



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Educação
de Viseu

PV - ESEV 2024

Perturbação do Espectro do Autismo no feminino: Um estudo qualitativo com mulheres portuguesas

Andreia Ferraz Gonçalves

Perturbação do Espectro do Autismo no feminino: Um estudo qualitativo com mulheres portuguesas

Andreia Ferraz Gonçalves

Maio de 2024



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Educação
de Viseu

Perturbação do Espectro do Autismo no feminino: Um estudo qualitativo com mulheres portuguesas

Andreia Ferraz Gonçalves

Trabalho de Projeto

Mestrado em Educação Especial, especialização Domínio Cognitivo e Motor

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Paula Xavier

Maio de 2024



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Educação
de Viseu

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

Andreia Ferraz Gonçalves, n.º 22845 do curso de Mestrado em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor, declara sob compromisso de honra, que o Projeto Final é inédito e foi especialmente escrito para este efeito.

Viseu, 11/05/2024

O aluno, Andreia Ferraz Gonçalves

Agradecimentos

Ao longo deste trabalho fui encontrando obstáculos e desafios, tanto a nível da realização do mesmo, quanto a nível pessoal, que só foram ultrapassados com o apoio de várias pessoas.

Começo por agradecer à Escola Superior de Educação de Viseu, que me acolheu nestes últimos dois anos.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Paula Xavier, pelos ensinamentos, pelo acompanhamento exímio, pela paciência e empatia, pelas palavras de conforto e pelo entusiasmo demonstrado por este estudo a cada tutoria.

Não posso deixar de agradecer às mulheres, participantes, que fizeram com que este trabalho pudesse acontecer: o meu muito obrigada pela disponibilidade e colaboração.

Agradeço também à Associação Portuguesa Voz do Autista e à Vencer Autismo por ajudarem na divulgação do estudo.

Agradeço à ASSOL, instituição onde trabalho, nomeadamente às colegas e superiores, por todo o apoio que me deram.

Às minhas amigas, que me deram também todo o apoio necessário nos momentos mais difíceis: obrigada!

Agradeço aos meus pais e irmã por me motivarem todos os dias e por me terem dado colo nos momentos mais difíceis deste processo.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao Daniel, o meu namorado, por não me ter deixado desistir da realização deste estudo quando me deparava com os obstáculos mais desafiantes e me ter feito ver que todo o esforço iria valer a pena.

Obrigada a todos/as por acreditarem em mim e neste projeto que, apesar de desafiante, não poderia ir mais ao encontro dos meus valores, valores estes que acreditam numa sociedade melhor e mais inclusiva.

Resumo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada pela diversidade da manifestação dos sintomas em diferentes pessoas, nomeadamente nas mulheres. Embora haja uma crescente consciencialização sobre a perturbação, as experiências das mulheres com PEA ainda carecem de investigação aprofundada, especialmente a nível nacional. Este estudo qualitativo do tipo exploratório descritivo teve como objetivo abordar as trajetórias de vida, necessidades, funcionalidade, desafios e suportes/apoios de 13 mulheres portuguesas com PEA, com uma média de idades de 28,38 anos ($DP=4,27$). Utilizou-se a entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados, de modo a permitir uma maior compreensão das experiências e perspetivas das participantes. Os resultados revelam a tendência para o diagnóstico tardio, frequentemente devido à subtilidade dos sintomas e à capacidade de camuflar características. As participantes enfrentaram desafios nas diferentes fases do desenvolvimento, embora salientem também alguns aspetos facilitadores. Destacam-se as dificuldades na comunicação com pares a contrastar com a facilidade de relacionamento com adultos na infância, os desafios das mudanças físicas e falta de apoio na adolescência, divergindo do apoio familiar percebido na transição para a vida adulta. Ademais, as participantes deram sugestões para uma sociedade mais inclusiva, passando por mais apoio técnico, adaptações no emprego e investimento em conhecimento sobre a PEA. Assim, é importante aumentar a sensibilização para o tema em Portugal, começando pelos técnicos de saúde, educação e apoio social, a fim de melhorar a qualidade de vida destas mulheres, assim como potencializar oportunidades de acesso e sucesso, para que vivam numa sociedade mais inclusiva.

Palavras-chave: Perturbação do Espectro do Autismo; Mulheres; Diagnóstico; Experiências; Desafios; Apoios.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by the diversity of symptom manifestations in different individuals, particularly in women. Despite increasing awareness of the disorder, the experiences of women with ASD still lack in-depth investigation, especially at the national level. This exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research aimed to investigate the life trajectories, needs, functionality, challenges, and supports of 13 Portuguese women with ASD, with an average age of 28,38 years ($SD=4,27$). Semi-structured interviews are used as a data collection instrument to better understand the participants' experiences and perspectives. The results reveal a tendency towards late diagnosis, often due to the subtlety of symptoms and the ability to camouflage characteristics. Participants faced challenges in different phases of development, although they also highlighted some facilitating aspects. Difficulties in communication with peers stand out, contrasting with the ease of relating to adults in childhood, challenges of physical changes, and lack of support in adolescence, diverging from the family support perceived in transitioning to adulthood. Additionally, participants provided suggestions for a more inclusive society, including more technical support, job adaptations, and investment in knowledge about ASD. Hence, raising awareness of this issue in Portugal is crucial, beginning with healthcare, education, and social support professionals. This would not only enhance the quality of life for these women but also broaden opportunities for their access and success, fostering a more inclusive society for all.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Women; Diagnosis; Experiences; Challenges; Supports.

Índice Geral

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Índice Geral	v
Índice de Tabelas.....	viii
Lista de Siglas.....	ix
Introdução.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Capítulo 1 - A Perturbação do Espectro do Autismo	4
1.1. Breve contextualização histórica da Perturbação do Espectro do Autismo	4
1.2. Caracterização e classificação da Perturbação do Espectro do Autismo	5
1.3. A Perturbação do Espectro do Autismo na infância e adolescência.....	9
1.4. A Perturbação do Espectro do Autismo nas pessoas adultas	11
Capítulo 2 - A Perturbação do Espectro do Autismo nas raparigas e mulheres.....	14
2.1. A camuflagem de características	16
2.2. A escassez de estudos em Portugal sobre a Perturbação do Espectro do Autismo em mulheres	18
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	19
Capítulo 1 - Contextualização e justificação da temática em estudo	20
1.1. Definição da questão de investigação	20
1.2. Objetivos de investigação	20
Capítulo 2 - Metodologia	21
2.1. Tipo de estudo.....	21
2.2. Participantes.....	22
2.3. Instrumento e procedimentos de recolha de dados	23
2.4. Técnicas de análise dos dados.....	26
Capítulo 3 - Apresentação e discussão dos resultados	26
3.1. Dimensão “Diagnóstico”	27
3.1.1. Categoria “Como aconteceu”	31
3.1.2. Categoria “Quem estabeleceu”	32
3.1.3. Categoria “Idade”	33
3.1.4. Categoria “Impacto pessoal do diagnóstico”	33
3.1.5. Categoria “Reação da família ao diagnóstico”	34
3.1.6. Categoria “Apoio Percebido”	34

3.1.7. Categoria “Sintomas/Alterações sensoriais”	35
3.1.8. Categoria “Sentimentos e emoções”	36
3.1.9. Categoria “Quebras de rotina/mudanças”	37
3.1.10. Categoria “Comorbilidades”	37
3.1.11. Categoria “Formas de camuflagem”	37
3.1.12. Categoria “Quando iniciou a camuflagem”	38
3.1.13. Categoria “Pontos positivos da camuflagem”	39
3.1.14. Categoria “Pontos negativos da camuflagem”	39
3.1.15. Categoria “Situações de camuflagem”	40
3.1.16. Categoria “Formas de autorregulação”	40
3.1.17. Categoria “Autoestima antes do diagnóstico”	41
3.1.18. Categoria “Autoestima depois do diagnóstico”	41
3.1.19. Discussão da dimensão “Diagnóstico”	42
3.2. Dimensão “Infância”	46
3.2.1. Categoria “Dificuldades a nível pessoal e social”	47
3.2.2. Categoria “Aspetos facilitadores a nível pessoal e social”	48
3.2.3. Categoria “Escola”	49
3.2.4. Categoria “Tipos de brincadeiras”	52
3.2.5. Discussão da dimensão “Infância”	53
3.3. Dimensão “Adolescência”	54
3.3.1. Categoria “Desafios/Dificuldades”	55
3.3.2. Categoria “Aspetos facilitadores”	56
3.3.3. Discussão da dimensão “Adolescência”	57
3.4. Dimensão “Transição para a Vida Adulta”	58
3.4.1. Categoria “Desafios/Dificuldades”	60
3.4.2. Categoria “Aspetos facilitadores”	62
3.4.3. Categoria “Vida profissional atualmente”	63
3.4.4. Categoria “Intimidade/sexualidade”	64
3.4.5. Categoria “Relações interpessoais”	66
3.4.6. Discussão da dimensão “Transição para a Vida Adulta”	66
3. 5. Dimensão “Desigualdades de género”	70
3.5.1. Categoria “Experiências do Quotidiano”	71
3.5.2. Categoria “Escola/Universidade”	71
3.5.3. Categoria “Trabalho”	72
3.5.4. Discussão da dimensão “Desigualdades de género”	72
3. 6. Dimensão “Inclusão”	74

3.6.1. Categoria “Consciência da inclusão social”	75
3.6.2. Categoria “Melhorias percebidas”	76
3.6.3. Categoria “Barreiras percebidas”	76
3.6.4. Categoria “Recomendações e soluções propostas”	78
3.6.5. Discussão da dimensão “Inclusão”	79
3. 7. Dimensão “Perspetivas de Futuro”	81
3.7.1. Categoria “Autonomização e/ou construção de família”	83
3.7.2. Categoria “Trabalho/ Carreira”	83
3.7.3. Categoria “Prosseguimento de estudos”	83
3.7.4. Categoria “Desenvolvimento pessoal”	83
3.7.5. Discussão da dimensão “Perspetivas de futuro”	84
Conclusão	85
Referências bibliográficas	89
Anexos.....	98
Anexo A - Divulgação/Pedido de participação no estudo.....	99
Anexo B - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em recolha de dados	100
Anexo C - Imagens auxiliares (retiradas dos bancos de imagens “Unsplash” e “Pexels”)	102
Anexo D - Guião de entrevista semiestruturada	114
Anexo E - Guião de Entrevista semiestruturada dividido por objetivos específicos.....	118

Índice de Tabelas

Tabela 1: Dados sociodemográficos das participantes.....	22
Tabela 2: Categorias e Subcategorias da Dimensão "Diagnóstico".....	28
Tabela 3: Categorias e Subcategorias da Dimensão "Infância".....	46
Tabela 4: Categorias e Subcategorias da Dimensão "Adolescência".....	55
Tabela 5: Categorias e Subcategorias da Dimensão "Transição para a Vida Adulta".....	59
Tabela 6: Categorias e Subcategorias da Dimensão "Desigualdades de gênero".....	71
Tabela 7: Categorias e Subcategorias da Dimensão "Inclusão".....	74
Tabela 8: Categorias e Subcategorias da Dimensão "Perspetivas de Futuro".....	82

Lista de Siglas

ADHD - *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*

APA - *American Psychiatric Association*

ASD - *Autism Spectrum Disorder*

LGBTQIA+ - Lésbicas, gays, bissexuais, trans, queer, intersexuais, assexuais e mais

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade/Déficite de Atenção

Introdução

O presente Trabalho de Projeto, elaborado no âmbito da unidade curricular de Projeto em Educação Especial, integrada no plano curricular do segundo semestre do segundo ano do Mestrado de Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor, foi realizado sob orientação da Professora Doutora Paula Xavier.

Neste estudo, intitulado “Perturbação do Espectro do Autismo no feminino: Um estudo qualitativo com mulheres portuguesas”, pretende-se entender e analisar quais as vivências e perspetivas de mulheres portuguesas com PEA, conhecendo a história e a importância do diagnóstico, analisando e identificando desafios/dificuldades, bem como oportunidades/aspectos facilitadores nas diversas áreas da vida, durante as diferentes fases do desenvolvimento, compreender as suas perceções sobre inclusão e desigualdades de género, bem como conhecer as perspetivas e projetos de futuro destas mulheres.

Apesar de este ser um tema com pouca investigação a nível nacional, com base no reconhecimento de uma situação de dupla discriminação, no art.º 6.º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada por Portugal em 2009 (Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho), refere-se que devem ser garantidos os direitos e liberdades fundamentais das mulheres com deficiência, visando o desenvolvimento, promoção e emancipação das mesmas. Assim, este projeto pretende dar voz a mulheres com PEA para que as suas experiências sejam ouvidas e reconhecidas, potencializando, deste modo, a sua inclusão social, contribuindo também para o aumento do conhecimento sobre o tema. Por outro lado, destaca-se a pertinência deste estudo no âmbito deste mestrado, dado que o Regulamento do 2.º Ciclo de Estudos em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor da Escola Superior de Educação de Viseu, salienta o desenvolvimento de aprendizagens no que respeita à identificação de necessidades específicas de indivíduos nas diversas fases do desenvolvimento.

Face ao exposto, este trabalho está dividido em duas grandes partes: Enquadramento Teórico e Estudo Empírico. Relativamente à primeira parte, o primeiro capítulo refere-se à PEA, incidindo sobre uma breve contextualização, a caracterização e classificação da perturbação, a PEA na infância e adolescência, seguindo-se a idade adulta. Já no segundo capítulo, abordar-se-á a PEA nas raparigas e mulheres, a camuflagem de características e a escassez de estudos em Portugal acerca do tema.

Quanto à segunda parte do estudo, no primeiro capítulo é contextualizada e justificada a escolha da temática, definindo-se também a questão de investigação, bem como os objetivos da mesma. Seguidamente, no segundo capítulo, será referida a metodologia utilizada, bem como o tipo de estudo, a caracterização das participantes, o instrumento e

procedimentos de recolha de dados e as técnicas de análise de dados utilizadas neste estudo. Por fim, no terceiro capítulo, proceder-se-á à apresentação e discussão dos resultados.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 - A Perturbação do Espectro do Autismo

1.1. Breve contextualização histórica da Perturbação do Espectro do Autismo

A PEA é uma perturbação cujo interesse e investigação começou em 1943, uma vez que, até então, “seria confundido com a esquizofrenia infantil ou com a incapacidade intelectual” (Santos & Freitas, 2014, p. 137). Leo Kanner, nesse mesmo ano, fala sobre o tema, ao publicar o artigo o “*Autistic Disturbances of Affective Contact*”, que consistiu no estudo de um grupo de crianças do sexo masculino com características singulares, como dificuldade na criação de relações interpessoais afetivas, isolamento social, comprometimento da linguagem, comportamentos repetitivos, apesar da aparente existência de boas competências cognitivas (Viana et al., 2020).

Por seu turno, em 1944, Hans Asperger realizou um estudo retratou a perturbação como “Psicopatia Autística”, através da caracterização de crianças do sexo masculino com graves comprometimentos na interação social, dificuldades de comunicação e dificuldades a nível motor (Viana et al., 2020). Deste modo, veja-se que tanto o trabalho desenvolvido por Kanner, como os estudos feitos por Asperger “se referiam a crianças que não tinham, à altura, condições de permanecer em casa ou de integrar o sistema de ensino regular” (Antunes et al., 2021, p. 118).

Porém, o trabalho de Asperger, durante muito tempo, foi esquecido, e só mais tarde, a psiquiatra britânica Lorna Wing, em 1981, reconheceu os estudos de Hans Asperger, usando pela primeira vez o termo “Síndrome de Asperger” (Antunes et al., 2021). Neste sentido, ao longo dos anos, o conceito de autismo foi sofrendo grandes mudanças, pois “[d]e uma perturbação do comportamento com limites bem definidos, quadro clínico preciso e estereotipado, o autismo passou a ser [visto como] uma patologia com um espectro de gravidade e sintomas variáveis, um quadro de fenótipo alargado” (Antunes et al., 2021, p. 117), começando-se a entender que o autismo é uma perturbação que se enquadra num espectro. Ou seja, enquanto na versão anterior ao DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), o DSM-IV-TR (APA, 2002) eram mencionadas as Perturbações Globais do Desenvolvimento, que abrangiam a Perturbação Autística, Perturbação de Rett, Perturbação Desintegrativa da 2.^a Infância, Perturbação de Asperger e Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, no DSM-5 (APA, 2014) considerou-se que as categorias anteriormente apresentadas demonstravam-se inúteis tanto para a avaliação clínica como para a decisão terapêutica e para a própria investigação, devido à complexidade da definição de fronteiras entre as diferentes categorias. Deste modo, no DSM-5 (APA, 2014), as classificações anteriores foram unificadas sob a denominação de PEA (à exceção da Síndrome de Rett, que se sabe ser causada por uma mutação genética).

1.2. Caracterização e classificação da Perturbação do Espectro do Autismo

Diagnosticar uma pessoa com PEA pode, por vezes, ser algo desafiador, tendo em consideração que não existem exames médicos que possam revelar o diagnóstico, ainda para mais sabendo-se agora que esta perturbação se encontra num espectro. Posto isto, o diagnóstico da PEA deve ser estabelecido por médicos ou psicólogos “com experiência e treino em quadros de PEA, e pode ser complementado com avaliações da comunicação/linguagem, das capacidades cognitivas, perfil sensorial, avaliação psicomotora e pedagógica, para apreciação dos recursos e das necessidades da criança” (Santos & Freitas, 2014, p. 143).

Como referem Antunes et al. (2021), a PEA pode ser diagnosticada através da verificação de um conjunto de critérios:

- Dificuldade na interação social.
- Dificuldade na comunicação verbal e não verbal.
- Dificuldade em criar empatia, isto é, pôr-se na pele dos outros.
- Gestos, sons ou atividades repetitivas.
- Fixação por determinados temas, jogos ou objetos.
- Rigidez cognitiva (dificuldade em encontrar estratégias alternativas para a resolução de um problema).
- Marcada ansiedade perante o inesperado ou as circunstâncias que não pode controlar.
- Hipersensibilidade [ou hipossensibilidade] aos estímulos sensoriais, (sons, cheiros, luz ou texturas).
- Desajeitamento motor. (p. 121)

Nesta linha de ideias, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-5 (APA, 2014) define como uma das principais características, défices persistentes na comunicação social e interação social que se manifestam de maneira consistente em diferentes situações, demonstradas por meio dos seguintes exemplos, seja no presente ou no passado: dificuldades na reciprocidade socio-emocional, que podem variar desde uma

interação anormal e falha na conversação, até à expressão limitada de emoções e afetos, ou dificuldades em iniciar ou responder a interações sociais; dificuldades nos comportamentos de comunicação não verbal utilizados na interação social, que podem incluir desde uma fraca coordenação entre comunicação verbal e não verbal, comprometimento do contacto visual e linguagem corporal ou dificuldades na compreensão e uso de gestos, ou até mesmo uma completa ausência de expressões faciais e comunicação não verbal; dificuldades em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, que podem variar desde desafios em adaptar o seu comportamento de acordo com diferentes ambientes sociais, até dificuldades em participar de jogos imaginativos (brincadeiras de faz-de-conta), fazer amigos ou demonstrar interesse em relações interpessoais.

Outra das principais características definida no DSM-5 (APA, 2014) são os padrões de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos evidenciados por pelo menos dois dos seguintes aspetos, presentes atualmente ou no passado: movimentos corporais, uso de objetos ou discurso estereotipados ou repetitivos (e.g., estereotipias motoras simples; alinhamento ou agitação de brinquedos e objetos; ecolalia; expressões idiossincráticas); resistência a mudanças, inflexibilidade na adesão a rotinas ou padrões de comportamento ritualizados (e.g., sofrimento extremo face a pequenas mudanças, dificuldades com transições, rigidez cognitiva, adoção de rituais específicos, ou a necessidade de percorrer o mesmo trajeto ou comer os mesmos alimentos todos os dias); interesses intensos, extremamente restritos, com foco anormal (e.g., uma forte ligação ou preocupação com objetos invulgares e interesses exageradamente específicos e persistentes); reações hiper ou hiporreativas a estímulos sensoriais, ou um interesse invulgar por aspetos sensoriais do meio (e.g., aparente indiferença à dor ou temperatura, reações adversas a sons ou texturas específicas, tocar ou cheirar objetos de forma excessiva, atração por luzes e movimentos).

Deste modo, tal como referido anteriormente, uma das dificuldades das pessoas com PEA prende-se com a gestão de sentimentos e emoções. Hervás e Rueda (2018) observaram que as pessoas com PEA apresentam, frequentemente, alterações emocionais de forma negativa, caracterizadas por extrema irritabilidade, ansiedade e descontrolo emocional. Surpreendentemente, essas alterações emocionais podem ser desencadeadas por emoções positivas intensas, ou seja, por um estado de excitação, sendo que essa oscilação emocional torna desafiante o entendimento das emoções nas pessoas com PEA. Ademais, Hervás (2017) destaca a dificuldade das pessoas com PEA em compreender aspetos fundamentais da interação social, como a teoria da mente, que se refere à capacidade de compreender os pensamentos, crenças e intenções de outras pessoas. A empatia, especialmente em relação a emoções subtis, também é prejudicada, dificultando o reconhecimento e a compreensão dos estados emocionais do outro. Deste modo, a alexitimia, uma condição caracterizada pela

dificuldade em identificar e descrever as próprias emoções, bem como em relacioná-las a situações internas e externas, foi observada em 50% das pessoas com PEA (Hervás, 2017). Essa condição está intimamente relacionada à regulação emocional, que envolve a diferenciação das emoções e a seleção de reações apropriadas a essas emoções. Além disso, a alexitimia também pode levar a uma falta de empatia e reconhecimento emocional nas outras pessoas. Nesta linha de ideias, a desregulação emocional, associada à alexitimia, pode traduzir-se na incapacidade de expressar o mal-estar, de forma verbal e não verbal, incluindo expressões faciais, gestos e tonalidade de voz, criando-se um ciclo no qual as emoções descontroladas não são identificadas ou compreendidas internamente, levando à incapacidade de relaxar (Hervás, 2023). No entanto, Roza e Guimarães (2021) destacam que “a empatia cognitiva, que envolve a inferência de emoção do estado mental de outra pessoa, pode ser reduzida em pessoas com [PEA], enquanto a empatia afetiva, que se refere à capacidade de compartilhar a emoção dos outros, não apresenta déficit” (p. 1053).

Além disso, as pessoas com PEA enfrentam, frequentemente, dificuldades na flexibilidade cognitiva, organização e planejamento, especialmente quando confrontadas com situações inesperadas, podendo resultar em altos níveis de ansiedade e *stress*, gerando respostas inadequadas ao contexto, incluindo hiper ou hiporreatividade fisiológica, podendo dar origem a *meltdowns* e *shutdowns* (Halim et. al., 2018; Hervás & Rueda, 2018). Paes e Negreiros (2023) caracterizam o *meltdown* como sendo “a crise propriamente dita, que envolve movimentos repetitivos, choro, respiração ofegante (...). Geralmente causado por uma sobrecarga sensorial e emocional” (p. 865), enquanto o *shutdown* se traduz numa “crise interna, causando [um] desligamento ou isolamento da pessoa” (p. 864).

Apesar de já ter sido referido acima nos critérios de diagnóstico da PEA, é também importante salientar que a complexidade de processar questões sensoriais “é uma característica comum dos indivíduos portadores [da PEA]. Contudo, há grande variação no grau de intensidade e na forma que essas informações são recebidas e interpretadas. Assim, os autistas podem apresentar tanto hipossensibilidade quanto hipersensibilidade a determinados estímulos” (Gallina, 2019, p.14). Posar e Visconti (2018) destacaram exemplos de alterações sensoriais que incluem intolerância a certos sons, alta tolerância à dor, aversão ao contacto físico e a certos itens de vestuário, recusa de alimentos devido ao odor e seletividade alimentar provocada pelo desconforto com certas texturas. Essas alterações sensoriais podem ter um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas com PEA e na forma como elas interagem com o ambiente ao seu redor. Neste sentido, Hervás e Rueda (2018) afirmam que a hipersensibilidade a estímulos sensoriais pode levar a reações comportamentais extremas em várias situações. Por outro lado, a hipossensibilidade pode ser um fator de risco para autolesões, uma vez que as pessoas com PEA podem não demonstrar reação face à dor.

Outro sentido comumente afetado em indivíduos com PEA é a propriocepção. De acordo com Rocha (2022), a propriocepção é o sentido responsável por processar as sensações do corpo e desempenha um papel crucial na realização de movimentos precisos, coordenação motora e posicionamento no espaço. Deste modo, pessoas com PEA percebem uma dificuldade na sua consciência espacial, bem como na consciência de sensações corporais (Paredes & Ramos, 2023).

Para além disso, também a dificuldade na interocepção está, muitas vezes, associada à PEA. Assim, a interocepção é a capacidade de perceber e processar sinais fisiológicos internos, como “frequência cardíaca, distensão da bexiga, estômago ou esófago, respiração, temperatura, toque afetivo, fadiga, fome, sede, saciedade, tônus muscular e dor” (Marmeleira & Veiga, 2018, p. 33), além de prurido e sensações musculares e viscerais (DuBois et al., 2016). Neste sentido, pessoas com PEA vivenciam esta “dificuldade em compreender a sensação de sede e fome, quando em hiperfoco essas sensações simplesmente não surgem ou não conseguem ser percebidas além da dificuldade de percepção de dor, ou outras condições internas do corpo” (Paes & Negreiros, 2023, p. 865).

Por outras palavras, as pessoas com PEA enfrentam um conjunto complexo de desafios emocionais, cognitivos e sociais, que variam de acordo com a intensidade e a interação de diversos fatores. O entendimento desses aspetos é essencial para o desenvolvimento de intervenções eficazes e o apoio adequado às pessoas com PEA.

Ainda de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-5 (APA, 2014), as características estão presentes desde o início da fase de desenvolvimento da criança. Porém, estas podem só se manifestar em períodos mais avançados, quando as capacidades da pessoa se mostrarem mais limitadas do que as exigências sociais, podendo também ser mascaradas por estratégias que foram aprendidas pelos indivíduos. Além disso, podem não estar presentes todos estes sintomas num indivíduo diagnosticado com PEA, visto que, “[a] ausência de alguns sintomas das PEA não é critério de exclusão (pode ter por exemplo, um bom contacto visual, mas ter outros inúmeros critérios para diagnóstico). Nenhum sintoma ou competência é suficiente para formular ou excluir o diagnóstico” (Antunes et al., 2021, p. 134).

Posto isto, e segundo Santos e Freitas (2014), pode dizer-se que “os "autismos" são um conjunto muito heterogéneo de quadros/perturbações, com uma grande variabilidade na gravidade dos sintomas, capacidade intelectual e incapacidade funcional” (p. 139) e, por isso, o DSM-5 (APA, 2014), identifica diferentes especificadores/níveis de gravidade da PEA, que podem variar conforme os diferentes contextos ou com o passar do tempo, sendo estes:

- Nível 1 (requerendo suporte): Relativamente à comunicação social e interação social – “Na ausência de apoios, os défices na comunicação social causam prejuízos visíveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas

sociais dos outros. Pode aparentar interesse reduzido nas interações sociais” (APA, 2014, p. 52). Quanto aos comportamentos restritos e repetitivos – “Inflexibilidade do comportamento que causa interferência significativa no funcionamento num ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas de organização e planeamento são obstáculos à independência” (APA, 2014, p. 52).

- Nível 2 (requerendo suporte substancial): Relativamente à comunicação social e interação social – “Défices graves nas habilidades de comunicação verbal e não verbal; défices sociais evidentes mesmo na presença de apoios; iniciação de interações sociais limitada e respostas reduzidas ou anormais a aberturas sociais que partem dos outros” (APA, 2014, p. 52). Quanto aos comportamentos restritos e repetitivos – “Inflexibilidade do comportamento, dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos frequentes, tornando-se óbvios para o observador casual e interferem com o funcionamento numa variedade de contextos. Angústia e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações” (APA, 2014, p. 52).
- Nível 3 (requerendo suporte muito substancial): Relativamente à comunicação social e interação social – “Défices graves nas habilidades de comunicação verbal e não verbal que causam défices graves no funcionamento; iniciação de interações sociais muito limitada e resposta mínima a aberturas sociais que partem dos outros” (APA, 2014, p. 52). Quanto a comportamentos restritos e repetitivos – “Inflexibilidade do comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos que interferem acentuadamente com o funcionamento em todas as esferas de vida. Grande angústia/dificuldade de mudar o foco ou as ações” (APA, 2014, p. 52).

Antunes et al. (2021) afirmam ainda que o “DSM refere a possibilidade de comorbilidades, pelo que a presença de défice intelectual, de linguagem, ou outra perturbação do neurodesenvolvimento não exclui o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo” (p. 122). Uma das perturbações do neurodesenvolvimento muito frequente é a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), pois, aproximadamente 30% das pessoas diagnosticadas com PEA também exibem sinais de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção, significando que a combinação das duas perturbações pode impactar negativamente a capacidade de autonomia, autorregulação, controlo emocional, desempenho escolar e processo de aprendizagem das pessoas afetadas (Hervás & Rueda, 2018).

1.3. A Perturbação do Espectro do Autismo na infância e adolescência

De acordo com a teoria social cognitiva, é através do processo de socialização que os indivíduos aprendem os papéis de género, isto é “comportamentos, interesses, atitudes,

habilidades e traços de personalidade que uma cultura considera apropriada para homens e mulheres” (Papalia & Feldman, 2013, p. 289). Para além disso, a tipificação de género desenvolve-se durante o período da infância, sendo que, em grande parte das culturas, “[e]spera-se que elas sejam obedientes e sustentadoras; os homens, ativos, agressivos e competitivos” (Papalia & Feldman, 2013, p. 289).

Segundo Milner et al. (2019), as meninas sentem-se pressionadas a serem mais sociais do que os rapazes, uma vez que estas são socializadas de formas distintas desde o seu nascimento, podendo ser influenciadas por experiências e contextos que estimulem desigualdades de género (Sedgewick et al., 2019). Consequentemente, a forma como são socializadas e o modo como mascaram as suas características (tópico que será abordado mais à frente neste trabalho), poderão dificultar a identificação de sintomas da PEA em meninas (Corcadden & Casserly, 2021), possibilitando, assim, o diagnóstico tardio. Por outro lado, também os traços da PEA em meninas podem ser mais discretos, o que pode levar a uma maior aceitação social (Corcadden & Casserly, 2021).

Deste modo, a família tem um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente na fase da infância e, por isso, poderia questionar-se o facto dos pais de mulheres com PEA diagnosticadas tardiamente, muitas vezes não procurarem respostas para os comportamentos atípicos das suas filhas. No entanto, a resposta a este questionamento tem que ver com o facto de a criança poder não apresentar dificuldades muito evidentes relativas à comunicação ou ao comportamento e se “a criança ou jovem parece lidar razoavelmente com as suas dificuldades, então os pais não procuram ajuda ou adiam-na, e os clínicos ficam hesitantes em se comprometer com um diagnóstico formal” (Leitão, 2021, pp. 175-176).

Também o ato de brincar “constitui-se uma forma importantíssima na formação da criança, pois é uma atividade espontânea, natural e necessária ao seu desenvolvimento” (Rodriguez, 2020, p. 8). Por conseguinte, de acordo com Silva et al. (2021), em literatura mais antiga “o brincar da criança com autismo tem-se caracterizado como algo bizarro, desprovido de sentido e significado” (p. 6), embora o estudo dos mesmos autores venha demonstrar o contrário, ou seja, nas brincadeiras de “faz de conta, [a criança] (re)corta (re)combina, (re)inventa os aspectos do real de forma autoral” (Silva et al., 2021, p. 17). Por outro lado, Leitão (2021), refere que as meninas podem interessar-se por brinquedos comuns “tal como as suas colegas, mas focam-se em colecionar tantos bonecos quanto possível, ou arrumá-los de modo particular, em grupos, alinhados, etc., sem desenvolver um verdadeiro jogo simbólico, brincar com as amigas ou partilhar brinquedos com elas” (Leitão, 2021, p. 176).

Outro marco importante do desenvolvimento humano é a adolescência. A adolescência é um período de transição para a vida adulta, envolvendo mudanças biológicas, emocionais, sociais e cognitivas (Papalia & Feldman, 2013). Nesta fase, as jovens adquirem

habilidades sociais, aprendem a lidar com emoções, preparando-se para a idade adulta (Teliti & Resulaj, 2022). Para além disso, o que dá início e acompanha a adolescência é a puberdade, que se traduz no período de desenvolvimento em que o ser humano atinge o crescimento físico e a maturidade sexual (Anisa, 2019).

A puberdade é, então, uma fase de transformação de algumas áreas, como o crescimento dos ossos num curto período de tempo, aumento da gordura corporal, aumento da força e resistência por meio do desenvolvimento da circulação sanguínea e sistema respiratório, maturação dos órgãos sexuais e aparelho reprodutor e alterações hormonais (Teliti & Resulaj, 2022). Apesar de esta fase ser considerada difícil por muitos jovens, para raparigas com PEA pode tornar-se ainda mais desafiante, uma vez que a adaptação às diferentes mudanças pode ser complicada pela rigidez cognitiva, podendo tornar-se numa fase complexa para as mesmas e para os familiares (Anisa, 2019).

Paralelamente, ao surgir a puberdade, surge também a menstruação, que implica novos desafios a nível da regulação hormonal, mas também a nível das alterações sensoriais (Teliti & Resulaj, 2022). Por vezes, existem dificuldades na gestão de todas as questões da menstruação, quer seja pelos ciclos inesperados, pelas dores ou pela rejeição aos pensos higiénicos e/ou outros produtos de higiene menstrual (Anisa, 2019). No estudo de Steward et al. (2020), refere-se que o período menstrual pode mesmo ser algo muito difícil e até angustiante para as raparigas com PEA. Ademais, visto que este pode ser um tema constrangedor para algumas pessoas, nomeadamente para os familiares destas raparigas, seria benéfica a existência de mais informação acerca da puberdade, nomeadamente da menstruação, através de estratégias acessíveis e guias informativos que ensinassem como gerir este período (Steward et al., 2020), dado que os estudos sobre esta temática são muito poucos.

1.4. A Perturbação do Espectro do Autismo nas pessoas adultas

Muito se fala na PEA nas crianças, mas o mesmo não acontece com tanta frequência quando nos referimos à população adulta. Segundo Picoito et al. (2016) esta perturbação, apesar de ser, geralmente, diagnosticada na infância, acompanha os indivíduos até à idade adulta, podendo existir uma grande variabilidade na evolução dos sintomas e funcionalidade, “em que alguns indivíduos vão perdendo capacidades ao longo do tempo, ou atingem um plateau na adolescência, enquanto que outros manifestam um padrão de desenvolvimento contínuo na vida adulta” (p. 24). Posto isto, embora seja por meio da intervenção realizada na infância que se poderá notar uma maior evolução no desenvolvimento das pessoas com PEA, mesmo que esta intervenção seja feita, os indivíduos que transitam para a vida adulta

deparam-se com novos desafios, ao confrontarem-se com contextos diferentes dos que estão habituados (Jesus, 2021).

Jesus (2021) afirma que existe um grupo de pessoas com PEA que chegam à idade adulta sem diagnóstico, uma vez que os seus sintomas têm, por vezes, uma expressão ligeira. Apesar de serem “pessoas de inteligência elevada, o que determina uma evolução clínica mais favorável” (Jesus, 2021, p. 194), as mesmas encontram dificuldades comportamentais e rigidez cognitiva, bem como um comprometimento da comunicação e interação social. O mesmo autor sustenta ainda que adaptações a novas circunstâncias (quer seja a nível pessoal, familiar ou profissional) são, por vezes, bastante complexas, dado que ansiedade e depressão tendem a aparecer aquando destas mudanças. Por exemplo, no que respeita à adaptação profissional, a pessoa com PEA passa por grandes desafios como “conhecer os novos colegas e relacionar-se adequadamente com eles, entender as mensagens subliminares sobre o desempenho das suas tarefas, ter flexibilidade mental para elaborar uma resposta para um problema que nunca se tenha colocado antes, entre tantos outros” (Jesus, 2021, p. 196). Ou seja, “[a]contece que são pessoas que, em circunstâncias habituais, gostam de se isolar, mas que este traço se acentua quando em stress emocional” (Antunes et al., 2021, p. 173). Deste modo, é através destes sintomas que diversos adultos com PEA recorrem a especialistas e são, finalmente, diagnosticados (Jesus, 2021), embora também existam casos em que, devido à expressão ligeira dos sintomas, as preocupações da pessoa com PEA possam ser ignoradas pelos profissionais de saúde, não realizando o despiste da perturbação (Bargiela et al., 2016).

Ter flexibilidade cognitiva, bem como estratégias que permitam gerir variadas adversidades, pode não ser tarefa fácil para estas pessoas e, assim sendo,

Na passagem para a idade adulta, se não houver apoio especializado, a ausência destas competências pode determinar que, deparado com a sua própria incapacidade para estabelecer relações de amizade ou amorosas, ou para se adaptar a novos meios académicos ou profissionais, o adulto com autismo se isole progressivamente. (Jesus, 2021, p. 196)

Além disso, também a família constitui um pilar fundamental, uma vez que se trata de um dos principais apoios de adultos com PEA, nomeadamente no combate ao isolamento e à vulnerabilidade, apesar dos receios quanto ao futuro dos mesmos, revelando um envolvimento significativo e de longo prazo (Herrema et al., 2017).

Outra área que se pode tornar numa dificuldade para as pessoas adultas com PEA é a intimidade e sexualidade. Segundo Parchomiuk (2019), em comparação com os seus pares

neurotípicos¹, as pessoas com PEA tendem a não obter informações sobre sexualidade por meio dos seus pais, professores e colegas, recorrendo mais frequentemente aos *media* e à pornografia como fontes de aprendizagem, não existindo, muitas vezes, uma educação sexual formal. Consequentemente, o conhecimento das pessoas com PEA acerca da sexualidade tende a ser baixo (Maggio et al., 2022).

Nesta linha de pensamento, os desafios associados à sexualidade e à intimidade das pessoas com PEA estão interligados com as suas dificuldades de comunicação e interação social, bem como com as limitações impostas pelo ambiente social (Maggio et al., 2022). Ou seja, os indivíduos com PEA apresentam dificuldades de “competências sociais de base, o que limita a sua capacidade de iniciar ou manter um relacionamento (contacto visual, não interpretar pistas sociais, limitações ao nível da teoria da mente, inflexibilidade)” (Beato, 2021, p. 554). Contudo, vale ressaltar que as características da PEA não impedem necessariamente a vivência da sua sexualidade de forma satisfatória e “[s]e é verdade que, na adolescência, poucos jovens com PEA namoram, esta tendência vai-se invertendo na entrada para a idade adulta, ainda que continuem a ser mais imaturos e inexperientes a nível social e amoroso” (Beato, 2021, p. 554).

Posto isto, a tomada de decisões, até mesmo as mais simples, como marcar um encontro ou convidar alguém para sair, pode ser um desafio para pessoas com PEA. A inflexibilidade e o foco excessivo nas suas próprias necessidades aumentam a probabilidade de conflitos nas relações amorosas, sendo frequentemente descritos pelos seus parceiros “como egoístas e individualistas” (Beato, 2021, p. 554). Além disso, também a extrema resistência à mudança pode fazer com que os conflitos ocorram (Parchomiuk, 2019), indo ao encontro do que escreve a autora Beato (2021), ao referir que algumas características das pessoas com PEA se traduzem na necessidade “de momentos a sós, ao foco excessivo no seu mundo interno ou interesses restritos e não partilhados (...) e à rigidez nas rotinas diárias, que pode não contemplar os interesses e prioridades do outro” (p. 555).

Também a expressão de afeto e a partilha de sentimentos representam uma área de desafio para os jovens com PEA: “A dificuldade em compreender as necessidades do outro, aliada a um desconforto em manifestar e receber afeto, poderão conduzir facilmente a situações de rutura” (Beato, 2021, p. 555). Gestos simples como um abraço ou um beijo podem ser experiências desconfortáveis, devido às alterações sensoriais ou falta de compreensão sobre a lógica por detrás dessas manifestações de afeto (Beato, 2021).

¹ Termo utilizado em alguma bibliografia, nomeadamente por pessoas com perturbações do neurodesenvolvimento, referindo-se ao “funcionamento cognitivo que predispõe a pessoa assimilar e reproduzir os padrões sociais predominantes na sua cultura” (Serra et al., 2023, p. 177). Pelo contrário, o termo “neurodivergente”, refere-se ao indivíduo que tem um “funcionamento neurocognitivo que diverge significativamente dos padrões sociais de normalidade” (Serra et al., 2023, p. 176).

Ademais, “pode existir hipersensibilidade, ou pelo contrário, embotamentos sensoriais que levam a variações no que toca ao limiar da estimulação sexual” (Antunes et al., 2021, p. 174).

Neste sentido, a assexualidade, definida como a falta de interesse em relações sexuais, é mais comum nessa população (Parchomiuk, 2019), dando origem à dificuldade em iniciar o contacto sexual, além do desafio de compreender e interpretar o comportamento sexual e a contextualização das atividades sexuais (Maggio et al., 2022).

Por outro lado, pessoas com PEA têm maior propensão a comportamentos sexuais considerados mais desviantes (Maggio et al., 2022; Parchomiuk, 2019), além de que é importante mencionar que existe probabilidade de que questões relacionadas à identidade de género e à orientação sexual surjam a esta população (Beato, 2021; Parchomiuk, 2019), sendo necessário acompanhamento especializado (e.g., psicólogo) para ajudar pessoas com PEA a compreenderem os seus desejos e necessidades, bem como a lidar com os seus estados emocionais e sentimentos negativos (Parchomiuk, 2019).

Deste modo, é importante referir que a sexualidade da pessoa com PEA é um tema ainda pouco estudado e até negligenciado (Beato, 2021; Maggio et al., 2022), sendo crucial que mais pesquisas sejam conduzidas nesta área para melhor compreender e apoiar estas pessoas na sua experiência sexual e afetiva.

Em suma, é fundamental que o acompanhamento especializado seja constante, tanto na infância e adolescência, como na idade adulta. Isto porque, apesar de se poder dizer que “quanto mais precoce for o início da intervenção, maior a possibilidade de sucesso” (Jesus, 2021, p. 197), o investimento no tratamento enquanto adulto, através do treino de competências exigidas na fase adulta, pode ter efeitos benéficos para a pessoa com PEA.

Capítulo 2 - A Perturbação do Espectro do Autismo nas raparigas e mulheres

Como se pôde observar no tópico “Breve contextualização histórica da Perturbação do Espectro do Autismo”, as pesquisas realizadas neste âmbito mostram que a população mais estudada foi, desde o início, a masculina, passando-se a entender a PEA com base em experiências masculinas (Pereira & Souto, 2019) e, por isso, “os clínicos têm maior experiência em identificar a expressão no género masculino do que no feminino” (Leitão, 2021, p. 175). Assim, a investigação sugere que a manifestação da perturbação em pessoas do sexo masculino é quatro vezes superior quando comparada ao sexo feminino (APA, 2014; Leitão, 2021), sendo as raparigas, muitas vezes, diagnosticadas em idades mais avançadas em comparação aos rapazes (Wilkinson, 2008). Tal fenómeno pode fazer com que estas pessoas diagnosticadas tardiamente possam encontrar desafios a nível da saúde mental, uma vez que estes estão potencialmente relacionados com o stress derivado da tentativa de adaptação à sociedade (Lai et al., 2017).

Neste sentido, “[a]s referências heteronormativas binárias não são capazes de responder às particularidades neuro diversas que os autistas apresentam em seus comportamentos. Em consequência as mulheres autistas são estigmatizadas, discriminadas e invisibilizadas” (Sa & Paschoal, 2019, p. 32). Ou seja, sabe-se que as mulheres com PEA são diferentes, tanto no que respeita à manifestação dos sintomas – uma vez que existe a possibilidade de mulheres com PEA apresentarem sintomas ligeiramente diferentes quando comparadas a homens com a mesma perturbação (Green et al., 2019) -, “mas também em termos da sua reação à diferença” (Leitão, 2021, p. 175), dado que, segundo a mesma autora, uma das diferenças em relação ao género masculino é a subtileza com que as mulheres tendem a manifestar as suas características. De acordo com Wilkinson (2008), esta diferença de manifestações de características entre os géneros pode levar à negligência de mulheres com PEA, podendo não receber os serviços e apoios adequados.

De acordo com a literatura científica da área, existem diversos fatores que alimentam esta discrepância entre géneros, podendo estes ser não apenas de ordem genética, mas também “o estereótipo do comportamento feminino e masculino, a subtileza na expressão das características e a capacidade das raparigas em camuflar as mesmas, e outras perturbações que mascaram o problema essencial” (Leitão & Terra, s.d., p. 2). As mesmas autoras referem ainda que, apesar desta camuflagem, estes indivíduos tendem a ter dificuldade em construir novas relações ou manter antigas, interagir com pessoas que não conhecem, gerir mudanças na sua rotina, a integração em novos grupos, a participação e iniciação de conversas, bem como aceitar ou recusar convites para determinados eventos, podendo todas estas características contribuir para o aumento da ansiedade.

Conforme Antunes et al. (2021), tal como se pôde verificar anteriormente, “as raparigas com autismo passam muitas vezes despercebidas” (p. 119), e, por isso, “deveria ser possível adequar os critérios de diagnóstico aos dois sexos, já que rapazes e raparigas se podem apresentar com características distintas” (Antunes et al., 2021, p. 119). Assim, nesta linha de pensamento, Paschoal (2019, citado por Pereira & Souto, 2019), sugere que se possa dividir a PEA em dois grupos: autismo típico (masculino) e autismo atípico (feminino).

Relativamente ao primeiro, a mesma autora entende que, no género masculino, se possam encontrar características como: baixa empatia, interesse por leitura técnica, preferência por ciências exatas, hiperfoco em assuntos incomuns para pessoas neurotípicas, crises de agressão, apego a objetos, personalidade e aparência simples, dificuldade de criar e imaginar histórias ficcionais e a não imitação de comportamentos (Paschoal, 2019, citado por Pereira & Souto, 2019). Já no que diz respeito ao segundo, a autora diz que as mulheres têm mais predisposição para as seguintes características: empatia elevada, interesse por leitura ficcional, preferência por artes e línguas, hiperfoco em assuntos comuns para pessoas

neurotípicas – tornando-se obsessivo e restritivo, podendo interferir com a realização de outras atividades e manutenção de relações interpessoais (Leitão, 2021) -, crises de choro e não de agressividade – visto que, “[a]s raparigas são mais hábeis a verbalizar as suas emoções e pensamentos e, com menor probabilidade, usam a agressividade física em resposta a emoções negativas como frustração e raiva” (Leitão, 2021, p. 176) -, apego a animais, personalidade e visual excêntricos, facilidade de criar e imaginar histórias fictícias e imitação de comportamentos (Paschoal, 2019, citado por Pereira & Souto, 2019). Contudo, nunca se deverá generalizar, dado que cada ser humano possui características intrínsecas e a PEA é altamente diversa/heterogênea, uma vez que “acompanha o indivíduo da infância à vida adulta, existindo uma grande heterogeneidade na evolução da sintomatologia e funcionamento” (Picoito et al., 2016, p. 24).

2.1. A camuflagem de características

Algo que pode de facto condicionar o reconhecimento dos sintomas da PEA em mulheres é o estereótipo que leva a ser mais esperado e socialmente aceite “o facto de uma rapariga ser recatada e se isolar, “à boa maneira antiga”, do que um rapaz, que fica em casa e não tem amigos” (Leitão, 2021, p. 176), podendo estas serem “apenas percebidas como “tímidas” e “ingénuas”” (Leitão, 2021, p. 176). Mas, será que estes comportamentos não terão o intuito de camuflar os verdadeiros sinais da PEA? Veja-se, então.

Seguindo a mesma lógica apresentada anteriormente, pode dizer-se que “formas subtis de autismo são mais difíceis de diagnosticar no sexo feminino, até porque um certo grau de “recato” não é considerado atípico, e pode até ser bem-vindo. Essa diferença pode ser parcialmente responsável pela desigualdade entre os géneros” (Antunes et al., 2021, p. 122), visto que os homens, geralmente, sofrem uma menor pressão social para camuflarem os seus sintomas (Brickhill et al., 2023). Neste sentido, as mulheres com PEA, mais do que os homens, tendem a manter uma postura que vai ao encontro das normas sociais, “assim como uma conversa recíproca, na qual respondem a questões e dão informação sobre as suas experiências, pensamentos e sentimentos” (Leitão, 2021, p. 178), dado que tendem a “mimetizar comportamentos e a serem “bem-educadas” numa situação formal” (Leitão & Terra, s.d., p. 3). Por outras palavras, algumas mulheres parecem ter uma boa comunicação, não ter dificuldades no que se refere ao contacto visual, e possuem uma linguagem corporal adequada, sendo qualquer discrepância de comportamento associada a má educação, indisciplina ou timidez (Lawson, 2017), e por isso, “se nos debruçamos sobre os relatos de mulheres com a condição, nos deparamos com uma grande carga de dificuldades as mais variadas, muitas das quais mantidas em silêncio” (Costa, 2020, p. 30).

Deste modo, Lai et al. (2017) afirmam que alguns indivíduos, nomeadamente mulheres, camuflam as suas dificuldades de comunicação, como o sentimento de constrangimento em situações sociais, que pode ser considerado “normal”, realizando um grande esforço para que consigam estabelecer comportamentos sociais típicos (Beck et al., 2020). A camuflagem tem como objetivo a compensação ou mascaramento de dificuldades em situações sociais, sendo esta a diferença entre a demonstração de comportamentos e o que realmente o indivíduo está a sentir (Lai et al., 2017). Assim, alguns exemplos de camuflagem traduzem-se em tentativas de fazer contacto visual com o interlocutor, utilização de frases aprendidas, bem como “piadas feitas” ou preparadas previamente, alteração do volume do som da fala, imitação de comportamentos sociais, tais como gestos e expressões faciais, e a não aproximação aos outros em demasia (Green et al., 2019; Lai et al., 2017).

Todos estes comportamentos de camuflagem, para muitas mulheres com PEA, são manifestados por causa da necessidade que as mesmas sentem “de serem [vistas como] “normais”, para, assim, terem amigos ou, pelo menos, não serem tão facilmente percebidas como “anormais” pelos outros e não sofrerem com *bullying* e rejeição” (Costa, 2020, p. 36). Por esta razão, a camuflagem pode ajudar na integração destas mulheres na sociedade, pois, como sustentam Beck et al. (2020), uma mulher que consiga evitar o seu hiperfoco de certos assuntos em determinadas conversas, poderá ter mais disponibilidade para estabelecer e manter relações interpessoais. Porém, estes comportamentos poderão exigir um grande esforço cognitivo, que poderá associar-se ao aumento de problemas de saúde mental, como stress, perturbação de ansiedade e depressão, além de tais comportamentos poderem também comprometer o acesso ao apoio necessário, uma vez que todos estes esforços de camuflagem podem significar a supressão de traços da PEA (Beck et al., 2020; Lai et al., 2017).

De acordo com Green et al. (2019), embora a camuflagem tenha vindo a ser analisada tanto no sexo masculino como feminino, esta tem sido proposta como uma possível explicação para o diagnóstico tardio de mulheres com PEA, uma vez que, assim, os sintomas não são detetados precocemente (Lai et al., 2017). Isto é, como resultado de tal camuflagem, pais, professores e técnicos podem não conseguir observar características que normalmente são associadas ao género masculino (Wilkinson, 2008), ficando milhares de meninas e mulheres sem diagnóstico, o que gera problemas no que respeita ao acesso à saúde e vida social (Sa & Paschoal, 2019), dado que as mesmas necessitam de abordagens e suportes distintos para compreender e lidar de maneira eficaz com as expectativas sociais (Sedgewick et al., 2019).

2.2. A escassez de estudos em Portugal sobre a Perturbação do Espectro do Autismo em mulheres

Como se evidencia ao longo deste trabalho, a PEA é uma perturbação complexa e diversificada que afeta indivíduos em todo o mundo, independentemente do sexo/género. No entanto, a literatura científica referente à PEA na idade adulta é notoriamente escassa, e esta lacuna torna-se ainda mais evidente quando se considera a falta de estudos específicos sobre a PEA no público adulto feminino. Artigos como “*The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype*” (Bargiela et al., 2016), “*Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults*” (Green et al., 2019), “Revisão de escopo: as implicações do diagnóstico tardio do TEA em mulheres” (Soares et al., 2023), entre outros, referem essa lacuna. Além disso, também Fairbank (2023), na revista *Monitor on Psychology* da *American Psychiatric Association*, foi ao encontro da mesma ideia, realçando ainda a enorme falta de serviços e apoios para pessoas adultas com PEA.

E se a literatura científica internacional acerca do tema é escassa, os estudos portugueses são ainda insuficientes. De toda a literatura portuguesa utilizada neste trabalho e encontrada referente ao tema, apenas o artigo “Tirar a máscara à síndrome de asperger no feminino” (Leitão & Terra, s.d.), alguns capítulos do livro “Sentidos: O grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento” (e.g., Antunes et al., 2021; Leitão, 2021), o projeto final de mestrado “Tarefas de desenvolvimento de Havighurst em quatro casos de Perturbação do Espectro do Autismo” (Gomes, 2022) e o estudo “Saúde mental de pessoas autistas em Portugal: experiências e recomendações de autistas adultos e profissionais aliados” (Serra et al., 2023), referiram a PEA no feminino, embora ainda de forma não muito aprofundada. Apesar da crescente consciencialização e investigação internacional sobre a perturbação nas raparigas e mulheres, não foram encontrados mais estudos portugueses que abordem as experiências, desafios e necessidades das mulheres com PEA. Assim, a falta de literatura científica portuguesa nesta área, não só dificulta a compreensão das especificidades da PEA no feminino, como também contribui para a invisibilidade desta população.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 1 - Contextualização e justificação da temática em estudo

A escolha da temática que se pretende desenvolver neste estudo – análise das perspetivas e experiências de mulheres portuguesas com PEA – prende-se com o interesse pessoal pelo tema e com o facto de ser ainda muito pouco investigado e discutido a nível nacional – tal como se verifica na primeira parte deste trabalho -, pelo que se traduz num assunto de extrema importância que merece ser reconhecido.

Por outro lado, segundo o art.º 6.º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada por Portugal em 2009 (Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho), os Estados Partes confirmam que a mulher com deficiência e/ou incapacidade é suscetível a diferentes formas de discriminação e, portanto, devem ser adotadas medidas que garantam os seus direitos humanos e liberdades fundamentais, possibilitando o desenvolvimento, promoção e emancipação das mesmas.

Também de acordo com o Regulamento do 2.º Ciclo de Estudos em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor da Escola Superior de Educação de Viseu, um dos objetivos deste mestrado prende-se com o facto de se desenvolverem conhecimentos que permitam identificar necessidades específicas de pessoas nas diferentes fases do ciclo vital, a par de que se pretende que os estudantes, à luz da Educação Especial e Inclusiva, desenvolvam competências para a intervenção nos vários contextos e momentos das vidas dos indivíduos. Neste sentido, a temática deste trabalho vai ao encontro de tais objetivos, uma vez que aborda uma das fases do ciclo vital, a idade adulta, refletindo a importância de se dar continuidade aos apoios quando o ser humano transita para a vida adulta.

1.1. Definição da questão de investigação

A definição de um problema ou questão de investigação deve ser o ponto de partida de qualquer investigação. De acordo com Coutinho (2018) e Freixo (2012), a construção de um problema de investigação traduz-se no facto de se transmitir, de modo claro, o que se pretende trabalhar. Assim, o problema/questão de investigação permitirá o entendimento sobre o que se quer estudar, mas também a perceção do conhecimento que se poderá acrescentar à comunidade científica (Gonçalves, 2010). Posto isto, apresenta-se então a questão de investigação deste estudo: *Quais as perceções de mulheres portuguesas com Perturbação do Espectro do Autismo acerca das suas trajetórias de vida, necessidades, funcionalidade, desafios e suportes/apoios?*

1.2. Objetivos de investigação

Uma vez identificada a questão de investigação, conheçam-se os objetivos que serão trabalhados nesta investigação:

- 1) Caracterizar do ponto de vista sociodemográfico as participantes;
- 2) Conhecer a história do diagnóstico e a importância do mesmo para as mulheres com PEA;
- 3) Analisar aspetos da trajetória de vida de mulheres diagnosticadas com PEA, em especial as suas perspetivas em torno do seu desenvolvimento pessoal, escolar, familiar e social;
 - 3.1) Identificar os desafios / dificuldades experienciadas por mulheres com PEA nas várias fases e áreas do desenvolvimento;
 - 3.2) Identificar as oportunidades / aspetos facilitadores experienciados por mulheres com PEA nas várias fases e áreas do desenvolvimento;
- 4) Compreender as perceções de mulheres com PEA sobre a inclusão e género e sobre ligações existentes entre ambas/interseções;
- 5) Conhecer as perspetivas/projetos de futuro de mulheres com PEA.

Capítulo 2 - Metodologia

Tendo em conta a questão e os objetivos anteriormente apresentados, o estudo desenvolvido neste projeto enquadra-se na metodologia qualitativa. Segundo Coutinho (2018), também conhecida por paradigma construtivista, esta metodologia remete para a implicação e valorização do investigador, bem como a sua relação com o investigado, além de assentar num carácter compreensivo, admitindo a existência de múltiplas realidades. Deste modo, a investigação qualitativa permite, a partir dos participantes do estudo, compreender “certos comportamentos, emoções, modos de ser, de estar e de pensar (modos de viver e de construir a vida); trata-se de uma compreensão que se deve alcançar tendo em conta os contextos humanos” (Amado, 2016, pp. 57-58). Ademais, de acordo com Coutinho (2018), a metodologia qualitativa enfatiza significados individuais, além de seguir uma planificação flexível.

2.1. Tipo de estudo

Considerando o estado de arte em Portugal, o estudo aqui apresentado é do tipo exploratório descritivo. Entende-se o mesmo por exploratório tendo em conta que a principal característica deste tipo de estudo é delinear as questões ou hipóteses que serão exploradas numa investigação futura (Yin, 2018), uma vez que, como referido na revisão de literatura (Parte I), ainda não existem muitos estudos a nível nacional que tratem o tema deste projeto. Além disso, o estudo também possui um carácter descritivo na medida em que os estudos descritivos “representam a descrição completa de um fenómeno inserido no seu contexto” (Meirinhos & Osório, 2010, p. 57) e, neste estudo, procura-se entender as perspetivas de vida de mulheres com PEA.

2.2. Participantes

As participantes deste estudo foram reunidas com base numa amostragem de conveniência (Coutinho, 2018). A seleção teve por base o contacto inicial com associações representativas desta população em Portugal, como a Associação Portuguesa Voz do Autista e a Vencer Autismo, que, através de *emails* e *newsletters* divulgaram o estudo. Nesse seguimento, as pessoas interessadas contactaram a investigadora através de *email*, demonstrando interesse em participarem no estudo. Adicionalmente, a investigadora também divulgou o estudo (Anexo A) nas redes sociais *Facebook* e *Instagram*, que fez com que mais participantes a contactassem. Além disso, algumas participantes também foram contactadas pela investigadora, uma vez que a mesma tinha conhecimento que se enquadravam nos critérios de inclusão delineados para esta investigação, designadamente a nacionalidade portuguesa e o diagnóstico de PEA estabelecido por técnicos especializados.

Inicialmente, juntamente com a orientadora do trabalho, também se tinha estabelecido que as participantes deveriam ter idades entre 20 e 35 anos, visto que, assim, se poderia perceber ou não, o eventual diagnóstico tardio retratado na revisão de literatura deste projeto. No entanto, uma mulher com 38 anos também contactou a investigadora, e, dada a relevância que o seu depoimento poderia ter para a investigação, optou-se por incluí-la nas participantes. Deste modo, chegou-se a um grupo de 13 pessoas com uma média de idades de 28,38 anos ($DP=4,27$), sendo a idade mínima 23 anos e a idade máxima 38 anos (Tabela 1).

Tabela 1

Dados sociodemográficos das participantes (N=13)

Característica	<i>n</i>	%
Nacionalidade		
Portuguesa	13	100
Habilitações académicas		
12.º Ano	2	15,4
Licenciatura	6	46,1
Mestrado	5	38,5
Situação profissional		
Empregada	5	38,4
Desempregada	3	23,1
Estudante	3	23,1
Trabalhadora-estudante	2	15,4
Estado civil		
Solteira ^a	11	84,6
Casada	1	7,7
União de facto	1	7,7
Agregado familiar		
Sozinha	2	15,4

Com o/a companheiro/a	4	30,8
Com o/a companheiro/a e filhos/as	2	15,4
Com os pais/irmãos/avós	4	30,8
Avós	1	7,6

^a O termo “Solteira” refere-se às participantes que não se identificaram como casadas ou em união de facto, embora se incluíam as que possam ter algum/a companheiro/a.

Na Tabela 1, pode observar-se que as 13 mulheres são de nacionalidade portuguesa e têm habilitações académicas ao nível da Licenciatura (46,2%), seguindo-se o grau de mestre (38,5%) e o 12.º ano de escolaridade (15,4%). Também se pode verificar que a situação profissional das mesmas é diversa, sendo que 38,5% se encontram empregadas, 23,1% estão desempregadas, 23,1% são estudantes e 15,4% são trabalhadoras-estudantes.

Além disso, na Tabela 1 também se constata que 84,6% das participantes são solteiras, estando apenas uma participante em união de facto e outra casada. No que respeita à composição do agregado familiar, 30,8% das participantes moram com o/a companheiro/a, 30,8% vivem com pais/irmão/avós, 15,4% moram sozinhas, 15,4% com o/a companheiro/a e filhos/as, e apenas uma participante vive com avós (7,7%).

Apesar do guião de entrevista contemplar perguntas acerca da localidade e da área de estudos das participantes, optou-se por não apresentar tais dados de modo a salvaguardar a confidencialidade e o anonimato das mesmas.

2.3. Instrumento e procedimentos de recolha de dados

Em consonância com o que tem vindo a ser descrito, a opção ao nível da recolha de dados recaiu sobre a entrevista semiestruturada.

A entrevista é uma técnica de recolha de dados utilizada em trabalhos científicos, nomeadamente quando estes seguem uma lógica de investigação qualitativa, sustentada pelo paradigma construtivista. Meirinhos e Osório (2010), referem que a entrevista se traduz num excelente instrumento que é capaz de captar as variadas descrições e interpretações que os indivíduos possuem acerca de um determinado contexto ou vivência. Posto isto, “[n]as Ciências Sociais a entrevista é uma técnica que considera o encontro entre entrevistado e entrevistador como um momento de produção de dados” (Sales & Calvo, 2018, p. 3); assim, a mesma pressupõe uma interação entre indivíduos, uma vez que, “[o] seu motor é a relação particular entre duas pessoas. Ao contrário de um inquérito por questionário, a empatia é essencial” (Sales & Calvo, 2018, p. 3). Ou seja, por outras palavras, a entrevista pode ser definida como uma técnica onde um entrevistador coloca questões ao entrevistado “com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (Gil, 2008, p. 109), sendo a mesma, por isso, um modo de interação entre indivíduos, visto que se traduz numa

conversa assimétrica em que o investigador tem como objetivo recolher dados e o investigado “se apresenta como fonte de informação” (Gil, 2008, p. 109).

Existem diferentes tipos de entrevista, conforme o tipo de questões/respostas: estruturada, semiestruturada e aberta. A primeira diz respeito a um conjunto de perguntas que se tornam invariáveis, tanto na forma como se estruturam, como no modo como são respondidas, sendo as suas respostas padronizadas (Gil, 2008). Já a segunda, refere-se a uma estrutura que obedece a uma lógica mais flexível, que concede ao entrevistado uma maior liberdade de respostas, visto que a entrevista semiestruturada contempla perguntas abertas e fechadas (Minayo, 2010, citado por Batista et al., 2017). Quanto à entrevista aberta, o entrevistador dá a oportunidade ao entrevistado para falar de forma livre sobre um determinado assunto, embora mediante questões feitas pelo investigador, que, “quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões” (Batista et al., 2017, p. 29).

Previamente foi obtido o consentimento das participantes para a realização e gravação das entrevistas através do “Consentimento Informado, Livre E Esclarecido Para Participação Em Recolha De Dados” (Anexo B).

O guião foi construído para o presente projeto, com base na revisão da literatura científica da área, tanto no que concerne à caracterização da PEA, como no que diz respeito à forma como os estudos que têm como público-alvo as próprias pessoas com PEA devem ser desenhados e conduzidos (e.g., Courchesne et al., 2022; Norris & Maras, 2022), incluindo as indicações disponíveis no “Guia para o Investigador em Autismo” da Associação Portuguesa Voz do Autista (s.d.), de modo a entender de que forma se poderia elaborar um guião de entrevista inclusivo e acessível. Nesse seguimento, percebeu-se que é aconselhado que não seja utilizada a negação na formulação das perguntas e que a comunicação aumentativa e alternativa possa ser usada/estar disponível, nomeadamente a utilização de imagens para facilitar a compreensão das perguntas (Courchesne et al., 2022). Para além disso, é importante que não se façam perguntas totalmente abertas, mas que as mesmas possuam instruções detalhadas e que se possam fazer adaptações nas questões consoante cada pessoa, evitando, assim, perguntas sem suporte e orientação (Norris & Maras, 2022). É também relevante que seja dado o tempo necessário à pessoa para que possa processar a informação, que se evite o toque (por poder ser doloroso/incómodo para a pessoa), que se partilhem as questões previamente com os/as entrevistados/as, e que se peça *feedback* prévio às pessoas entrevistadas de forma a entender de que modo a acessibilidade e a inclusão possam ser melhoradas (Associação Portuguesa Voz do Autista, s.d.).

Procedeu-se também à consulta de referências sobre o desenvolvimento humano (e.g., Papalia & Feldman, 2013), como forma de auxílio na seleção dos momentos e áreas mais importantes desse processo para que, tendo em conta também os objetivos do estudo, se pudesse dar uma lógica cronológica à entrevista.

Após um primeiro esboço da entrevista, bem como alguns ajustes discutidos com a orientadora do trabalho, foram elaborados cartões com imagens que poderiam ser utilizados como complemento à interpretação das questões da entrevista. De seguida, contactaram-se duas mulheres com PEA da Associação Portuguesa Voz do Autista (que não seriam participantes no estudo) para poderem dar a sua opinião acerca da acessibilidade da entrevista. As mesmas salientaram que:

- As imagens estavam um pouco infantis tendo em conta o público, sugerindo que fossem utilizadas imagens reais, recorrendo a bancos de imagens de acesso livre;
- A investigadora deveria perguntar previamente à pessoa se iria querer utilizar as imagens auxiliares (e só utilizar se a pessoa assim quisesse);
- A autora do estudo deveria também enviar previamente o guião de entrevista às entrevistadas, para que as mesmas pudessem preparar-se para as questões, diminuindo, assim, alguma ansiedade;
- Algumas questões do guião deveriam ser ainda reformuladas de modo que não ficassem abertas, dando exemplos para que a pessoa se sinta mais confiante a responder;
- Dever-se-ia retirar perguntas como "Acha que a PEA teve influência nesta dimensão?" pois, uma pessoa que sempre teve PEA não iria conseguir perceber se foi a PEA que influenciou algo ou não, dado que nunca terá vivido sem PEA para ter um termo de comparação;
- Era importante acrescentarem-se questões acerca da propriocepção e consciência corporal.

Posto isto, a entrevista foi reformulada tendo em conta as sugestões dadas por quem realmente vive a PEA, bem como as imagens auxiliares (Anexo C) (que não foram utilizadas em nenhuma das entrevistas, visto que todas as entrevistadas referiram não necessitar das mesmas). Assim, para se elaborar o guião de entrevista (Anexo D), o mesmo foi organizado em quatro blocos, onde a cada um deles correspondiam objetivos específicos (Anexo E). No Bloco A, correspondente à caracterização das participantes, foram criadas questões que respondessem ao objetivo específico de caracterizar do ponto de vista sociodemográfico as participantes. No Bloco B, relativo à compreensão da história e importância do diagnóstico, desenvolveram-se perguntas em torno do objetivo específico de conhecer a história do diagnóstico e a importância do mesmo para as mulheres com PEA. No Bloco C, referente à análise de diferentes aspetos em áreas da vida distintas e identificação de desafios e oportunidades, foram elaboradas questões tendo em conta os objetivos específicos de analisar aspetos da trajetória de vida de mulheres diagnosticadas com PEA, em especial as suas perspetivas em torno do seu desenvolvimento pessoal, escolar, familiar e social, identificar os desafios / dificuldades experienciadas por mulheres com PEA nas várias etapas

do desenvolvimento, identificar as oportunidades / aspetos facilitadores experienciados por mulheres com PEA nas várias fases e áreas do desenvolvimento e conhecer as perspetivas de futuro de mulheres com PEA. No Bloco D, relacionado com a compreensão das perceções sobre desigualdade de género e inclusão, estruturaram-se perguntas relativas ao objetivo específico de compreender as perceções de mulheres com PEA sobre a inclusão e género e sobre ligações existentes entre ambas/interseções.

Relativamente à realização das entrevistas, quatro participantes referiram preferir responder por escrito e, posteriormente, enviar as respostas à entrevistadora. Quanto às restantes, apenas uma entrevista foi realizada presencialmente a pedido da participante, sendo que oito participantes preferiram ser entrevistadas por videochamada, via *Zoom*. A duração média das entrevistas foi de 85 minutos, sendo que a duração máxima foi de 125 minutos e a mínima de 49 minutos.

2.4. Técnicas de análise dos dados

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas com o auxílio de uma plataforma *online* de inteligência artificial, *Reshape*. Seguiu-se a leitura dos textos em confronto com a gravação áudio de modo a verificar a exatidão da informação, facto que também permitiu uma maior familiarização com os dados.

Para a análise dos dados recolhidos através das entrevistas semiestruturadas, recorreu-se à Análise de Conteúdo, que se trata de um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2016, p. 44), cujo objetivo passa pela “inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (Bardin, 2016, p. 44).

Optou-se por uma categorização mista, isto é, tendo por base tanto a análise dedutiva, que parte de categorias e códigos anteriormente estabelecidos, mas também a análise indutiva, que pressupõe que o investigador identifique os códigos e as categorias que vão emergindo ao longo da análise dos dados (Mayring, 2014). Assim, categorias associadas às dificuldades e aspetos facilitadores em diferentes fases da vida foram estabelecidas de modo dedutivo, sendo que as restantes foram identificadas através da análise indutiva. Recorreu-se ao software *MaxQDA* para a realização da categorização/codificação dos dados das entrevistas. Posteriormente, a categorização foi discutida com a orientadora do trabalho.

Capítulo 3 - Apresentação e discussão dos resultados

A organização da apresentação e discussão dos resultados terá como fio condutor a análise das diferentes Dimensões, nas quais foram agrupadas as categorias e subcategorias apuradas na Análise de Conteúdo, a saber: “Diagnóstico”, “Infância”, “Adolescência”,

“Transição para a Vida Adulta”, “Desigualdades de gênero”, “Inclusão” e “Perspetivas de Futuro”.

Assim, a primeira Dimensão, e também a mais complexa, integra os temas das entrevistas que estão diretamente relacionadas com a história do diagnóstico de PEA, de modo a compreender como surgiu, quem o estabeleceu, que idade tinham as participantes quando foi definido, qual o tipo de impacto que o diagnóstico teve nestas mulheres, o apoio percebido pelas mesmas e a reação da família face ao diagnóstico, quais os sintomas relativos a alterações sensoriais, o modo como as participantes lidam com sentimentos e emoções e quebras/mudanças de rotina, as comorbilidades eventualmente existentes, as formas e situações de camuflagem – bem como pontos positivos e negativos da mesma -, formas de autorregulação e a autoestima antes e depois do diagnóstico. Não obstante a extensão desta Dimensão e respetiva análise, procurou-se que agregasse os aspetos fundamentais do diagnóstico e vivências associadas tendo em conta a centralidade das especificidades identificadas na literatura da área, no caso das mulheres.

Nas Dimensões relativas às etapas da “Infância”, “Adolescência” e “Transição para a Vida Adulta” começaram a distinguir-se desafios/dificuldades e aspetos facilitadores, embora, por vezes, houvesse a necessidade de criar outras categorias (como é o caso das categorias “Escola” e “Tipos de brincadeiras” na dimensão “Infância”, e “Vida profissional atualmente”, “Intimidade/sexualidade” e “Relações interpessoais” da dimensão “Transição para a Vida Adulta”) para que não se perdesse informação relevante.

No que respeita às Dimensões “Desigualdades de Género”, “Inclusão” e “Perspetivas de Futuro”, estas integram outro tipo de categorias e respetivas subcategorias, que não “dificuldades” e “aspetos facilitadores”, em consonância com os temas a que se referem.

Passe-se, então, à análise e discussão dos resultados.

3.1. Dimensão “Diagnóstico”

Relativamente à Dimensão “Diagnóstico”, a Tabela 2 identifica as categorias (e respetivas subcategorias): “Como aconteceu”, “Quem estabeleceu”, “Idade”, “Impacto pessoal do diagnóstico”, “Apoio percebido”, “Reação da família”, “Sintomas/alterações sensoriais”, “Sentimentos e emoções”, “Quebras de rotina/mudanças”, “Comorbilidades”, “Formas de camuflagem”, “Quando iniciou a camuflagem”, “Pontos positivos da camuflagem”, “Pontos negativos da camuflagem”, “Situações de camuflagem”, “Formas de autorregulação”, “Autoestima antes do diagnóstico” e “Autoestima depois do diagnóstico”.

Tabela 2*Categorias e Subcategorias da Dimensão "Diagnóstico" (N=13)*

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Ref.	Participantes
Diagnóstico	Como aconteceu	Através da escola (n=3)	4	E1; E2; E13
		Observação/contacto com familiares e outras pessoas com PEA (n=4)	7	E3; E5; E6; E7
		Perceção do próprio comportamento (n=8)	10	E3; E4; E7; E8; E9; E10; E11; E12
	Quem estabeleceu	Psicólogo/a / Neuropsicólogo/a (n=8)	8	E3; E4; E6; E7; E8; E9; E12; E13
		Psiquiatra (n=6)	6	E1; E2; E5; E10; E11; E13
	Idade	Antes dos 10 anos (n=1)	1	E2
		Entre os 10 e os 19 anos (n=2)	2	E12; E13
		Entre os 20 e os 29 anos (n=6)	6	E1; E4; E6; E8; E9; E13
		Aos 30 e mais anos (n=5)	5	E3; E5; E7; E10; E11
	Impacto Pessoal do Diagnóstico	Fatores positivos (n=12)	30	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12
		Fatores negativos (n=2)	2	E2; E12
	Reação da família ao diagnóstico	Boa reação (n=7)	18	E3; E4; E5; E6; E9; E11; E12
		Má reação (n=3)	7	E4; E7; E11
		Necessidade de um tempo para adaptação (n=5)	16	E1; E2; E6; E7; E10
	Apoio percebido	Entendimento por parte da família (n=11)	22	E1; E2; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12
		Resistência por parte da família (n=2)	2	E7; E11
		Reação neutra da família (n=2)	3	E3; E13
		Apoio especializado (n=8)	15	E1; E3; E4; E5; E6; E8; E9; E10
	Sintomas/	Olfato	9	E3; E10

Alterações Sensoriais	(n=2)		
	Toque (n=10)	35	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E12
	Paladar/Sabores (n=9)	25	E3; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12
	Texturas (n=11)	29	E1; E2; E3; E4; E5; E7; E8; E9; E10; E11; E12
	Luzes (n=11)	19	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E11; E12
	Sons (n=12)	47	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E11; E12; E13
	Propriocepção (n=9)	34	E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E13
	Interocepção (n=4)	6	E3; E7; E9; E12
Sentimentos e emoções	Dificuldade na gestão de sentimentos e emoções (n=13)	44	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12; E13
	Dificuldade na distinção/perceção de sentimentos e emoções (n=5)	10	E1; E3; E6; E9; E12
Quebras de rotina/mudanças	Dificuldade em lidar com situações inesperadas (n=11)	25	E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12
	Tentativa de/evitamento de situações inesperadas (n=1)	2	E13
	Facilidade de adaptação (n=2)	4	E1; E10
Comorbilidades	Depressão (n=3)	3	E1; E5; E7
	Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (n=7)	11	E2; E3; E4; E5; E7; E10; E11
	Doença metabólica (n=1)	1	E4
	Perturbação de Ansiedade (n=2)	2	E5; E6
	<i>Burnout</i> (n=1)	1	E7
	Doença crónica	7	E7; E8; E9

	(n=3)		
Formas de camuflagem	Ser engraçada (n=1)	2	E5
	Imitar o comportamento do outro (n=3)	6	E5; E6; E12
	Fazer o que é socialmente aceite (n=7)	12	E1; E4; E6; E7; E9; E10; E12
	Ajustar estereotipias (n=6)	8	E3; E6; E7; E9; E12; E13
Quando iniciou a camuflagem	Na infância (n=6)	8	E1; E3; E4; E6; E9; E12
	Na adolescência (n=2)	3	E2; E5
Pontos positivos da camuflagem	Facilitar a interação social (n=6)	11	E1; E3; E4; E5; E6; E7
	Respeito/aceitação por parte da sociedade (n=4)	4	E2; E9; E11; E12
	Aceder a oportunidades pessoais e profissionais (n=3)	3	E6; E8; E10
Pontos negativos da camuflagem	Dificuldade na construção da identidade (n=6)	14	E1; E2; E4; E5; E6; E8
	Cansaço / exaustão / Ansiedade (n=8)	11	E3; E4; E5; E6; E8; E9; E10; E12
	Excesso de autocontrolo por causa da sociedade (n=5)	5	E2; E6; E7; E11; E12
	Dor física (n=2)	3	E7; E9
Situações de camuflagem	Interações sociais (n=9)	25	E1; E2; E4; E5; E6; E8; E9; E11; E13
	Emprego/ Entrevistas de emprego (n=4)	6	E1; E4; E7; E8
	Momentos de entusiasmo (n=1)	1	E3
	Momentos de ansiedade e stress (n=1)	1	E3
Formas de autorregulação	Desenhar (n=1)	1	E1
	Mexer as mãos (n=2)	3	E1; E6
	Reproduzir sons com a boca	1	E1

	(n=1)		
	Utilizar brinquedos/ <i>fidgets</i> (n=2)	2	E3; E6
	Andar descalça (n=1)	1	E3
	Não fazer contacto visual (n=3)	3	E4; E5; E12
	Coçar/morder partes do corpo (n=2)	2	E5; E7
	Mexer/balançar o corpo (n=3)	4	E6; E7; E13
	Repetir palavras/gestos (n=3)	3	E6; E7; E11
Autoestima antes do diagnóstico	Baixa autoestima (n=8)	11	E1; E3; E4; E5; E6; E7; E11; E12;
	Autoestima positiva (n=2)	2	E8; E9
	Confusão acerca de si própria (n=11)	26	E1; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12
	Baixo nível de autoconhecimento (n=6)	6	E2; E4; E5; E6; E8; E12
	Perceção de alto nível de autoconhecimento (n=3)	6	E6; E7; E9
Autoestima depois do diagnóstico	Descoberta de si própria (n=7)	17	E4; E5; E6; E7; E8; E10; E13
	Sem alteração da autoestima (n=2)	3	E1; E11
	Melhoria da autoestima (n=9)	13	E2; E3; E5; E6; E7; E8; E9; E12; E13
	Declínio da autoestima (n=1)	1	E2
	Melhoria do nível de autoconhecimento (n=12)	33	E1; E2; E3; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12; E13

3.1.1. Categoria “Como aconteceu”

Os resultados revelaram uma ligeira predominância da perceção do próprio comportamento ($n=8$; ref.=10), seguindo-se a observação/contacto com familiares e outras pessoas com PEA ($n=4$; ref.=7), e, por fim, através da ação da escola ($n=3$; ref.=4) (Tabela 2).

Deste modo, quanto à percepção do próprio comportamento, encontram-se respostas como: “já tinha desconfiado antes, porque já tinha visto vídeos, já tinha estudado sobre o assunto” (E4); “Quando fui ser diagnosticada, eu já tinha a ideia, já tinha pensado nisso” (E9); “Isto veio nessa coisa de estar com uma psicóloga que é mais sensível à questão do autismo e dadas as minhas dificuldades de interação, de me sentir muito diferente, muito própria” (E10).

Quanto à observação/contacto com familiares e outras pessoas com PEA, registaram-se respostas como: “na minha atividade política acabei a organizar um congresso sobre autismo. (...) E depois comecei a perceber que eram pessoas muito parecidas comigo” (E5); “uma amiga minha foi diagnosticada com ADHD e identificava-me muito com ela.(...) Não sei como passei da suspeita de ADHD para autismo, mas o questionário englobava as duas coisas e era maior a probabilidade de pertencer ao espectro” (E6). Além disso, duas das participantes deram respostas que foram codificadas nas subcategorias percepção do próprio comportamento e observação/contacto com familiares e outras pessoas com PEA, uma vez que, e exemplificando com o caso de E3, as experiências assim o justificavam: “começou pela observação do meu filho, fui vendo algumas características nele que se enquadravam dentro do Espectro do Autismo. (...) E quando comecei a ler, parecia que eu estava a falar da minha infância. Então fui procurar ajuda, orientação” (E3) e “foi em plena pandemia, foi em pleno *burnout*, foi uma das coisas que me levou a entrar neste turbilhão de descobrir uma série de coisas e de perceber que se calhar seria isso, e que culminou realmente no meu diagnóstico”.

Relativamente ao diagnóstico ter acontecido através da escola, salientam-se ideias como: “Foi por acaso o meu diagnóstico. Houve um incidente na minha escola, então levaram-me para o hospital psiquiátrico e aproveitaram para fazer uma avaliação geral” (E1); “Quando eu entrei para a primária” (E2); “No 11º ano uma professora (...) perguntou-me se preferia ter sessões de psicologia com uma psicóloga (...). Aceitei, e depois de algumas sessões com *puzzles* e muitas perguntas sobre tudo desde a infância lá me deu a avaliação do autismo” (E13).

3.1.2. Categoria “Quem estabeleceu”

No que respeita a quem estabeleceu o diagnóstico, oito pessoas referiram terem sido diagnosticadas por psicólogo/neuropsicólogo ($n=8$; ref.=8) (Tabela 2), sendo que sete, especificamente, tiveram o seu diagnóstico através de psicólogos e apenas uma o recebeu por um neuropsicólogo. Além disso, seis pessoas disseram ter tido o seu diagnóstico estabelecido através de psiquiatras/ pedopsiquiatra ($n=6$; ref.=6) (Tabela 2), tendo uma pessoa referido que foi através de um pedopsiquiatra e cinco pessoas através de psiquiatras. Uma das entrevistadas aparece mencionada nas duas subcategorias, uma vez que recebeu

o diagnóstico duas vezes, em diferentes momentos da sua vida: “No 11º ano uma professora (...) perguntou-me se preferia ter sessões de psicologia com uma psicóloga (...). Aceitei, e (...) lá me deu a avaliação do autismo (...) na faculdade, depois de anos conturbados, pedi sessões de psicologia por causa da ansiedade e surgiu o tópico do autismo, e percebi que enquanto para a escola secundária bastava uma avaliação de uma psicóloga, na faculdade era preciso uma psiquiatra” (E13).

3.1.3. Categoria “Idade”

Quanto à idade com que as entrevistadas foram diagnosticadas, optou-se por se fazerem intervalos o mais semelhante possível às etapas de desenvolvimento consideradas no estudo (e.g., “antes dos 10 anos”). Ademais, também uma das participantes aparece representada em dois intervalos de idade diferentes por ter sido diagnosticada duas vezes em momentos distintos, como referido anteriormente. Deste modo, apenas uma participante foi diagnosticada em criança, antes dos 10 anos ($n=1$; ref.=1), duas participantes foram diagnosticadas enquanto adolescentes, entre os 10 anos e os 19 anos ($n=2$; ref.=2), enquanto as restantes foram diagnosticadas já na fase adulta, entre os 20 anos e os 29 anos ($n=6$; ref.=6) e aos 30 mais anos ($n=5$; ref.=5). Assim sendo, a média das idades é de 24,37 anos ($DP=7,66$).

3.1.4. Categoria “Impacto pessoal do diagnóstico”

No que diz respeito ao impacto pessoal do diagnóstico, 12 entrevistadas referiram fatores positivos ($n=12$; ref.=30), embora duas (E2 e E12) também tivessem apontado fatores negativos ($n=2$; ref.=2), além de que uma das entrevistadas (E13) não respondeu a essa questão (Tabela 2).

Relativamente aos fatores positivos, sublinham-se respostas como: “Foi um alívio” (E4); “Ajudou-me muito a compreender a minha situação, fez com que eu não tivesse medo de pedir ajuda, porque eu antes tinha muito medo de pedir ajuda” (E1); “há coisas que nunca consegui fazer e não consegui começar a fazer e foi importante para mim eu perceber que não tenho necessariamente culpa disso” (E9).

Contudo, algumas participantes também referiram que ter o diagnóstico traduziu-se em alguns fatores negativos, como o próprio preconceito da sociedade: “Mas por outro lado, eu sei que havia sempre algumas pessoas que tendiam um bocado à superproteção, havia pessoas que também às vezes... Por eu ter um diagnóstico, às vezes só me olhavam como uma lista de sintomas” (E2); “Primeiro, foi um choque. (...) Não queria ser tratada de forma diferente, não queria ser tratada como uma coitadinha, como uma deficiente. Eu bem via como a maioria das pessoas falava dos autistas e a maneira como gozavam com eles” (E12).

3.1.5. Categoria “Reação da família ao diagnóstico”

No que respeita à reação da família ao diagnóstico verifica-se que, de acordo com as participantes, enquanto alguns membros da família tiveram uma boa reação ($n=7$; ref.=18), noutros casos, outros elementos tiveram uma má reação ($n=3$; ref.=7) havendo também quem reportasse a necessidade de um tempo para adaptação ($n=5$; ref.=16) (Tabela 2).

Relativamente à boa reação, verificam-se respostas como: “Reagiram bem, depois de saberem o diagnóstico e de saberem o que era o autismo, disseram que fazia todo o sentido e que me enquadrava no espectro. E desde aí têm sido o meu maior apoio” (E12); “A minha mãe acompanhou este processo, desde que eu procurei pelo despiste até que fui diagnosticada com PEA. Ajudou-me na procura por respostas, sempre esteve disponível para conversar sobre isto, sendo que aceitou e “lhe fez sentido” este diagnóstico” (E11); “O meu pai disse, “Já desconfiava, porque eu também sou, mesmo não tendo diagnóstico” (...). Foi o primeiro que ao falar ao telefone, ainda não nos tínhamos visto, disse-me, “Tu és como eu.”” (E4).

Quanto à má reação, identificada por três participantes, consistiu em experiências como: “A minha tia (...) negou qualquer hipótese deste diagnóstico ser verdadeiro, acho que com base no que ela conhece do que é “ser autista” que não corresponde à realidade que conhecemos atualmente” (E11); “O meu companheiro é muito mais complicado. Sim, o meu companheiro foi o último a saber e vive comigo” (E7); “a minha avó disse logo “Tu não és autista, os autistas são burros, tu és mais inteligente”” (E4).

No que respeita à necessidade de um tempo para adaptação, emergiu em respostas como: “No início foi difícil de compreender as minhas necessidades e coisas assim, mas agora ela [mãe] está lentamente a compreender as coisas” (E1).

3.1.6. Categoria “Apoio Percebido”

Em relação ao apoio percebido, na Tabela 2 verifica-se que, na generalidade, as participantes sentiram que houve um entendimento por parte da família ($n=11$; ref.=22), embora, em dois dos casos, e por parte alguns membros específicos da família, tenha existido resistência ($n=2$; ref.=2), como se pode observar em respostas como: “ela incentiva-me a ir ao médico, a ir ao psiquiatra, se houver algum problema, ela está sempre disponível para ver o que é que se passa comigo” (E1); “O meu companheiro, sim, sem dúvida” (E6); “cada vez me apoiam mais e sobretudo compreendem” (E7), ou “Os meus pais nunca aceitaram sequer o diagnóstico de PHDA (que considero mais evidente), tanto que só contei a minha mãe sobre o de PEA” (E11); “O meu companheiro é muito mais complicado. (...) Aliás, quando eu lhe

disse que ia dar esta entrevista, ele disse, "Tu não estás boa da cabeça, tu não és autista" (E7).

Houve ainda quem demonstrasse que a reação da família foi neutra ($n=2$; ref.=3), como se verifica nas seguintes respostas: "Eles sempre foram q.b. pacientes, por isso nunca mudaram o seu comportamento ou a sua atitude para comigo. Mas também eu não acho que necessitem" (E3).

Além disso, 12 entrevistadas referiram que são apoiadas por técnicos como psicólogo/a ($n=6$), psiquiatra ($n=3$), psicoterapeuta ($n=1$) e terapeuta/Coach ($n=2$), como se verifica na subcategoria "apoio especializado" ($n=8$; ref.=15).

3.1.7. Categoria "Sintomas/Alterações sensoriais"

Esta categoria agrega as subcategorias com temas associados às alterações e particularidades sensoriais, uma das características da PEA (e.g., APA, 2014).

Deste modo, quanto às alterações sensoriais relativas ao olfato ($n=2$; ref.=9), as participantes identificaram, por exemplo, "cheiros de detergentes" (E3), "cheiro dos tecidos dos autocarros" (E3), "alguém a cheirar mal" (E10).

Relativamente às alterações sensoriais relativas ao toque ($n=10$; ref.=35), as entrevistadas demonstraram o seu incómodo em situações como: "mesmo que os meus filhos venham e se abracem às minhas pernas, que é uma coisa que às vezes o meu filho gosta de fazer, eu não gosto, e tenho que estar a tolerar" (E3); "parece que me é mais estranho o toque das pessoas que são próximas do que das pessoas que não são" (E5); "estou quase sempre só com roupa de homem ou fato de treino ou roupa que não me aperta em nada e eu só estou mais feliz" (E6).

No que diz respeito às alterações sensoriais relativas ao paladar/sabores ($n=9$; ref.=25), as participantes destacaram dificuldades a este nível como: "Tenho problemas com expectativas(...) Por exemplo, uma maçã, um mirtilo, uma laranja são frutas, têm um certo sabor, mas é tipo "Totoloto", pode ser muito doce, muito ácido...(...) Acabo por nunca comer porque acho que pode ser má experiência" (E6); "tudo o que seja muito intenso, ou seja, muito ácido, ou muito amargo, ou muito picante, ou demasiado doce, ou demasiado salgado, ou tudo o que sai ali daquele nível de conforto, não tolero e não como mesmo" (E7).

Já no que respeita às alterações sensoriais relativas às texturas ($n=11$; ref.=29), as participantes identificaram dificuldades, por exemplo com: "gordura" (E1); "coisas líquidas" (E1); "texturas húmidas e viscosas" (E7).

No que se refere às alterações sensoriais relativas às luzes ($n=11$; ref.=19), foram identificadas dificuldades como: "eu não gosto muito de luzes em movimento" (E2); "As luzes de Natal" (E4); "Não consigo estar muito tempo em zonas com luzes brancas ou luzes de teto, começo com enxaquecas e maldisposta" (E8).

Quanto às alterações sensoriais relativas aos sons ($n=12$; ref.=47), as participantes identificaram, por exemplo, os seguintes sons como sendo um incómodo “pessoas a falar alto” (E5), “tic-tac do relógio” (E6), “barulho de fundo (ex.: escritório, transportes públicos, etc.)” (E11). Houve ainda quem referisse que “não vale a pena continuarem uma conversa ou estarem à espera que eu continue a fazer o que estou a fazer porque eu não consigo. Naquele momento a única coisa que existe no meu cérebro é aquele barulho” (E7), e ainda quem reportasse experiências de *shutdown* ou *meltdown* perante a exposição a alguns estímulos sonoros: “comecei a perceber que barulhos repetitivos e contínuos (por exemplo, uma mota a arrancar) me faziam muita confusão, ao ponto de eu me sentir fisicamente mal e acabar por ter *shutdowns* ou *meltdowns*” (E8); “nunca rebentou um balão perto de mim sem eu ter um *meltdown*” (E9).

No que respeita a alterações sensoriais relativas à propriocepção ($n=9$; ref.=34), algumas entrevistadas salientaram situações como: “eu tenho precisamente essa dificuldade em perceber o meu corpo, então eu tenho uma postura má e às vezes nem dou por ela, tenho uma postura toda curvada” (E2); “ando muito aos zig-zags, vou muito contra as coisas” (E5).

Já nas alterações sensoriais relativas à interocepção ($n=4$; ref.=6), as participantes que as identificaram referiram: “nunca sinto que tenho sede ou fome, nem vontade de ir à casa de banho. Só sinto quando já estou no limite” (E12).

3.1.8. Categoria “Sentimentos e emoções”

Nesta categoria encontram-se agregadas duas subcategorias: dificuldade na gestão de sentimentos e emoções ($n=13$; ref.=44) e dificuldade na distinção/perceção de sentimentos e emoções ($n=5$; ref.=10) (Tabela 2).

Na primeira subcategoria, todas as entrevistadas refletiram sobre as suas dificuldades ao nível da gestão emocional, referindo aspetos como: “A mistura de emoções positivas, acredite em mim quando digo que é mais difícil de lidar do que a tristeza, porque a tristeza é uma coisa só. Emoções felizes é difícil, porque no meu caso, o meu corpo e o meu cérebro estão a tentar acalmar as coisas” (E1); “a pessoa fica muito assoberbada e tenho muita dificuldade em gerir as minhas reações, muita dificuldade, sobretudo reações de zanga ou de medo, por exemplo, é muito difícil, é uma gestão mesmo muito difícil” (E7).

Na outra subcategoria foram relatadas as dificuldades sentidas na própria identificação de sentimentos e emoções: “Eu não sei distinguir, por exemplo, tristeza e ansiedade” (E1); “Antigamente eu sentia que toda a gente tinha uma emoção neutra. Mesmo se uma pessoa estava a sorrir ou se estivesse a chorar, eu sentia que essa pessoa só estava neutra. Eu ainda até hoje não consigo ler emoções” (E3); “eu já me apercebi que confundo necessidades fisiológicas com emoções” (E6).

3.1.9. Categoria “Quebras de rotina/mudanças”

Nesta categoria foram incluídas as perspectivas e experiências das participantes relativamente às quebras de rotina/mudanças. De acordo com a Tabela 2, 11 participantes referem que sentem dificuldade em lidar com situações inesperadas ($n=11$; ref.=25), como se verifica em afirmações como: “É como acordar a meio da noite e os estores estão todos fechados e só se vê preto. É exatamente essa a sensação. É horrível” (E9); “Não gosto de quebras na rotina” (E11); “Imprevistos e mudanças de planos deixam-me muito desconfortável e ansiosa. Sinto-me perdida. Parece que o chão debaixo de mim desaparece” (E12).

No entanto, uma das participantes anteriores (E10), juntamente com outra participante (E1), referiram que têm, também, alguma facilidade de adaptação ($n=2$; ref.=4) em determinados contextos, como se pode observar nas seguintes respostas: “tenho uma capacidade de adaptação muito grande” (E10); “Agora, recentemente, tenho percebido que há sempre uma solução, basicamente” (E1).

Outra participante afirmou que procura evitar situações inesperadas ($n=1$; ref.=2): “Quando me encontro com amigos, tento chegar aos pontos de encontro uma hora ou mais antes da hora combinada, caso algum comboio ou autocarro atrase. Eles acham engraçado e já aconteceu irem mais cedo para estarem comigo mais tempo” (E13).

3.1.10. Categoria “Comorbilidades”

No que se refere às comorbilidades associadas, foram (auto)identificadas as seguintes: Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção ($n=7$; ref.=11), depressão ($n=3$; ref.=3), doença crónica ($n=3$; ref.=7), perturbação de ansiedade ($n=2$; ref.=2), doença metabólica ($n=1$; ref.=1) e *burnout* ($n=1$; ref.=1) (Tabela 2).

É de salientar que nem todas as participantes deram respostas de onde se pudesse obter informações sobre comorbilidades, uma vez que não havia nenhuma questão direta sobre este tópico no guião de entrevista. Contudo, entendeu-se como pertinente criar e analisar esta categoria uma vez que a maior parte das participantes referiu esta questão espontaneamente.

3.1.11. Categoria “Formas de camuflagem”

Quanto às formas de camuflagem, as participantes que as mencionam identificam o ser engraçada ($n=1$; ref.=2), imitar o comportamento do outro ($n=3$; ref.=6), fazer o que é socialmente aceite ($n=7$; ref.=12) e ajustar estereótipos ($n=6$; ref.=13) (Tabela 2).

Relativamente ao ser engraçada, uma participante referiu recorrer a esta estratégia como forma de defesa: “O meu mecanismo de defesa em situações sociais é ser a palhaça

do grupo. Estou sempre a fazer piadas, estou sempre a fazer humor com tudo, até com o sofrimento, fazer piadas sobre mim (...). Falo muito e as pessoas riem-se muito e eu sou muito hilariante, então a gente acha-me muita piada” (E5).

No que respeita a imitar o comportamento do outro, uma das três entrevistadas que mencionaram esta estratégia explicou que: “Tenho dificuldade na interação social, não sei muitas vezes o que dizer e como agir, por isso observo como as pessoas à minha volta se comportam e tento agir da mesma forma” (E12).

Quanto a fazer o que é socialmente aceite, evidenciam-se experiências como: “E como eu sei o que é que é suposto, eu tenho uma característica que é, está a acontecer uma situação, eu vejo vários cenários, então, penso no que é que é o socialmente aceite” (E10); “também tem a ver com a minha formação (...) em áreas em que o parecer é relevante, em que o vender a imagem é relevante” (E10); “Na sensibilidade sensorial esforço-me ao máximo para que ninguém perceba, e forço-me a agir da maneira mais normal possível” (E12).

Relativamente ao ajuste das estereotípias, a segunda estratégia mais identificada pelas participantes como forma de camuflagem, foram dados exemplos como: “Faço *stimming* [ou seja, movimentos corporais repetitivos] constantemente, não escondo isso de ninguém nem tento fazê-lo. É necessário para mim e posso, quando muito, tentar fazê-lo de forma mais discreta” (E11); “Toda a gente me diz que não pareço autista. Mas isso só acontece porque eu faço por isso. Eu esforço-me por não parecer autista” (E12).

3.1.12. Categoria “Quando iniciou a camuflagem”

Algumas das participantes referiram que iniciaram a camuflagem na infância ($n=6$; ref.=8) ou na adolescência ($n=2$; ref.=3) (Tabela 2).

No primeiro caso, as participantes em questão relataram situações como: “somos obrigadas desde criança” (E4); “eu acho que este *masking* vem também da forma como somos criadas enquanto raparigas, futuras mulheres, de que não se pode fazer x ou y, ou “Tens de ir dar um beijo àquele, ou um abraço àquele” (E6); “eu acho que o meu *masking* inicial, original, vinha do que os mais velhos me diziam” (E9).

Relativamente ao início da camuflagem durante o período da adolescência, registaram-se respostas como: “Quando eu comecei a ganhar uma consciência na adolescência, comecei a aperceber-me desse conceito de que eu tinha que olhar para os meus colegas e tentar imitá-los” (E2); “acho que se intensificou depois da infância. Acho que na infância não tinha tanta essa percepção do que é que era estranho, do que é que não era” (E5).

3.1.13. Categoria “Pontos positivos da camuflagem”

Os ganhos ou pontos positivos da camuflagem nomeados por 12 das entrevistadas remetem para o facto da mesma facilitar a interação social ($n=6$; ref.=11), possibilitar o respeito/aceitação por parte da sociedade ($n=4$; ref.=4) e o acesso a oportunidades pessoais e profissionais ($n=3$; ref.=3) (Tabela 2).

No que diz respeito a facilitar a interação social, foram descritas vivências como: “Positivo é que consegui fazer a minha vida, mais ou menos, sem que ninguém me achasse incrivelmente estranha” (E5); “Os pontos positivos, eu acho que é sobretudo não incomodar as outras pessoas e, por conseguinte, não nos massacrarem tanto a nós” (E7).

Em relação à percepção de ganhar o respeito/aceitação por parte da sociedade, verificam-se exemplos como: “E é por isso que eu me escondo dentro desta capa de neurotípico. Para ser aceite” (E12).

A percepção de acesso a oportunidades pessoais e profissionais foi apresentada por algumas participantes nos seguintes termos: “Mas diria que, em certas partes da minha vida, o *masking* [camuflagem] salva-me de muitos trabalhos” (E6). Uma das participantes problematizou a possibilidade de a camuflagem contribuir para a perpetuação das dificuldades que enfrenta como mulher com PEA: “conseguir oportunidades que se calhar não conseguiria de outra forma. No entanto, até que ponto é que isso não perpetua ainda mais um sistema que não foi feito para acolher a neurodivergência?” (E8).

3.1.14. Categoria “Pontos negativos da camuflagem”

Relativamente aos pontos negativos associados à camuflagem de sintomas as participantes que os mencionam (12 em 13; Tabela 2) identificaram a dificuldade na construção da identidade ($n=6$; ref.=14), como se pode verificar em reflexões como: “às vezes sinto que não sei bem quem sou, porque estive tanto tempo a fingir que era coisas, ou uma imitação de alguém, ou o que eu achava que devia ser, que às vezes fico...” (E5); “há coisas que para mim é difícil perceber o que é que é a máscara e o que é que sou eu” (E6).

As participantes também referiram o cansaço/ exaustão/ ansiedade ($n=8$; ref.=11) como um ponto negativo da camuflagem, visível em experiências como: “Esgota-me as baterias. Quanto mais *masking* eu fizer, mais cansada eu estou” (E6); “quanto mais acabo por camuflar, mais exausta, mais cansada e mais irritável fico. Normalmente, fico dias sem querer falar com pessoas, qualquer tipo de barulho parece intolerável” (E8); “claramente, é um desgaste emocional, é por isso que muitas vezes associa-se ao autismo a doença mental” (E10).

Também o excesso de autocontrolo por causa da sociedade foi apontado por algumas participantes ($n=5$; ref.=5) como um fator negativo associado à camuflagem de sintomas: “nós

já percebemos que temos que ser, entre aspas, normais, para que nos aceitem, para que nos respeitem, para que consigamos ter a oportunidade de viver uma vida como a que nós queremos, é um bocado conflituoso” (E2).

Além disso, a dor física ($n=2$; ref.=3) também foi referida nos seguintes termos: “é fisicamente doloroso” (E7); “Tanto que eu fico com umas dores, tipo, no corpo, de estar a contrair-me imenso” (E9).

3.1.15. Categoria “Situações de camuflagem”

A generalidade das entrevistadas referiu como situações onde já fizeram camuflagem, as interações sociais ($n=9$; ref.=25), no geral, mas também no emprego/entrevistas de emprego ($n=4$; ref.=6), em momentos de entusiasmo ($n=1$; ref.=1) e em momentos de ansiedade e *stress* ($n=1$; ref.=1) (Tabela 2).

No que concerne à camuflagem de sintomas nas situações de interação social, destacam-se experiências como: “Se a minha colega tem muitos amigos, e ela faz isto, então eu tenho que fazer igual a ela. Porque se ela tem muitos amigos, então eu, se fizer isto, também vou ter muitos amigos” (E2); “Camufla mais quando estou em situações sociais, especialmente porque ainda não sei ler bem os sinais do meu corpo, ainda estou a aprender” (E8).

Quanto ao recurso à camuflagem de sintomas no emprego/entrevistas de emprego, salientam-se vivências como: “Todas as reuniões e entrevistas de emprego que tive foram feitas enquanto eu camuflava as minhas características e acredito plenamente que foi isso que me fez conseguir o meu primeiro trabalho” (E8).

O recurso à camuflagem em momentos de entusiasmo e momentos de ansiedade e *stress*, referido apenas por uma pessoa (E3), foi descrito da seguinte forma: “Camufla especialmente quando estou muito entusiasmada”; “Às vezes também, quando fico ansiosa ou saturada de estar em algum sítio e tenho mesmo que estar lá”.

3.1.16. Categoria “Formas de autorregulação”

No que respeita às formas de autorregulação, ou seja, o modo como cada pessoa é capaz de “se autocontrolar para manter-se em equilíbrio com os estímulos oferecidos pelo ambiente” (Armenara et al., 2022, p. 44), as participantes que as mencionaram salientaram: o desenhar ($n=1$; ref.=1), mexer as mãos ($n=2$; ref.=3), reproduzir sons com a boca ($n=1$; ref.=1), utilizar brinquedos/*fidgets* ($n=2$; ref.=2), andar descalça ($n=1$; ref.=1), não fazer contacto visual ($n=3$; ref.=3), coçar/morder partes do corpo ($n=2$; ref.=2), mexer/balançar o corpo ($n=3$; ref.=4), e repetir palavras/gestos ($n=3$; ref.=3) (Tabela 2).

3.1.17. Categoria “Autoestima antes do diagnóstico”

Para além da reconstituição da história do diagnóstico e sistematização dos sintomas e recurso/estratégias de camuflagem, a Dimensão em análise integra ainda a autoestima, antes e após o estabelecimento do diagnóstico (Tabela 2).

No que se refere à autoestima antes do diagnóstico, oito mulheres referiram ter uma baixa autoestima ($n=8$; ref.=11), expressa da seguinte forma: “a minha autoestima? Uma treta, porque tu foste rotulada de má, insolente, burra também, demasiado sincera ou desbocada. Sei lá, preguiçosa, com a cabeça na lua, infantil, criancinha” (E4); “a minha autoestima era péssima, péssima, péssima, mesmo, a todos os níveis, a nível físico, a nível intelectual, a todos os níveis” (E7).

Não obstante, duas mulheres referiram ter uma autoestima positiva ($n=2$; ref.=2): “A autoestima não era má porque me conseguia adaptar muito facilmente às situações que me iam surgindo” (E8); “antes, antes, acho que até estava ok” (E9).

De forma mais expressiva, as participantes também referiram experimentar confusão sobre si próprias ($n=11$; ref.=26): “Sentia que alguma coisa estava errada, mas eu não sabia o nome do que estava errado” (E1); “Porque eu sentia-me muito diferente das outras pessoas e era sempre muito difícil para mim conectar-me ou fazer-me entender pelos outros” (E3); “Sentia-me muito diferente de toda a gente. Sentia-me um extraterrestre vindo de outro planeta. Não percebia como tudo funcionava. Sentia-me estranha e esquisita” (E12).

Além disso, houve participantes que revelaram um baixo nível de autoconhecimento antes do diagnóstico ($n=6$; ref.=6): “Nível de autoconhecimento? Nenhum. Tu achavas que eras tudo que os outros dizem que tu eras” (E4); “há muita coisa que eu percebia a metade e que faltava uma peça” (E5).

Em contrapartida, também houve quem dissesse que percecionava um alto nível de autoconhecimento antes do diagnóstico ($n=3$; ref.=6), nomeadamente uma das participantes que também aparece mencionada na subcategoria anteriormente analisada (E6; Tabela 2), mas que veio a perceber que, afinal, era baixo: “Eu achava que muito bem. Eu sempre fui bastante analítica comigo própria. Até demasiado. (...) Antes do diagnóstico, eu achava que era muito boa a ler as minhas emoções e as emoções dos outros. E agora rio-me quase desta expressão” (E6).

3.1.18. Categoria “Autoestima depois do diagnóstico”

Após o conhecimento/confirmação do diagnóstico, nove participantes referiram que experimentaram uma melhoria da autoestima ($n=9$; ref.=13) (Tabela 2), o que se pode comprovar através de testemunhos como: “a minha autoestima está melhor, no sentido em que eu há muito tempo que não tenho *loops* de pensamentos autodestrutivos” (E6); “Melhorou

muito a minha autoestima, a minha autoaceitação, sim, muito mesmo” (E7). Porém, uma delas (E2) referiu que a sua “autoestima começou a descer quando [começou] a ganhar mais consciência das coisas, já para entrar na adolescência”, demonstrando um declínio da autoestima ($n=1$; ref.=1), embora, depois, tenha existido uma melhoria - “de há 4 anos para cá eu comecei a melhorar um bocado e ela agora está... está estável” (E2). Ademais, houve também quem não tenha experimentado alterações na autoestima ($n=2$; ref.=3): “Está na mesma” (E1); “Acredito que, no momento da minha vida em que foi, não tenha tido influência a nível da autoestima” (E11).

Por outro lado, mais de metade das participantes revelaram que o diagnóstico permitiu uma descoberta de si próprias ($n=7$; ref.=17) (Tabela 2): “É como se estivesses a construir a tua identidade de outra vez. É estranho” (E4); “uma pessoa que passa 38 anos a passar por normal e depois, de repente, descobre que todas as peças do *puzzle* da minha vida se encaixam, é tão... Tudo faz tanto sentido e é tão libertador que qualquer negatividade é completamente secundária” (E7).

A maioria das participantes concluiu ter havido uma melhoria do nível de autoconhecimento com o diagnóstico ($n=12$; ref.=33): “Muito melhor! Finalmente percebo o que é que eu preciso, o que é que eu não preciso, o porquê que eu tenho algumas reações” (E1); “esta parte do diagnóstico também me permitiu conhecer-me a mim e também dar-me a oportunidade de me ouvir, coisa que eu já não fazia há muito tempo” (E3); “Eu sinto que fiquei a conhecer-me muito mais depois do diagnóstico” (E9).

3.1.19. Discussão da dimensão “Diagnóstico”

Como se pôde observar nas categorias e subcategorias que constam na Tabela 2, as entrevistadas tiveram acesso ao diagnóstico de PEA através de técnicos especializados, como psicólogos, neuropsicólogos, psiquiatras e neuropsiquiatras. Deste modo, o que levou a maioria das participantes a procurar o diagnóstico foi a percepção do próprio comportamento, já em adultas, sendo que apenas uma (E3) referiu que estava em situação de *burnout* quando decidiu dirigir-se a um especialista, o que converge com a ideia de que, tal como Jesus (2021) refere, “[é] por estes sintomas indiretos que muitos adultos com autismo procuram [apoio especializado]” (p. 195). Por outro lado, também existiram respostas que afirmavam que a observação/contacto com familiares e outras pessoas com PEA teria influenciado a procura do diagnóstico, dado que, “[p]or vezes, o diagnóstico surge quando um filho é diagnosticado com autismo, já que não é raro os pais terem também algumas características, ainda que possam situar-se noutro ponto do espetro” (Jesus, 2021, p. 195).

Neste sentido, percebe-se que a maioria das participantes (11 das 13 participantes) teve um diagnóstico tardio, sendo diagnosticadas apenas enquanto adultas, corroborando que realmente existem pessoas que chegam à idade adulta sem terem sido diagnosticadas

(Jesus, 2021). Face ao exposto, o diagnóstico tardio destas mulheres poderá ter sido influenciado pela camuflagem de características (ou *masking*, termo utilizado por muitas), impedindo que os sintomas fossem identificados precocemente (Green et al., 2019; Lai et al., 2017), uma vez que esta camuflagem é feita, muitas vezes, desde a infância, como se verifica nas respostas das entrevistadas. Isto é, dado que a sociedade aceita mais facilmente uma rapariga reservada, com tendência para se distanciar dos outros, do que um rapaz que segue o mesmo comportamento, poderá existir uma dificuldade acrescida de se diagnosticarem os níveis de gravidade mais subtis no sexo feminino, além de que determinada inibição poderá ser percebida como algo a ser valorizado. Assim, essa diferença de expectativas quanto aos comportamentos femininos e masculinos poderá ser uma das explicações para o subdiagnóstico de tantas mulheres (Antunes et al., 2021; Leitão, 2021).

Na mesma linha de pensamento, a camuflagem pode ser realizada através de diferentes formas, tal como referem as próprias entrevistadas, ou seja, sendo engraçadas ou fazendo uma imitação dos comportamentos dos outros, além de tentarem ajustar determinadas estereotipias para que sejam socialmente aceites, havendo, assim, uma discrepância entre o que a pessoa realmente quer expressar e o que demonstra (Lai et al., 2017). Esta ideia vai ao encontro do que está presente no enquadramento teórico deste trabalho, uma vez que Green et al. (2019), Lai et al. (2017) e Leitão & Terra (s.d.) teriam também já identificado formas de camuflagem como a imitação de comportamentos sociais, a realização de piadas ou frases previamente pensadas, bem como a tentativa de contacto visual com o outro. Além disso, no presente estudo, as entrevistadas referiram que têm noção de utilizar a camuflagem em diferentes situações, quer seja em interações sociais, em situações laborais, em momentos de entusiasmo ou em momentos de ansiedade quando junto de outras pessoas, o que poderá significar que as mulheres com PEA tendam a utilizar a camuflagem com o objetivo de tentar minimizar um dos seus principais sintomas e critérios de diagnóstico: “défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos” (APA, 2014, p.57). Ademais, como nos refere Lawson (2017), qualquer comportamento que saia dos padrões impostos pela sociedade é relacionado a má educação e desobediência e, talvez por isso, as mulheres com PEA participantes deste estudo relatem que notaram o desenvolvimento de comportamentos de camuflagem na infância ou na adolescência, sentindo-se “obrigadas desde crianças” (E4) a fazê-lo, dado que esta obrigação parte da “forma como somos criadas enquanto raparigas, futuras mulheres, de que não se pode fazer x ou y” (E6). Apesar disso, de acordo com as participantes, a camuflagem de características pode traduzir-se em alguns pontos positivos, como a facilitação da interação social, maior aceitação e respeito por parte da sociedade e maior acesso a oportunidades pessoais e profissionais, visto que a camuflagem permite a ocultação de algumas dificuldades em situações sociais (Lai et al., 2017), evitando, por exemplo, situações de *bullying* (Costa,

2020) e podendo facilitar a sua integração na sociedade (Beck et al., 2020). Contudo, embora tenham referido alguns ganhos, as entrevistadas também destacaram pontos negativos, isto é, a dificuldade de construção de identidade, o excesso de autocontrolo por causa da sociedade, a dor física, mas também o cansaço, a exaustão e a ansiedade, convergindo com os estudos de Beck et al. (2020) e Lai et al. (2017), que referem a camuflagem como possível causa do aumento de doenças mentais, como perturbação de ansiedade, depressão e aumento dos níveis de stress, uma vez que a própria camuflagem de características pode obrigar a um elevado esforço mental.

Além disso, tal como referido pelas participantes, existem algumas comorbilidades associadas à PEA, sendo a mais destacada por estas, a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), convergindo com os estudos de Hervás e Rueda (2018) que referem que cerca de 30% dos indivíduos diagnosticados com PEA também apresentam sintomas de PHDA.

Porém, apesar de todos os esforços de camuflagem, algumas entrevistadas mencionaram que adotam comportamentos que se traduzem importantes para conseguirem manter o equilíbrio mental face aos variados estímulos que recebem do meio, ou seja, para que se consigam autorregular, quer seja através de desenhos, mexer as mãos, reproduzir sons orais, utilizar *fidgets* (pequenos brinquedos utilizados com as mãos que potenciam o alívio do *stress*), andar descalça, coçar ou morder-se a si própria, balançar o corpo ou repetir palavras e gestos. Outro fator importante que poderá potenciar o equilíbrio das vidas das mulheres com PEA é o apoio que percebem, nomeadamente o familiar que, de acordo com Herrema et al. (2017), é entendido como sendo uma base crucial no confronto com as adversidades existentes ao longo da vida das pessoas neurodivergentes, além do apoio técnico que deverá ser constante, mesmo aquando da idade adulta (Jesus, 2021), para que se possam minimizar as incapacidades resultantes da PEA. Neste sentido, a maioria das mulheres com PEA que participaram no estudo referiram sentirem-se apoiadas pela sua família (embora em dois casos, com elementos familiares específicos, haja alguma resistência), além de, oito das treze mulheres entrevistadas, mencionarem que também são acompanhadas por técnicos especializados.

Quanto às alterações sensoriais, características dos indivíduos com PEA também referidas nos critérios de diagnóstico apresentados pelo DSM-5 (APA, 2014), as participantes mencionaram algumas, nomeadamente relativas às luzes e ao olfato, demonstrando um incómodo quando expostas a determinados tipos de luz ou a cheiros específicos. Além disso, algumas entrevistadas também demonstraram desconforto perante o toque (físico e de alguns tipos de roupa), determinados sons e o paladar/sabor de certos alimentos, tal como referem Posar e Visconti (2018) no seu estudo, além de explorarem também a alta tolerância à dor de algumas pessoas com PEA. Complementarmente, o sentido da propriocepção é

apontado como sendo uma dificuldade pelas investigadas, dado que a consciência espacial e de sensações corporais pode ser um desafio para pessoas com PEA (Paredes & Ramos, 2023). Também os défices presentes no sentido da interocepção podem estar associados à PEA, visto que, por vezes, existe uma dificuldade de perceção de sinais fisiológicos como a sensação de sede, fome, vontade de urinar, entre outros (Marmeleira & Veiga, 2018; Paes & Negreiros, 2023), tal como referem algumas entrevistadas.

Além das dificuldades anteriormente descritas, pessoas com PEA podem apresentar dificuldades na gestão de sentimentos e emoções, como se verificou nas respostas de todas as participantes relativamente a essa temática, indo ao encontro do que referem Hervás e Rueda (2018), dado que este défice poderá aumentar os níveis de irritabilidade, ansiedade e descontrolo emocional. Ademais, algumas participantes também mencionaram a dificuldade na distinção/perceção de sentimentos e emoções, quer seja em relação a elas mesmas ou aos outros. Como Hervás (2017) referiu no seu artigo, a alexitimia (dificuldade em identificar as próprias emoções) poderá afetar a empatia para com as outras pessoas, na medida em que também será difícil de compreender as emoções do outro.

Também as mudanças e quebras de rotina foram descritas por 11 das 13 participantes como sendo algo que lhes causa muito transtorno, utilizando expressões como “é horrível” e “deixam-me desconfortável e ansiosa”, podendo dar origem a *meltdowns* e *shutdowns*, isto é, crises causadas por sobrecargas sensoriais e emocionais que podem ser vividas através da repetição intensa de movimentos e choro, ou ser como um “desligamento” da pessoa (Paes & Negreiros, 2023).

Ao longo das entrevistas, também foram abordadas questões referentes à autoestima foram abordadas, percecionando-se que, na maioria dos casos, os níveis de autoestima antes do conhecimento do diagnóstico eram baixos, assim como o grau de autoconhecimento, existindo vários relatos sobre a existência de um sentimento de confusão acerca de si próprias (11 de 13 participantes). Após o conhecimento do diagnóstico de PEA, quase todas as participantes referiram que o mesmo impactou positivamente a sua vida, sentindo-se, muitas vezes, aliviadas por “a peça que não encaixava em lado nenhum, finalmente encaixar” (E4). Consequentemente, a maioria das entrevistadas menciona que a autoestima após o diagnóstico aumentou, refletindo-se também na melhoria dos níveis de autoconhecimento, destacando que a descoberta do diagnóstico permitiu uma melhor perceção das suas próprias necessidades (Soares et al., 2023).

No decorrer das várias entrevistas, foi interessante perceber que muitas das participantes utilizam termos em inglês para se referirem a especificidades da PEA, tal como “*masking*”, “*stimming*”, “*meltdown*” e “*shutdown*”. A não utilização destes termos em português poderá dever-se ao facto da inexistência de literatura nacional suficiente que aborde a temática e, uma vez que, para se encontrar informação sobre a PEA é necessário recorrer-

se a literatura estrangeira, é natural que muitas vezes não existam traduções para estes termos e as pessoas com PEA sejam obrigadas a utilizarem-nos em inglês. Esta é uma das questões que será interessante aprofundar em estudos futuros.

3.2. Dimensão “Infância”

Quanto à Dimensão “Infância”, na Tabela 3 estão identificadas as seguintes categorias (e respetivas subcategorias): “Dificuldades a nível pessoal e social”, “Aspetos facilitadores a nível pessoal e social”, “Escola” e “Tipos de brincadeiras”.

Tabela 3

Categorias e subcategorias da Dimensão “Infância” (N=13)

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Ref.	Participantes
Infância	Dificuldades a nível pessoal e social	Poucas amizades (n=10)	23	E1; E2; E3; E4; E6; E7; E8; E10; E11; E12
		Comunicação e relação com os pares (n=13)	45	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12; E13
		Comunicação e relação com adultos (n=6)	15	E4; E8; E9; E10; E11; E13
	Aspetos facilitadores a nível pessoal e social	Algumas amizades (n=3)	3	E5; E7; E9
		Comunicação e relação com os pares (n=3)	4	E5; E8; E9
		Comunicação e relação com adultos (n=12)	35	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12
		Comunicação virtual (n=1)	1	E4
		Fala precoce (n=4)	5	E4; E7; E9; E13
		Apoio técnico (n=3)	5	E1; E2; E11
	Escola	Dificuldades de aprendizagem (n=5)	17	E1; E3; E4; E6; E9
		Dificuldades de concentração/ Comportamento (n=4)	7	E3; E5; E7; E12
		Sentimento de “estar desenhadrada” (n=2)	3	E9; E10
		Apoio técnico	8	E2; E3; E4; E9

	(n=4)		
	Más notas (n=4)	5	E1; E3; E5; E7
	Boas notas (n=12)	16	E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12; E13
	Boa relação com alguns colegas (n=3)	3	E9; E12; E13
	Má relação com colegas (n=7)	13	E1; E3; E6; E7; E8; E10; E12
	Boa relação com professores e técnicos/auxiliares de ação educativa (n=8)	19	E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E10
	Má relação com professores e técnicos/auxiliares de ação educativa (n=3)	7	E1; E11; E13
	Gostava de ir à escola (n=6)	10	E2; E4; E5; E8; E9; E10
	Não gostava de ir à escola (n=6)	9	E1; E3; E7; E10; E11; E12
Tipos de brincadeiras	Imitação (n=7)	9	E2; E4; E5; E7; E9; E10; E12
	Jogos (n=7)	13	E2; E3; E4; E6; E9; E10; E11
	Brinquedos (n=12)	19	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12
	Outros modos de brincar (n=9)	25	E1; E2; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E13
	Brincadeiras sozinha (n=9)	10	E1; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E11; E12
	Brincadeiras acompanhada (n=4)	6	E4; E9; E10; E11

3.2.1. Categoria “Dificuldades a nível pessoal e social”

Na dimensão “Infância”, começou-se por analisar a categoria correspondente às dificuldades a nível pessoal e social. Assim, destacam-se as seguintes subcategorias: comunicação e relação com os pares (n=13; ref.=45), poucas amizades (n=10; ref.=23) e comunicação e relação com os adultos (n=6; ref.=15) (Tabela 3).

No que respeita à comunicação e relação com os pares, todas as entrevistadas revelam algumas dificuldades nesse campo, destacando experiências como: “eu compreendia mais coisas como filmes, livros, política, quando era mais nova do que os miúdos, porque os miúdos só falavam de brincadeiras ou de bonecos. Eu não me interessava disso. Interessava-me mais livros e filmes” (E1); “Nunca soube como começar amizades, era difícil aproximar-me de outras crianças para brincar ou falar” (E8).

E uma vez que a comunicação e relações com os pares se traduziam em algo complexo, a maioria das mulheres revelou ter poucas amizades na infância: “chegava da escola a chorar porque não tinha amigos” (E2); “As amizades eram complicadas” (E4); “Quando era criança tinha poucos amigos e amigas, sempre me isolei um pouco e sentia que eles não me entendiam ou faziam demasiado barulho” (E8).

Embora os resultados não evidenciem tantos casos em que as entrevistadas tivessem dificuldades quanto à comunicação e relação com adultos, algumas mulheres realçam certos obstáculos nessa área: “Sempre tive problemas a comunicar, não em termos de me expressar, mas em saber como fazê-lo e o que dizer em cada situação” (E8); “Sempre foi difícil estabelecer comunicação” (E11).

3.2.2. Categoria “Aspetos facilitadores a nível pessoal e social”

No que toca a aspetos facilitadores a nível pessoal e social, salientam-se: a comunicação e relação com adultos ($n=12$; ref.=35), comunicação e relação com os pares ($n=3$; ref.=4), algumas amizades ($n=3$; ref.=3), a fala precoce ($n=4$; ref.=5), o apoio técnico ($n=3$; ref.=5) e a comunicação virtual ($n=1$; ref.=1).

Contrariamente ao que acontece na categoria analisada anteriormente, em que a comunicação e relação com adultos era encarada como uma dificuldade por algumas participantes, aqui verifica-se que a maioria reporta vivências onde a comunicação e relação com adultos emerge como algo positivo: “eu conseguia relacionar-me melhor com as pessoas adultas. Era fácil entender as conversas deles” (E4); “a relação com adultos era bastante boa porque eu sempre tive interesses muito diferentes e sempre fui muito precoce em tudo, inclusive em termos académicos, e portanto os adultos eram muitíssimo mais enriquecedores do que uma criança” (E7); “eu gostava mais de falar com adultos do que com crianças” (E9).

Embora na categoria analisada anteriormente todas as entrevistadas descrevessem experiências em que tiveram dificuldades de comunicação e relação com os pares na infância, algumas delas também referiram que, nalguns momentos específicos da sua infância, a comunicação e relação com os pares não se revelou um obstáculo: “Mas eu tinha umas meninas que eram mais próximas de mim na escola e tenho a ideia de sermos muito amigas” (E5); “Em criança, não me lembro de ter grandes problemas com crianças mais próximas” (E8).

No que diz respeito a algumas amizades, a participante E7, apesar de ter demonstrado que “o que era normal era não ter amigos”, “às vezes tinha amigos que eram neurodivergentes”. Quanto às restantes participantes que revelaram ter tido algumas amizades na infância, salientam-se experiências como: “Tinha. Eram mais amigas” (E5); “E tinha alguns amigos que eu era mais próxima, que a minha mãe nunca conseguiu perceber se eu era amiga deles porque queria ou era amiga deles porque eu tinha de ser amiga deles” (E9).

Algumas entrevistadas referiram também que começaram a falar precocemente, destacando esse facto como um aspeto facilitador: “eu comecei a falar muito cedo e sempre tive muito vocabulário” (E7); “[a minha mãe disse-me, uma vez,] “não tiveste dificuldade em aprender a falar... com um ano e meio começaste a dizer as primeiras palavras”, por acaso na nossa primeira viagem mãe-filha, quando fomos a Amesterdão” (E13).

Além disso, apenas três entrevistadas referiram que tiveram apoio técnico no período da infância: “Estive sempre acompanhada por um pedopsiquiatra até aos 18 anos” (E1); “eu andei na terapia da fala quando andava no infantário” (E2); “Fui seguida em pedopsiquiatria durante muito tempo e os “conselhos” dos médicos e de pessoas de referência foram a ajuda que tive” (E11).

Relativamente à comunicação virtual, apenas uma das mulheres manifestou que se sentia mais à vontade em comunicar via Internet, percecionando uma melhor expressão da sua comunicação quando comparada a uma conversa presencial: “E quando foi inventado o chat, o computador e tal, era mais fácil do que a conversa normal” (E4).

3.2.3. Categoria “Escola”

Relativamente à escola, emergiram várias subcategorias, já expostas na Tabela 3, que serão analisadas nos próximos parágrafos.

Como evidencia a Tabela 3, a maior parte das participantes (12 das 13 participantes) referiram ter tido boas notas na escola ($n=12$; ref.=16): “Sempre tive boas notas e raramente senti dificuldades no processo de aprendizagem *per si*” (E11); “eu era uma excelente aluna” (E10); “eu tinha muito bom a tudo” (E9). Contudo, houve quem passasse pela experiência de ter tido más notas ($n=4$; ref.=5), inclusivamente participantes que também tiveram alguns períodos com boas notas escolares: “Horríveis, exceto o inglês” (E1); “perdi o comboio da matemática, que é a coisa mais universal que existe, e a partir do momento em que eu perdi o comboio da matemática nunca mais ninguém conseguiu fazer recuperar o comboio da matemática” (E7). Repare-se que, duas das participantes que referiram experienciar más notas escolares (E1 e E3), demonstraram também ter dificuldades de aprendizagem ($n=5$; ref.=17), o que poderá ter sido uma das causas para o seu mau desempenho escolar: “tenho muita dificuldade em escrever sem dar erros. Eu sou capaz de escrever a mesma palavra

num parágrafo, três vezes, de três formas diferentes. Todas mal” (E3). Porém, curiosamente, as outras três participantes (E4, E6 e E9) que referiram ter sentido dificuldades de aprendizagem, incluem-se nas entrevistadas que referem ter tido boas notas no período da infância, uma vez que as suas dificuldades se prendiam com questões específicas, nomeadamente no que toca à escrita, o que poderia não influenciar negativa e diretamente o sucesso em determinadas disciplinas: “a minha caligrafia era péssima” (E4); “lembro-me, na escola, de eu dar tantos erros em cópias que normalmente os erros tinham de ser corrigidos 5 vezes cada um” (E9).

Outro resultado curioso, é o facto de apenas duas das participantes que revelaram ter tido dificuldades de aprendizagem (E3 e E4) terem recebido apoio técnico ($n=4$; ref.=8), possivelmente para que se pudessem ultrapassar tais dificuldades: “Enquanto eu tinha o ensino, a unidade de autismo estava lá. Eu ia para lá, uma, duas vezes por semana” (E2); “tinha uma professora de educação especial” (E3). No caso específico da participante E2, a única participante diagnosticada com PEA antes dos 10 anos (Tabela 2), o apoio específico (ensino estruturado) de que beneficiou na escola é explicado pelo facto de ter tido conhecimento do diagnóstico na infância.

Ainda voltando à questão dos baixos resultados escolares referida por algumas entrevistadas, note-se que três delas (E3, E5 e E7) mencionaram que também experienciaram dificuldades de concentração/comportamento ($n=4$; ref.=7), o que poderá ter sido outro fator prejudicial para o sucesso escolar: “as minhas dificuldades eram mesmo, a parte de prestar atenção, a parte de estar quieta, a parte comportamental” (E3); “tinha dificuldades de concentração” (E5); “dependia sobretudo da minha capacidade de estar atenta nas aulas” (E7).

Por outro lado, também se constata que, no que se refere à experiência de uma boa relação com professores e técnicos/auxiliares de ação educativa ($n=8$; ref.=19), há participantes que também mencionaram facilidade de comunicação e relação com adultos de um modo geral (resultado analisado na categoria anterior): “Relacionava-me sempre muito melhor com os professores do que com os meus colegas” (E3); “eu era aquela miúda que ia falar com a contínua ou que queria ficar na sala de aulas e ficar a falar com a professora” (E7). Curiosamente, as participantes que experienciaram boas relações com professores e técnicos, não são as mesmas que mencionaram ter tido uma boa relação com alguns colegas ($n=3$; ref.=3), salientando ideias como: “tinha uma ou duas colegas com quem costumava brincar mais” (E12); “Na escola, a partir do 5º ano, tinha duas colegas com que mais falava” (E13). Todavia, mais de metade das entrevistadas refere ter experienciado uma má relação com colegas ($n=7$; ref.=13), sendo que as mesmas participantes também já teriam expressado dificuldade de comunicação e relação com os pares na categoria anterior: “Sofri os mais variados tipos de *bullying*, desde mesmo bater, roubar coisas, estragar coisas, todas

essas coisas” (E7); “As minhas relações com os colegas eram ligeiramente limitadas, tinha tendência a isolar-me mesmo quando posta em grupos” (E8); “os meus colegas não ajudavam muito, só gozavam comigo” (E12). Posto isto, uma das possíveis causas para que algumas entrevistadas tenham mencionado que não gostavam de ir à escola ($n=6$; ref.=9), poderá estar relacionada com as dificuldades na relação com colegas/pares, uma vez que existem cinco participantes em comum nestas duas subcategorias (E1, E3, E7, E10 e E12): “eu não gostava de ir para a escola. Eu chorava todos os dias. Eu todos os dias pedia à minha mãe para não me deixar ir para a escola” (E3); “Com o tempo a passar, cada vez menos eu gostava de ir à escola. Cada vez me era mais difícil” (E12). No caso da participante E10, apesar de ter referido que “não gostava de ir à escola, porque era um ambiente que eu não gostava, não me identificava”, admite que, por outro lado, gostava de ir à escola pelo facto de gostar de aprender. Assim como esta entrevistada, houve ainda outras que, pelos mesmos motivos, também salientaram que gostavam de ir à escola ($n=6$; ref.=10): “Eu gostava, eu queria ir à escola!” (E4); “sempre adorei a escola, adorava aulas, passava o início de setembro cheia de ansiedade porque só queria voltar, e lia os manuais todos antes porque adorava que chegassem os manuais, adorava ver o que é que ia ser ensinado” (E9).

Porém, houve duas participantes que afirmaram ter um sentimento de “estar desenquadrada” ($n=2$; ref.=3), referindo que o que aprendiam na escola estava aquém das expectativas das mesmas: “parecia que estava muito à frente dos colegas, que socialmente parecia que estava à frente, tinha mais noção das coisas, tinha mais capacidades sociais que os meus colegas, não fazia tantos comentários de criança como as outras pessoas faziam” (E9).

Além disso, é importante salientar que, em contraste com o resultado analisado anteriormente, acerca da boa relação com professores e técnicos/auxiliares de ação educativa, também houve quem destacasse que presenciou uma má relação com professores e técnicos/auxiliares de ação educativa ($n=3$; ref.=7), podendo ser outra das possíveis causas para que algumas participantes não gostassem de ir à escola (como E1 e E11 que são referenciadas nas duas subcategorias): “Tratavam-me como se fosse uma aberração” (E1); “com professores foi uma relação sempre muito má (...) porque foi sempre na base do “tem um potencial enorme, está a desperdiçá-lo com estes problemas comportamentais”, que na realidade sempre me fizeram sentir, para além de incompreendida, incapaz” (E11); “professores que às vezes nos chamavam parvos ou não tinham em conta a nossa idade” (E13).

3.2.4. Categoria “Tipos de brincadeiras”

Após a aplicação das entrevistas, constata-se que as mulheres entrevistadas teriam vários tipos de brincadeiras quando crianças, além de que algumas preferiam brincadeiras sozinhas e outras acompanhadas.

No que toca às brincadeiras com brinquedos ($n=12$; ref.=19), as entrevistadas referiram frases como: “brincava com os meus peluches ou às *Barbies*” (E1); “Tanto brincava com bonecas, com carrinhos, tipo, eu simplesmente gostava de brincar” (E2); “Adorava *Playmobil* (...) com os bonecos todos alinhados, para fazer tipo um teatrinho” (E4). Note-se que 9 das 12 entrevistadas que abordaram estas temáticas referem também que tendiam a realizar as suas brincadeiras sozinhas ($n=9$; ref.=10): “Eu brincava sempre sozinha” (E1); “preferia brincar virada por um canto, sozinha” (E6). Além disso, no decorrer das entrevistas, grande parte das participantes também referiu outros modos de brincar ($n=9$; ref.=25), como ler, andar de bicicleta, escrever, entre outros, sendo que, paralelamente, sete destas referem também a tendência para brincarem sozinhas (E1, E4, E5, E6, E7, E8 e E9): “se estava lá fora, normalmente, estava a fazer *scan* aos muros todos, à procura de gafanhotos, ou de algum inseto, ou o que seja, uma pedra bonita” (E6); “gostava de desmontar coisas” (E7); “eu gostava muito de livros” (E9); “brincar com as coisas da natureza: paus, pedras e bichinhos” (E13). No entanto, algumas participantes também afirmaram que as suas brincadeiras eram acompanhadas ($n=4$; ref.=6), nomeadamente as participantes E4, E9 e E11 que também foram mencionadas na subcategoria “brincadeiras sozinha”, embora as mesmas referissem que apenas brincaram acompanhadas com pessoas específicas em momentos específicos das suas vidas: “com um grupo de vizinhos” (E4); “Também metia o meu irmão a fazer espetáculos comigo, se fosse preciso” (E9); “Brincava mais com adultos, principalmente com a minha mãe” (E11).

Quanto às brincadeiras através de jogos ($n=7$; ref.=13), houve participantes que as mencionaram, e que, ao mesmo tempo, também estão referenciadas em outras subcategorias: “Eu até tinha um puzzle que já o sabia fazer tão bem que eu até comecei a virá-lo ao contrário, para eu fazer com ele virado ao contrário e tentar descobrir onde é que as peças encaixavam pelas formas” (E3); “Gostava muito do que tinha a ver com construir” (E9); “Sempre gostei muito de jogos de vídeo e passei muitas horas a jogar” (E11). O mesmo acontece relativamente às brincadeiras de imitação ($n=7$; ref.=9), onde as entrevistadas que experienciaram esse tipo de brincadeiras também referiram outros tipos, podendo significar que meninas com PEA podem apresentar mais do que uma forma de brincar: “Era professora dos bonecos. Portanto, também gostava de fazer alguma imitação” (E2); “Fazia jogos de imitação daquele faz-de-conta” (E4); “Imaginava que era cega e usava uma venda para andar. Imaginava que tinha um canil e tinha de cuidar dos animais todos. Imaginava que era uma fada que tinha vindo a este mundo para o salvar” (E12).

3.2.5. Discussão da dimensão “Infância”

Na Tabela 3 é possível observar um padrão nalguns resultados de certas categorias e subcategorias, nomeadamente naquelas que se referem à dificuldade e/ou facilidade de estabelecimento de relações interpessoais com diferentes pessoas. Como dificuldades a nível pessoal e social na infância, podem-se destacar a comunicação e relação com os pares, o que, consequentemente, leva a que estas mulheres tivessem tido poucas amizades. Além disso, também na escola existe uma prevalência de experiências que destacam más relações com colegas, havendo relatos de várias situações de *bullying* vivenciadas por diferentes participantes, existindo a possibilidade de que tais dados estejam também relacionados com a dificuldade de comunicação e relação com os pares. Estes resultados vão, por um lado, ao encontro do primeiro critério de diagnóstico definido pelo DSM-5 (APA, 2014) que se traduz em dificuldades persistentes na comunicação social e interação social, nomeadamente no que se refere ao “fracasso em iniciar ou responder a interações sociais” (APA, 2014, p. 57), além dos “défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos (...) ou fazer amigos” (APA, 2014, p. 57). Por outro lado, confirma a suscetibilidade de pessoas com PEA a situações de violência, nomeadamente o *bullying* (Serra et al., 2023), uma vez que, a criança com PEA pode ser “vítima de gozo e tortura, que pode assumir diversas formas. Para muitos, a escola é um inferno e um potencial para abusos físicos e psicológicos enormes” (Antunes et al., 2021, p. 156). Para além disso, o facto de existirem mulheres que revelaram ter tido um sentimento de “estar desenquadrada” no que diz respeito à escola, referindo que “não fazia tantos comentários de criança como as outras pessoas faziam” (E9), não se identificando com os mesmos, converge também com o primeiro critério de diagnóstico, no sentido em que existe uma “ausência de interesse nos pares” (APA, 2014, p. 57).

Por outro lado, e divergindo com o primeiro critério de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2014), é interessante perceber que os resultados apontam para a comunicação e relação com adultos como um aspeto facilitador a nível pessoal e social, isto é, as participantes revelaram sentir uma maior facilidade em estabelecer e manter relações com pessoas adultas do que com os seus pares, nomeadamente na escola, em que a maioria também salienta uma melhor relação com professores e técnicos/auxiliares de ação educativa do que com os seus próprios colegas. Neste sentido, esta ideia converge com o que referem Antunes et al. (2021), dado que a “dificuldade maior está na interação com crianças da mesma idade” (p. 161), sendo comum a aproximação de crianças com PEA aos adultos.

Especificamente em relação à escola, a maioria das entrevistadas referiu ter tido boas notas, embora quatro delas mencionassem dificuldades de concentração e de comportamento. Uma vez que três das participantes que afirmaram ter sentido este tipo de

obstáculos também possuíam PHDA (Tabela 2), poderá existir alguma relação entre estes dois fatores, uma vez que, segundo o DSM-5 (APA, 2014), o indivíduo com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção, “[f]requentemente, falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares” (APA, 2014, p. 69), resultado da dificuldade na “regulação da atenção e do comportamento, devido a disfunções na regulação das substâncias químicas que permitem o funcionamento normal do nosso cérebro” (Antunes et al., 2021, p. 227). Além disso, também três das entrevistadas diagnosticadas com PHDA (E2, E3 e E4) tiveram apoio técnico na escola, além de outra participante que refere ter tido dificuldades de aprendizagem (E9). Ou seja, sendo que apenas quatro entrevistadas afirmaram ter tido apoio técnico na escola, nota-se que este número é bastante reduzido relativamente ao número total das participantes, constatando-se o facto de que o apoio técnico nas escolas, por vezes, poderá ficar aquém das necessidades dos alunos, nomeadamente quando pessoas com PEA, em particular raparigas, não são diagnosticadas na infância (Wilkinson, 2008).

Quanto aos tipos de brincadeiras, verificou-se que as mulheres entrevistadas enunciaram diferentes formas de brincar, não sendo só, como refere Leitão (2021), o colecionar brinquedos, agrupá-los ou alinhá-los. Mesmo tendo, a maioria das participantes, demonstrado a preferência por brincarem sozinhas, estas referiram diferentes modos de brincar, nomeadamente através de brinquedos (e.g., bonecas, carrinhos, etc.), jogos (e.g., puzzles, videojogos, etc.), outras formas (e.g., andar de bicicleta, andar de baloiço, ler, etc.) ou até mesmo, brincadeiras de imitação (e.g., fingir ser algum personagem), indo ao encontro de Silva et al. (2021), que referem que a criança com PEA tem a capacidade de recriar aspetos do quotidiano ao realizar brincadeiras de “faz de conta”. No entanto, apesar de terem sido menos pessoas a vivenciar brincadeiras acompanhadas, as que as mencionaram destacaram também a versatilidade nas brincadeiras, nomeadamente no que respeita às brincadeiras imaginativas (e.g., “Também metia o meu irmão a fazer espetáculos comigo, se fosse preciso” (E9)), divergindo, de certa forma, das “dificuldades em partilhar jogos imaginativos” (APA, 2014, p. 57), como referido no DSM-5.

3.3. Dimensão “Adolescência”

Na Dimensão “Adolescência”, as categorias analisadas traduzem-se em “Desafios/Dificuldades” e “Aspetos facilitadores” das participantes face a esta dimensão (Tabela 4).

Tabela 4*Categorias e subcategorias da Dimensão "Adolescência" (N=13)*

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Ref.	Participantes
Adolescência	Desafios/ Dificuldades	Relações interpessoais com adultos (n=6)	6	E2; E4; E5; E8; E9; E11
		Relações interpessoais com pares (n=11)	34	E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12
		Falta de apoio técnico/escolar (n=1)	1	E1
		Falta de apoio familiar (n=7)	10	E1; E3; E5; E7; E9; E10; E11
		Aceitação do diagnóstico (n=1)	1	E2
		Desenvolvimento físico na adolescência (n=10)	41	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E9; E11; E13
	Aspetos facilitadores	Relações interpessoais com adultos (n=5)	9	E1; E6; E7; E9; E10
		Relações interpessoais com pares (n=7)	10	E1; E3; E4; E6; E9; E11; E13
		Apoio técnico/escolar (n=1)	1	E2
		Apoio familiar (n=3)	4	E2; E6; E8
		Leitura de livros relacionados com a puberdade (n=5)	7	E2; E4; E6; E7; E10
		Indiferença quanto à puberdade (n=6)	10	E1; E7; E8; E10; E12; E13

3.3.1. Categoria “Desafios/Dificuldades”

Tal como na dimensão “Infância”, analisada anteriormente, as relações interpessoais com pares na adolescência (n=11; ref.=34) mantêm-se como sendo um desafio para grande

parte das participantes: “Com os meus colegas, é que, a partir de uma certa altura, já não era aquele *bullying*, mas passava a ser mais uma espécie de exclusão” (E2); “Não os entendia, eles não me entendiam a mim” (E7); “comecei a reparar que não tinha os mesmos gostos que os meus colegas, que não falava da mesma forma que os meus colegas e acho que aí já comecei a ter uma relação mais difícil com os colegas” (E9). Pelo contrário, algumas entrevistadas que referiram a comunicação e relação com adultos como um aspeto facilitador no período da infância, na adolescência destacam essas relações interpessoais com adultos ($n=6$; ref.=6) como uma dificuldade, nomeadamente com os pais/família ($n=3$; ref.=3), sendo que, nalguns casos, houve até um certo afastamento: “Com os meus pais fechei-me mais, escondia muitas coisas, fazia asneiras” (E5); “Isolava-me muito da família” (E11).

Outro desafio enumerado pela maioria das participantes traduz-se nas dificuldades sentidas durante o desenvolvimento físico na adolescência ($n=10$; ref.=41) relativas às questões da puberdade, nomeadamente no que diz respeito à difícil gestão e compreensão da menstruação/menarca: “isto foi o meu pior pesadelo” (E6); “pânico quando aquilo [menstruação] apareceu” (E4); “sensorialmente fazia-me confusão, e é uma coisa que ainda me faz um bocado confusão” (E9). Algumas destas dificuldades poderão estar relacionadas com a falta de apoio familiar ($n=7$; ref.=10), uma vez que a puberdade era, segundo algumas participantes, tida como um tabu para as famílias, o que levava à não existência de abertura para conversas sobre estas questões: “A minha mãe tem mais 40 anos que eu, por isso para ela tudo era um tabu, então não havia lugar propriamente para falar com ela e ela também não permitia grande abertura” (E3); “Nunca foi um tema que me sentisse confortável para abordar com ninguém, por isso as dificuldades pelas quais passei fui arranando estratégias sozinha ou com pares (online, fóruns, etc.)” (E11). Ademais, também a falta de apoio técnico/escolar na adolescência ($n=1$; ref.=1) poderá ter tido impacto nos desafios relacionados com a puberdade, embora só tenha sido referido por apenas uma participante: “nunca tive educação sexual na escola, nunca” (E1).

Além de todas as dificuldades já mencionadas pelas participantes relativas ao período da adolescência, a única participante diagnosticada com PEA enquanto criança (E2), referiu que a aceitação do diagnóstico na adolescência ($n=1$; ref.=1) foi um desafio para a mesma, possivelmente devido ao estigma da sociedade: “eu durante a adolescência não aceitava muito bem... não lidava muito bem com o facto de ter um diagnóstico” (E2).

3.3.2. Categoria “Aspetos facilitadores”

Em contraste com o que foi referido na categoria anterior, houve quem considerasse as relações interpessoais com adultos ($n=5$; ref.=9) um aspeto facilitador, mantendo a mesma opinião que teriam face à facilidade de comunicação e relação com adultos na infância: “Sentia-me mais à vontade” (E6); “Preferia as festas ou jantares dos meus pais do que festas

e jantares de colegas” (E9). Já no que respeita às relações interpessoais com pares ($n=7$; ref.=10), note-se que cinco das sete participantes presentes nesta subcategoria (E3, E4, E6, E9, e E11), já tinham referido as relações interpessoais com pares na adolescência como um desafio/dificuldade; no entanto, tais entrevistadas distinguem diferentes fases dentro do período da adolescência, o que, conseqüentemente, as remete para diferentes experiências a este nível: “no secundário é que comecei a conseguir relacionar-me com mais pessoas” (E3); “fazia mais amizades a partir de jogos online, nos antigos fóruns que a internet costumava ter” (E13).

Outro aspeto facilitador referido por algumas entrevistadas no período da adolescência, foi a indiferença quanto à puberdade ($n=6$; ref.=10), isto é, a passagem pela mesma de uma forma mais natural e compreensiva: “No meu caso foi relativamente tranquilo” (E7); “Penso que foi um processo normal de aprendizagem. Aprendi ao observar as outras pessoas e a ver como elas faziam” (E12). Além disso, também a existência de apoio técnico/escolar ($n=1$; ref.=1), embora referido apenas por uma participante, poderá ter sido um dos fatores que facilitou a passagem pelas questões do desenvolvimento físico na adolescência: “tinha uma bibliotecária na minha escola com quem eu cheguei a falar com ela sobre algumas dúvidas” (E2). Por outro lado, o apoio familiar ($n=3$; ref.=4), mencionado por três entrevistadas, também ajudou na compreensão das mudanças físicas relacionadas com a adolescência: “acho que quem percebia mais [as minhas dúvidas] era a minha prima” (E6); “tive sempre o apoio da minha mãe para tudo” (E8).

Além disso, o que poderá ser uma das estratégias face aos desafios do desenvolvimento físico na adolescência, bem como da falta de apoio familiar, é a leitura de livros relacionados com a puberdade ($n=5$; ref.=7), acabando por ser das únicas formas de informação e esclarecimento de dúvidas para algumas participantes: “a minha mãe tomou a atitude certa de comprar-me um livro que explicasse tudo” (E6); “tinha o Relatório Hite sobre a Sexualidade Feminina e Masculina. E eu lia aquilo de fio a pavio. E, portanto, eu tinha o conhecimento” (E7).

3.3.3. Discussão da dimensão “Adolescência”

Como é possível verificar na Tabela 4, as relações interpessoais com pares continuam a ser manifestadas como sendo uma dificuldade para a maioria das participantes, tal como acontecia no período da infância (Tabela 3), em contraste com o que é expectável de acontecer em adolescentes com desenvolvimento típico, em que a “idade torna-se um poderoso agente de união na adolescência. Os adolescentes passam mais tempo com os amigos” (Papalia & Feldman, 2013, p. 435). Por outro lado, as relações interpessoais com adultos durante a adolescência foram descritas por algumas participantes como tendo sido um desafio, nomeadamente com os próprios pais, algo que contraria a tendência verificada a

este nível durante a infância. No entanto, neste ponto, os resultados convergem com uma das questões do desenvolvimento do período da adolescência descrita por Papalia e Feldman (2013), isto é, um natural afastamento da família: “[a] quantidade de tempo que os adolescentes passam com suas famílias diminui dramaticamente durante os anos da adolescência. Entretanto, esse afastamento não é uma rejeição à família, mas uma resposta às necessidades do desenvolvimento” (Papalia & Feldman, 2013, p. 436). Porém, embora algumas entrevistadas tenham referido as relações com pares e adultos como sendo um aspecto facilitador, não nos esqueçamos da heterogeneidade da população com PEA, uma vez que “[e]stamos sempre na presença de um espectro, pelo que a manifestação é variável” (Antunes et al., 2021, p. 135).

Outro desafio apontado pela maioria das participantes foi a passagem pelo desenvolvimento físico na adolescência, apesar de existirem entrevistadas a quem a puberdade pouco ou nada afetou (Tabela 4). Esta dificuldade pode ser exponenciada pela própria rigidez cognitiva, característica de pessoas com PEA, dado que este período se reflete numa fase de grandes mudanças, nomeadamente a nível físico (Papalia & Feldman, 2013), podendo as raparigas com PEA vivenciar ainda mais dificuldades do que pessoas neurotípicas para lidar com essas questões devido ao desafio de terem de se adaptar a novas mudanças (Anisa, 2019). Além disso, outro fator que poderá dificultar este processo, nomeadamente no que toca à menstruação, são as próprias alterações sensoriais: “eu não consigo usar pensos, detesto, detesto sensorialmente” (E9). Ou seja, além da complexidade da regulação hormonal, também as dores ou a rejeição de produtos de higiene menstrual podem ser desafiadoras para estas mulheres (Anisa, 2019; Teliti & Resulaj, 2022).

É importante notar também que a maioria das entrevistadas experienciou a falta de apoio familiar, pelo que, algo que as mesmas consideram como tendo sido um aspecto facilitador foi a oportunidade de terem tido acesso a livros que retratavam questões relacionadas com a puberdade. A leitura destes livros poder-se-á ter traduzido numa estratégia para lidar com as suas próprias dúvidas, uma vez que a maioria não teria com quem falar sobre o assunto. Apesar da pouca informação acessível a esta população acerca da puberdade e menstruação (Steward et al., 2020), denota-se um grande investimento pessoal por parte destas mulheres na procura e leitura de livros e artigos, não só sobre o desenvolvimento físico na adolescência, mas também acerca da PEA de um modo geral, tal como discutido na dimensão “Diagnóstico”.

3.4. Dimensão “Transição para a Vida Adulta”

Relativamente à Dimensão “Transição para a Vida Adulta”, serão apresentadas as categorias e respetivas subcategorias que dizem respeito a “Desafios/dificuldades”, “Aspectos

facilitadores”, “Vida profissional atualmente”, “Intimidade/sexualidade” e “Relações interpessoais” (Tabela 5).

Tabela 5

Categorias e Subcategorias da Dimensão “Transição para a Vida Adulta” (N=13)

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Ref.	Participantes
Transição para a Vida Adulta	Desafios/ Dificuldades	Integração na universidade (n=4)	13	E2; E3; E9; E13
		Falta de apoio familiar (n=3)	5	E3; E6; E7
		Falta de apoio técnico (n=4)	11	E2; E4; E7; E13
		Procura do primeiro emprego (n=7)	21	E1; E3; E5; E7; E10; E12; E13
		Viver sozinha (n=6)	12	E1; E4; E5; E6; E9; E13
		Entrada na universidade (n=1)	1	E1
	Aspetos facilitadores	Apoio familiar (n=11)	17	E1; E2; E3; E4; E5; E8; E9; E10; E11; E12; E13
		Apoio técnico (n=3)	8	E4; E10; E12
		Procura do primeiro emprego (n=5)	10	E4; E6; E8; E9; E11
		Realização profissional (n=3)	5	E3; E7; E11
	Vida profissional atualmente	Não realização profissional (n=1)	2	E10
		Desejo de revelar o diagnóstico (n=2)	5	E1; E9
		Receio da revelação do diagnóstico (n=4)	8	E2; E4; E10; E11
		Revelação do diagnóstico (n=5)	10	E1; E5; E6; E7; E12
		Não revelação do diagnóstico (n=2)	3	E3; E12

Intimidade/ sexualidade	Existência de acomodações (n=6)	12	E3; E5; E6; E7; E8; E11
	Desejo de mais acomodações (n=8)	15	E1; E3; E4; E6; E7; E8; E9; E11
	É importante (n=9)	10	E2; E3; E5; E6; E7; E10; E11; E12; E13
	Não é importante (n=4)	5	E1; E4; E8; E9
	Dificuldade na expressão da sexualidade/ ter contacto sexual (n=9)	14	E1; E3; E6; E7; E8; E10; E11; E12; E13
	Facilidade em iniciar contacto sexual (n=1)	2	E5
	Dificuldade em estar sozinha (n=2)	4	E2; E7
	Dificuldade em tolerar o toque (n=3)	6	E3; E5; E8
	Dificuldade em perceber os sentimentos do outro (n=1)	1	E8
	Dificuldade de quebrar a rotina (n=1)	1	E8
	Apoio para falar sobre a temática (n=8)	11	E1; E2; E3; E4; E6; E7; E9; E10
	Ausência de apoio para falar sobre a temática (n=1)	1	E5
Relações interpessoais	Relações positivas (n=9)	37	E3; E5; E6; E7; E8; E10; E11; E12; E13
	Relações negativas (n=1)	2	E1
	Círculo restrito de amigos (n=5)	20	E2; E4; E5; E6; E9

3.4.1. Categoria “Desafios/Dificuldades”

Nesta categoria, destacam-se diversos desafios/dificuldades encontradas pelas participantes aquando da sua transição para a vida adulta, nomeadamente no que se refere

à procura do primeiro emprego ($n=7$; ref.=21), talvez por ser uma tarefa que, pela sua exigência, poderá evidenciar algumas limitações que não teriam sido um entrave até ao momento: “Desmotivante. Estou a tentar encontrar trabalho na minha área e é impossível. (...) Até fico a pensar, “Será que é por causa do diagnóstico ou é por causa de outra coisa?”, fico com aquela paranoia” (E1); “Foi um bocado confuso porque eu não sabia muito bem o que é que tinha de fazer” (E5); “Aquele ideia de me expor, de me “vender”, não é? Para mim é assustador” (E10).

Além disso, o facto de começarem a viver sozinhas ($n=6$; ref.=12) também é visto como um desafio para algumas participantes, podendo estar relacionado com a dificuldade em lidar com mudanças, uma vez que cinco das seis participantes mencionadas nesta subcategoria (E4, E5, E6, E9 e E13) já teriam revelado dificuldades em lidar com situações inesperadas ou a tentativa de evitamento das mesmas (Tabela 2): “habituar-me à rotina nova e planear a comida em função dessa rotina, dessas semanas, e tentar encaixar a minha rotina, que já era caótica antes, numa que tornou-se um bocadinho mais caótica, porque acrescentava-se um trabalho” (E4); “não sabia quanto dinheiro é que era apropriado gastar todas as semanas para comprar comida então fazia tabelas com os vegetais e leguminosas e o resto das coisas para comprar da 1ª à 4ª semana de cada mês” (E13).

Algumas participantes experienciaram também dificuldades quanto à sua integração na universidade ($n=4$; ref.=13), talvez causadas, mais uma vez, pela rigidez cognitiva e consequente resistência à mudança característica de pessoas com PEA: “quando fui para o primeiro ano da faculdade também foi terrível. Eu chorei durante dois meses” (E3); “no primeiro ano da universidade, eu dormi uma semana inteira. Eu desliguei do mundo. Eu não estava a conseguir” (E9).

Quanto ao apoio familiar ($n=3$; ref.=5) percebido nesta fase, três participantes referiram que o mesmo também terá sido uma das dificuldades deste período, o que poderá ter acontecido devido à tendência ao isolamento de adultos com PEA, descrito em alguma literatura (e.g., Antunes et al., 2021; Herrema et al., 2017): “Eu pensava “Não preciso falar sobre isso porque senão vou parecer que sou uma pessoa estranha” e então não foi propriamente um assunto que eu tenha falado com ninguém” (E3); “mas eu também me isolei. Eu sempre gostei de fazer as coisas sozinha, não gostei de pedir ajuda a ninguém” (E6).

Também a falta de apoio técnico ($n=4$; ref.=11) foi referida por algumas participantes, considerando que, se o mesmo tivesse existido, poderia ter sido crucial para colmatar algumas barreiras sentidas pelas entrevistadas quanto às diferentes questões relacionadas com a transição para a vida adulta: “eu posso dizer que provavelmente se eu tivesse outro tipo de apoio e se eu não tivesse as limitações de energia, etc., que tenho, provavelmente (...) teria sido mais fácil” (E7); “Era melhor ter tido alguém profissional que sabia falar com

adultos autistas em vez de depender de amigos para essas perguntas porque eles nem sempre sabiam como me ajudar e eu não sabia sempre o que perguntar” (E13).

3.4.2. Categoria “Aspetos facilitadores”

Em contraste com o descrito anteriormente, o apoio familiar ($n=11$; ref.=17) foi referido como um aspeto facilitador pela maioria das entrevistadas, mencionando que os familiares auxiliaram em diferentes questões relativas à transição para a vida adulta: “Eu sei que, com eles [pais], eu não preciso ter pressa para sair, embora eu até queira sair de casa. Mas eu sei que eles estão sempre lá para mim” (E2); “Tive apoio para tomar as minhas decisões e tive liberdade para escolher o que seria melhor para mim” (E8); “De momento a minha mãe está a ajudar-me a tentar arranjar alguma coisa [primeiro emprego] para fazer na nossa vila” (E13). Deste modo, poderá questionar-se se o apoio familiar não será essencial em todas as fases de desenvolvimento de um indivíduo, não só enquanto criança, mas também enquanto adulto, além de que a importância deste suporte, em particular, poderá fazer ainda mais sentido uma vez que o acesso a apoios formais pode ficar mais comprometido após a saída da escola (Fairbank, 2023).

Três participantes que experienciaram apoio familiar (E4, E10 e E12), também revelaram ter tido apoio técnico ($n=3$; ref.=8) nesta fase, apesar de terem de pagar pelo mesmo, realidade que não é possível para muitas pessoas: “Contratei alguém que me ajudasse nas entrevistas de emprego para momentos de muito desafio (...), um psicólogo” (E10); “tive muito apoio da família e da minha psicóloga” (E12).

Quanto à entrada na universidade ($n=1$; ref.=1), apenas uma participante, que teria tido um passado marcado por episódios traumáticos na escola, nomeadamente *bullying*, demonstrou ter tido uma boa experiência: “Só recentemente, quando eu fui para a Escola Superior X. Tive mais apoio, por exemplo, em testes, em interpretação de testes, coisas assim” (E1).

Relativamente à procura do primeiro emprego ($n=5$; ref.=10), nota-se um contraste relativamente às mulheres que teriam mencionado o mesmo como sendo um desafio. Este facto remete novamente para a heterogeneidade da população com PEA, além dos contextos diversos onde a mesma se encontra inserida, que faz com que as experiências das várias participantes sejam diversificadas: “Estava muito indecisa e então ele [orientador/professor] disse, “Ah, experimente ser auxiliar de conversação em Espanha” (...). Não tive de passar por entrevistas nem nada” (E4); “para a minha tese de mestrado, integrei um grupo de investigação, que foi onde acabei a trabalhar (...) Estava com uma bolsa de investigação e estava com a mesma malta, portanto foi uma transição muito suave” (E6); “Não senti grande dificuldade” (E11). Todavia, uma das mulheres referiu que ainda não teve nenhuma

experiência de emprego (E2) e, portanto, não aparece mencionada nas respectivas subcategorias, tal como é possível verificar na Tabela 5.

3.4.3. Categoria “Vida profissional atualmente”

No que respeita à atual vida profissional das participantes, três mulheres referiram que experienciam uma realização profissional ($n=3$; ref.=5) nas funções que executam nos seus empregos: “estou a fazer qualquer coisa que me traz alguma tranquilidade e respeita um bocadinho o meu ritmo” (E3); “[a minha vida profissional] neste momento é calma e tendencialmente positiva” (E11). Pelo contrário, embora a maioria das entrevistadas não tenha tocado neste ponto, uma participante revela não realização profissional ($n=1$; ref.=2): “não me sinto realizada profissionalmente” (E10).

Já no que se refere à revelação do diagnóstico no meio profissional, as entrevistadas têm experiências e opiniões diferentes acerca deste tópico. Enquanto algumas mencionam o desejo de revelar o diagnóstico ($n=2$; ref.=5) à entidade patronal em futuros empregos (e.g., “Vai ter de ser explicado porque eu, se começar sem explicar, vou sentir uma pressão gigante de estar a fazer uma performance [em] que não sou eu” (E9)), outras entrevistadas demonstraram receio da revelação do diagnóstico ($n=4$; ref.=8), nomeadamente pela eventual possibilidade de sofrerem algum tipo de discriminação: “É mais fácil dizer que tenho uma doença metabólica do que propriamente dizer que tenho autismo” (E4); “Não revelo nenhum dos diagnósticos porque não acho necessário e tenho receio de o tratamento poder ser diferente num sentido prejudicial” (E11). Além disso, participantes como E3 e E12, que estão atualmente empregadas, optaram pela não revelação do diagnóstico ($n=2$; ref.=3), uma vez que, segundo as mesmas, tal informação seria irrelevante para o exercício das suas funções profissionais: “parece-me que revelar agora que sou autista é um bocado descontextualizado” (E3); “não revelo o meu diagnóstico, porque não vejo necessidade disso na maioria das vezes” (E12). Pelo contrário, em trabalhos que já tiveram ou que têm atualmente, algumas participantes consideram importante a revelação do diagnóstico ($n=5$; ref.=10) à entidade patronal para que, deste modo, possam ter um maior apoio ajustado às suas necessidades: “Revelei a um dos meus orientadores (...) porque eu preciso que alguém lá naquele grupinho perceba que a minha cabeça funciona de maneira diferente e isso não é necessariamente mau” (E6); “Sim. (...) Eu não passei estes anos todos a pastelar, para de repente fazer esta descoberta incrível e descobrir que afinal o universo todo tem um sentido e não partilhar isso com o mundo” (E7). Além disso, embora duas das participantes (E1 e E7) tenham referido o contexto de emprego/entrevistas de emprego como situações onde se veem a camuflar as suas características (Tabela 2), as mesmas optam pela revelação do seu diagnóstico à entidade patronal, talvez para que não precisem de fazer esforços acrescidos no que respeita à camuflagem, visto que, como já se constatou, esta pode trazer diversos pontos negativos,

como o cansaço extremo. Porém, apesar da entrevistada E4 ter referido também que as situações relativas ao emprego são propícias à camuflagem de características (Tabela 2), esta admite ser receosa quanto à revelação do diagnóstico da PEA, mesmo tendo conhecimento dos contras da camuflagem. Deste modo, este é mais um exemplo da heterogeneidade das características das pessoas com PEA, no sentido em que possuem pontos de vista diferentes acerca do mesmo tema.

Ao longo do guião de entrevista (Anexo D), surgem também questões relativas às acomodações que as entrevistadas têm/gostariam de ter nos seus atuais ou futuros empregos, que se traduzem nas adaptações necessárias para que a pessoa se sinta capaz de exercer as suas funções de forma plena e equitativa no seu local de trabalho, quando comparada aos seus colegas neurotípicos. Neste sentido, apesar de seis participantes mencionarem que experienciam a existência de acomodações ($n=6$; ref.=12), como o uso de bloqueadores de som (E3, E6 e E8), pausas (E5), possibilidade de teletrabalho (E6, E8 e E11), flexibilidade de horário (E5 e E7) e equipamento ergonómico (E7), oito participantes manifestaram o desejo de mais acomodações ($n=8$; ref.=15), por considerarem inexistentes ou insuficientes as que já possuem, alertando para a importância de poderem ter acesso a bloqueadores de som (E11), pausas (E3), cão de serviço (E6), flexibilidade de horário (E9), receber indicações por escrito (E7 e E8) ou adaptação das entrevistas de emprego (E1 e E4).

3.4.4. Categoria “Intimidade/sexualidade”

No que respeita à intimidade e sexualidade, grande parte das entrevistadas considera importante ($n=9$; ref.=10) a existência da mesma nas suas vidas: “Tenho muita dificuldade em conceber ser feliz e estar bem sem uma relação de intimidade. Porque toda a minha necessidade de espaço e de estar sozinha e de afastamento acaba por fazer com que aquela pessoa é a que satisfaz tudo isso” (E7); “É bastante importante para mim e é uma fundação essencial na minha vida, a relação afetiva/sexual com um(a) parceiro(a)” (E11); “Foi importante para mim na altura [quando namorei] mas não sei explicar como” (E13). Contudo, as restantes entrevistadas responderam que não consideram que a intimidade/sexualidade seja importante ($n=4$; ref.=5), dando ênfase a outras áreas das suas vidas: “não acho muito importante ter algum tipo de relação de intimidade, especialmente em termos amorosos” (E8); “Não, não faria disso o centro do meu dia ou da minha vida” (E4).

Um dado que merece destaque é o facto de sete das nove entrevistadas que reconhecem a importância da intimidade/sexualidade nas suas vidas (E3, E6, E7, E10, E11, E12 e E13), mencionarem dificuldades na expressão da sexualidade e/ou em ter contacto sexual ($n=9$; ref.=14), sendo que algumas destacam o desafio de se conseguirem expressar emocionalmente, como é o caso das participantes E1, E3, E6, E10, E11, E12 e E13 (e.g., “Tenho algumas dificuldades no âmbito da comunicação e expressão de sentimentos” (E11)),

e outras, como E6, E7, E8 e E10, mencionaram a complexidade de iniciarem ou terem contacto sexual: “por muito que eu sinta atração física noutras pessoas, até dar o passo de ter vontade de partilhar algo com essa pessoa, é complicado” (E6). Pelo contrário, uma das participantes referiu ter facilidade em iniciar contacto sexual ($n=1$; ref.=2), embora admita ter dificuldades na comunicação com o outro, realçando, uma vez mais, a heterogeneidade das características das pessoas com PEA: “às vezes tinha muita dificuldade em quebrar o gelo com alguém e depois pela via sexual conseguia quebrar. Era como se fosse a linguagem mais fácil para mim” (E5).

Além dos desafios relativos à expressão da sexualidade e/ou em ter contacto sexual referidos pela maior parte das entrevistadas, algumas relatam ainda a dificuldade em tolerar o toque ($n=3$; ref.=6). Sendo que as entrevistadas que o referiram (E3, E5 e E8) também experienciam alterações sensoriais relativas ao toque (Tabela 2), a dificuldade de receber toque num contexto mais íntimo poderá estar relacionada com a hipersensibilidade de cada uma: “eu às vezes chego ao ponto de ter um limite de tocar em que não consigo que me toquem mais (...) não aguento mais (...) e vou-me embora” (E3); “Mesmo o meu namorado há dias que me pode tocar e há dias em que não pode, porque eu estou mesmo avessa e incomoda-me mesmo, parece que estou a ser reprimida” (E5).

Também outros obstáculos foram descritos e vivenciados pelas participantes, como a dificuldade em estar sozinha ($n=2$; ref.=4), aparentemente contrariando a tendência para o isolamento descrita na literatura: “estive num namoro, e eu já não gostava da pessoa, e estava mesmo nesse namoro porque não queria estar sozinha, e também não queria deixar a pessoa” (E2). Pelo contrário, uma das participantes referiu que é difícil estar num relacionamento amoroso com alguém pela dificuldade de quebrar a sua própria rotina ($n=1$; ref.=1) (e.g., “Também sou uma pessoa muito fixada em rotinas, o que torna difícil incluir uma pessoa na mesma” (E8)), indo ao encontro da rigidez cognitiva já mencionada noutras passagens, além de percecionar uma dificuldade em perceber os sentimentos do outro ($n=1$; ref.=1): “A nível de empatia, muitas vezes não consigo corresponder ao que a outra pessoa precisa no momento, o que traz bastante frustração para os dois lados” (E8), o que poderá estar relacionada com a alexitimia, traço que pode existir em pessoas com PEA (Serra et al., 2023).

Quanto ao apoio para falar sobre a temática da intimidade/sexualidade, a maioria ($n=8$; ref.=11) das participantes reconhece-o, quer seja por parte de técnicos, familiares, parceiros ou pela comunidade LGBTQIA+: “Fui tendo dentro da comunidade [LGBTQIA+]” (E7); “Eu faço terapia e também falo com o meu parceiro atual” (E9). Em contrapartida, embora quatro entrevistadas não se tenham manifestado acerca deste tópico (E8, E11, E12 e E13), uma das participantes destacou a ausência de apoio para falar sobre a temática ($n=1$;

ref.=1): “[tive] comportamentos de risco e etc., por acaso sinto que nunca tive ninguém com quem falar e que isso foi parte do problema” (E5).

3.4.5. Categoria “Relações interpessoais”

No que toca às relações interpessoais, embora uma das entrevistadas refira que considera as mesmas como sendo negativas ($n=1$; ref.=2) - e.g., “eu perdi um bocadinho da minha capacidade de socializar com as pessoas” (E1) - a maioria das participantes experiencia relações positivas ($n=9$; ref.=37), contrariando a tendência de dificuldade de comunicação e relação com outros, nomeadamente com os pares, existente nos períodos da infância e adolescência (Tabela 3 e Tabela 4): “as minhas relações interpessoais estão melhores porque eu me permito e abro-me a isto” (E3); “tenho mais contacto com pessoas que também são neurodivergentes e portanto há muito mais compreensão de parte a parte” (E7); “Neste momento, tenho a sorte de estar rodeada de pessoas que me compreendem e apoiam em tudo. Tenho boas amizades que me respeitam e aceitam tal como sou” (E12). Algumas entrevistadas referiram ter um círculo restrito de amigos ($n=5$; ref.=20), admitindo que, mesmo tendo poucas amizades, estas traduzem-se em relações fortes e positivas: “Mas sou muito, muito seletiva hoje. Porque lá está, são as interações nas quais eu ponho a minha energia toda” (E6); “Sinto sempre que deveria ter mais relações interpessoais, mas sinto que as que tenho, gosto” (E9).

3.4.6. Discussão da dimensão “Transição para a Vida Adulta”

A transição para a vida adulta traduz-se num conjunto de marcos importantes na vida de qualquer indivíduo. De acordo com Papalia e Feldman (2013), o início da vida adulta é um período em que, além de serem “feitas as escolhas educacionais e vocacionais” (p. 41), são também “tomadas decisões sobre relacionamentos íntimos e estilos de vida pessoais” (p. 41). Neste sentido, a Tabela 5 retrata as principais fases da transição para a vida adulta, desde a integração das participantes na universidade, à procura do primeiro emprego, o viver sozinha, a intimidade/sexualidade, bem como as relações interpessoais enquanto adultas, evidenciando desafios e aspetos facilitadores vivenciados pelas mulheres entrevistadas relativos ao início da vida adulta.

No que se refere à integração na universidade, apesar de uma participante ter mencionado a mesma como um aspeto facilitador/positivo na sua vida, as outras que salientaram este tópico referiram-no como uma dificuldade, sendo, de acordo com Papalia e Feldman (2013), comum para muitos indivíduos, por se sentirem, por vezes “sobrecarregados pelas demandas da vida universitária” (p. 476). E se para pessoas neurotípicas este processo pode acarretar alguns desafios, para pessoas com PEA caracterizadas, muitas vezes, pela

sua resistência à mudança e dificuldade na gestão de novas rotinas, além da comum dificuldade na interação social, como é descrito no DSM-5 (APA, 2014), esta mudança poderá significar algo “terrível”, como descrito por uma das participantes (E3). Além disso, a rigidez cognitiva também poderá afetar outras mudanças, como o facto de começarem a viver sozinhas – considerado um desafio/dificuldade para as entrevistadas que o mencionaram -, visto que, “[e]m qualquer momento da vida adulta, deparados com mudanças na sua vida pessoal, familiar ou profissional, têm dificuldade em realizar as adaptações necessárias” (Jesus, 2021, p. 195).

Quanto à procura do primeiro emprego, os desafios/dificuldades destacam-se em relação aos aspetos facilitadores, pois, como realçou uma das entrevistadas, “não sabia muito bem o que é que tinha de fazer” (E5), indo ao encontro do que refere Jesus (2021), no sentido em que, “perante tão grandes desafios, um adulto autista, a menos que acompanhado por técnicos que o ajudem a elaborar respostas e a adquirir competências, tenderá a afastar-se de meios tão exigentes” (p. 196). Ou seja, o apoio técnico, que apenas três participantes referiram ter durante o período de transição para a vida adulta, é fundamental em todas as fases da vida das pessoas com PEA (Jesus, 2021), nomeadamente no que se refere à procura de emprego pois, tal como uma das entrevistadas mencionou, esta sentiu a necessidade de procurar um profissional que a “ajudasse nas entrevistas de emprego para momentos de muito desafio” (E10). No entanto, embora “o acompanhamento especializado de alguém com PEA [seja] tão importante como nas fases anteriores do seu desenvolvimento” (Jesus, 2021, p. 196), os apoios técnicos/formais que são disponibilizados para crianças e jovens com PEA tendem a reduzir significativamente na idade adulta (Fairbank, 2023), sendo que seria importante que os mesmos continuassem a existir para ajudar em questões de organização financeira, procura de casa e de emprego, entre outros (Herrema et al., 2017). Em contraste, é notável que o apoio familiar se traduziu num aspeto facilitador para a maioria das participantes nesta fase, uma vez que contam com o suporte de diferentes membros da família como mães, pais, irmãos e cônjuges, sendo estes, de acordo com Herrema et al. (2017), um importante pilar no combate ao isolamento das pessoas com PEA, suprimindo, de certa forma, a falta de apoio técnico na idade adulta.

Já no que diz respeito à vida profissional atual, apesar da maioria das participantes não ter comentado algo sobre o assunto, apenas três participantes consideram que estão realizadas profissionalmente. Esta constatação pode estar relacionada com o facto de, legitimamente, usufruírem de acomodações no local de trabalho. E o que se entende por acomodações, quando se fala de questões laborais? Assim como as acomodações curriculares na escola, previstas no Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, se traduzem em estratégias que permitam a igualdade de oportunidades de acesso de todos os alunos à aprendizagem dos vários conteúdos curriculares “através da diversificação e da combinação

adequada de vários métodos e estratégias de ensino, da utilização de diferentes modalidades e instrumentos de avaliação, da adaptação de materiais e recursos educativos e da remoção de barreiras” (art.º 2.º), também seria/é fundamental que, para que os indivíduos desempenhem as suas tarefas de modo eficaz e equitativo, possam contar com as adaptações laborais necessárias às suas especificidades. Deste modo, entre as entrevistadas que referem já ter algumas acomodações e as que manifestam o desejo de as terem, estas enumeraram: a utilização de bloqueadores de som, o direito a mais pausas, a possibilidade de teletrabalho, a flexibilidade de horários, a disponibilização de equipamento ergonómico, o recebimento de indicações por escrito, a possibilidade de se fazerem acompanhar de cão de serviço e a adaptação das entrevistas de emprego. Todas estas possíveis acomodações foram mencionadas pelas participantes e, uma vez que a maioria demonstra que poderia estar mais satisfeita a esse nível, observa-se a necessidade da própria sociedade funcionar, efetivamente, numa lógica de inclusão, onde, “além de poderem frequentar os mesmos espaços e serviços [que indivíduos neurotípicos], as pessoas têm direito a usufruir deles e têm direito a dispor dos apoios necessários para isso, sendo responsabilidade da comunidade assegurar esses apoios” (Pereira, 2014, p. 39) e, neste caso em particular, das empresas e outras entidades empregadoras, com apoio e monitorização do Estado. Deste modo, a inclusão das pessoas, nomeadamente dos indivíduos com PEA, deveria poder contar com um apoio baseado nos princípios do Planeamento Centrado na Pessoa (ou na Voz da Pessoa), dado que, se o “Planeamento Centrado na Pessoa respeita a autonomia individual, incluindo a liberdade das pessoas fazerem as suas próprias escolhas” (Pereira, 2014, p. 14), as mesmas têm de ser ouvidas para que possam ter uma maior igualdade de oportunidades de acesso e de sucesso no mercado de trabalho pois, “[c]om apoios personalizados e apropriados, o funcionamento da pessoa pode melhorar” (Pereira, 2014, p. 48). Por outro lado, como se evidencia na Tabela 5, se algumas mulheres referem que sentem a necessidade/desejo de partilhar com a sua entidade patronal o seu diagnóstico para, desta forma, poderem ter acesso a mais acomodações, outras dizem ter receio da revelação do mesmo, visto que tal ainda poderá originar comportamentos discriminatórios por parte dos empregadores e/ou colegas (Fairbank, 2023).

Outra categoria presente na Tabela 5 corresponde à intimidade e sexualidade das participantes. Relativamente a este tema, a maioria das participantes experiencia dificuldades na expressão da sua sexualidade, nomeadamente a nível emocional, além do desafio de iniciar ou ter contacto sexual com outra pessoa. Como se verifica na literatura, estas dificuldades são compreensíveis, pois, de acordo com Maggio et al. (2022), a forma como pessoas com PEA se relacionam com a sua sexualidade e intimidade depende, não só das barreiras sociais existentes, mas também das próprias dificuldades de comunicação e interação social. Isto significa que, como as pessoas com PEA tendem a ter rigidez cognitiva,

além da dificuldade em realizar contacto visual e interpretar situações sociais, podem enfrentar maiores desafios no que se refere a começar ou manter um relacionamento (Beato, 2021). Ademais, não só a dificuldade de expressarem os seus próprios sentimentos foi enumerada por várias entrevistadas, mas também a complexidade de perceber os sentimentos de outra pessoa foi descrita por uma participante. Embora apenas tenha sido referido por uma pessoa, segundo Beato (2021), é comum que pessoas com PEA possam sentir obstáculos relativamente à empatia pelo outro, ou seja, no entendimento dos seus sentimentos e necessidades, podendo, de igual modo, existir resistência em expressar e aceitar afetos. Esta ideia converge com a vivência de algumas entrevistadas que admitem sentir, por vezes, um grande desconforto em relação ao toque, mesmo por parte dos seus companheiros, sendo possível que tal dificuldade se deva à própria hipersensibilidade ao toque, dado que, “um simples abraço pode ser uma experiência de intenso desconforto” (Beato, 2021, p. 555) e, “[n]este contexto, as hipersensibilidades ou hipossensibilidades típicas destes quadros poderão constituir um entrave à partilha de experiências de intimidade” (Beato, 2021, p. 555). Contrariamente à maioria das participantes e ao que diz a própria literatura, curiosamente, uma mulher refere que ter contacto sexual com alguém é uma facilidade para si (E5) pois, embora sinta dificuldades de comunicação social, entende a relação sexual como algo mais fácil de iniciar quando comparada a uma conversa. Esta mesma entrevistada admite ter tido comportamentos sexuais de risco. Embora exista bibliografia que refira que a população com PEA tende a ter comportamentos sexuais desviantes (Maggio et al., 2022; Parchomiuk, 2019), não se deve generalizar, uma vez que, além das restantes participantes não terem tocado neste tópico, há que ter-se em consideração a heterogeneidade de características desta população e que “[c]ada pessoa tem as suas características singulares, assim como o seu percurso de vida é único” (Gomes, 2022, p. 72). E uma vez que se fala de heterogeneidade, repare-se noutro exemplo da mesma: enquanto uma das participantes considera ser difícil manter um relacionamento amoroso pela complexidade de quebrar a sua própria rotina - indo ao encontro do que consta na literatura, que refere que a grande inflexibilidade e resistência a mudanças no quotidiano de pessoas com PEA dificulta o desenvolvimento de relações amorosas (Beato, 2021; Parchomiuk, 2019) -, outras duas participantes revelam sentir dificuldade em estarem sozinhas, aparentemente contrastando com o que afirma Beato (2021) ao escrever que pessoas com PEA sentem “necessidade de autonomia e momentos a sós” (p. 555) no que se refere a relacionamentos amorosos. Para além disso, como se verifica na Tabela 5, é relevante assinalar que embora algumas entrevistadas considerem que a intimidade/sexualidade não seja importante para elas, a maioria das participantes acredita que a mesma tem bastante importância nas suas vidas, divergindo da ideia de que, o mais comum na população com PEA, é a falta de interesse em ter relações sexuais (Parchomiuk,

2019). Quanto ao apoio para falar/tirar dúvidas sobre questões da intimidade/sexualidade, verifica-se que a maioria das participantes deste estudo teve acesso ao mesmo, tanto por parte da família, técnicos, companheiros ou dentro da comunidade LGBTQIA+, o que diverge das conclusões de outros trabalhos que referem que pessoas com PEA não costumam obter informações sobre sexualidade por meio dos seus pares ou familiares, sendo frequente recorrerem aos *media* e à pornografia para esclarecerem as suas dúvidas (Parchomiuk, 2019).

No que diz respeito às relações interpessoais, de acordo com Chan et al. (2023), os défices na comunicação e interação social característicos da PEA persistem na idade adulta, logo, os níveis de amizades destas pessoas tendem a ser baixos. Neste sentido, esta afirmação pode explicar o facto de algumas mulheres entrevistadas referirem que têm amizades que, embora as considerem como relações interpessoais fortes, se traduzem num círculo restrito. Contudo, a maioria das entrevistadas considera que as suas relações interpessoais, de um modo geral, são positivas, salientando o facto de se sentirem aceites e apoiadas, contrariamente ao que, por vezes, acontecia nos períodos da infância e adolescência (Tabela 3 e Tabela 4). Talvez esta evolução positiva, embora não referida por todas as participantes, se deva ao aumento do autoconhecimento derivado do conhecimento do diagnóstico, pois considera-se que um “dos principais motivos [para a procura de um diagnóstico formal] pode prender-se com uma explicação para uma potencial diferença sentida em relação aos outros, algo que pode estar presente desde muito cedo e que condiciona as relações estabelecidas” (Serra et al., 2023, p. 57).

Não obstante, uma das participantes falou da sua dificuldade de se relacionar com os outros. Em casos como estes, adultos com PEA, nomeadamente mulheres, deveriam ter apoio técnico para auxiliar no desenvolvimento de conexões mais próximas na comunidade (Chan et al., 2023; Serra et al., 2023).

Embora se tenha vindo a verificar nas diferentes dimensões até agora analisadas, na dimensão “Transição para a vida adulta”, em particular, observa-se que, sendo esta uma perturbação que compreende um espectro, as manifestações de características e sintomas das pessoas com PEA são altamente diversas, sendo os níveis de gravidade também diferentes de pessoa para pessoa. Deste modo, é expectável que se encontrem experiências, vivências, opiniões e características diferentes em indivíduos com PEA, dado que, cada pessoa tem as suas especificidades independentemente da perturbação diagnosticada.

3. 5. Dimensão “Desigualdades de género”

Relativamente à Dimensão “Desigualdades de género”, estão integradas três categorias: “Experiências do Quotidiano”, “Escola/Universidade” e “Trabalho” (Tabela 6). As

respetivas subcategorias dizem respeito à percepção/vivência ou não dessas desigualdades nos diferentes contextos.

Tabela 6

Categoria e subcategorias da Dimensão “Desigualdades de gênero” (N=13)

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Ref.	Participantes
Desigualdades de gênero	Experiências do Quotidiano	Sente/ já sentiu (n=12)	46	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E11; E12; E13
		Não sente (n=1)	1	E10
	Escola/ Universidade	Sente/ já sentiu (n=5)	7	E1; E2; E3 ; E6; E7
		Não sente (n=4)	5	E1; E4; E5; E9
	Trabalho	Sente/ já sentiu (n=6)	15	E1; E3; E5; E6; E7; E8
		Não sente (n=6)	6	E3; E5; E6; E7; E9; E10

3.5.1. Categoria “Experiências do Quotidiano”

No que diz respeito ao cotidiano, embora haja uma entrevistada que considere que não sente desigualdades de gênero (n=1; ref.=1) no seu cotidiano – e.g., “Nunca senti” (E10) -, a maioria das mulheres entrevistadas afirma que sente/ já sentiu desigualdades de gênero (n=12; ref.=46), de um modo geral, nas suas experiências do cotidiano: “As raparigas na minha família estão sempre a preparar as coisas para o jantar, mesmo as convidadas, estão sempre a preparar as coisas, os pratos, a comida, enquanto os rapazes estão no seu canto” (E1); “foi muito difícil crescer com a ideia que eu devia ser sempre perfeita, (...) ser *good girl*, boa menina” (E3); “As mulheres passam a vida toda a adaptar-se aos ambientes em que estão, a deixar de lado e a minimizar as suas necessidades para se enquadrarem numa sociedade que ainda não as vê como iguais aos homens” (E8).

3.5.2. Categoria “Escola/Universidade”

Quanto às desigualdades de gênero na escola/ universidade, apesar de nem todas as entrevistadas terem mencionado este tópico, cinco referiram que as sentem/ já sentiram (n=5; ref.=7) em contexto educativo: “eu também sofria discriminação por ser autista. Acho que acaba por estar tudo junto [sofrer discriminação por ser uma pessoa com PEA e por ser rapariga]” (E2); “nunca levaram a sério a minha área de estudos [em arquitetura] por ser

mulher” (E6). Estas experiências podem estar relacionadas com outras anteriormente analisadas, ou seja, o facto das participantes terem vivenciado uma má relação com os colegas - como é o caso das entrevistadas E1, E3, E6 e E7 – (Tabela 3), não gostarem de ir à escola, tal como mencionaram as participantes E1, E3 e E7 (Tabela 3), ou até o facto de terem sentido dificuldades na sua integração na universidade, como dito por E2 e E3 (Tabela 5), poderão ter sido consequência de situações de desigualdade de género vivenciadas pelas mesmas. Porém, nem todas as entrevistadas vivenciaram/vivenciam desigualdades de género na escola/universidade, pelo que afirmam que não sentem ($n=4$; ref.=5) que tivessem experienciado nenhum tipo de preconceito ou discriminação desse tipo: “na universidade não. Toda a gente é igual. É por isso que eu adoro esta faculdade, adoro o Politécnico” (E1); “Não, porque em ambos os cursos, por estranho que pareça, a maioria era rapariga” (E4). É importante realçar que, no caso da entrevistada E1, esta teve experiências diferentes quando andava na escola e quando frequentou a universidade, sendo que na escola admite ter sentido desigualdades de género, contrariamente ao que aconteceu na universidade, pelo que aparece mencionada nas duas subcategorias (“Sente/Já sentiu” e “Não sente”).

3.5.3. Categoria “Trabalho”

No que concerne ao trabalho, como se pode constatar na Tabela 6, existem também participantes mencionadas nas duas subcategorias, uma vez que algumas sentiram desigualdades de género no emprego num momento específico das suas vidas, mas noutros trabalhos tal não aconteceu.

Neste sentido, apesar de nem todas as participantes terem falado neste assunto, algumas mencionaram que sentem/já sentiram ($n=6$; ref.=15) desigualdades de género no contexto laboral: “O primeiro trabalho onde eu estive, sim, senti bastante discriminação, porque fui para uma empresa trabalhar na parte de projeto mecânico” (E3); “Sim, assédio laboral já tive de certeza” (E5); “no mundo exterior, quando eu me virar para um encarregado de obra e disser que sei mais do que ele, ele vai-se rir na minha cara” (E6). No entanto, algumas participantes também afirmaram não sentir ($n=6$; ref.=6) desigualdades de género no trabalho neste momento, incluindo entrevistadas que já o tenham sentido noutros empregos: “estou a fazer investigação, sou a única mulher lá dentro e nunca senti nenhuma diferença de género” (E3); “por acaso tenho que dizer que tenho excelentes experiências profissionais a esse nível, de muito respeito, felizmente” (E10).

3.5.4. Discussão da dimensão “Desigualdades de género”

As desigualdades de género são, de acordo com o “Manual da INEE sobre Género” (Rede Interinstitucional para a Educação em Situações de Emergência, 2019), as

“disparidades entre mulheres e homens na sociedade em termos do seu acesso e das suas oportunidades nas esferas social, económica e política e da sua participação no poder de decisão em todos os níveis sociais” (p. 109). Neste sentido, com a integração e análise desta dimensão pretende-se entender se as participantes também sentem tais disparidades e em que contextos.

Quanto às experiências do quotidiano, de um modo geral, a maioria das participantes menciona que sente ou já sentiu desigualdades de género na sua vida diária em diferentes situações, enfatizando os estereótipos de género experienciados, como o facto de se sentirem pressionadas para serem mais sociais do que os homens (Brickhill et al., 2023; Milner et al., 2019), serem mais recatadas e até bem-educadas, conseguindo, por vezes, alcançar tais padrões por meio da camuflagem de características (Antunes et al., 2021; Leitão & Terra, s.d.). Por sua vez, tal camuflagem pode ser uma explicação para o diagnóstico tardio das participantes (Wilkinson, 2008) - cuja idade média aquando da descoberta do diagnóstico foi de 24,37 anos ($DP=7,66$) –, uma vez que a mesma poderá dificultar a obtenção do diagnóstico precoce de PEA nas raparigas, o que poderá comprometer o acesso a apoios necessários e adequados e, consequentemente, a inclusão das raparigas com PEA (Sa & Paschoal, 2019; Sedgewick et al., 2019).

De acordo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada por Portugal em 2009 (Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho), as mulheres e raparigas com deficiência e/ou incapacidade enfrentam uma dupla discriminação com base no género e na deficiência, o que as coloca em maior risco de violência, exploração e marginalização. Contudo, apesar das disposições do mesmo artigo que visam “o pleno desenvolvimento, promoção e emancipação das mulheres com o objectivo de lhes garantir o exercício e gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais” (art.º 6.º), os dados recolhidos neste estudo revelam que mulheres com PEA continuam a enfrentar desigualdades de género significativas.

Além disso, também na escola e na universidade, embora nem todas as entrevistadas tenham contado a sua experiência a este nível, constata-se que algumas mulheres também sofreram com as desigualdades de género neste contexto. Neste sentido, verifica-se que, apesar da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, ratificada por Portugal em 1980 (Lei n.º 23/80, de 26 de julho), referir que os “Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra as mulheres com o fim de lhes assegurar direitos iguais aos dos homens no domínio da educação” (art.º 10.º), algumas entrevistadas demonstraram que também vivenciaram desigualdades de género no contexto educativo.

Na mesma linha de pensamento, também o Código do Trabalho, revisto e aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, destaca que todas as pessoas têm “direito a igualdade

de oportunidades e de tratamento no que se refere ao acesso ao emprego (...) e às condições de trabalho” (art.º 24.º), independentemente do “sexo, orientação sexual, estado civil, situação familiar, situação económica, instrução, origem ou condição social, património genético, capacidade de trabalho reduzida, deficiência (...), devendo o Estado promover a igualdade de acesso a tais direitos” (art.º 24.º), além do art.º 29.º do mesmo documento salientar que a prática de assédio é proibida e se traduz numa contraordenação muito grave.

Deste modo percebe-se que, apesar de existir legislação que regulamente a promoção da igualdade de género em diferentes contextos, ainda há um longo caminho a percorrer sendo, mais uma vez, importante sublinhar o papel do Planeamento Centrado na Voz das Pessoas para que se possa perceber uma maior inclusão de todas as pessoas, nomeadamente de mulheres com PEA, a diferentes níveis na sociedade.

3. 6. Dimensão “Inclusão”

Na Tabela 7, relativa à Dimensão “Inclusão”, foram agregadas as seguintes categorias: “Consciência da inclusão social”, “Melhorias percebidas”, “Barreiras percebidas” e “Recomendações e soluções propostas”, com o intuito de sistematizar as perceções e experiências das participantes relativamente à inclusão, tal como previsto, também, nos objetivos do estudo.

Tabela 7

Categorias e subcategorias da Dimensão “Inclusão” (N=13)

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Ref.	Participantes
Inclusão	Consciência da inclusão social	Existência de inclusão (n=2)	4	E5; E6
		Inexistência de inclusão (n=7)	14	E3; E4; E7; E8; E9; E11; E12
	Melhorias Percebidas	Maior conhecimento/ sensibilidade da sociedade face ao tema (n=3)	7	E1; E2; E9
	Barreiras percebidas	Descredibilização do diagnóstico/falta de conhecimento sobre as características da mulher com PEA (n=5)	8	E2; E6; E7; E8; E10
		Excesso de estímulos sensoriais em espaços públicos (n=2)	3	E3; E11

	Regras impostas às mulheres com PEA desde crianças (n=1)	5	E3
	Dificuldades no acesso ao emprego / entrevistas de emprego (n=1)	2	E4
	Preconceitos, pouca compreensão, conhecimento e sensibilidade sobre a PEA (n=6)	13	E5; E6; E7; E10; E11; E13
	Desconhecimento dos próprios direitos (n=1)	2	E6
	Pouco apoio do Serviço Nacional de Saúde (n=2)	4	E10; E11
	Barreira linguística (n=1)	1	E6
Recomendações e soluções propostas	Mais apoio técnico para adultos com PEA (n=5)	11	E2; E3; E4; E7; E13
	Mais acomodações no emprego/ entrevistas de emprego (n=1)	1	E3
	Conhecimento da PEA pela sociedade (n=2)	4	E7; E10
	Diagnóstico mais precoce (n=1)	1	E8

3.6.1. Categoria “Consciência da inclusão social”

No que diz respeito à consciência que as participantes têm acerca da sua inclusão social, apesar de duas sentirem que existe inclusão (n=2; ref.=4) nas suas vidas pessoais - e.g., “sinto-me incluída através dos poucos amigos que tenho e politicamente” (E5) -, a maioria demonstra a ideia de uma inexistência de inclusão (n=7; ref.=14): “Como mulher que faz parte da comunidade LGBT(+...) com diagnóstico de 2 perturbações com manifestações socio-comportamentais e a nível de personalidade, não, não me sinto completamente incluída

na sociedade” (E11); “A sociedade fala muito de inclusão, mas não sabe ao certo o que significa esta palavra” (E12). Curiosamente, uma das mulheres ainda destacou que sente que apenas está integrada em meios frequentados por pessoas neurodivergentes (termo usado pelas participantes), nomeadamente com PEA, não sentindo uma inclusão efetiva na sociedade, talvez por ainda não existir uma abertura por parte de todos para conhecerem a diversidade funcional através da voz das próprias pessoas: “Sinto-me incluída na sociedade autista. Na sociedade como um todo é complicado” (E7).

3.6.2. Categoria “Melhorias percebidas”

Quanto às melhorias percebidas pelas mulheres entrevistadas face ao modo como a sociedade percebe a PEA, apenas três deram a sua opinião. Porém, a única melhoria percebida pelas mesmas tem que ver com um aumento do conhecimento e da sensibilidade da sociedade face ao tema ($n=3$; ref.=7): “antigamente as pessoas achavam que eras retardada. Agora as pessoas, se me virem com um tiquezito, não ligam” (E1); “agora já se fala cada vez mais de autismo, as pessoas já começam a ter cada vez mais consciência do que é o autismo e como é que ele se manifesta” (E2). No entanto, será que outras mulheres têm a mesma perceção? E será que apenas o referido aumento do conhecimento/sensibilidade da sociedade garante a inclusão das mulheres com PEA? Vejamos a análise da categoria seguinte.

3.6.3. Categoria “Barreiras percebidas”

Como tem vindo a ser realçado ao longo deste estudo, as entrevistadas apresentam perspetivas distintas sobre diferentes tópicos. No entanto, mesmo uma das duas mulheres que afirmaram sentir algumas melhorias na forma como a sociedade encara a PEA, admite que ainda existem barreiras sociais a diferentes níveis (E2), o que revela que ainda há um longo caminho a percorrer para a efetiva inclusão das mulheres com PEA na sociedade.

Contrariamente ao referido na categoria anterior, a barreira percebida por mais participantes traduz-se nos preconceitos, pouca compreensão, conhecimento e sensibilidade sobre a PEA ($n=6$; ref.=13), dando conta de que, mesmo as próprias mulheres com PEA, reconhecem que os estudos portugueses sobre a temática ainda são escassos, sendo estes essenciais no combate à desinformação e preconceitos: “lá fora há muito mais conhecimento do que existe hoje em dia em Portugal” (E7); “Eu acho é que não há conhecimento sobre o assunto” (E10); “É importante as pessoas não criarem pré-conceitos em relação à forma como nos vestimos, movemos ou falamos” (E13). A par disso, algumas participantes também entendem que existe uma descredibilização do diagnóstico da mulher com PEA, bem como a falta de conhecimento sobre as características da mesma ($n=5$; ref.=8), talvez, uma vez

mais, devido aos poucos estudos nacionais sobre a mulher com PEA: “às vezes olham para pessoas como nós e acham que nós estamos a exagerar ou dizem-nos que não parecemos autistas” (E2). Nesta mesma subcategoria, houve ainda quem frisasse a falta de consciência da sociedade acerca das diferentes particularidades que caracterizam a mulher e o homem com PEA, como fizeram as entrevistadas E7 e E8, que retrata uma das formas de desigualdades de género vivenciada pelas mesmas no seu quotidiano (Tabela 6): “incluir mulheres não é achar que elas são fotocópias dos homens; passa por compreender quais as condições em que as mulheres são iguais e quais as condições em que são diferentes. Depois podemos falar da inclusão das mulheres autistas” (E7), “acho que a barreira principal para a inclusão de mulheres com PEA é ainda não haver consideração sobre as necessidades das mulheres, ao mesmo nível que já existe pelas dos homens” (E8). Além disso, também outra participante que havia referido sentir desigualdades de género em diferentes contextos da sua vida, E3 (Tabela 6), mencionou as regras impostas às mulheres com PEA desde crianças ($n=1$; ref.=5) como uma das barreiras percebida por ela face à inclusão das mulheres com PEA: “a maior parte das mulheres autistas crescem a aprender já a lista das regras daquilo que elas devem ser e daquilo que elas não devem ser” (E3).

Outra barreira identificada relaciona-se com a perceção de pouco apoio do Serviço Nacional de Saúde ($n=2$; ref.=4), tanto no que respeita ao insuficiente suporte técnico especializado, como à falta de sensibilidade do serviço em permitir acomodações simples para pessoas com PEA, como a presença de um acompanhante: “em termos de condições do Serviço Nacional de Saúde, acho que qualquer pessoa que tenha autismo devia ter a ajuda que precisaria e não tem” (E10); “Especificamente relacionado com a PEA, não me sinto incluída quando não permitem que leve acompanhante a um médico por exemplo (situação que me deixa bastante desconfortável e muitas vezes com mutismo pontual)” (E11).

Também o excesso de estímulos sensoriais em espaços públicos ($n=2$; ref.=3), foram descritos como sendo uma barreira à inclusão. No caso das participantes E3 e E11, que já teriam mencionado alterações sensoriais, nomeadamente no que diz respeito aos sons, luzes e olfato (Tabela 2), as mesmas demonstraram-se descontentes face ao excesso de estímulos sensoriais encontrados em determinados contextos: “ir ao *shopping* e passar naquelas lojas de perfumes, que o cheiro de perfumes está cá fora e tem aquelas luzes todas brilhantes... não me sinto assim muito incluída” (E3).

Além das barreiras já mencionadas, algumas participantes destacam outras. No caso da participante E4, esta refere que sente dificuldades no acesso ao emprego e entrevistas de emprego ($n=1$; ref.=2), afirmando que quando os empregadores “veem alguém com deficiência, ou vais para o fim da lista, ou dizem-te só, “Depois chamamos-te”, mas nunca mais dizem nada” (E4), provavelmente devido a preconceitos e estereótipos acerca da perturbação. Já a entrevistada E6 salienta mais dois entraves para a inclusão das mulheres

com PEA, principalmente para as que moram fora do seu país de origem, como é o seu caso, sendo estes o desconhecimento dos próprios direitos ($n=1$; ref.=2) - e.g., “não faço ideia do que é que significa ter autismo aqui [no país onde vive], do que é que eu posso usufruir, de quem é que eu posso contar e quem é que me vai perceber” (E6) - e a barreira linguística ($n=1$; ref.=1), que também poderá ser um obstáculo para outras pessoas que sejam emigrantes: “Sinto que tenho zero apoio a nível social por causa da barreira linguística. Porque eu preciso de qualquer coisa que tenha por base o inglês” (E6).

3.6.4. Categoria “Recomendações e soluções propostas”

Tal como referido noutros momentos do presente estudo, entende-se ser importante que as mulheres com PEA sejam ouvidas. Neste sentido, algumas participantes propuseram recomendações e sugestões para que a sociedade possa ser mais inclusiva.

A sugestão que mais se destaca refere-se a mais apoio técnico para adultos com PEA ($n=5$; ref.=10), visto que é provável que exista uma redução significativa do apoio técnico aquando da saída da escola: “à medida que vamos envelhecendo, parece que as pessoas acham que nós ficamos curados do autismo, quando é uma coisa para a vida toda” (E2). Nesta linha de pensamento, uma das participantes especificou uma das formas de apoio técnico que seria benéfica para pessoas com PEA, sendo esta a obtenção de indicações e informações por escrito: “Uma das coisas que me ajuda muito e que eu acho que acaba por ser transversal, seja em idade adulta ou não, é ter as informações todas explícitas, ter direções explícitas e ter as coisas por escrito” (E7).

Além disso, embora apenas uma participante tenha manifestado a importância da existência de mais acomodações no emprego/entrevistas de emprego ($n=1$; ref.=1) no âmbito da inclusão das mulheres com PEA – “no emprego também permitirem a adaptação de uma forma diferente” (E3) – outras participantes já teriam revelado também o desejo de terem mais acomodações para o seu melhor funcionamento (Tabela 5).

Indo ao encontro da percepção das participantes acerca do conhecimento que a sociedade demonstra em relação à PEA (Tabela 7), duas mulheres salientam que é necessário investir no mesmo ($n=2$; ref.=4), de modo a melhorar a convivência entre pessoas com e sem a perturbação: “É normalizar que existem milhões de pessoas neste mundo que são neurodivergentes e, portanto, temos um quórum suficiente para, mais do que termos acessibilidade num mundo neurotípico, termos um mundo neurodivergente, e os dois mundos poderem convergir” (E7); “acho que é o conhecimento, é a pessoa não ter uma ideia errada sobre o que é ou ter estereótipos” (E10).

Por fim, mas igualmente relevante, uma das participantes sublinhou a necessidade do diagnóstico precoce ($n=1$; ref.=1), para que, deste modo, as pessoas possam ter acesso a um maior suporte, nomeadamente apoio técnico, em diferentes fases das suas vidas: “ainda

sinto que se tivesse tido um diagnóstico mais cedo, teria sido mais fácil arranjar o apoio que preciso” (E8).

3.6.5. Discussão da dimensão “Inclusão”

Na análise da Tabela 7, pôde-se verificar que a maioria das participantes sente que ainda não estão incluídas na sociedade, de um modo geral. Neste sentido, houve quem salientasse que apenas se sente “incluída na sociedade autista” (E7), havendo ainda a referência à necessidade de que a comunidade adote medidas e estratégias que permitam que mulheres com PEA se sintam incluídas nos vários contextos sociais. E para que esta inclusão seja, de facto, conseguida, é importante que se ouçam as pessoas que se sentem excluídas socialmente, dado que, tal como referem Rocha e Lebre (2024) no guia “AutisticUni – Autismo na universidade: Inclusão de estudantes autistas no Ensino Superior”, as vivências e perspetivas pessoais de indivíduos com PEA continuam a ser escassas em estudos acerca da perturbação, contrariando a realidade de que estas pessoas são, naturalmente, “as principais especialistas sobre si mesmas” (Rocha & Lebre, 2024, p. 3).

Na mesma linha de pensamento, no decorrer das várias entrevistas, as participantes tiveram a oportunidade de mencionar, não só as melhorias percecionadas pelas mesmas, mas também as diversas barreiras que dificultam a sua inclusão, sendo estas últimas as que mais se destacaram. Neste sentido, embora algumas entrevistadas acreditem que a sociedade tem vindo a mudar positivamente a forma como encara a PEA, nomeadamente no que se refere a uma maior sensibilidade face ao tema, a maioria das participantes acredita que ainda há um longo caminho a percorrer, uma vez que, tal como relatam, ainda encontram dificuldades diversas. Uma dessas dificuldades tem a ver com a descredibilização do diagnóstico/falta de conhecimento sobre as características da mulher com PEA, o que, como referem diferentes autores (Antunes et al., 2021; Corscadden & Casserly, 2021; Green et al., 2019; Jesus, 2021; Lai et al., 2017; Leitão, 2021; Sa & Paschoal, 2019; Sedgewick et al., 2019; Soares et al., 2023; Wilkinson, 2008), poderá traduzir-se num diagnóstico tardio, dificultando o acesso a apoios adequados, além de potenciar a estigmatização, discriminação e invisibilidade de mulheres com PEA (Sa & Paschoal, 2019), aumentando as desigualdades de género. Tal como referido por uma das entrevistadas, “incluir mulheres não é achar que elas são fotocópias dos homens; passa por compreender quais as condições em que as mulheres são iguais e quais as condições em que são diferentes. Depois podemos falar da inclusão das mulheres autistas” (E7). Neste sentido, e como adiantado na análise da dimensão anterior, também as regras impostas às mulheres com PEA desde que são crianças foram reconhecidas como uma das barreiras à sua inclusão, convergindo, novamente, com a ideia de que mulheres são ensinadas a serem mais afáveis do que os homens (Milner et al., 2019), além de recatadas e discretas, sendo socialmente pressionadas para camuflarem os

seus sintomas e características (Antunes et al., 2021; Brickhill et al., 2023; Leitão, 2021), o que se poderá traduzir, uma vez mais, no diagnóstico tardio ou até mesmo no subdiagnóstico (Lawson, 2017).

Outro obstáculo encontrado pelas entrevistadas é o preconceito, aliado à pouca compreensão, desconhecimento e insensibilidade da sociedade acerca da PEA, sendo destacado pelas próprias entrevistadas que “lá fora há muito mais conhecimento do que existe inclusive hoje em dia em Portugal” (E7). Ademais, também o excesso de estímulos sensoriais em espaços públicos é considerado uma barreira, uma vez que pessoas com PEA podem experienciar alterações sensoriais, nomeadamente hipersensibilidade face a estímulos luminosos, auditivos, olfativos, entre outros (Gallina, 2019; Posar & Visconti, 2018), potenciando fortes reações comportamentais, como *meltdowns* e *shutdowns* (Halim et. al., 2018; Hervás & Rueda, 2018; Paes & Negreiros, 2023). Além disso, as participantes também salientaram que sentem pouco apoio do Serviço Nacional de Saúde, impossibilitando que mulheres com PEA tenham um acompanhamento e suporte adequado às suas necessidades (e.g., nas consultas). Serra et al. (2023), num trabalho sobre saúde mental de pessoas com PEA, também se referem a limitações do Serviço Nacional de Saúde como “a falta de recursos, o tempo limitado de consultas, longas listas de espera, falta de cobertura em áreas rurais, ausência de consultas por videochamada e a falta de comparticipação dos medicamentos” (p. 112). Outra barreira identificada é a dificuldade de acesso ao emprego e entrevistas de emprego, podendo estar relacionada não apenas com a rigidez cognitiva e dificuldades na comunicação social e interação social, características da PEA (APA, 2014), uma vez que, requerendo esta tarefa, geralmente, alguma flexibilidade e facilidade de comunicação, pessoas com a perturbação poderão sentir maiores dificuldades de adaptação ao meio laboral (Jesus, 2021), mas também com preconceitos sobre a PEA por parte dos empregadores (Fairbank, 2023). Por fim, além da barreira linguística descrita por uma participante emigrante, também o desconhecimento dos próprios direitos foi mencionado como sendo um entrave face à inclusão, dificultando o acesso a apoios adaptados às especificidades da pessoa com PEA.

Porém, não só as barreiras à inclusão foram identificadas, mas também algumas recomendações e sugestões foram propostas pelas participantes, de forma a entender-se de que modo se podem colmatar os obstáculos vivenciados. Não deixando de ter presente que a média de idades em que as participantes receberam o diagnóstico foi de 24,37 anos ($DP=7,66$), sendo que apenas uma das participantes foi diagnosticada na infância, duas na adolescência e as restantes (grande maioria) na idade adulta (Tabela 2), uma das entrevistadas enfatiza a necessidade de se estabelecerem diagnósticos em idades mais precoces. Isto porque, tal como nos refere a literatura, “estudos mostram que o prognóstico na vida adulta depende do sucesso das intervenções em criança” (Jesus, 2021, p. 197),

traduzindo-se, então, na necessidade de realização de despiste da PEA precocemente, sendo possível chegar-se ao diagnóstico durante o período da infância por meio de “uma investigação mais profunda, para além daquilo que é superficialmente observável no momento da avaliação, realizada através da entrevista aos pais, recolha de informação de professores e análise de conteúdo das respostas” (Leitão, 2021, p. 179). Consequentemente, e uma vez que ainda é comum a “falta de sensibilização e compreensão do autismo entre os profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito ao reconhecimento [da PEA] em mulheres” (Soares et al., 2023, p. 24), duas das entrevistadas destacaram a importância de existir um maior investimento nesse conhecimento. A par disso, algumas entrevistadas salientaram que é essencial que haja mais suporte técnico para adultos com PEA a diferentes níveis pois, em distintas fases das suas vidas, nomeadamente em momentos de transição, poderá existir uma maior “necessidade de apoio: transição para a vida adulta, maternidade, parentalidade, emprego, e crises familiares e amorosas” (Serra et al., 2023, p. 73). Neste sentido, a área relacionada com o emprego foi especificamente mencionada pelas participantes, por considerarem que deveriam existir mais acomodações nos contextos laborais, bem como nas entrevistas de emprego, dado que “[t]rabalhar de forma neurotípica, ou pelo menos, da forma aparentemente tolerada por pessoas neurotípicas, leva muitas pessoas autistas ao colapso e à exaustão” (Serra et al., 2023, p. 21), sendo crucial “a sensibilização das entidades empregadoras para as acomodações essenciais às pessoas autistas, e a protecção social no que diz respeito à possibilidade de trabalhar a meio tempo, empregos apoiados e protegidos, tutorias e mentorias, entre outras” (Serra et al., 2023, p. 172).

Uma vez mais, é essencial que as pessoas com PEA, nomeadamente mulheres, sejam ouvidas, para que, deste modo, a sociedade possa proceder a uma mudança que leve à efetiva inclusão das pessoas com PEA em todas as áreas de funcionamento e contextos de vida.

3. 7. Dimensão “Perspetivas de Futuro”

Relativamente à Dimensão “Perspetivas de futuro”, serão apresentadas as categorias e subcategorias que revelam o que cada uma das entrevistadas pretende para o seu futuro (Tabela 8). Deste modo, e como as participantes percecionam os seus planos futuros em diferentes áreas, foram criadas as seguintes categorias: “Autonomização e/ou construção de família”, “Trabalho/Carreira”, “Prosseguimento de estudos” e “Desenvolvimento pessoal”.

Tabela 8*Categorias e Subcategorias da Dimensão “Perspetivas de Futuro” (N=13)*

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Ref.	Participantes
Futuro	Autonomização e/ou construção de família	Mudar de cidade (n=1)	1	E1
		Sair de casa dos pais (n=3)	3	E2; E10; E12
		Constituir família (n=4)	4	E4; E10; E11; E12
		Casar (n=1)	1	E11
		Ser mãe (n=3)	3	E5; E10; E11
	Trabalho/ Carreira	Encontrar o primeiro emprego (n=5)	8	E1; E2; E4; E6; E13
		Encontrar um novo emprego (n=1)	1	E7
		Consolidar a carreira profissional (n=3)	4	E8; E11; E12
	Prosseguimento de estudos	Ingressar num novo ciclo de estudos (n=2)	2	E5; E9
		Terminar o ciclo de estudos atual (n=2)	2	E2; E3
	Desenvolvimento pessoal	Continuar com os mesmos <i>hobbies</i> (n=2)	2	E1; E13
		Publicar um livro (n=1)	1	E5
		Divulgar a PEA/ neurodivergência (n=2)	3	E7; E11
		Ser ativa na luta pelos direitos LGBTQIA+ (n=1)	1	E11
		Melhorar a saúde física e mental (n=2)	2	E8; E10

3.7.1. Categoria “Autonomização e/ou construção de família”

Alguns dos desejos futuros destacados pelas entrevistadas estão relacionados com a sua autonomização e/ou construção de família, nomeadamente a perspetiva de mudança de cidade ($n=1$; ref.=1), sair de casa dos pais ($n=3$; ref.=3), constituir família ($n=4$; ref.=4), casar ($n=1$; ref.=1) e ser mãe ($n=3$; ref.=3): “Talvez ser mãe, talvez nos próximos dois anos, sendo que sei que isso vai requerer alguma preparação” (E5); “Tenho planos para ir viver outra vez sozinha” (E10); “Gostaria de estabelecer família, casar e ter filhos” (E11).

3.7.2. Categoria “Trabalho/ Carreira”

Já no que respeita ao trabalho ou carreira profissional, categoria referida por grande parte das entrevistadas (Tabela 8), as mesmas demonstraram vontade de encontrar o primeiro emprego ($n=5$; ref.=8), encontrar um novo emprego ($n=1$; ref.=1) ou consolidar a carreira profissional ($n=3$; ref.=4): “Quero, um dia, libertar-me do emprego que tenho, quero deixar de trabalhar nesta área, quero deixar de trabalhar no *corporate business*, porque eu não me identifico nada com isto” (E7); “Crescer no mundo da dança e da fotografia” (E12); “quero tentar arranjar um emprego” (E13).

3.7.3. Categoria “Prosseguimento de estudos”

Quanto ao prosseguimento de estudos, também houve quem o referisse como desejo futuro. Ingressar num novo ciclo de estudos ($n=2$; ref.=2) ou terminar o ciclo de estudos atual ($n=2$; ref.=2) está nos planos de três participantes (Tabela 8): “Quero acabar o meu doutoramento” (E3), “Talvez [ingressar no] doutoramento, talvez para o ano” (E5).

3.7.4. Categoria “Desenvolvimento pessoal”

Para além das perspetivas de futuro mencionadas anteriormente, também há quem se preocupe com o seu próprio desenvolvimento pessoal a outros níveis, quer seja no que respeita ao desejo de continuar com os mesmos *hobbies* ($n=2$; ref.=2), publicar um livro ($n=1$; ref.=1), divulgar a PEA/ neurodivergência ($n=2$; ref.=3), ser ativa na luta pelos direitos LGBTQIA+ ($n=1$; ref.=1) ou até mesmo melhorar a própria saúde física e mental ($n=2$; ref.=2): “Talvez publicar um livro de poesia” (E5); “E gostava também de ir podendo contribuir para divulgar o autismo e a neurodivergência, ir falando sobre isso o mais possível” (E7); “Quero também pôr a minha saúde física em ordem para conseguir melhorar a minha saúde mental” (E8).

3.7.5. Discussão da dimensão “Perspetivas de futuro”

Se ao longo do presente estudo se pôde observar a heterogeneidade das vivências e perspetivas das entrevistadas, os projetos/ perspetivas de futuro são outra dimensão que a comprovam. Como referem Antunes et al. (2021) “as pessoas com autismo são tão diferentes (...) que embora partilhem dificuldades na interação social, na comunicação e na generalização de interesses, uns são brilhantes, outros medianos, uns exibem estereotípias, outros não; uns são gordos, outros magros” (p. 168). E mesmo que partilhem alguns interesses, note-se que não são todos, pois, como se verifica na Tabela 8, pessoas diferentes têm, naturalmente, perspetivas de futuro e projetos de vida distintos, sejam eles mudar de cidade, ter a sua própria casa, casar, constituir família, encontrar o primeiro ou um novo emprego, consolidar a sua carreira profissional, prosseguir estudos ou até perspetivas a nível do desenvolvimento pessoal, seja através da manutenção dos seus *hobbies*, da publicação de um livro, da divulgação de temáticas relacionadas com a neurodivergência, da participação em diferentes causas, como a LGBTQIA+, ou do investimento na própria saúde física e mental. Isto significa que o “diagnóstico de PEA aplica-se a pessoas muito diferentes” (Jesus, 2021, p.193), não se devendo, por isso mesmo, proceder-se a uma generalização abusiva dos resultados da investigação.

Na mesma linha de pensamento, apesar de neste estudo não se ter questionado sobre o nível de gravidade da PEA das participantes, parecem tratar-se de pessoas que têm conhecimentos sobre a perturbação e, principalmente, acerca de si mesmas. Posto isto, será que pessoas com necessidades de apoio mais acentuadas terão oportunidade de manifestarem as suas preferências? E como estarão essas pessoas, tendo em conta que, mesmo indivíduos que conseguem expressar quais as suas perspetivas e projetos de futuro encontram obstáculos para os alcançar? Talvez a autodeterminação de pessoas com PEA devesse ser também uma preocupação dos profissionais, visto que estes devem “apoiar as pessoas autistas a terem uma melhor qualidade de vida” (Serra et al., 2023, p. 166), devendo o profissional proporcionar um suporte “empoderador, reconstruindo a autonomia, uma rede de apoio e sentido de pertença” (Serra et al., 2023, p. 139). Além disso, novamente Serra et al. (2023) referem também que o profissional deve “incentivar a autoadvocacia e empoderamento das pessoas autistas que apoia no seu serviço, promovendo a aceitação pessoal e providenciando suporte” (p. 168). Justifica-se, mais uma vez, a referência ao Planeamento Centrado na Pessoa enquanto diretriz para esta intervenção, tal como é apresentado por Pereira (2014).

Conclusão

A realização deste estudo permitiu a obtenção de resultados importantes para o conhecimento da PEA em mulheres, através da exploração das vivências e perspetivas das entrevistadas ($N=13$) no que respeita a trajetórias de vida, necessidades, funcionalidade, desafios e suportes/apoios.

No que respeita aos objetivos delineados, começando pela caracterização sociodemográfica das participantes, verifica-se que as mesmas são todas portuguesas, existindo uma variação nas habilitações académicas entre o 12.º ano de escolaridade e o mestrado, sendo a situação profissional de igual modo diversa, passando pelas que se encontram empregadas, desempregadas, a estudar ou que são trabalhadoras-estudantes. Além disso, a maioria das entrevistadas é solteira ($n=11$), estando uma casada e outra em união de facto.

Quanto à história do conhecimento do diagnóstico, constata-se que apenas três participantes tiveram acesso ao mesmo durante o período escolar (uma delas na infância e duas na adolescência). A idade média aquando do diagnóstico era de 24,37 anos ($DP=7,66$). Foi através da perceção do próprio comportamento ou do contacto com outras pessoas com PEA que a maioria tomou a decisão de procurar ajuda, sendo que a confirmação do diagnóstico além de proporcionar uma sensação de alívio em algumas entrevistadas, revelou-se também uma peça fundamental para o autoconhecimento e aumento da autoestima. Neste sentido, o nível de conhecimento acerca de si mesmas permitiu que compreendessem alguns dos seus sintomas, como alterações sensoriais (a luzes, cheiros, toque, sons, paladar, texturas), dificuldades na gestão de emoções e na perceção de sentimentos, a existência de *meltdowns* e *shutdowns* perante mudanças e quebras de rotina, a necessidade de se autorregular – de modo a evitar *meltdowns* e *shutdowns* - através de diferentes formas (desenhar, mexer as mãos, reproduzir sons com a boca, utilizar *fidgets*, andar descalça, não fazer contacto visual, coçar/morder partes do corpo, mexer/balançar o corpo, repetir palavras/gestos) e a perceção da utilização da camuflagem de características. Quanto à camuflagem, diga-se que, de acordo com as participantes, esta tem os seus prós e contras, uma vez que, ao mesmo tempo que pode facilitar interações sociais e oportunidades pessoais e profissionais, pode também ser uma das causas para diagnósticos tardios e consequente falta de compreensão e apoio a diferentes níveis.

Ademais, vários obstáculos e desafios, bem como alguns aspetos facilitadores, foram e são experienciados por estas mulheres ao longo das várias fases do desenvolvimento. Na infância destacam-se as dificuldades de comunicação e relação com pares na escola, resultando em poucas amizades e experiências de *bullying*, existindo, pelo contrário, uma tendência para a facilidade de relacionamento com adultos (incluindo professores, técnicos e auxiliares). Por sua vez, as brincadeiras demonstram diversidade, com preferência por

atividades individuais, embora incluam jogos imaginativos. Já na adolescência, é de se sublinhar a persistência das dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais com pares (além de se verificar também um afastamento dos adultos), os desafios referentes ao desenvolvimento físico na puberdade, agravado pela rigidez cognitiva e pelas alterações sensoriais, bem como a falta de apoio familiar nas questões da puberdade, recorrendo, algumas participantes, à leitura de livros sobre o tema como estratégia compensatória para lidar com dúvidas. No que se refere à transição para a vida adulta, apesar do apoio familiar se traduzir num aspeto facilitador para a maioria das participantes nesta fase, evidenciam-se desafios no viver sozinha e na procura do primeiro emprego, realçados pela falta de apoio técnico, além das insuficientes acomodações laborais. Quanto à intimidade/sexualidade, apesar de ser considerada importante para a maioria das participantes, são notáveis as dificuldades na expressão da sexualidade, bem como em tolerar o toque e em iniciar/ter contacto sexual. Além disso, ainda que não por todas as participantes, as relações interpessoais com os pares foram descritas como mais positivas enquanto adultas, em contraste com o que aconteceu na infância e adolescência, talvez pela aproximação de pessoas com as quais se identifiquem mais, facto que poderá ter sido facilitado pelo conhecimento do diagnóstico.

Relativamente às perspetivas e experiências em torno da(s) (des)igualdade(s) de género, percebe-se que grande parte das participantes sente ou já as sentiu em diferentes contextos como na escola, universidade ou no trabalho, além de se destacar também a pressão social para seguirem estereótipos de género desde a infância, como a necessidade de serem discretas. Esta imposição para o cumprimento das normas sociais de género leva a que as mulheres com PEA recorram à camuflagem de sintomas e características, prejudicando, assim, o seu acesso ao diagnóstico da perturbação, sendo esta uma das barreiras à inclusão das mesmas, identificada pelas participantes. A par disso, também a descredibilização do diagnóstico e falta de conhecimento sobre as características da mulher com PEA (que contribuem também para o subdiagnóstico e diagnóstico tardio), os preconceitos, pouca compreensão, desconhecimento e insensibilidade da sociedade acerca da PEA, o excesso de estímulos sensoriais em espaços públicos, as limitações do apoio do Serviço Nacional de Saúde, a barreira linguística (no caso de uma participante que mora no estrangeiro), o desconhecimento dos próprios direitos e as dificuldades no acesso ao emprego e entrevistas de emprego são também percecionadas pelas participantes como barreiras à sua inclusão (e das mulheres com PEA). Porém, foram também recomendadas algumas soluções a este nível, por parte das entrevistadas, que se traduziram em mais apoio técnico para adultos com PEA, mais acomodações no emprego/entrevistas de emprego – como a utilização de bloqueadores de som, o direito a mais pausas, a possibilidade de teletrabalho, a flexibilidade de horários, a disponibilização de equipamento ergonómico, o

recebimento de indicações por escrito, a possibilidade de levar cão de serviço e a adaptação das entrevistas de emprego -, investimento em conhecimento sobre a PEA e a necessidade de diagnósticos mais precoces e correlativa intervenção.

No que se refere às perspectivas e projetos de futuro das participantes, na linha do que se viu noutras experiências/vivências, não obstante as dificuldades comuns, típicas da PEA, estes também são diversos e abrangem diferentes objetivos e aspirações, tais como mudar de cidade, ter a sua própria casa, casar, constituir família, encontrar emprego, consolidar a carreira profissional, prosseguir estudos, além de desejos relacionados com o próprio desenvolvimento pessoal, como a publicação de um livro, envolvimento em causas sociais como a LGBTQIA+ e cuidar da saúde física e mental. Estas perspectivas variadas, além das experiências diversificadas de cada uma das participantes, destacam a heterogeneidade das mulheres com PEA, sendo aconselhável não generalizar abusivamente estes resultados, uma vez que as pessoas com PEA são, como qualquer ser humano, indivíduos com idiossincrasias, particularidades, vivências e visões de futuro muito próprias.

Este estudo tem algumas limitações que importa assinalar. Uma delas é o reduzido número de participantes, aspeto comum em estudos qualitativos (Coutinho, 2018). Outra, deve-se ao facto de a amostra ser de conveniência autosseleccionada, uma vez que, a partir do pedido de divulgação do estudo, a maioria das participantes demonstrou vontade de participar no estudo e, as que não foram recrutadas por este meio, foram contactadas diretamente pela investigadora que tinha conhecimento prévio das suas características. Além disso, sendo uma das características da PEA a dificuldade na interação social e comunicação social, o facto destas participantes terem aceitado participar pode revelar que as suas necessidades se situam num nível 1 de suporte (APA, 2014), não se chegando a pessoas com outros níveis de gravidade/suporte requerido. Estas constatações vêm reforçar o que já se disse antes sobre os cuidados a observar na generalização dos resultados e conclusões deste estudo.

Face ao exposto, é importante referir que a colaboração interdisciplinar de profissionais de diferentes áreas (e.g., medicina, psicologia, educação, apoio social) pode contribuir significativamente para melhorar a qualidade de vida e a inclusão social de mulheres com PEA, permitindo uma abordagem holística. Os mesmos deverão utilizar uma Abordagem/Planeamento Centrado na Pessoa (e na Voz da Pessoa), reconhecendo a singularidade de cada mulher com PEA de modo a considerar as suas necessidades, mas também as suas preferências e competências individuais. Além disso, os profissionais devem investir em formação contínua, procurando estar atualizados quanto às últimas investigações sobre o tema, de forma a compreenderem as diferenças sociais e sensoriais de cada pessoa para que, assim, possam dar o apoio adequado. Por outro lado, é também crucial que seja garantido o acesso a recursos e serviços especializados para todas as pessoas com PEA,

nomeadamente na idade adulta pois, embora existam apoios dedicados às crianças com este tipo de problemática, quando transitam para a idade adulta vêm-se, muitas vezes, desamparadas (Fairbank, 2023).

Uma vez que a investigação nesta área deve ser continuada, a investigadora sugere que se possam realizar estudos com mais mulheres com PEA, nomeadamente a nível nacional, além de que seriam também relevantes estudos comparativos entre mulheres com PEA e homens com PEA. Para além disto, seriam benéficos estudos acerca das perceções das famílias e dos profissionais que trabalham com pessoas com PEA, em particular nos contextos de vida adulta.

Por fim, é ainda relevante referir que o estudo impactou positivamente a vida profissional e pessoal da investigadora. No âmbito profissional, uma vez que trabalha numa instituição de apoio a pessoas com deficiência e incapacidade como formadora, apoiando adultos com diferentes perturbações, este estudo permitiu reforçar a sua sensibilidade para o facto de que cada pessoa é única. Mesmo encontrando indivíduos com o mesmo tipo de problemática, todo o seu contexto, vivências, especificidades e competências fazem de cada pessoa um ser humano diferente de todos os outros e, desta forma, todo o seu acompanhamento deve ser totalmente personalizado, indo ao encontro das suas expectativas. Quanto à esfera pessoal, foi através das entrevistas realizadas às mulheres com PEA, muitas delas também com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), que a investigadora se apercebeu que também poderia ser neurodivergente, uma vez que se identificara com características relatadas e experienciadas pelas entrevistadas. Deste modo, aquando do desenvolvimento deste trabalho, a investigadora recorreu a um técnico especializado, que confirmou o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção. Também a descoberta deste diagnóstico para a investigadora se traduziu num alívio, permitindo um maior autoconhecimento, tal como aconteceu com a descoberta do diagnóstico de PEA em muitas das mulheres deste estudo.

Em suma, a inclusão não pode ser apenas uma utopia, sendo da responsabilidade de todos e todas, nomeadamente dos/as profissionais das várias áreas, garantir que a universalidade dos direitos esteja assegurada para todas as pessoas, qualquer que seja a fase de ciclo vital em que se encontram. Com este estudo, espera-se contribuir para se chegar mais perto da inclusão efetiva das mulheres com PEA, aumentando a representatividade das mesmas, através da contribuição das suas próprias experiências de vida.

Referências bibliográficas

- Amado, J. (2016). A formação em investigação qualitativa: Notas para a construção de um programa. In A. P. Costa, F. N. Souza, & D. N. Souza (Eds.), *Investigação Qualitativa: Inovação, Dilemas e Desafios* (3.^a edição, pp. 39-68). Ludomedia.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Quinta Edição*. Climepsi.
- Anisa, A. T. (2019). *Pubertal challenges in female adolescents with autism spectrum disorder: mother's perspective* [Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelato, University of Dhaka]. DSpace Repository. <http://hdl.handle.net/123456789/523>
- Antunes, N. L., Rodrigues, A., & Jesus, G. (2021). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. In N. L. Antunes (Ed.), *Sentidos: O grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento* (5.^a ed., pp. 219-270). Lua de Papel.
- Antunes, N. L., Leitão, I., Almeida, C., & Jesus, G. (2021). Perturbações do Espectro do Autismo. In N. L. Antunes (Ed.), *Sentidos: O grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento* (5.^a ed., pp. 115-174). Lua de Papel.
- Armenara, V. A., Stringhini, D., & Kunkel, M. E. (2022). *Transtorno do Espectro Autista (TEA): Manual para o professor de ensino superior*. Editora Dialética.
- Associação Portuguesa Voz do Autista. (s.d.). *Guia para o investigador em autismo*. <https://vozdoautista.pt/recursos/>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Batista, E. C., Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*,

https://www.researchgate.net/publication/331008193_A_ENTREVISTA_COMO_TECNICA_DE_INVESTIGACAO_NA_PESQUISA_QUALITATIVA

- Beato, A. (2021). Sexualidade e Intimidade na Infância e Adolescência. In N. L. Antunes (Ed.), *Sentidos: O grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento* (5.^a ed., pp. 527-562). Lua de Papel.
- Beck, J. S., Lundwall, R. A., Gabrielsen, T., Cox, J. C., & South, M. (2020). Looking good but feeling bad: “Camouflaging” behaviors and mental health in women with autistic traits. *Autism*, 24(4), 809–821. <https://doi.org/10.1177/1362361320912147>
- Brickhill, R., Atherton, G., Piovesan, A., & Cross, L. (2023). Autism, thy name is man: Exploring implicit and explicit gender bias in autism perceptions. *PLoS ONE*, 18(8), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284013>
- Chan, D. V., Doran, J. D., & Galobardi, O. D. (2023). Beyond Friendship: The Spectrum of Social Participation of Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53, 424-437. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05441-1>
- Costa, F. (2020). *Representações sociais de mulheres com o nível 1 do transtorno do espectro autista sobre «ser normal» em seu passado escolar* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estácio de Sá]. Estácio. https://portal.estacio.br/media/4683846/flavia-costa_disserta%C3%A7%C3%A3o_vers%C3%A3o-final.pdf
- Corscadden, P., & Casserly, A. (2021). Identification of Autism in Girls: Role of Trait Subtleties, Social Acceptance and Masking. *REACH: Journal of Inclusive Education in Ireland*, 34(1), 18-28. <https://reachjournal.ie/index.php/reach/article/view/313>
- Courchesne, V., Tesfaye, R., Mirenda, P., Nicholas, D., Mitchell, W., Singh, I., Zwaigenbaum, L., & Elsabbagh, M. (2022). Autism Voices: A novel method to access first-person perspective of autistic youth. *Autism*, 26(5), 1123-1136. <https://doi.org/10.1177/13623613211042128>
- Coutinho, C. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria*

e *Prática* (2.^a ed.). Edições Almedina.

Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, alterado pela Lei n.º 116/2019, de 13 de setembro –

Estabelece o regime jurídico da educação inclusiva.

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/07/12900/0291802928.pdf>

DuBois, D., Ameis, S., Lai, M., Casanova, M., & Desarkar, P. (2016). Interoception in Autism Spectrum Disorder: A review. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 52(1), 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2016.05.001>

Fairbank, R. (2023, November 1). How to navigate adulthood on the autism spectrum. *Monitor on Psychology*, 54(8), 50. https://www.apa.org/monitor/2023/11/adults-autism-spectrum?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=apa-monitor&utm_content=adults-autism-spectrum&fbclid=IwAR3rn7NHuWG8Ue7II4aVxRtvKzjRVTbs5z5f4lBflo9nmdSYLry5qf7v-ZU

Freixo, M. (2012). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (4.^a ed.). Instituto Piaget.

Gallina, L. (2019). *Toc Therapy: Design e estimulação multissensorial para crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista)* [Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado, Universidade de Caxias do Sul]. Repositório Institucional da Universidade de Caxias do Sul. <https://repositorio.ucs.br/11338/5197>

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6.^a ed.). Editora Atlas S.A.

Gomes, L. (2022). *Tarefas de desenvolvimento de Havighurst em quatro casos de Perturbação do Espectro do Autismo* [Trabalho de Projeto de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/7567>

Gonçalves, T. (2010). Investigar em Educação: Fundamentos e Dimensões da Investigação Qualitativa. In M. Alves & N. Azevedo, *Investigar em Educação: Desafios da construção de conhecimento e da formação de investigadores num campo multi-*

- referenciado (pp. 39–63). UIED: Unidade de Investigação Educação e Desenvolvimento. <http://hdl.handle.net/10362/5287>
- Green, R. M., Travers, A. M., Howe, Y., & McDougle, C. J. (2019). Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults. *Current Psychiatry Reports*, 22, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1006-3>
- Halim, A., Richdale, A., & Uljarević, M. (2018). Exploring the nature of anxiety in young adults on the autism spectrum: A qualitative study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 55, 25–37. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.07.006>
- Herrema, R., Garland, D., Osborne, M., Freeston, M., Honey, E., & Rodgers, J. (2017). Brief Report: What Happens When I Can No Longer Support My Autistic Relative? Worries About the Future for Family Members of Autistic Adults. *J Autism Dev Disord*, 47, 3659–3668. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3254-6>
- Hervás, A. (2017). Desregulación emocional y trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología* 64(1), S17-S25. <https://doi.org/10.33588/rn.64S01.2017030>
- Hervás, A. (2023). Autismo y Depresión: Presentación Clínica, Evaluación y Tratamiento. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 83(2), 37-42. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023000300037&lng=es&nrm=iso
- Hervás, A., & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología* 66(1), S31-S38. <https://doi.org/10.33588/rn.66S01.2018031>
- Jesus, G. (2021). Perturbações do Espetro do Autismo no Adulto. In N. L. Antunes (Ed.), *Sentidos: O grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento* (5.^a ed., pp. 193-198). Lua de Papel.
- Lai, M., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. NV., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., Happé, F., Baron-Cohen, S., & Consortium, MRC. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690–702.

<https://doi.org/10.1177/1362361316671012>

Lawson, W. (2017). Women & Girls on the Autism Spectrum: A Profile. *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*, 5, 90–95. <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2017.05.03.4>

Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro - Aprova a revisão do Código do Trabalho. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/02/03000/0092601029.pdf>

Lei n.º 23/80, de 26 de julho - Ratifica a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas em 12 de dezembro de 1979. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1980/07/17100/18701882.pdf>

Leitão, I. (2021). Autismo nas Raparigas. In N. L. Antunes (Ed.), *Sentidos: O grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento* (5.ª ed., pp. 193-198). Lua de Papel.

Leitão, I., & Terra, J. (s.d.). Tirar a máscara à síndrome de asperger no feminino. *Estrelas e Ouriços*, 1-4. <https://pin.com.pt/wp-content/uploads/2013/04/82.SINDROME-DE-ASPERGER-NO-FEMININO.pdf>

Maggio, M.G., Calatozzo, P., Cerasa, A., Pioggia, G., Quartarone, A., & Calabrò, R. S. (2022). Sex and Sexuality in Autism Spectrum Disorders: A Scoping Review on a Neglected but Fundamental Issue. *Brain Sciences*, 12(11), 1-15. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111427>

Marmeleira, J., & Veiga, G. (2018). Interoceptividade e consciência corporal na resposta ao stress. In A. Candeias, A. Portelada, C. V. Velho, E. Galindo, H. Pires, L. Borralho, L. Grácio, N. Costa, K. Reschke, & E. Witruk (Eds.), *Proceedings of the International Seminar: Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress: Vol. 1. Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress* (pp. 30-43). Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/25698>

- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssolar-395173>
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de Educação*, 2(2), 49-65. <https://doi.org/10.34620/eduser.v2i2.24>
- Milner, V., McIntosh, H., Colvert, E., & Happé, F. (2019). A Qualitative Exploration of the Female Experience of Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 2389–2402. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03906-4>
- Norris, J. E., & Maras, K. (2022) Supporting autistic adults' episodic memory recall in interviews: The role of executive functions, theory of mind, and language abilities. *Autism*, 26(2), 513-524. <https://doi.org/10.1177/13623613211030772>
- Paes, J., & Negreiros, M. (2023). O visível e o invisível no Transtorno do Espectro Autista: um relato de experiência à luz da Psicologia Fenomenológica de Merleau-Ponty. *Revista AMAzônica - Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação*, 16(2), 828-872. <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/12610>
- Papalia, D., & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12.^a edição). AMGH Editora Ltda.
- Parchomiuk, M. (2019). Sexuality of Persons with Autistic Spectrum Disorders (ASD). *Sexuality and Disability*, 37, 259–274. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9534-z>
- Paredes, P., & Ramos, D. (2023). Perfil Sensorial em Autistas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 221-239. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5289
- Pereira, A. K. M., & Souto, V. T. (2019). A cor do autismo e sua relevância na representação simbólica de mulheres. In. L. M. Fadel, C. Spinillo, A. Horta, & C. Portugal (Eds.), *Anais do 9º CIDI e 9º CONGIC: Vol. 6. CIDI 2019 BH*, (pp. 1403-1411). Blucher

- Proceedings. <https://doi.org/10.5151/9cidi-congic-3.0294>
- Pereira, M. (2014). *Apoios Centrados nas Pessoas*. ASSOL.
- Picoito, J., Santos, V., & Rita, H. (2016). Sobreposição Clínica e Comorbilidade Psiquiátrica na Perturbação do Espectro do Autismo no Adulto: A Propósito de um Caso Clínico. *PsiLogos*, 14(2), 23–32. <https://doi.org/10.25752/psi.10140>
- Posar, A., & Visconti, P. (2018). Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder. *Jornal de Pediatria*, 94(4), 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.08.008>
- Rede Interinstitucional para a Educação em Situações de Emergência (INEE). (2019). *Manual da INEE sobre Género*. <https://inee.org/pt/resources/manual-da-innee-sobre-genero>
- Regulamento do 2.º Ciclo de Estudos em Educação Especial, Domínio Cognitivo Motor, homologado pelo Presidente da ESEV a 28/12/2018. <https://www.esev.ipv.pt/docs/ServicosAC/Regulamento%20de%20curso%20EE%202018.pdf>
- Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho - Aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em Nova Iorque em 30 de março de 2007. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/07/14600/0490604929.pdf>
- Rocha, Á. (2022). *Procesos interoceptivos y propioceptivos en autistas adultos*. Universidad Andina Simón Bolívar. <http://hdl.handle.net/10644/9253>
- Rocha, S., & Lebre, R. T. (2024). *AutisticUni – Autismo na universidade: Inclusão de estudantes autistas no Ensino Superior*. Associação Portuguesa Voz do Autista. <https://vozdoautista.pt/wp-content/uploads/2024/03/Guia-Inclusao-de-estudantes-autistas-no-Ensino-Superior.pdf>
- Rodriguez, L. (2020). A importância dos jogos e brincadeiras no desenvolvimento infantil. *COGNITIONIS SCIENTIFIC JOURNAL*, 3(1), 1-12. <https://doi.org/10.38087/2595.8801.28>
- Roza, S., & Guimarães, S. (2021). Empatia Afetiva e Cognitiva no Transtorno do Espectro

- Autista (TEA): uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 27, 1053-1070. <https://doi.org/10.1590/1980-54702021v27e0028>
- Sa, A., & Paschoal, A. (2019, October 15-18). *A discriminação de mulheres autistas, uma construção do patriarcado* [Conference presentation abstract]. XIII Congresso Brasileiro de Bioética, Goiás, Goiânia, Brasil. https://www.sbbioetica.org.br/uploads/Publicacao/2021_08_02/PUBLICACAO_BIOETICA-ANAIS-XIII-CONGRESSO-BIOETICA-ISBN-V27maio2021-28-08-21.pdf
- Sales, C., & Calvo, D. (2018). *Guia metodológico de apoio à realização de entrevistas*. Resistance.
- Santos, M. C., & Freitas, P. P. (2014). Perturbações do Espectro do Autismo. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 137-157). LIDEL.
- Sedgewick, F., Hill, V., & Pellicano, E. (2019). 'It's different for girls': Gender differences in the friendships and conflict of autistic and neurotypical adolescents. *Autism*, 23(5), 1119–1132. <https://doi.org/10.1177/136236131879493>
- Serra, R., Rocha, S., Oliveira, C., Almeida, P., Benedetto, M., & Pellicano, E. (2023). *Saúde mental de pessoas autistas em Portugal: experiências e recomendações de autistas adultos e profissionais aliados*. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. https://vozdoautista.pt/wp-content/uploads/2024/03/eBook-auticorpos_FINAL.pdf
- Silva, M., Costa, M., Abreu, F., & Silva, D. (2021). O brincar da criança com transtorno do espectro autista: flexibilização do uso do brinquedo em situações imaginárias. *Revista Brasileira da Pesquisa Sócio-Histórico-Cultural e da Atividade*, 3(2), 1-20. <https://revistashc.org/index.php/shc/article/view/94>
- Soares, A., Silva, H., Vidal, L., Bonilla, M., Tôrres, M., Lima, M., Santana, M., Alves, M., Paz, U., & Silva, H. (2023). Revisão de escopo: as implicações do diagnóstico tardio do TEA em mulheres. *Revista Neurociências*, 31, 1-37. <https://doi.org/10.34024/rnc.2023.v31.15662>

- Steward, R., Crane, L., Roy, E., Remington, A., & Pellicano, E. (2020). "Life is Much More Difficult to Manage During Periods": Autistic Experiences of Menstruation. In C. Bobel, I. T. Winkler, B. Fahs, K. A. Hasson, E. A. Kissling, & T. Roberts (Eds.), *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies* (pp. 751-761). Palgrave Macmillan.
https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7_55
- Teliti, A., & Resulaj, L. (2022). Adolescence in Autism Spectrum Disorder and Challenges Encountered. *Interdisciplinary Journal of Research and Development*, 9(1), 42-47.
<https://doi.org/10.56345/ijrdv9n105>
- Viana, A., Martins, A., Tensol, I., Barbosa, K., Pimenta, N., & Lima, B. (2020). Autismo: Uma revisão integrativa. *Revista Saúde Dinâmica*, 2(3), 1-18.
<http://www.revista.faculdadedinamica.com.br/index.php/sausedinamica/issue/view/>
- Wilkinson, L. A. (2008). The gender gap in Asperger Syndrome: Where are the girls?. *TEACHING Exceptional Children Plus*, 4(4), 1-9.
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ967482.pdf>
- Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. SAGE Publications.

Anexos

Pedido de Participação em Estudo

O meu nome é Andreia Gonçalves. Sou estudante do 2º ano de Mestrado em Educação Especial da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu. Neste momento encontro-me a realizar o meu projeto final que terá como tema: **"Perturbação do Espectro do Autismo no feminino: um estudo qualitativo com mulheres portuguesas"**.

Assim, gostaria de contar com a colaboração de **mulheres portuguesas com diagnóstico clínico de PEA, entre os 20 e os 35 anos**, para a realização de algumas entrevistas, que terão como principal objetivo conhecer as histórias de vida destas mulheres, tendo em conta a PEA. Saliento que a identidade de todas as mulheres será sempre salvaguardada.



Caso esteja interessada em participar, contacte-me através de um destes contactos:

Email: pv22845@esev.ipv.pt

Tlm.: 926 423 024

Instagram: @andreiafergon



Anexo B - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM RECOLHA DE DADOS

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo:

Perturbação do Espectro do Autismo no feminino: um estudo qualitativo com mulheres portuguesas.

Enquadramento:

O presente estudo decorre no âmbito do Projeto Final de Mestrado em Educação Especial, da Escola Superior de Educação de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, sob orientação da Professora Doutora Paula Xavier. Com o mesmo pretende-se conhecer as histórias de vida de mulheres, tendo em conta o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo.

Explicação do estudo:

Este estudo terá como principal técnica de recolha de dados a entrevista semiestruturada. Deste modo, serão pedidos dados de natureza sociodemográfica, bem como dados relativos à sua própria experiência de vida. A realização das entrevistas será realizada num local onde a entrevistada se sinta confortável e segura, podendo ser presencialmente ou *online*.

Condições:

Este estudo será de participação voluntária, podendo, a qualquer momento, desistir da sua participação. A participação neste estudo não trará qualquer tipo de prejuízo.

Confidencialidade e anonimato:

A confidencialidade dos seus dados está garantida sendo que os mesmos se destinam apenas a este estudo. Para além disso, o tratamento dos referidos dados será feito em ambiente de privacidade. Desde já agradecemos a sua disponibilidade.

Investigadora:

Andreia Gonçalves – Estudante da ESEV – 926423024 – pv22845@esev.ipv.pt

Assinatura: ... *Andreia Ferraz Gonçalves* ...

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: ...

Assinatura: ...

Data: / /

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo C - Imagens auxiliares (retiradas dos bancos de imagens “Unsplash” e “Pexels”)

Brincar



Comunicação



Escola



Família



Relações interpessoais na infância



Autoestima antes do diagnóstico



Diagnóstico



Perturbação do Espectro do Autismo

Autoestima depois do diagnóstico



Puberdade



Relações interpessoais na adolescência



Alterações sensoriais



Afetividade e Sexualidade



Desigualdades de género



Transição para a vida adulta



Primeiro emprego



Camuflagem de características



Sentimentos



Relações interpessoais (atualmente)



Situações inesperadas



Apoio/suporte



Inclusão



Outros momentos marcantes



Futuro



Anexo D - Guião de entrevista semiestruturada

Esta entrevista está a ser realizada no âmbito do Projeto Final “Perturbação do Espectro do Autismo no feminino: um estudo qualitativo com mulheres portuguesas”, do Mestrado em Educação Especial, área de especialização no Domínio Cognitivo-Motor, da Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação da Prof. Doutora Paula Xavier. Pretendo, com o mesmo, desenvolver um Estudo sobre histórias de vida de mulheres, tendo em conta o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, com o objetivo de entender as perspetivas de mulheres com Perturbação do Espectro do Autismo acerca das suas trajetórias de vida, necessidades, funcionalidade, desafios e suportes.

A confidencialidade e anonimato dos dados estão garantidos sendo que os mesmos se destinam apenas a este estudo. Por conseguinte, o tratamento dos referidos dados será feito em ambiente de privacidade.

Para a obtenção dos dados, pede-se permissão para que a entrevista seja gravada, pelo que a investigadora recolherá o “Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Recolha de Dados” devidamente assinado pela investigada.

1) Dados sociodemográficos:

- Idade;
- Nacionalidade;
- Localidade onde mora (zona rural/cidade pequena/cidade grande);
- Habilitações académicas;
- Situação profissional / ocupação atual;
- Estado Civil;
- Agregado familiar (Com quem vive? Se se aplicar. Há quanto tempo?);
- Momento em que foi diagnosticada com PEA (idade; quem estabeleceu o diagnóstico).

2)

- Brincar – Como eram as suas brincadeiras quando era criança? (ex.: brincadeiras de imitação; jogos tipo *puzzle*; brincadeiras com objetos; brincadeiras sozinho ou com outras crianças; etc.)

- Comunicação – Quando era criança, como era a sua comunicação com as outras crianças (próximas e desconhecidas)? E com adultos (próximos e desconhecidos)? Lembra-se de ter alguma dificuldade em aprender a comunicar-se/falar? Se sim, teve alguma ajuda a esse nível?

- Escola – Na escola, como era a relação com os professores e colegas? Gostava de ir à escola? Como eram as suas notas? Existiam dificuldades de aprendizagem? Se sim, teve alguma ajuda a esse nível?

- Parentalidade – Os seus pais/familiares contribuíram para se chegar ao seu diagnóstico? De que modo? Como reagiram ao diagnóstico? Eles têm sido um apoio desde então? De que forma a apoiam?

- Relações interpessoais na infância – Quando era criança, tinha amigos e amigas? E como era a sua relação com as pessoas adultas (família, professores, outros)?

- Autoestima antes do diagnóstico – Como era a sua autoestima? Sentia-se bem consigo mesma, ou havia alguma confusão? Como descreveria o seu nível de autoconhecimento antes de ter o diagnóstico?

- Diagnóstico – O conhecimento do diagnóstico, foi importante para si? Como influenciou a sua vida?

- Autoestima após o diagnóstico – Tendo em conta o diagnóstico, a sua autoestima melhorou ou piorou? Porquê? Como descreveria o seu nível de autoconhecimento após o diagnóstico?

- Puberdade – Como foi passar por todas as alterações hormonais da puberdade (menstruação, crescimento de pelos, crescimento dos seios, etc.)? No caso de ter tido alguma dificuldade, teve apoio de alguém, por exemplo, para falar sobre o assunto?

- Relações interpessoais na adolescência – Na adolescência, como eram as suas relações com as pessoas da sua idade (pessoas próximas e desconhecidas)? E com as pessoas adultas (família, professores, outros)?

- Alterações sensoriais – Existem sons que a incomodam mais do que o normal? E quanto a luzes, também acontece? Relativamente a texturas, existe/m alguma/s que lhe causam algum incómodo? E em relação aos sabores? E quanto ao toque, sente que o mesmo

também possa ser desconfortável? Já no que respeita à propriocepção, como percebe o seu próprio corpo? Tem facilidade em saber onde estão suas partes do corpo e como elas se movem (consciência corporal e espacial)?

- Afetividade e sexualidade – Qual a importância que uma relação de intimidade para si? No caso de ter tido alguma dificuldade, teve apoio de alguém, por exemplo, para falar sobre o assunto?

- Desigualdades de género – As desigualdades de género (diferenças que são determinadas pela sociedade entre homens e mulheres) influenciam o seu dia-a-dia? Sente que, no caso de ter irmãos rapazes, fazia tarefas diferentes dos mesmos por ser rapariga? Na escola e/ou na faculdade, sentia que existia alguma discriminação por ser rapariga? E no trabalho, já sentiu alguma desigualdade de género?

- Transição para a vida adulta – A transição para a vida adulta é uma fase em que as pessoas tomam decisões sobre a sua vida e se tornam autónomas. Nessa/Nesta altura sentiu alguma dificuldade? Sentiu-se apoiada? De que modo? (apoio técnico; mais autonomia; o que precisava mas não teve; etc.)

- Primeiro emprego – Após a saída da escola ou terminar o curso, como foi / está a ser (conforme o caso) o processo de procura o primeiro emprego? Teve / tem algum apoio a este nível? (apoio técnico, da família, de amigos, etc.)

- (conforme o caso) Como é a sua vida profissional, atualmente? Revela o diagnóstico à entidade patronal? Porquê? Que tipo de acomodações precisaria para desempenhar as suas tarefas e não tem? E quais acomodações lhe foram concedidas?

- Camuflagem de características – Enquanto mulher com PEA, sente que existem situações onde se vê obrigada a camuflar as suas características ou comportamentos? Que situações? Lembra-se desde quando as camufla? Quais os pontos positivos e negativos de o fazer? Até que ponto é que a camuflagem lhe causa sofrimento? Uma vez que as estereotipias/*stimming* são uma forma de autorregulação, tenta camuflá-las? Porquê?

- Sentimentos – Desde criança até ao momento, como foi/é gerir os seus próprios sentimentos e emoções? (numa situação de conflito; numa situação de tristeza; numa situação de euforia/alegria; etc.)

- Relações interpessoais (atualmente) – Como define as suas relações atualmente, de um modo geral?

- Situações inesperadas – Como é lidar com situações inesperadas na sua rotina? (ex.: greve de transportes; falha de luz em casa; etc.)

- Apoio/suporte – Considera que tem o apoio adequado às suas necessidades enquanto mulher com PEA? De que forma tem esse apoio?

- Inclusão – De que forma se sente incluída na sociedade? Se não se sente, quais são as barreiras que identifica à inclusão de mulheres com PEA?

- Outros momentos marcantes – Considera que existiram outros momentos marcantes ao longo da sua vida que acha relevantes serem partilhados? (ex.: casamento, maternidade, etc.)

- Futuro - Quais os seus planos ou projetos para o futuro?

- Esta entrevista foi inclusiva? O que posso melhorar?

3) Agradecer à participante a sua colaboração e disponibilidade, salientando o sucesso da sessão

Anexo E - Guião de Entrevista semiestruturada dividido por objetivos específicos

Esta entrevista está a ser realizada no âmbito do Projeto Final “Perturbação do Espectro do Autismo no feminino: um estudo qualitativo com mulheres portuguesas”, do Mestrado em Educação Especial, área de especialização no Domínio Cognitivo-Motor, da Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação da Prof. Doutora Paula Xavier. Pretendo, com o mesmo, desenvolver um Estudo sobre histórias de vida de mulheres, tendo em conta o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, com o objetivo de entender as perspetivas de mulheres com Perturbação do Espectro do Autismo acerca das suas trajetórias de vida, necessidades, funcionalidade, desafios e suportes.

A confidencialidade e anonimato dos dados estão garantidos sendo que os mesmos se destinam apenas a este estudo. Por conseguinte, o tratamento dos referidos dados será feito em ambiente de privacidade.

Designação dos blocos	Objetivos Específicos	Questões/Assuntos
➤ Legitimação e motivação da Entrevista	➤ Legitimar a entrevista ➤ Motivar a entrevistada ➤ Garantir a confidencialidade e anonimato na apresentação dos Resultados ➤ Pedir autorização para registar as respostas e/ou para gravar a entrevista	➤ Esta entrevista tem como objetivo a obtenção de informação para a realização do estudo sobre histórias de vida de mulheres, tendo em conta o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, com o objetivo de entender as perspetivas de mulheres com Perturbação do Espectro do Autismo acerca das suas trajetórias de vida, necessidades, funcionalidade, desafios e suportes, no âmbito do Projeto Final de Mestrado em Educação Especial, área de especialização no Domínio Cognitivo-Motor, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu. ➤ O seu caráter é confidencial e o anonimato das participantes está garantido. ➤ Peço permissão para gravar a entrevista. Gostaria de obter o consentimento informado.
Bloco A ➤ Caracterização das participantes	➤ Caracterizar do ponto de vista sociodemográfico as participantes	- Idade; - Nacionalidade; - Localidade onde mora (zona rural/cidade pequena/cidade grande); - Habilitações académicas; - Situação profissional / ocupação atual; - Estado Civil; - Agregado familiar (Com quem vive? Se se aplicar. Há quanto tempo?); - Momento em que foi diagnosticada com PEA (idade; quem estabeleceu o diagnóstico).
Bloco B ➤ Compreensão da história e importância do diagnóstico	➤ Conhecer a história do diagnóstico e a importância do mesmo para as mulheres com PEA	➤ Os seus pais/familiares contribuíram para se chegar ao seu diagnóstico? De que modo? Como reagiram ao diagnóstico? Eles têm sido um apoio desde então? De que forma a apoiam? ➤ Como era a sua autoestima? Sentia-se bem consigo mesma, ou havia alguma confusão? Como descreveria o seu nível de autoconhecimento antes de ter o diagnóstico? ➤ O conhecimento do diagnóstico, foi importante para si? Como influenciou a sua vida? ➤ Tendo em conta o diagnóstico, a sua autoestima melhorou ou piorou? Porquê? Como

		descreveria o seu nível de autoconhecimento após o diagnóstico? ➤ Existem sons que a incomodam mais do que o normal? E quanto a luzes, também acontece? Relativamente a texturas, existe/m alguma/s que lhe causam algum incômodo? E em relação aos sabores? E quanto ao toque, sente que o mesmo também possa ser desconfortável? Já no que respeita à propriocepção, como percebe o seu próprio corpo? Tem facilidade em saber onde estão suas partes do corpo e como elas se movem (consciência corporal e espacial)? ➤ Enquanto mulher com PEA, sente que existem situações onde se vê obrigada a camuflar as suas características ou comportamentos? Que situações? Lembra-se desde quando as camufla? Quais os pontos positivos e negativos de o fazer? Até que ponto é que a camuflagem lhe causa sofrimento? Uma vez que as estereotipias/<i>stimming</i> são uma forma de autorregulação, tenta camuflá-las? Porquê? ➤ Desde criança até ao momento, como foi/é gerir os seus próprios sentimentos e emoções? (numa situação de conflito; numa situação de tristeza; numa situação de euforia/alegria; etc.) ➤ Como é lidar com situações inesperadas na sua rotina? (ex.: greve de transportes; falha de luz em casa; etc.) ➤ Considera que tem o apoio adequado às suas necessidades enquanto mulher com PEA? De que forma tem esse apoio?
Bloco C ➤ Análise de diferentes aspetos em áreas da vida distintas e identificação de desafios e oportunidades	➤ Analisar aspetos da trajetória de vida de mulheres diagnosticadas com PEA, em especial as suas perspetivas em torno do seu desenvolvimento pessoal, escolar, familiar e social; ➤ Identificar os desafios / dificuldades experienciadas por mulheres com PEA nas várias etapas do desenvolvimento; ➤ Identificar as oportunidades / aspetos facilitadores experienciados por mulheres com PEA nas várias fases e áreas do	➤ Como eram as suas brincadeiras quando era criança? (ex.: brincadeiras de imitação; jogos tipo puzzle; brincadeiras com objetos; brincadeiras sozinho ou com outras crianças; etc.) ➤ Quando era criança, como era a sua comunicação com as outras crianças (próximas e desconhecidas)? E com adultos (próximos e desconhecidos)? Lembra-se de ter alguma dificuldade em aprender a comunicar-se/falar? Se sim, teve alguma ajuda a esse nível? ➤ Na escola, como era a relação com os professores e colegas? Gostava de ir à escola? Como eram as suas notas? Existiam dificuldades de aprendizagem? Se sim, teve alguma ajuda a esse nível? ➤ Quando era criança, tinha amigos e amigas? E como era a sua relação com as pessoas adultas (família, professores, outros)? ➤ Como foi passar por todas as alterações hormonais da puberdade (menstruação, crescimento de pelos, crescimento dos seios, etc.)? No caso de ter tido alguma dificuldade, teve apoio de alguém, por exemplo, para falar sobre o assunto? ➤ Na adolescência, como eram as suas relações com as pessoas da sua idade (pessoas próximas e desconhecidas)? E com as pessoas adultas (família, professores, outros)? ➤ Qual a importância que uma relação de intimidade para si? No caso de ter tido alguma dificuldade, teve apoio de alguém, por exemplo, para falar sobre o assunto? ➤ A transição para a vida adulta é uma fase em que as pessoas tomam decisões sobre a sua vida e se tornam autónomas. Nessa/Nesta altura sentiu alguma dificuldade? Sentiu-

	desenvolvimento; ➤ Conhecer as perspetivas de futuro de mulheres com PEA	se apoiada? De que modo? (apoio técnico; mais autonomia; o que precisava mas não teve; etc.) ➤ Após a saída da escola ou terminar o curso, como foi / está a ser (conforme o caso) o processo de procura o primeiro emprego? Teve / tem algum apoio a este nível? (apoio técnico, da família, de amigos, etc.) ➤ (conforme o caso) Como é a sua vida profissional, atualmente? Revela o diagnóstico à entidade patronal? Porquê? Que tipo de acomodações precisaria para desempenhar as suas tarefas e não tem? E quais acomodações lhe foram concedidas? ➤ Como define as suas relações atualmente, de um modo geral? ➤ Considera que existiram outros momentos marcantes ao longo da sua vida que acha relevantes serem partilhados? (ex., casamento, maternidade, etc.) ➤ Quais os seus planos ou projetos para o futuro?
Bloco D ➤ Compreensão das perceções sobre desigualdade de género e inclusão	➤ Compreender as perceções de mulheres com PEA sobre a inclusão e género e sobre ligações existentes entre ambas/interseções	➤ As desigualdades de género (diferenças que são determinadas pela sociedade entre homens e mulheres) influenciam o seu dia-a-dia? Sente que, no caso de ter irmãos rapazes, fazia tarefas diferentes dos mesmos por ser rapariga? Na escola e/ou na faculdade, sentia que existia alguma discriminação por ser rapariga? E no trabalho, já sentiu alguma desigualdade de género? ➤ De que forma se sente incluída na sociedade? Se não se sente, quais são as barreiras que identifica à inclusão de mulheres com PEA?
➤ Encerramento da entrevista	➤ Proceder ao encerramento da entrevista.	➤ Há mais algum aspeto que considere relevante e que gostasse de explanar no final da entrevista? ➤ Esta entrevista foi inclusiva? O que posso melhorar? ➤ Agradeço a sua participação e o tempo dispensado.