

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

O papel do diagnóstico sobre a percepção da autoestima em indivíduos com TEA e/ou TDAH

Lorena Franklin Mayrink Nogueira, Sofia Rosana Zappa Lodi, Carlos Zanini, Gustavo Fernandes Scalvi, Larissa Milanezi Fabriz Caprara, Miriana de Araujo Biazim, Camila Domeniconi

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.10741>

Submetido em: 2024-11-30

Postado em: 2025-01-05 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

O papel do diagnóstico sobre a percepção da autoestima em indivíduos com TEA e/ou TDAH

Lorena Franklin Mayrink Nogueira

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0009-0003-2560-808X>

Sofia Rosana Zappa Lodi

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0009-0004-3554-7265>

Carlos Antonio Zanini Junior

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0009-0000-1449-9592>

Gustavo Fernandes Scalvi

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0009-0008-4382-4057>

Larissa Milanezi Fabríz Caprara

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0003-1334-8834>

Miriana de Araujo Biazim

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-6835-5575>

Camila Domeniconi

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0003-0486-3543>

RESUMO

A autoestima desempenha um papel protetor na qualidade de vida de todas as pessoas, inclusive de indivíduos neurodivergentes. Sabe-se que o diagnóstico tardio pode impactar a percepção sobre si e em sua autoestima. O presente estudo teve como objetivo comparar a percepção da autoestima antes e depois do diagnóstico e analisar a relação entre suporte social e autoestima pós diagnóstico. A pesquisa foi realizada com 289 brasileiros, maiores de

18 anos e com diagnóstico de TEA e/ou TDAH. Todos os participantes responderam um questionário a respeito de sua percepção da autoestima antes e depois do diagnóstico. Foram coletadas também respostas qualitativas a respeito da percepção dos participantes sobre a autoestima após o diagnóstico. O recrutamento foi realizado através de divulgação nas redes sociais, e perfis oficiais da UFSCar. Os participantes tinham acesso a um formulário online que continha as respostas após receberem informações detalhadas a respeito da pesquisa e consentirem em participar. Os resultados evidenciaram melhora na autoestima pós diagnóstico, houve também uma correlação positiva e fraca entre a autoestima e suporte social percebido pelo indivíduo. Este estudo contribuiu para compreender como o diagnóstico, principalmente tardio, influencia na autoestima de indivíduos neurodivergentes.

Palavras-chaves: transtornos do neurodesenvolvimento, autoestima, diagnóstico

The role of diagnosis on the perception of self-esteem in individuals with ASD and/or ADHD

Abstract

Self-esteem plays a protective role in the quality of life for all individuals, including neurodivergent individuals. It is known that late diagnosis can impact self-perception and self-esteem. The present study aimed to compare self-esteem perception before and after diagnosis and to analyze the relationship between social support and post-diagnosis self-esteem. The research was conducted with 289 Brazilians over the age of 18 diagnosed with ASD (Autism Spectrum Disorder) and/or ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). All participants completed a questionnaire regarding their perception of self-esteem before and after diagnosis. Qualitative responses were also collected about participants' perceptions of self-esteem after diagnosis. Recruitment was conducted through social media outreach and official UFSCar profiles.

Participants accessed an online form that contained the responses after receiving detailed information about the study and consenting to participate. The results showed an improvement in self-esteem post-diagnosis, and there was also a weak positive correlation between self-esteem and perceived social support. This study contributed to understanding how diagnosis, particularly late diagnosis, influences the self-esteem of neurodivergent individuals.

Keywords: neurodevelopmental disorders, self-esteem, diagnosis

Os Transtornos do Neurodesenvolvimento são caracterizados por alterações neurológicas iniciadas durante o desenvolvimento, que impactam as diferentes funções e habilidades de um indivíduo, como sociais e acadêmicas (APA, 2013). Em específico, há o Transtorno do Espectro Autista (TEA), reconhecido por diferenças na comunicação, interação social, sensibilidades sensoriais, interesses focados e comportamentos repetitivos; e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), determinado por dificuldades em manter a atenção, completar atividades, permanecer sentado, entre outros. De acordo com o DSM-V, é necessário que o paciente apresente 5 sintomas no caso de TEA, sendo três déficits persistentes na comunicação e interação social e pelo menos dois padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades e seis ou mais sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade, presentes em dois ou mais ambientes e por mais de seis meses no de TDAH, para a confirmação do transtorno e, ademais, é indispensável que estes causem prejuízos relevantes em seu cotidiano (APA, 2013).

Em estudo de Barbalat et al. (2022), foi constatado que, em indivíduos diagnosticados com transtornos do neurodesenvolvimento, a autoestima é um fator de grande influência para as diferentes dimensões da qualidade de vida, como o bem-

estar psicológico, autonomia e resiliência. Nesse aspecto, a autoestima pode ser entendida como uma agregação de conceitos sobre si próprio (Rosenberg, 1965; Sbicigo et al., 2010), e, de acordo com Kernis (2005), ela representa uma avaliação subjetiva de autoconceito, que envolve um conjunto de pensamentos e sentimentos relacionados à própria pessoa. Essa percepção pode variar entre uma orientação positiva, caracterizada pela autoaprovação, e uma orientação negativa, marcada pela autodepreciação. Em culturas ocidentais, a autoestima demonstrou correlações positivas com satisfação de vida (Diener & Diener, 1995; Hutz, 2011), sendo considerada um indicador de saúde mental, habilidades sociais e bem-estar (Kernis, 2005; Hewitt, 2009; Hutz, 2011). Esse construto pode ser avaliado quantitativamente por meio da Escala Autoestima de Rosenberg, uma das mais utilizadas na contemporaneidade (Blascovitch & Tomaka, 1991; Heatherton & Wyland, 2003; Hutz, 2011), e que foi adaptada e validada por Hutz (2000) para o Brasil.

Pesquisas como a de Juth et al. (2008) revelaram que baixos escores de autoestima em pacientes crônicos podem ser preditores importantes da gravidade do estresse e de sintomas relacionados a condições médicas. Isso sugere que a autoestima pode desempenhar um papel protetor, mesmo em situações adversas, atenuando as complicações decorrentes de patologias e de seus diagnósticos oficiais. Pode-se deduzir que diagnósticos de doenças ou transtornos, sejam eles físicos ou mentais, podem impactar a maneira como a pessoa se relaciona com sua autoimagem, autoestima e autoeficácia (Juth et al., 2008). Esses diagnósticos, em muitos casos, conferem uma dimensão oficial a questões subjetivas e individuais de cada pessoa, o que pode acarretar em efeitos positivos em sua autopercepção, visto que, na maioria dos casos, indivíduos neurodivergentes sofrem devido a não

adequação da sociedade ao seu transtorno, e, aliado ao desconhecimento de sua condição, desenvolvem a autopercepção negativa sobre si próprio.

Em uma pesquisa de revisão bibliográfica realizada por Pederson et al (2024), os pesquisadores avaliaram 11 artigos que tinham como tema central o impacto da autoestima em pacientes adultos com TDAH, considerando aspectos demográficos e clínicos, e os resultados apontaram que entre dados comparativos de pessoas diagnosticadas com TDAH e pessoas que têm sintomas indicativos de TDAH, mas ainda sem um diagnóstico, apresentaram maiores índices de baixa autoestima em comparação com pessoas sem características e diagnóstico de TDAH. Um desses estudos revisados foi o de Pawaskar, et. al. (2020), no qual os pesquisadores tiveram como objetivo compreender melhor a relação entre a autoestima e o diagnóstico oficial de transtornos do neurodesenvolvimento. Os dados mensurados mostraram que indivíduos diagnosticados com TDAH possuem maior probabilidade de experimentar melhor desempenho funcional, produtividade relacionada ao trabalho, qualidade de vida relacionada à saúde e autoestima do que indivíduos com TDAH que não receberam o diagnóstico formal, possibilitando a reflexão sobre a busca de tratamento e melhores condições de vida a partir do diagnóstico.

Ademais, Corden et al. (2021) investigaram a relação entre a percepção de identidade pessoal e o diagnóstico do autismo, principalmente na fase adulta. Os autores apontam que indivíduos que foram diagnosticados mais cedo na vida tendem a aceitar mais positivamente sua condição, diferentemente de um diagnóstico tardio, no qual, muitas vezes, os indivíduos externalizam o autismo como algo separado de sua identidade pessoal. Além disso, possuir uma determinada condição pode ser desafiador para a construção de um autoconceito positivo, pois fatores como “sentir-se diferente” e estigmas relacionados à condição podem afetar negativamente a

identidade pessoal. O estudo também buscou examinar as relações entre a identidade pessoal autista, a idade do diagnóstico e o tempo decorrido desde o diagnóstico com diferentes variáveis, como bem-estar psicológico, a autoestima e a relação de identidade. Para isso, participaram da pesquisa 151 indivíduos maiores de 18 anos do Reino Unido, e o método abarcou tanto variáveis quantitativas quanto qualitativas. Os resultados mostraram que, ao longo dos anos após o diagnóstico, os participantes relataram menor insatisfação com suas condições, além de uma visão mais positiva com a própria autoimagem. Os dados qualitativos apontaram um processo de reação cognitiva e emocional ao diagnóstico, com aprendizados e mudanças ao longo do tempo, o qual o orgulho em ser autista está relacionado com maior autoestima. Dessa forma, a identificação como autista aparenta ser mais válida do que o próprio diagnóstico.

Um fator relevante que contribui para a proteção dos altos níveis de autoestima em eventos estressantes é o suporte social percebido (Cohen e Wills, 1985). Em um estudo feito por Nguyen et al. (2020), foi constatado que maiores níveis de suporte social percebido, ou seja, a percepção acerca da própria rede de apoio estava significativamente relacionada com maiores níveis de autoestima (Kessler & McLeod, 1985; Nguyen et. al. 2020).

Já os estudos relacionados com outros transtornos do neurodesenvolvimento e autoestima, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), são mais escassos em comparação aos do TEA. Molavi et al. (2020) realizaram um estudo quantitativo sobre os correlatos cognitivos dos subtipos de TDAH (TDAH-H, TDAH-D e TDAH-C) com base em escores do WISC-IV, e além disso, foi avaliado o nível de autoestima em cada subtipo de TDAH para relacionar os correlatos cognitivos e as classificações da autoestima. Como resultado, houve uma correlação entre os

indícios cognitivos e a classificação da autoestima, indicando que os déficits cognitivos estavam associados a uma autoestima mais baixa. Contudo, não houve uma avaliação sobre o efeito do diagnóstico do TDAH em relação à autoimagem dos participantes, bem como não houve a análise diferencial quantitativa e qualitativa entre indivíduos diagnosticados durante a infância e indivíduos com o diagnóstico tardio.

Considerando que até o momento não foram encontradas pesquisas nacionais relacionando o diagnóstico de TEA e TDAH à percepção de autoestima pelos indivíduos, o presente estudo objetivou avaliar a percepção da autoestima entre indivíduos brasileiros que receberam o diagnóstico de TEA e/ou TDAH. Os objetivos específicos foram: 1) comparar a percepção da autoestima antes e depois do diagnóstico; 2) analisar a relação entre o suporte social e a autoestima desses indivíduos após o diagnóstico.

Método

Participantes

Responderam ao formulário online 314 participantes, dos quais 289 foram consideradas respostas válidas. Os participantes desta pesquisa foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser brasileiro, possuir idade maior ou igual a 18 anos, possuir diagnóstico formal de TEA e/ou TDAH fornecido por um profissional habilitado. Os critérios de exclusão foram: possuir outros transtornos de aprendizagem ou qualquer espécie de distúrbio neurológico adquirido, além do TDAH e/ou TEA.

A *Tabela 1* apresenta as características gerais da amostra final deste estudo, composta por 289 pessoas, sendo predominantemente pessoas que se declararam do sexo feminino 74% (n = 214), 22.1% (n = 64) pessoas autodeclaradas do sexo masculino e 3,8% (n = 11) de pessoas autodeclaradas não binárias. A maior concentração de participantes é na faixa etária de 28 à 37 anos, com uma representação de 39,1% (n = 113) da amostra seguido da faixa etária de 18 à 27 anos, que representa 29,8% (n = 86), de 38 à 47 anos representa 24,9% (n = 72), de 48 à 57 anos representa 4,5% (n = 13) e com 58 anos ou mais representa 1,7% (n = 5) . No que diz respeito à etnia, 70,9% (n = 205) da amostra se autodeclarou branca(o), seguido de 19,7% (n = 57) de parda(o), 7,3% (n = 21) de preta(o) e 2,1% (n = 6) de amarela(o), não houve ocorrência de pessoas indígenas neste estudo. Em relação a renda familiar, 37% (n = 107) declarou estar no grupo R3, que corresponde a renda familiar entre 04 e 10 salários mínimos, 27% (n = 78) se encontram no grupo R2 (entre 02 e 04 salários mínimos), 21, 1% (n = 61) estão no grupo R1 (entre 0 e 2 salários mínimos), 13.1% (n = 38) estão no grupo R4 (entre 10 e 20 salários mínimos) e 1,7% (n = 5) estão no grupo R5 (acima de 20 salários mínimos).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra por faixa etária (10 anos)

Variável	n	%	Faixa Etária									
			18-27		28-37		38-47		48-57		58+	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Genero												
Feminino	214	74,0%	55	25,7%	82	38,3%	63	29,4%	9	4,2%	5	2,3%
Masculino	64	22,1%	22	34,4%	29	45,3%	9	14,1%	4	6,3%	0	0,0%
Não-binário	11	3,8%	9	81,8%	2	18,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	289	100,0%	86	29,8%	113	39,1%	72	24,9%	13	4,5%	5	1,7%
Etnia												
Branco(a)	205	70,9%	57	27,8%	79	38,5%	54	26,3%	11	5,4%	4	2,0%
Amarelo(a)	6	2,1%	2	33,3%	1	16,7%	2	33,3%	1	16,7%	0	0,0%
Preto(a)	21	7,3%	9	42,9%	8	38,1%	4	19,0%	0	0,0%	0	0,0%
Pardo(a)	57	19,7%	18	31,6%	25	43,9%	12	21,1%	1	1,8%	1	1,8%
Indígena	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	289	100,0%	86	29,8%	113	39,1%	72	24,9%	13	4,5%	5	1,7%
Renda												
R1	61	21,1%	35	57,4%	16	26,2%	6	9,8%	4	6,6%	0	0,0%
R2	78	27,0%	22	28,2%	34	43,6%	16	20,5%	4	5,1%	2	2,6%
R3	107	37,0%	22	20,6%	46	43,0%	34	31,8%	3	2,8%	2	1,9%
R4	38	13,1%	5	13,2%	17	44,7%	13	34,2%	2	5,3%	1	2,6%
R5	5	1,7%	2	40,0%	0	0,0%	3	60,0%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	289	100,0%	86	29,8%	113	39,1%	72	24,9%	13	4,5%	5	1,7%

1.1. Instrumentos

Os participantes responderam um questionário online dividido em 4 etapas: 1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 2) questões sociodemográficas; 3) Escala de Autoestima de Rosenberg (1965); 4) questões qualitativas relacionando a autoestima com o diagnóstico.

Questões demográficas

As questões demográficas correspondiam a um questionário desenvolvido pelos autores, composto por 11 questões, sendo 8 delas com múltipla escolha para resposta e três abertas. As questões versaram sobre os temas: idade, local de residência, gênero, raça, ocupação, escolaridade, diagnóstico, idade em que recebeu o diagnóstico e tipo de atendimento (suporte) recebido.

Escala de Autoestima de Rosenberg

A Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), adaptada para a versão brasileira por Hutz (2000), foi utilizada para verificar os níveis de autoestima de cada indivíduo. O questionário é composto por 10 itens e em cada um deles, o respondente deve selecionar uma das opções em uma escala Likert de 4 pontos: 1 para Discordo Totalmente, 2 para Discordo, 3 para Concordo e 4 para Concordo Totalmente.

De acordo com Garcia et al (2019), a forma mais comum de fazer a interpretação dos resultados da Escala de Autoestima de Rosenberg é através da pontuação global, realizando a soma dos pontos de todos os itens, cujo resultado ficará em um intervalo entre 10 e 40 pontos, sendo dividido em três possíveis níveis de autoestima: Baixo (10-25), Médio (26-29) e Alto (30-40).

Questões Qualitativas

Foram formuladas pelos autores quatro questões adicionais que buscaram compreender a percepção dos participantes acerca da sua própria autoestima e da relação desta com o diagnóstico recebido. Para o preenchimento do questionário, foram inseridas informações sobre os conceitos de autoestima e diagnóstico e posteriormente, apresentadas as questões, sendo uma delas dissertativa: 1. Tendo

em vista a definição dos conceitos, você acredita que o diagnóstico impacta a percepção da sua autoestima? Discorra sobre.

Foram utilizadas outras três questões com possibilidade de múltipla escolha, sendo que duas delas se referiam a percepção da autoestima antes e depois do diagnóstico: 2. Em uma escala de 1 a 10, como você classificaria sua autoestima antes do diagnóstico?; 3. Em uma escala de 1 a 10, como você classificaria sua autoestima depois do diagnóstico? E por fim uma última questão que dizia respeito ao suporte recebido pelos participantes. A questão abordava: A qual(is) motivo abaixo você atribui o nível da sua autoestima após o diagnóstico? Entre as opções de escolha, estavam a presença ou ausência de suporte familiar, terapêutico ou outros.

1.2. Procedimentos de coleta dos dados

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme previsto na solução nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 73776423.3.0000.5504).

Depois da aprovação do Comitê de Ética com seres humanos, a pesquisa foi divulgada em diferentes canais, como redes sociais, grupos de divulgação, perfis oficiais da UFSCar e jornais da cidade de São Carlos. Ao divulgar a pesquisa, o objetivo foi explicado e foram fornecidas as informações sobre a participação. Os participantes foram convidados a acessar um link do Google Forms, onde tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, e em caso de concordância com os termos, o participante obteve acesso ao Questionário.

1.3. Procedimentos de análise de dados

Os dados sociodemográficos e de caracterização dos participantes (dados relacionados com o diagnóstico, o suporte social, autoestima e participação em terapias), foram organizados em duas Tabelas (1 e 3). A análise quantitativa da autoestima foi realizada a partir da somatória das afirmações na escala de Rosenberg. As afirmativas 3, 5, 8, 9 e 10 tiveram a sua pontuação invertida para o cálculo correto do valor.

Para avaliar a relação entre as variáveis de autoestima e suporte social, foi realizado o teste de Shapiro-Wilk com objetivo de verificar a normalidade, e posteriormente foi realizado o cálculo do Coeficiente r de Pearson entre variáveis analisadas.

A análise qualitativa foi realizada a partir das 268 respostas dadas para a questão *“Tendo em vista a definição dos conceitos, você acredita que o diagnóstico impactou na percepção da sua autoestima? Discorra sobre.”*. As análises dos dados textuais foram realizadas por meio do auxílio do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que tem como principal objetivo analisar a estrutura e a organização do discurso a partir de diferentes análises estatísticas sobre corpus textuais (Camargo & Justo, 2013). Realizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para a construção de dendrograma e reconhecimento de classes emergentes, onde quanto maior o χ^2 , mais associada está a palavra com a classe, sendo desconsideradas as palavras com $\chi^2 < 3,80$ ($p < 0,05$).

Resultados

Os resultados relacionados ao diagnóstico, a percepção de autoestima, de suporte social e participação em terapias, foram agrupados na Tabela 2. Pode-se

observar que 71,6% (n = 207) da amostra possui diagnóstico de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), 14,9% (n = 43) foi diagnosticada com TEA (Transtorno do Espectro Autista) e 13,5% tiveram diagnóstico de TDAH e TEA concomitantemente. Em relação à idade de diagnóstico, foi observado que 36,3% (n = 105) da amostra recebeu o diagnóstico entre os 28 e 37 anos, 34,3% (n = 99) foi diagnosticada entre os 18 e 27 anos, 16,6% (n = 48) entre 38 e 47 anos e 4,8% (n = 14) receberam o diagnóstico com 48 anos ou mais. Observou-se que 8% dos participantes receberam o diagnóstico antes dos 13 anos, o que corresponde a 23 respostas.

Sobre a autoestima, a percepção de suporte social e a participação em terapias observa-se que 62% da amostra teve seus dados sobre a autoestima qualificados no nível baixo (soma de pontos inferior à 25), o restante se dividindo entre média (18%) e alta autoestima (20%). Sobre a participação em terapias, a maioria (58%) declarou receber acompanhamento médico e psicológico e 9,3% declararam nunca ter feito nenhum tipo de terapia ou tratamento. Por fim, sobre o suporte social recebido, a distribuição foi uniforme entre as opções apresentadas, sendo que quase metade dos participantes (43%) declarou receber suporte familiar e terapêutico, enquanto 44% afirmaram receber outros tipos de suporte, pagos ou não.

Tabela 2

Caracterização perfil diagnóstico da amostra por faixa etária (10 anos)

	Faixa Etária											
	18-27		28-37		38-47		48-57		58+			
Diagnóstico												
TEA	43	14,9%	8	18,6%	14	32,6%	13	30,2%	6	14,0%	2	4,7%
TDAH	207	71,6%	60	29,0%	88	42,5%	52	25,1%	5	2,4%	2	1,0%
TEA + TDAH	39	13,5%	18	46,2%	11	28,2%	7	17,9%	2	5,1%	1	2,6%
TOTAL	289	100,0%	86	29,8%	113	39,1%	72	24,9%	13	4,5%	5	1,7%
Idade Diagnóstico												
<18	23	8,0%	15	65,2%	6	26,1%	2	8,7%	0	0,0%	0	0,0%
18 - 27	99	34,3%	71	71,7%	22	22,2%	6	6,1%	0	0,0%	0	0,0%
28 - 37	105	36,3%	0	0,0%	85	81,0%	20	19,0%	0	0,0%	0	0,0%
38 - 47	48	16,6%	0	0,0%	0	0,0%	44	91,7%	4	8,3%	0	0,0%
48+	14	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	64,3%	5	35,7%
TOTAL	289	100,0%	86	29,8%	113	39,1%	72	24,9%	13	4,5%	5	1,7%
Escala de Rosenberg												
Baixo (<=25)	179	62%	55	30,7%	75	42%	45	25%	3	2%	1	1%
Médio (26-29)	53	18%	14	26,4%	17	32%	13	25%	6	11%	3	6%
Alto (>=30)	57	20%	17	29,8%	21	37%	14	25%	4	7%	1	2%
TOTAL	289	100%	86	29,8%	113	39%	72	25%	13	4%	5	2%
Suporte Social												
Suporte Familiar	91	20,9%	32	35,2%	33	36,3%	19	20,9%	4	4,4%	3	3,3%
Suporte Terapêutico	99	22,7%	27	27,3%	44	44,4%	21	21,2%	6	6,1%	1	1,0%
Falta de Suporte Familiar	33	7,6%	13	39,4%	11	33,3%	7	21,2%	2	6,1%	0	0,0%
Falta de Suporte Terapêutico	20	4,6%	2	10,0%	10	50,0%	7	35,0%	1	5,0%	0	0,0%
Outros	193	44,3%	62	32,1%	74	38,3%	45	23,3%	7	3,6%	5	2,6%
TOTAL	436	100,0%	136	31,2%	172	39,4%	99	22,7%	20	4,6%	9	2,1%
Terapias												
Médica	29	10,0%	8	27,6%	9	31,0%	10	34,5%	2	6,9%	0	0,0%
Psicológica	61	21,1%	19	31,1%	23	37,7%	14	23,0%	3	4,9%	2	3,3%
Médica e Psicológica	170	58,8%	47	27,6%	74	43,5%	41	24,1%	5	2,9%	3	1,8%
Psicológica e Terapia Ocupacional	1	0,3%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Médica, Psicológica, Terapia Ocupacional	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Nunca Fez	27	9,3%	11	40,7%	7	25,9%	6	22,2%	3	11,1%	0	0,0%
TOTAL	289	100,0%	86	29,8%	113	39,1%	72	24,9%	13	4,5%	5	1,7%
Início Terapia/ Diagnóstico												
Antes	161	55,7%	41	25,5%	65	40,4%	45	28,0%	5	3,1%	5	3,1%
Depois	100	34,6%	33	33,0%	41	41,0%	21	21,0%	5	5,0%	0	0,0%
Nunca Fez	28	9,7%	12	42,9%	7	25,0%	6	21,4%	3	10,7%	0	0,0%
TOTAL	289	100,0%	86	29,8%	113	39,1%	72	24,9%	13	4,5%	5	1,7%

Em relação à percepção da autoestima após o diagnóstico, a *Figura 1* mostra que houve predominância de respostas indicando o aumento da autoestima da amostra. Dentre os participantes com diagnóstico de TDAH, 155 deles relataram melhora na percepção de sua autoestima após o diagnóstico, 31 não perceberam mudança e 21 relataram diminuição da autoestima. Em relação aos participantes com diagnóstico de TEA, 31 relataram aumento na percepção da autoestima, 8 não observaram mudanças e 4 relataram diminuição da autoestima.

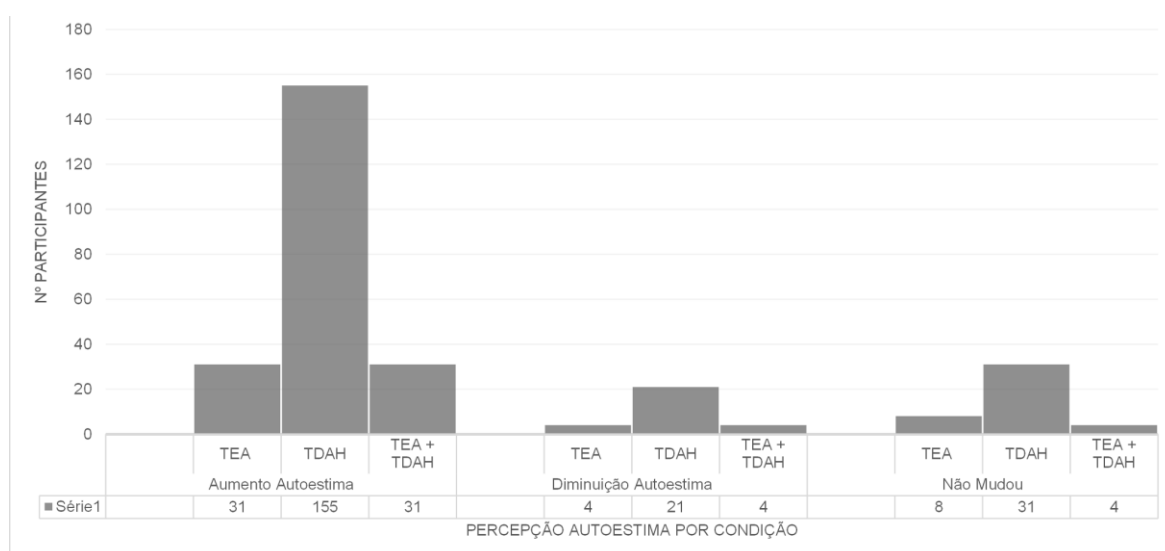
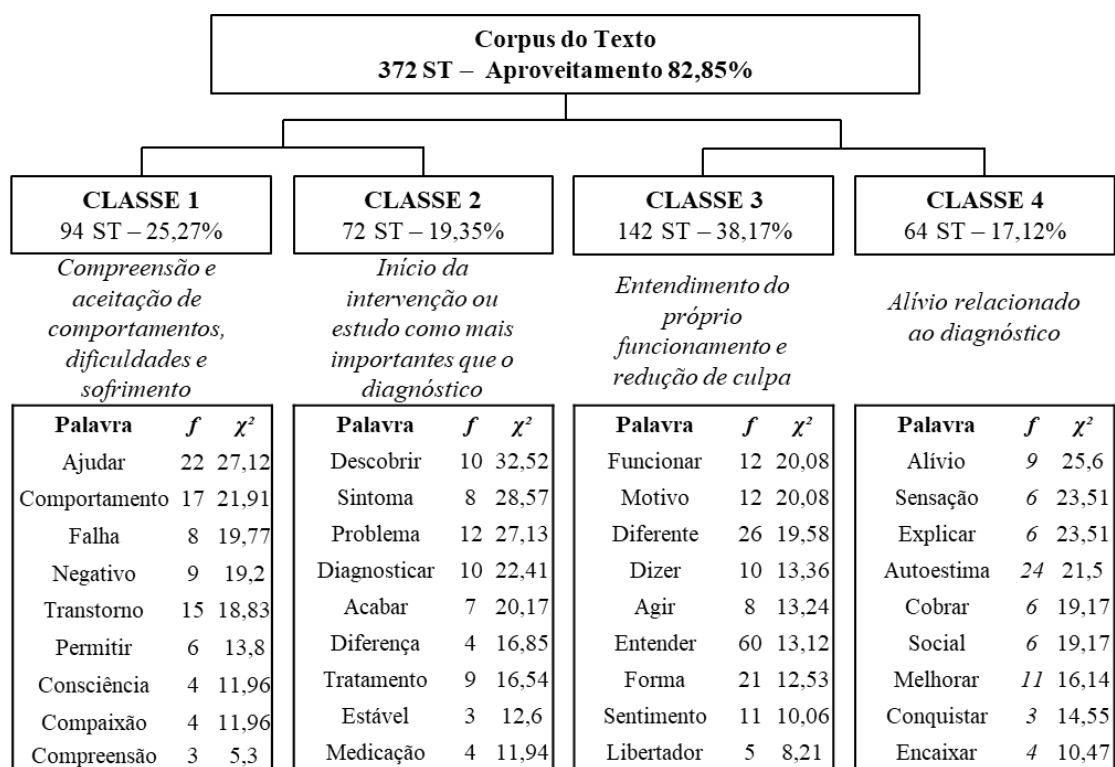


Figura 1. Percepção de autoestima após o diagnóstico, por condição

Para avaliar a relação entre as variáveis de autoestima e suporte social, foi realizado o teste de Shapiro-Wilk com objetivo de verificar a normalidade, obtendo o resultado de $p = 0.372$, indicando uma distribuição normal dos dados, e posteriormente foi realizado o cálculo do Coeficiente r de Pearson ($n = 289$; r de Pearson = 0.196; $p < 0.001$) indicando que há uma correlação fraca, positiva e significativa entre as variáveis analisadas.

Para a análise qualitativa foram realizadas estatísticas textuais e classificação hierárquica descendente a partir do corpus textual constituído por 268 textos, separados em 449 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 372 ST (82,85%). Emergiram 12.040 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.122 palavras distintas e 1.207 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes: Classe 1 – “Compreensão e aceitação de comportamentos, dificuldades e sofrimento” (94 ST; 25,27%), Classe 2 – “Início da intervenção ou estudo como mais importantes que o diagnóstico” (72 ST; 19,35%), Classe 3 – “Entendimento do próprio funcionamento e redução de culpa” (142 ST; 38,17%), Classe 4 – “Alívio relacionado ao diagnóstico” (64 ST; 17,12%).



Classe 3 – “Entendimento do próprio funcionamento e redução de culpa” (142 ST; 38,17%), Classe 4 – “Alívio relacionado ao diagnóstico” (64 ST; 17,12%). As Classes 1 e 2 apresentam-se mais próximas entre si, enquanto processo semelhante foi observado entre as Classes 3 e 4 (Figura 2).

Figura 2. Dendrograma com a organização de classes a partir da Classificação

Hierárquica Descendente

A Classe 1 “Compreensão e aceitação de comportamentos, dificuldades e sofrimento” compreende 25,27% (94 ST) do corpus total analisado, constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3,92$ (acreditar) e $\chi^2 = 27,12$ (ajudar). Essa classe traz conteúdos referentes a relatos de que o diagnóstico auxiliou no entendimento dos comportamentos e dificuldades que vivem, como parte do transtorno, sentindo menos culpa por erros e falhas, permitindo se entender melhor e tendo maior compreensão e compaixão consigo mesmo.

“receber o diagnóstico [...] me ajudou na melhor compreensão sobre mim mesma. Me ajudou a me entender, sabendo que meus comportamentos, minhas dificuldades e minhas falhas tinham origem em algo além do meu controle” (Participante 114)

“o diagnóstico me ajudou a me entender [...] e que eu não tinha culpa por meus comportamentos [...] estou procurando me aceitar mais” (Participante 206)

A Classe 2 “Início da intervenção ou estudo como mais importantes que o diagnóstico” compreende 19,35% (72 ST) do corpus total analisado, constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 4,34$ (aumentar) e $\chi^2 = 33,18$ (ano). Os comentários demonstram impactos importantes dos participantes ao começarem a estudar e entender melhor os sintomas relacionados aos transtornos, além de procurarem receber intervenção, constituindo demandas mais relevantes que o diagnóstico em si. Os participantes também relatam histórias de diagnósticos incorretos recebidos anteriormente ou a ausência de respostas, gerando anos de sofrimento.

“o diagnóstico em si [...] não impactou minha maneira de ver a vida e me enxergar. [...] apenas depois de estudar bastante [...] que percebi que fui diagnosticada erroneamente há mais de 20 anos” (Participante 279)

“apesar de ter sido diagnosticado com 11 anos, só tive condições de iniciar um tratamento com uma psicóloga na fase adulta. Acabou que isso representou um maior impacto na minha percepção de autoestima” (Participante 115)

A Classe 3 “Entendimento do próprio funcionamento e redução de culpa” compreende 38,17% (142 ST) do corpus total analisado, constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 4,2$ (diverso) e $\chi^2 = 20,08$ (funcionar). Os participantes relataram sentimentos de libertação e busca por novas estratégias no enfrentamento dos desafios do dia a dia. Nota-se uma transformação do discurso, que antes faziam comparações com os demais, sentindo-se incapazes ou preguiçosos, mas que passaram a entender melhor a forma como funcionam e as suas diferenças.

“confesso que receber o diagnóstico e entender o porquê eu ser diferente da maioria das pessoas [...] me trouxe um sentimento de não ser burra” (Participante 273)

“os sentimentos foram se reorganizando, eu entendi que funciono diferente das outras pessoas e isso permitiu que eu não sentisse culpa em tentar novas estratégias para funcionar” (Participante 92)

A Classe 4 “Alívio relacionado ao diagnóstico” compreende 17,12% (64 ST) do corpus total analisado, constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 5,19$ (acadêmico) e $\chi^2 = 29,35$ (continuar). Observou-se manifestações relativas ao

diagnóstico que geraram alívio na busca por entender-se em relação às imposições sociais. Nota-se, nesse grupo, a presença de relatos divergentes sobre a relação entre diagnóstico e autoestima.

“foi um alívio onde eu não me obrigo a fazer coisas que não quero por imposição social” (Participante 90)

“o diagnóstico trouxe muitos esclarecimentos e explicou muitas coisas ao longo da vida, mas apesar do diagnóstico continuo me sentido estranha [...] e a autoestima por muitas vezes continua bastante prejudicada” (Participante 224)

Discussão

A pesquisa desenvolvida teve como objetivo comparar a percepção da autoestima antes e depois do recebimento do diagnóstico de TEA e/ou TDAH e analisar a relação entre o suporte social e a autoestima desses indivíduos após o diagnóstico. Os dados encontrados neste estudo corroboram com estudos anteriores, como de Pawaskar, et. al. (2020) no qual se verificou o impacto de melhores prognósticos a partir de um diagnóstico, favorecendo o enfrentamento dos desafios a partir da busca por tratamentos e apresentando melhores condições de desempenho funcional e produtividade.

Esses dados podem ser verificados na Figura 1, em que houve um aumento na percepção da autoestima após o diagnóstico nos participantes, confirmando que o diagnóstico pode agregar pontos positivos na autopercepção, em especial quando se trata dos casos de TDAH. A constatação vai ao encontro das afirmações de Barbalat et al. (2022) e Juth et al. (2008) a respeito da relação entre o diagnóstico oficial de doenças ou transtornos e o impacto positivo na autoestima e na

autopercepção, especialmente em indivíduos com transtornos do neurodesenvolvimento. A maioria dos participantes (especialmente os com TDAH) relataram uma melhora na percepção da autoestima após o diagnóstico, sugerindo que a confirmação oficial de um transtorno pode servir como um fator de proteção, promovendo melhor autoaceitação e compreensão de si mesmo, como destacado por Juth et al. (2008) e Pawaskar et al. (2020).

Além disso, os dados trazidos pela Figura 2, sugerem que a maioria dos participantes focaram no entendimento de si mesmo e na redução da culpa (classe 3), alinhando-se com a ideia de que o diagnóstico pode ajudar os indivíduos a compreender melhor suas diferenças e a forma como funcionam, conforme discutido por Juth et al. (2008) e Pawaskar et al. (2020). De forma complementar, ao associar as classes 1 e 4 (Figura 2), percebe-se que o diagnóstico teve um papel importante na aceitação de si mesmo e na diminuição do sofrimento, visto que o diagnóstico pode fornecer explicações para comportamentos e dificuldades, tendo como resultado, maior autoconhecimento e aceitação.

Como verificado na classe 4 (alívio em receber o diagnóstico), a existência de relatos divergentes sobre a relação entre diagnóstico e autoestima mostra que, apesar de um diagnóstico, muitas vezes as pessoas necessitam de um período pós diagnóstico para aceitar e assimilar sua identidade com o transtorno e os ajustes necessários para sua vida pessoal, como identificado na pesquisa de Corden et al (2021). Os resultados levantados sobre o pós diagnóstico em adultos com TEA mostraram que os estereótipos ou concepções errôneas previamente mantidas por essas pessoas foram desafiadas em favor de visões mais positivas, exigindo uma construção e uma compreensão da própria identidade correlacionada com o

transtorno e sendo necessário esse tempo de adaptação como uma forma de autoconhecimento, ajuste social e enfrentamento dos novos desafios.

Finalmente, em relação ao suporte social, é possível observar que boa parte dos participantes atribuem uma relação positiva com a autoestima devido ao suporte terapêutico. Aproximadamente 54,2% dos indivíduos assinalaram esse fator como uma variável relevante, seguido, posteriormente, pela rede de apoio social. Um aspecto que apareceu em 51 respostas abertas do questionário é o fator nomeado como “autopercepção”, o qual engloba estudos sobre a condição, a forma como a pessoa compreende a si mesma e o senso de identidade individual. Ademais a tais aspectos, ainda foram coletados dados que apontam as dificuldades para se estabelecer uma autoestima positiva, nos quais foram citados pelos participantes inúmeras formas de depreciação social, principalmente relacionada ao trabalho, aos estudos e a família, além da falta de suporte terapêutico e falta de rede de apoio.

Ainda sobre este aspecto, a Tabela 2 mostra que a percepção de suporte social foi uniforme, com uma distribuição equilibrada entre suporte familiar e terapêutico (43%) e outros tipos de suporte (44%). O Coeficiente r de Pearson também indica uma correlação positiva e significativa, embora fraca, entre autoestima e suporte social, confirmando a importância do mesmo, o que coincide com os estudos de Cohen e Wills (1985) e Nguyen et al. (2020) a respeito da relação entre suporte social percebido e sua contribuição para a proteção dos altos níveis de autoestima em eventos estressantes. O fato de que a maioria dos participantes recebe algum tipo de suporte social sugere que esse apoio pode estar ajudando a melhorar a percepção de autoestima.

O presente estudo apresenta algumas limitações. A amostra de dados coletados não representa a realidade brasileira, tanto em relação a cor e gênero,

quanto a prevalência dos diagnósticos. As amostras dos dados sociodemográficos coletados representaram uma desigualdade perante a realidade brasileira. Com relação ao gênero, 74,4% dos participantes se identificaram com o gênero feminino e em relação a etnia/raça, houve também essa discrepância. Como observado na Tabela 1 2, 71% dos participantes se autodeclararam brancos, sendo essa parcela relativa a 208 respostas. Dessa forma, é possível observar que grande parte da amostra é composta, principalmente, por mulheres brancas.

Igualmente houve uma discrepância entre indivíduos que receberam o diagnóstico na infância e indivíduos que receberam o diagnóstico na idade adulta. Conforme os dados da *Tabela 2*, apenas 8% da amostra, equivalente a 23 participantes, receberam o diagnóstico antes dos 18 anos, enquanto os demais 266 participantes, receberam o diagnóstico na idade adulta, ou seja, após completados 18 anos. Tal discrepância aponta para uma possível hipótese de aumento dos diagnósticos nos últimos anos. Assim, são necessários mais estudos para compreender o impacto do diagnóstico na autoestima de indivíduos com TDAH e TEA, especialmente quando o diagnóstico é recebido na infância.

Sobre este dado, de acordo com Almeida e Neves (2020), através de pesquisas, o ADDM (*Autism and Developmental Disabilities Monitoring*) possibilita monitorar a evolução dos diagnósticos do autismo a cada dois anos. Na primeira investigação em 2000, a prevalência foi de um autista para cada 150 crianças examinadas, equivalente a 0,66%. Na segunda pesquisa, em 2002, essa proporção permaneceu estável. No entanto, a partir de 2004, houve um aumento significativo nos números, resultando na última estimativa que indicou um autista para cada 68 crianças, o que representa uma prevalência de 1,47%. Atualmente, em 2024, a prevalência de autismo é de 1 a cada 36 crianças. Dessa forma, como os indivíduos,

para responderem o formulário, precisavam ter, necessariamente, mais de 18 anos, os diagnosticados na infância precisariam ter, no mínimo, um diagnóstico realizado há 6 anos. Logo, os dados podem ter essa diferença na idade do diagnóstico por tal razão.

O TDAH, por sua vez, é um transtorno que é visto como típico da infância, cujos sintomas poderiam não continuar na vida adulta. No entanto, os adultos com sintomas de TDAH passaram a enfrentar desafios perante as dificuldades presentes no TDAH, tanto na vida pessoal, como profissional, impactando fatores de produtividade e eficiência e aspectos emocionais e comorbidades, como a ansiedade e depressão, o que fez com que buscassem por tratamento e tivessem acesso ao diagnóstico (Baron, Pato & Cyr, 2011; Pawaskar et al., 2020; Pedersen et al., 2024).

Referente aos diagnósticos, houve também uma disparidade entre os resultados obtidos, com maior quantidade de pessoas que receberam o diagnóstico de TDAH, quando comparado ao TEA. A hipótese da desigualdade dessa distribuição é, principalmente, derivada dos canais de divulgação das coletas de dados. Meios de comunicação direcionados para pessoas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade repostaram o formulário de recrutamento dos participantes, fazendo com que o número de indivíduos com TDAH que responderam a presente pesquisa se elevasse em relação ao número de pessoas com TEA. Tal situação não foi de responsabilidade dos autores, pois ocorreu de maneira orgânica e aleatória. De acordo com Rosa (2015), a maioria dos estudos sobre taxa de prevalência de TDAH apontam uma estimativa de cerca de 5% da população. Já nos estudos Paiva (2023), sobre as taxas do autismo apontam para uma prevalência aproximada de 1 em 36 indivíduos, ou seja, 2,7% da população nos

EUA. Logo, apesar da diferença entre a prevalência dos dois transtornos de neurodesenvolvimento, ainda é possível hipotetizar que a diferença da amostra dos dados é referente aos canais de divulgação utilizados.

O estudo representa um avanço no entendimento do papel do diagnóstico de TEA e/ou TDAH sobre a autoestima e ressalta a importância do suporte social e terapêutico na construção da percepção de autoestima entre os diagnosticados com TEA, TDAH ou ambos. Estudos futuros podem buscar amostras mais equilibradas, especialmente no que diz respeito à idade de recebimento do diagnóstico, contribuindo para compreensão da necessidade da precocidade do diagnóstico, inclusive para a consolidação da autoestima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. L., & Neves, A. S. (2020). A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia?. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 40, e180896. <https://doi.org/10.1590/1982-370300318089> .

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Barbalat, G., Plasse, J., Gauthier, E., Verdoux, H., Quiles, C., Dubreucq, J., & Legros-Lafarge, E., et al. (2022) The central role of self-esteem in the quality of life of patients with mental disorders. *Scientific Reports*, 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11655-1>.

Baron, D. A., Pato, M. T., & Cyr, R. L. (2011). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Osteopathic Association*, 111(11), 610–614. <https://doi.org/10.2147/ndt.s6985> .

Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. Em J. P. Robinson & P. R. Shaver (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115-160). San Diego, CA: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-590241-0.50008-3>.

Camargo, B.V., & Justo, A.M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicologia*. 21 (2) 513-518. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>.

Corden, K., Brewer, R., & Cage, E. (2021). Personal identity after an autism diagnosis: Relationships with self-esteem, mental wellbeing, and diagnostic timing. *Frontiers in Psychology*, 12, 699335. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699335>.

Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.68.4.653>.

García, J. A., y Olmos, F. C., Matheu, M. L., & Carreño, T. P. (2019). Self esteem levels vs global scores on the Rosenberg self-esteem scale. *Heliyon*, 5(3), e01378. [doi:10.1016/j.heliyon.2019.e01378](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01378).

Heatherton, T. F., & Wyland, C. (2003). Assessing self-esteem. Em S. Lopez and R. Snyder (Eds.). *Assessing Positive Psychology* (pp. 219-233). Washington, DC: APA. <https://doi.org/10.1037/10612-014>.

Hewitt, J.P. (2009). Autoestima. Em SJ Lopez (Ed.), *Enciclopédia de psicologia positiva* (Vol.2) (pp. 880-886). Malden, MA: Wiley-Blackwell.

Hutz, C. S. (2000). *Adaptação da escala de autoestima de Rosenberg*. Manuscrito não publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 10(1), 41-49.

Juth, V., Smyth, J. M., & Santuzzi, A. M. (2008). How do you feel?: Self-esteem predicts affect, stress, social interaction, and symptom severity during daily life in patients with chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 884-894. [https://doi: 10.1177/1359105308095062](https://doi.org/10.1177/1359105308095062)

Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 219–240). Academic Press.

Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73(6), 1569-1605. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00359.x>.

Molavi, P., Nadermohammadi, M., Salvat Ghojehbeiglou, H., Vicario, C. M., Nitsche, M. A., & Salehinejad, M. A. (2020). ADHD subtype-specific cognitive correlates and association with self-esteem: A quantitative difference. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-10. [https://doi.org/ 10.1186/s12888-020-02887-4](https://doi.org/10.1186/s12888-020-02887-4).

Nguyen, W., Ownsworth, T., Nicol, C., & Zimmerman, D. (2020). How I See and Feel About Myself: Domain-Specific Self-Concept and Self-Esteem in Autistic Adults. *Frontiers in psychology*, 11, 913. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00913> .

Paiva, F. (2023). Prevalência de autismo: 1 em 36 é o novo número do CDC nos EUA. Recuperado de <https://www.canalautismo.com.br/noticia/prevalencia-de-autismo-1-em-36-e-o-novo-numero-do-cdc-nos-eua/> .

Pawaskar, M., Fridman, M., Grebla, R., & Madhoo, M. (2020). Comparison of Quality of Life, Productivity, Functioning and Self-Esteem in Adults Diagnosed With ADHD and With Symptomatic ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 136–144. <https://doi.org/10.1177/1087054719841129>.

Pedersen, A.B., Edvardsen, B.V., Messina, S.M., Volden, M.R. Weyandt, L.L. & Lundervold, A.J. (2024). Self-Esteem in Adults With ADHD Using the Rosenberg Self-Esteem Scale: A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders*, 28(7) 1124–1138 <https://doi.org/10.1177/10870547241237>.

Rosa, M. T. N. (2015). Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia). Repositório Institucional da UFU. <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/21603>.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Sbicigo, J. B.; Bandeira, D. R.; Dell’aglio, D. D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15,395-403. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300012>.

Declaração de contribuição dos autores

Certificamos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. A contribuição de cada autor pode ser atribuída como se segue:

Lorena Franklin Mayrink Nogueira - conceitualização, investigação, visualização do artigo e tabulação dos dados;

Sofia Rosana Zappa Lodi - conceitualização, investigação, visualização do artigo e tabulação dos dados;

Carlos Antonio Zanini Junior - análise formal dos dados e redação inicial dos resultados; redação final (revisão e edição);

Gustavo Fernandes Scalvi - análise formal dos dados e redação inicial dos resultados; redação final (revisão e edição);

Larissa Milanezi Fabríz Caprara - formulação da proposta geral, objetivos do estudo e redação final (revisão e edição);

Miriana de Araujo Biazim - formulação da proposta geral, objetivos do estudo e redação final (revisão e edição);

Camila Domeniconi - análise formal dos dados e redação inicial dos resultados; redação final (revisão e edição); formulação do design metodológico e preparação do rascunho original do manuscrito e redação final (revisão e edição);

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Declaração de disponibilidade de dados da pesquisa

- Todo o conjunto de dados de apoio aos resultados deste estudo foi publicado no artigo e na seção "Materiais suplementares".

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.