta alimentação restrita, não come alimentos gelatinosos e cremosos. Além disso, ela não se alimenta no mesmo ambiente que a família desde os 3 anos e também não abre a geladeira por 'nojo'. Tem o hábito de correr em círculos pela casa.

2.6 Interesses

Atualmente, T. tem interesses restritos pelos quais tem muito conhecimento, como desenhos da Disney, Pokémon, K-pop e capivaras.

2.7 Antecedentes obstétricos e neonatais

A gravidez foi desejada e planejada pelos pais. O pré-natal foi feito de modo adequado. C. teve hiperemese gravídica no primeiro trimestre, negou uso de substâncias psicoativas durante a gravidez. Fez acompanhamento em ambulatório de gravidez de alto risco pelo diagnóstico de toxoplasmose, fez uso de Espiramicina durante o terceiro trimestre da gestação e, após o nascimento de T., identificou-se erro no diagnóstico de toxoplasmose. T. nasceu com 39 semanas e 2 dias, de parto vaginal que teve duração de 6 horas. Não houve intercorrências no parto, Apgar 9/10. Ficou em alojamento conjunto e teve alta conjunta com a mãe. O aleitamento materno exclusivo foi até 6 meses de idade e, então, foram introduzidos alimentos sólidos de modo gradual.

2.8 Desenvolvimento neuropsicomotor

O desenvolvimento neuropsicomotor ocorreu dentro da normalidade, porém T. apenas começou a formar frases entre 2 e 3 anos de idade, antes só apontava o que queria. Nos primeiros anos de vida, T. tinha atração por objetos com movimentos circulares, enfileirava brinquedos por tamanho, apresentava hipersensibilidade a sons altos, não gostava de abraço, parabéns, elogios e palmas. Sempre foi muito habilidosa com artes plásticas, como desenhos e biscuits.

2.9 Sexualidade:

É infantilizada, romantiza relacionamento com cantores de K-pop, porém não se interessa por garotos da mesma idade. É heterossexual e nunca teve relacionamentos. Dorme em um quarto sozinha. Teve menarca aos 12 anos - a mãe diz que tem que lembrar T. constantemente de trocar o absorvente, porque ela se esquece.

2.10 Escola

Aos cinco anos, ingressou na escola, onde não falava com nenhum colega ou adulto, não ia ao banheiro e não comia. No final do mesmo ano, a professora gritou com T. na frente da turma e de sua mãe, por isso C. desligou T. dessa escola e ela só retornou às aulas no ano seguinte em outro colégio. Aprendeu a ler aos 6 anos de idade. Tinha três amigos com quem interagira na escola apenas e sofria *bullying* pelo fato de não falar com os colegas.

2.11 História familiar

A mãe, C., 45 anos, trabalhava como auxiliar de limpeza, deixou o trabalho há 5 anos para cuidar de T. Estudou até o 6º ano do ensino fundamental. Faz tratamento irregular para Transtorno de Ansiedade Generalizada. Tem uma filha de outro casamento, L. que tem 26 anos, ensino médio completo e tem filho de 3 anos.

O pai, J., 44 anos, é porteiro, estudou até o 6º ano do ensino fundamental. Natural de Palmares do Sul, mudou-se para Porto Alegre aos 19 anos para trabalhar. Considera-se ansioso, mas não faz acompanhamento em saúde mental. Tem um filho de outro relacionamento, C., 25 anos, que mora em outra cidade e teve internação psiquiátrica há 4 anos por uso de múltiplas substâncias.

A irmã, T., 17 anos, está no 3º ano do ensino médio, sem morbidades.

2.12 Evolução do caso

Desde o retorno presencial das aulas, T. não voltou à sala de aula devido a crises de ansiedade em que apresenta tremor, palidez, sudorese e corria pela rua durante o percurso até a escola. A partir de março de 2022, na troca de terapeuta, T.

passou a conversar de forma fluída nos atendimentos. Em abril, a dose da Fluoxetina foi ajustada até 80mg ao dia.

Em abril de 2022, foi feita testagem psicológica por meio da Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI), que evidenciou quociente de inteligência (QI) total de 75 com intervalo de confiança 95% variando entre 70 e 83. O desempenho de T. nos testes verbais foram extremamente baixos (55) em comparação com a escala de execução (91), o que pode refletir maior dificuldade em relação à expressão verbal e não uma limitação cognitiva de fato.

Em maio de 2022, passou por consulta com a equipe de Neurologia Pediátrica no HCPA, na qual não se evidenciou alteração no exame neurológico. Foi avaliado que a leitura de texto foi adequada para sua idade escolar, porém T. não conseguiu responder à interpretação.

Em julho de 2022, foi encaminhada para o Ambulatório de Terapêuticas Clínicas (ATC) para manejo farmacológico, onde foi feita a troca da Fluoxetina para Sertralina até a dose de 100mg ao dia. Em agosto de 2022, foi fechado o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista e, a partir de então, frequenta a sala de recursos da escola uma vez por semana sem crises de ansiedade.

2.13 Exame do estado mental atual

Aparência bem cuidada, consciente e orientada auto e alopsiquicamente, cooperativa, infantilizada, eufímica, afeto normomodulado, euprosexica, sem indícios indiretos de alteração na sensopercepção, normobúlica, hipopragnática, memória aparentemente preservada, inteligência não avaliada formalmente, consciência de morbidade presente, planos para o futuro presentes.

2.14 Hipóteses diagnósticas

Transtorno do Espectro Autista - diagnóstico principal

Mutismo Seletivo - diagnóstico inicial

Transtorno de Ansiedade Generalizada - comorbidade

3. Discussão

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) representa um *continuum* de déficits persistentes na capacidade de iniciar e manter interação e comunicação social recíproca, além de padrões de comportamento e de interesses restritos, repetitivos e inflexíveis. Essas características causam prejuízos nas mais diversas áreas da vida do indivíduo^{1,13}. Em muitos casos, o diagnóstico de TEA leva anos para ser de fato estabelecido por tratar-se de um espectro que abrange apresentações muito distintas e, nas diferentes fases do desenvolvimento, haver mudança nos sintomas^{1,27}.

No caso relatado, a paciente esteve em acompanhamento psiquiátrico por pelo menos sete anos antes de ser diagnosticada no espectro autista. Meninas são menos frequentemente diagnosticadas com TEA e o diagnóstico comumente é feito mais tarde em relação ao gênero masculino²⁵. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de que meninas no espectro, em comparação com meninos com o mesmo diagnóstico, podem ter conversação recíproca melhor e ser mais propensas a compartilhar interesses, integrar comportamento verbal e não verbal e modificar o comportamento de acordo com a situação, apesar de terem dificuldades na compreensão social similares¹.

Além disso, os interesses de meninas com TEA costumam estar mais dentro do padrão em relação ao gênero e ao desenvolvimento, o que dificulta a identificação desses como interesses restritos e repetitivos^{1,2,30}. Para auxiliar na identificação de interesses restritos em meninas que estão no espectro autista, Kreiser e White (2014, p. 80) sugerem que seja questionada a intensidade e as repercussões sociais e acadêmicas que o interesse pode estar causando para o indivíduo¹³. No caso da paciente em questão, os interesses são adequados para a faixa etária e para o gênero (*Disney, Pokémon e K-pop*), porém a intensidade é maior do que o esperado, tomando grande proporção do dia-a-dia da paciente.

O diagnóstico prévio de Mutismo Seletivo (MS) é outro fator que pode ter postergado maiores investigações em relação ao neurodesenvolvimento e aos hábitos da paciente. O MS caracteriza-se por seletividade da fala de modo consistente em algumas situações sociais por pelo menos um mês e interfere nas conquistas educacionais ou na comunicação social^{1,29}. De acordo com a décima primeira versão da Classificação Internacional de Doenças, estar no espectro autista

é um dos critérios de exclusão para diagnóstico de MS²⁹. Já segundo a quinta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V TR), o diagnóstico de MS pode ser comórbido ao de TEA nos casos em que o indivíduo é capaz de se comunicar adequadamente em algumas situações sociais.

Inicialmente, o que mais chamava atenção no quadro clínico de T. era o fato de não conversar com pessoas fora do ambiente familiar, o que contribuiu para que o diagnóstico inicial dado tenha sido o de Mutismo Seletivo. Segundo Muris e Ollendick (2021, p. 313-314), deve ser feita investigação de sintomas de TEA em todas as crianças que não falam em situações sociais específicas a fim de que o tratamento correto seja estabelecido¹⁸. Ademais, retardo linguístico acompanhado de retração no comportamento social são, com frequência, sintomas preditores de TEA²⁷. Ao realizar uma investigação mais aprofundada, fica evidente que desde a primeira infância T. apresentava sinais e sintomas indicativos de TEA, como seletividade alimentar, atraso na aquisição da fala, interesses restritos, dificuldade na interação com os pares e hipersensibilidade sensorial.

Além disso, foi apenas a partir do DSM-5 que foi possível admitir o diagnóstico de comorbidades de TEA¹. Por isso, em muitos casos, ainda há resistência dos profissionais em diagnosticar ou investigar o TEA quando já há o diagnóstico estabelecido de outro transtorno mental⁹. Atualmente, sabe-se que por volta de 70% dos indivíduos diagnosticados com TEA podem ter outro transtorno mental comórbido e 40% pode ter dois ou mais transtornos mentais comórbidos. Transtornos de ansiedade acometem até 50% dos pacientes com TEA na infância e juventude¹. T. apresenta sintomas ansiosos desde os cinco anos de idade e, atualmente, o principal limitante para o retorno às atividades escolares são as crises de ansiedade. Os sintomas ansiosos de T. chamavam mais atenção em relação aos próprios do espectro autista, o que pode também ter contribuído para o diagnóstico de TEA ter sido mais tardio.

É importante ressaltar também que crianças e adolescentes do gênero feminino com TEA têm maior risco de apresentar transtornos internalizantes em comparação com meninos autistas e com meninas que não estão no espectro²⁸. Além disso, meninas que estão no espectro autista e ainda não têm o diagnóstico não têm explicação para seus déficits, o que pode contribuir ainda mais para sintomas de ansiedade e depressão¹³. T. apresentava crises de ansiedade desde os

cinco anos de idade, com importante repercussão na vida escolar e social. Nesse caso, o diagnóstico de TEA foi importante para psicoeducar a família e a paciente em relação às suas limitações e potenciais, o que também repercutiu positivamente nos sintomas ansiosos e na qualidade de vida.

A acomodação familiar é também uma realidade na maioria das famílias de crianças e adolescentes que estão no espectro autista, especialmente relacionada a sintomas ansiosos e a comportamentos restritos e repetitivos⁷. Sabe-se que a acomodação familiar em resposta à ansiedade em crianças com TEA está associada a um maior impacto negativo para o paciente e seus pais⁸. No caso em questão, muitos aspectos relacionados ao espectro autista não foram relatados espontaneamente pela família, como a seletividade alimentar e interesses restritos, o que pode ser atribuído à acomodação familiar. Assim, é possível que esse seja outro fator que influencie no atraso do diagnóstico tanto para esta quanto para outras situações clínicas.

Em suma, as particularidades do TEA em crianças e adolescentes do gênero feminino podem postergar e dificultar o estabelecimento do diagnóstico em alguns casos. Sabe-se que a definição do diagnóstico possibilita o direcionamento do tratamento, além de auxiliar na compreensão do paciente e dos familiares acerca dos potenciais e limitações dessa patologia. Muitas vezes, as famílias trazem queixas específicas, o que acaba direcionando o profissional e restringindo as hipóteses diagnósticas. Assim, cabe destacar que o processo diagnóstico de psicopatologia em crianças e adolescentes deve incluir um olhar mais amplo, uma busca ativa de sintomas ligados ao neurodesenvolvimento. Devido à dificuldade em encontrar literatura com critérios específicos para diagnóstico de TEA em meninas, é importante que pesquisas futuras tenham como enfoque o estabelecimento de uma melhor caracterização do autismo nesse subgrupo.

4. Bibliografia

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition, Text Revision. DSM-V TR. 2022.
2. ANTEZANA, Ligia et al. Gender differences in restricted and repetitive behaviors and interests in youth with autism. **Autism Research**, v. 12, n. 2, p. 274-283, 2019.
3. BARGIELA, Sarah; STEWARD, Robyn; MANDY, William. The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 46, n. 10, p. 3281-3294, 2016.
4. BEGEER, Sander et al. Sex differences in the timing of identification among children and adults with autism spectrum disorders. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 43, n. 5, p. 1151-1156, 2013.
5. DUVEKOT, Jorieke et al. Factors influencing the probability of a diagnosis of autism spectrum disorder in girls versus boys. *Autism*, v. 21, n. 6, p. 646-658, 2017.
6. EMERSON, Lisa Marie; ADAMS, Dawn. Brief Report: Family Accommodation is Associated with the Impact of Childhood Anxiety in Autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, p. 1-7, 2022.
7. FELDMAN, Inbal et al. Family accommodation in autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 49, n. 9, p. 3602-3610, 2019.
8. GESI, Camilla et al. Gender differences in misdiagnosis and delayed diagnosis among adults with autism spectrum disorder with no language or intellectual disability. **Brain Sciences**, v. 11, n. 7, p. 912, 2021.
9. HAPPÉ, Francesca; FRITH, Uta. Annual Research Review: Looking back to look forward—changes in the concept of autism and implications for future research. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 61, n. 3, p. 218-232, 2020.
10. HEAD, Alexandra M.; MCGILLIVRAY, Jane A.; STOKES, Mark A. Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular autism*, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2014.
11. HIROTA, Tomoya; KING, Bryan H. Autism Spectrum Disorder: A Review. **JAMA**, v. 329, n. 2, p. 157-168, 2023.
12. HULL, Laura et al. Development and validation of the camouflaging autistic traits questionnaire (CAT-Q). **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 49, n. 3, p. 819-833, 2019.

13. KREISER, Nicole L.; WHITE, Susan W. ASD in females: are we overstating the gender difference in diagnosis?. **Clinical child and family psychology review**, v. 17, n. 1, p. 67-84, 2014.
14. LOCKWOOD ESTRIN, Georgia et al. Barriers to autism spectrum disorder diagnosis for young women and girls: A systematic review. **Review Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 8, n. 4, p. 454-470, 2021.
15. LOOMES, Rachel; HULL, Laura; MANDY, William Polmear Locke. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 56, n. 6, p. 466-474, 2017.
16. MANDY, William et al. The development of autistic social traits across childhood and adolescence in males and females. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 59, n. 11, p. 1143-1151, 2018.
17. MATSON, Johnny L.; KOZLOWSKI, Alison M. The increasing prevalence of autism spectrum disorders. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 5, n. 1, p. 418-425, 2011.
18. MURIS, Peter; OLLENDICK, Thomas H. Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. **Clinical child and family psychology review**, v. 24, n. 2, p. 294-325, 2021.
19. PAULA, Cristiane S. et al. Autism in Brazil: perspectives from science and society. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, p. 2-5, 2011.
20. MILNER, Victoria et al. A qualitative exploration of the female experience of autism spectrum disorder (ASD). **Journal of autism and developmental disorders**, v. 49, n. 6, p. 2389-2402, 2019.
21. RATTO, Allison B. et al. What about the girls? Sex-based differences in autistic traits and adaptive skills. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 48, n. 5, p. 1698-1711, 2018.
22. RIBEIRO, Sabrina H. et al. Barriers to early identification of autism in Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 39, p. 352-354, 2017.
23. RYNKIEWICZ, Agnieszka et al. An investigation of the 'female camouflage effect' in autism using a computerized ADOS-2 and a test of sex/gender differences. **Molecular autism**, v. 7, n. 1, p. 1-8, 2016.
24. RYNKIEWICZ, Agnieszka; ŁUCKA, Izabela. Autism spectrum disorder (ASD) in girls. Co-occurring psychopathology. Sex differences in clinical manifestation. *Psychiatria Polska*, v. 52, n. 4, p. 629-639, 2018.
25. RYNKIEWICZ, Agnieszka; JANAS-KOZIK, Małgorzata; SŁOPIEŃ, Agnieszka. Girls and women with autism. **Psychiatr Pol**, v. 53, n. 4, p. 732-52, 2019.
26. SACCO, Rosemarie et al. The Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Europe. **Autism Spectrum Disorders-Recent Advances and New Perspectives**, 2022.

27. SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Artmed Editora, 2016.
28. SOLOMON, Marjorie et al. Autism symptoms and internalizing psychopathology in girls and boys with autism spectrum disorders. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 42, n. 1, p. 48-59, 2012.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (2018). 2018.
30. YOUNG, H.; OREVE, M.-J.; SPERANZA, M. Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. **Archives de Pédiatrie**, v. 25, n. 6, p. 399-403, 2018.