

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 Antonio Zanini Junior

Gustavo Fernandes Scalvi

Larissa Milanezi Fabríz Caprara

Miriana de Araujo Biazim

Camila Domeniconi

RESUMO

O presente estudo investigou a percepção da autoestima antes e depois do diagnóstico em pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e/ou Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), assim como analisou a relação entre suporte social e autoestima. Participaram da pesquisa 289 adultos, que responderam a um questionário online composto por questões sociodemográficas, questões quanti e qualitativas sobre a percepção de autoestima antes e após o diagnóstico e a Escala de Autoestima de Rosenberg validada para o contexto brasileiro. Os resultados indicaram aumento na percepção de autoestima após o diagnóstico formal em 75,1% dos casos e a formação de quatro classes de relatos principais relacionados à importância do diagnóstico: compreensão e aceitação, importância da intervenção, entendimento do próprio funcionamento e alívio. Também foi encontrada correlação fraca entre suporte social percebido e autoestima ($r = 0,196$; $p < 0,001$), sendo que a análise de regressão indicou que os níveis de suporte social explicaram 3,5% da variância nos níveis de autoestima. O estudo contribuiu para compreender como o diagnóstico, principalmente tardio, influencia na autoestima de indivíduos neurodivergentes. Conclui-se que o diagnóstico pode favorecer o autoconhecimento e a aceitação pessoal.

Palavras-chave: TEA, TDAH, autoestima, diagnóstico.

ABSTRACT

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

The present study investigated self-esteem perception before and after diagnosis in individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD) and/or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), as well as analyzed the relationship between social support and self-esteem. A total of 289 adults participated in the study by completing an online questionnaire composed of sociodemographic questions, quantitative and qualitative items about self-esteem perception before and after diagnosis, and the Rosenberg Self-Esteem Scale validated for the Brazilian context. The results indicated an increase in self-esteem perception after formal diagnosis in 75.1% of cases and revealed four main classes of qualitative reports related to the importance of diagnosis: understanding and acceptance, importance of intervention, comprehension of one's own functioning, and relief. A weak correlation was also found between perceived social support and self-esteem ($r = 0.196$; $p < 0.001$), with regression analysis showing that levels of social support explained 3.5% of the variance in self-esteem levels. The study contributed to understanding how diagnosis, particularly when received later in life, influences self-esteem in neurodivergent individuals. It is concluded that receiving a diagnosis may promote self-knowledge and personal acceptance.

Keywords: ASD, ADHD, self-esteem, diagnosis.

Sobre os Autores

L. F. M. N.
orcid.org/0009-0003-2560-808X
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos, SP
lore-namayrink@estudante.ufscar.br

S. R. Z. L.
orcid.org/0009-0004-3554-7265
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos, SP
sofialodi@estudante.ufscar.br

C. A. Z. J.
orcid.org/0009-0000-1449-9592
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos, SP
car-los.zanini@estudante.ufscar.br

G. F. C.
orcid.org/0009-0008-4382-4057
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos, SP
gusta-vo.scalvi@estudante.ufscar.br

L. M. F. C.
orcid.org/0000-0003-1334-8834
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos, SP
lmfabriz@gmail.com

M. A. B.
orcid.org/0000-0002-6835-5575
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos, SP
mirianabi-azim8@estudante.ufscar.br

C. D.
orcid.org/0000-0003-0486-3543
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos, SP
camila@ufscar.br

Direitos Autorais

Este é um artigo aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



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 (American Psychiatric Association, 2022). 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 (American Psychiatric Association, 2022). De acordo com o DSM-V-TR, é necessário que o paciente apresente cinco 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. No caso do TDAH, são necessários seis ou mais sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade, presentes em dois ou mais ambientes e por mais de seis meses para que se confirme o diagnóstico do transtorno. Ademais, existe a exigência de que esses sintomas causem prejuízos relevantes em seu cotidiano (American Psychiatric Association, 2022).

No contexto brasileiro, o diagnóstico de TEA e TDAH apresenta desafios estruturais e sociais que impactam diretamente a identificação precoce e o acesso ao tratamento. Grianelli et al. (2023) estimam uma prevalência de TEA semelhante às médias internacionais. No entanto, destacam elevados níveis de subdiagnóstico e desigualdade regional. Os números podem ser explicados em função de barreiras nas ofertas de serviços especializados, longas filas de espera e carência de profissionais capacitados para avaliação e acompanhamento. Desta realidade decorre a importância de se compreender como o diagnóstico se relaciona às variáveis psicossociais.

No estudo de Barbalat et al. (2022), foi demonstrado que, em pessoas diagnosticadas com diferentes transtornos – incluindo esquizofrenia, TEA, transtorno bipolar, depressão, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de personalidade –, a autoestima exerce influência significativa sobre as várias dimensões da qualidade de vida, tais como o bem-estar psicológico, autonomia e resiliência.

Em culturas ocidentais, a autoestima demonstrou correlações positivas com satisfação de vida (Diener & Diener, 1995; Hutz, 2011), sendo considerada um demonstrativo de saúde mental, habilidades sociais e bem-estar (Kernis, 2005; Hewitt, 2009; Hutz, 2011). Esse construto, que envolve um conjunto de pensamentos e sentimentos relacionados a si próprio (Rosenberg, 1965; Kernis, 2005), pode ser avaliado quantitativamente através da Escala Autoestima de Rosenberg, uma das mais utilizadas na contemporaneidade (Blascovich & Tomaka, 1991; Heatherton

& Wyland, 2003; Sbicigo et al., 2010; Hutz, 2011), e que foi adaptada e validada por Hutz (2000) para o contexto brasileiro.

Pesquisas como a de Juth et al. (2008) revelaram que baixos escores de autoestima em pacientes crônicos, diagnosticados com asma e artrite reumatoide, podem ser preditores importantes para o estresse. Por outro lado, níveis elevados de autoestima podem atenuar as consequências de patologias e dos diagnósticos oficiais. Os achados oferecem subsídios relevantes para compreender como fatores subjetivos como a autoestima e autoeficácia podem interagir com diagnósticos e influenciar o bem-estar geral (Juth et al., 2008). Esses diagnósticos podem conferir uma dimensão oficial a questões subjetivas de cada pessoa, o que pode acarretar efeitos positivos em sua autopercepção, visto que, em diversos casos, indivíduos neurodivergentes sofrem devido à 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 Pedersen et al. (2024), os pesquisadores avaliaram onze artigos que tinham como tema central a influência da autoestima em pessoas adultas com TDAH, considerando a importância do diagnóstico oficial. Os achados sugerem que a ausência de diagnóstico formal pode estar associada a menores níveis de autoestima, o que reforça a importância do reconhecimento e acompanhamento clínico adequado. Um desses estudos revisados foi o de Pawaskar et al. (2020), em que os pesquisadores tiveram como objetivo compreender melhor o relacionamento entre o diagnóstico oficial de TDAH. Os dados mensurados mostraram que indivíduos diagnosticados com TDAH possuem maior probabilidade de experimentar melhor desempenho funcional, produtividade relacionada ao trabalho, mais qualidade de vida e autoestima do que indivíduos com TDAH que não receberam o diagnóstico formal, possibilitando a reflexão sobre a inserção em meios de tratamento e melhores condições de vida após o diagnóstico.

Corden et al. (2021) estudaram a relação entre a percepção de identidade pessoal e o diagnóstico de TEA, principalmente em adultos. 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 TEA como algo separado de sua identidade pessoal. Neste estudo, entende-se diagnóstico tardio como a identificação de um transtorno em uma fase de vida posterior àquela em que geralmente surgem os primeiros sintomas ou em que o diagnóstico costuma ser feito na população em geral, ou seja, quando o diagnóstico ocorre na adolescência ou na vida adulta.

O estudo de Corden et al. (2021) também buscou examinar as relações entre a identidade pessoal autista, a idade que ocorreu o diagnóstico e o tempo decorrido desde o diagnóstico com diferentes variáveis, como bem-estar psicológico, autoestima e relação de identidade. Para isso, participaram da pesquisa 151 indivíduos adultos do Reino Unido, e o método abarcou tanto variáveis quantitativas quanto qualitativas. Os resultados evidenciaram que, após o diagnóstico, os participantes relataram menor insatisfação com suas condições, além de uma visão mais positiva da própria autoimagem. Os dados qualitativos apontaram indicadores de reação cognitiva e emocional ao diagnóstico, com aprendizados e mudanças ao longo do tempo. Além de constatar uma relação entre orgulho em ser autista e maior autoestima. Sendo assim, a identificação como autista aparenta ser mais válida do que o próprio diagnóstico.

Um fator relevante que pode contribuir para os 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 verificado que maiores níveis de suporte social percebido, ou seja, a percepção sobre a própria rede de apoio, estava significativamente relacionada com maiores níveis de autoestima (Kessler & McLeod, 1985; Nguyen et al., 2020).

Já as investigações relacionadas a outros transtornos do neurodesenvolvimento e autoestima, como o TDAH, são mais escassas e menos robustas quando comparadas ao TEA (Pedersen et al., 2024). Molavi et al. (2020) realizaram um estudo quantitativo sobre os correlatos cognitivos dos subtipos de TDAH, quais sejam: i) predominantemente hiperativo-impulsivo - TDAH-H; ii) tipo predominantemente desatento - TDAH-D; e iii) tipo combinado - TDAH-C. As classificações foram baseadas em escores do WISC-IV (Escala de Inteligência Wechsler - 4ª edição). Além disso, foi mensurado o nível de autoestima em cada subtipo 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 relacionados 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 na infância ou com o diagnóstico tardio.

As investigações que abordam a relação entre autoestima e transtornos do neurodesenvolvimento ainda são limitadas no Brasil e se concentram, majoritariamente, em populações infantis, como o estudo de Capelatto et al. (2012), que analisou o autoconceito de crianças brasileiras com e sem TDAH. Os resultados evidenciaram que aquelas com TDAH apresentaram níveis inferiores de autoestima e pior percepção sobre suas competências sociais, além de

relatarem sentimentos mais frequentes de culpa e fracasso em comparação ao grupo controle. Os resultados indicam que o TDAH impacta negativamente o autoconceito e a autoestima já na infância, o que reforça a relevância de compreender como esses efeitos se manifestam na vida adulta e em outros transtornos como o TEA. Daí a importância de investigar fatores, como o suporte social e o reconhecimento diagnóstico, capazes de mitigar os efeitos negativos mencionados.

Considerando que até o momento não foram encontradas pesquisas nacionais relacionando o diagnóstico de TEA e TDAH à percepção de autoestima pelos indivíduos adultos, o presente estudo objetivou avaliar a percepção da autoestima entre indivíduos brasileiros que receberam o diagnóstico de TEA e/ou TDAH. A inclusão de participantes com um ou com os dois diagnósticos foi fundamentada nas semelhanças entre ambos os transtornos no que se refere aos desafios de autorregulação emocional, funcionamento executivo e experiências de inadequação relatadas na literatura (Jaisle et al., 2022; Geannopoulos et al., 2024), além do fato de ambos estarem presentes de forma comórbida em 50 a 70% dos indivíduos (Hours et al., 2022). 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

DELINEAMENTO

Estudo misto, de caráter descritivo, com delineamento transversal e amostra por conveniência.

PARTICIPANTES

Para ser considerado habilitado para inclusão na pesquisa, a pessoa deveria ser brasileira, possuir idade maior ou igual a 18 anos, possuir diagnóstico formal de TEA e/ou TDAH e não possuir outros transtornos de aprendizagem ou qualquer espécie de distúrbio neurológico adquirido, além do TDAH e TEA. Responderam ao formulário online 314 indivíduos, mas somente 289 foram consideradas respostas válidas, visto que 25 participantes não completaram os instrumentos avaliativos e/ou não atenderam aos critérios de inclusão.

Os diagnósticos foram autorreferidos pelos participantes, que indicaram terem recebido avaliação formal de psiquiatras ou psicólogos. Não houve verificação documental desses diagnósticos, em razão do caráter autorrelatado do estudo.

A Tabela 1 apresenta as características gerais da amostra final, composta por 289 pessoas. Observa-se predominância do gênero feminino, seguido pelo masculino e uma pequena

proporção de pessoas não binárias. A maior concentração de participantes situa-se entre 28 e 37 anos, seguido pela faixa etária de 18 a 27 anos. Em relação à etnia, a maioria dos participantes se declarou branca(o). No que tange à renda familiar, predominaram participantes com renda entre quatro e dez salários mínimos.

INSTRUMENTOS

Os participantes responderam a 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 a condição 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 graus de autoestima de cada participante. O questionário é formado por 10 itens, em que o respondente deve selecionar uma das opções em uma escala Likert de 4 pontos: 1) discordo totalmente, 2) discordo, 3) concordo e 4) concordo totalmente.

Segundo García et al. (2019), o meio mais recorrente de fazer a análise dos resultados da Escala de Autoestima de Rosenberg é através da pontuação global, realizando a somatória global dos valores dos itens, cujo resultado ficará 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 correlação desta com o diagnóstico recebido. Para o preenchimento do questionário, foram inseridas definições acerca dos 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 opções de múltipla escolha, sendo que duas delas se referiam à percepção da autoestima em um momento anterior e posterior ao 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?”. Por fim, uma última questão que dizia respeito ao suporte recebido pelos participantes. A inclusão da categoria “suporte social” decorreu de refinamento do instrumento de coleta, a partir da colaboração de uma pessoa autista que foi convidada a avaliar o formulário quanto à clareza e relevância das perguntas. A partir da sugestão, foi inserido um item voltado à compreensão dos fatores que os participantes associavam ao nível da autoestima após o diagnóstico com a seguinte formulação: “A qual(is) motivo(s) você atribui o nível da sua autoestima após o diagnóstico?”. As opções de resposta contemplavam “suporte familiar”, “suporte terapêutico”, “falta de suporte familiar”, “falta de suporte terapêutico” e “outros”.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme previsto na resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação, o estudo foi divulgado em diferentes canais, como redes sociais, grupos de divulgação, perfis oficiais de uma universidade pública e jornais municipais. Ao divulgar a pesquisa, o objetivo foi explicado e foram fornecidos esclarecimentos acerca da participação. Os indivíduos foram convidados a acessar um link do Google Forms, onde tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, se concordaram com os termos, ao questionário.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados sociodemográficos e de caracterização dos participantes (dados relativos ao diagnóstico, ao suporte social, à autoestima e à participação em terapias) foram organizados e tabulados. A investigação quantitativa da autoestima foi realizada por meio da somatória das afirmações na escala de Rosenberg. As afirmativas 3, 5, 8, 9 e 10 tiveram a sua pontuação invertida, a fim de gerar a somatória correta do valor.

Para a análise quantitativa, a variável suporte social foi padronizada a partir da atribuição de um ponto para cada tipo de suporte assinalado e da retirada de um ponto para cada tipo de falta de suporte assinalada. Em seguida, para examinar a correlação entre as variáveis de autoestima e suporte social, realizou-se o teste de Shapiro-Wilk com o objetivo de verificar a normalidade. Logo depois, foi calculado o coeficiente r de Pearson entre as variáveis analisadas. Por fim, foi conduzida análise de regressão simples, considerando a autoestima enquanto variável dependente e o suporte social enquanto variável independente. Os procedimentos foram conduzidos no software JASP.

A análise qualitativa foi realizada por meio de 268 respostas válidas para a questão “Tendo em vista a definição

dos conceitos, você acredita que o diagnóstico impactou na percepção da sua autoestima? Discorra sobre.”. Foram consideradas válidas todas as respostas que apresentaram pelo menos uma frase completa, sendo descartadas respostas como “Sim”, “Não”, “Não sei” ou em branco. As respostas que não atenderam a estes critérios foram excluídas da análise, visto que não continham dados linguísticos analisáveis ou elementos interpretáveis para a formação das classes temáticas. As análises dos dados textuais foram realizadas com o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), cujo principal objetivo é analisar a estrutura e a ordenação do discurso, tendo como base diferentes análises estatísticas sobre corpus textuais (Camargo & Justo, 2013). Realizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para a elaboração de dendrograma e reconhecimento de classes emergentes, em que quanto maior o χ^2 , mais associada está a palavra à classe, sendo desconsideradas as palavras com $\chi^2 < 3,80$ ($p < 0,05$). A definição das classes foi primeiramente realizada por dois pesquisadores, de modo independente, sendo em seguida sintetizadas, apresentadas e confirmadas pelos demais autores.

RESULTADOS

RESULTADOS QUANTITATIVOS

Os resultados relacionados ao diagnóstico, percepção de autoestima, suporte social e participação em terapias foram organizados na Tabela 2. Constatou-se que 71,6% ($n = 207$) da amostra apresentava diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), 14,9% ($n = 43$) de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e 13,5% de TDAH e TEA concomitantemente. Destaca-se que apesar de a amostra ter apresentado maior proporção de participantes com diagnóstico de TDAH em relação ao TEA, o foco deste estudo foi compreender a percepção de autoestima em pessoas neurodivergentes, considerando o marco comum de autopercepção. Sobre a idade de diagnóstico, 36,3% ($n = 105$) da amostra o recebeu entre os 28 e 37 anos, 34,3% ($n = 99$) entre os 18 e 27 anos, 16,6% ($n = 48$) entre 38 e 47 anos, 8% ($n = 23$) antes dos 13 anos e 4,8% ($n = 14$) com 48 anos ou mais.

Sobre a autoestima, 62% ($n = 179$) da amostra teve seus dados qualificados no nível baixo (somatória de pontos inferior a 25), o restante se dividindo entre média (18%, $n = 53$) e alta autoestima (20%, $n = 57$). A respeito da participação em terapias, a maioria (58%, $n = 170$) declarou estar em acompanhamento médico e psicológico e 9,3% ($n = 27$) declarou nunca ter feito nenhum tipo de terapia ou tratamento. Sobre o suporte social recebido, nota-se

uniformidade entre as opções apresentadas, sendo que quase metade dos participantes (43,6%, $n = 190$) declarou receber suporte familiar e/ou terapêutico, enquanto 44,3% ($n = 193$) afirmou receber outros tipos de suporte, pagos ou não, remetendo principalmente às relações interpessoais, como amigos, colegas de trabalho, parceiros e outras pessoas significativas; 12,2% ($n = 53$) assinalou falta de suporte familiar e/ou terapêutico.

No que tange à percepção da autoestima após o diagnóstico, a Figura 1 revela predominância de respostas indicando o seu aumento ($n = 217$, 75,1%), seguidas por sentir que não houve mudança ($n = 43$, 14,9%) e diminuição ($n = 29$, 10%). 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; enquanto que entre os participantes com diagnóstico de TEA, 31 relataram aumento na percepção da autoestima, 8 não observaram mudanças e 4 relataram sua diminuição.

Para analisar a relação entre as variáveis de autoestima e suporte social, foi primeiramente realizado o teste de Shapiro-Wilk, cuja finalidade foi verificar a normalidade, obtendo o resultado de $p = 0,372$, indicando uma distribuição normal dos dados. Posteriormente, foi realizado o cálculo do coeficiente r de Pearson ($n = 289$; $r = 0,196$; $p < 0,001$), indicando correlação fraca, positiva e significativa entre as variáveis analisadas.

Em seguida, realizou-se análise de regressão linear simples, com o objetivo de investigar em que medida os níveis de suporte social explicavam os níveis de autoestima. O suporte social apresentou influência significativa na autoestima, explicando 3,5% ($F(1, 287) = 11,405$, $p < 0,001$; $R^2_{ajustado} = 0,035$; $RMSE = 6,049$). O coeficiente de regressão $B = 1,018$ (95% IC [0,425 – 1,612]) indicou que, em média, o aumento de um ponto nos níveis de suporte social repercutiu em um aumento de 1,018 pontos nos níveis de autoestima. O coeficiente padronizado $\beta = 0,196$ ($p < 0,001$) mostrou um efeito positivo, embora de magnitude pequena, da variável “suporte social” em relação à autoestima.

RESULTADOS QUALITATIVOS

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.

Tabela 1. *Caracterização sociodemográfica da amostra por faixa etária (10 anos)*

		Total Amostra		Faixa Etária									
				18-27		28-37		38-47		48-57		58+	
Variável		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gênero	Feminino	214	74,05%	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	1000,0%	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	1000,0%	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%	5	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%

Tabela 2. Caracterização do perfil diagnóstico da amostra por faixa etária organizada em intervalos de 10 anos

		Total Amostra		Faixa Etária									
				18-27		28-37		38-47		48-57		58+	
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
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	1000,0%	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	1000,0%	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%	6	11%	3	6%
	Médio (26-29)	53	18%	14	26,4%	17	32%	13	25%	4	7%	1	2%
	Alto (>=30)	57	20%	17	29,8%	21	37%	14	25%	13	4%	5	2%
	TOTAL	289	100,0%	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%

Tabela 2. Caracterização do perfil diagnóstico da amostra por faixa etária organizada em intervalos de 10 anos (continuação)

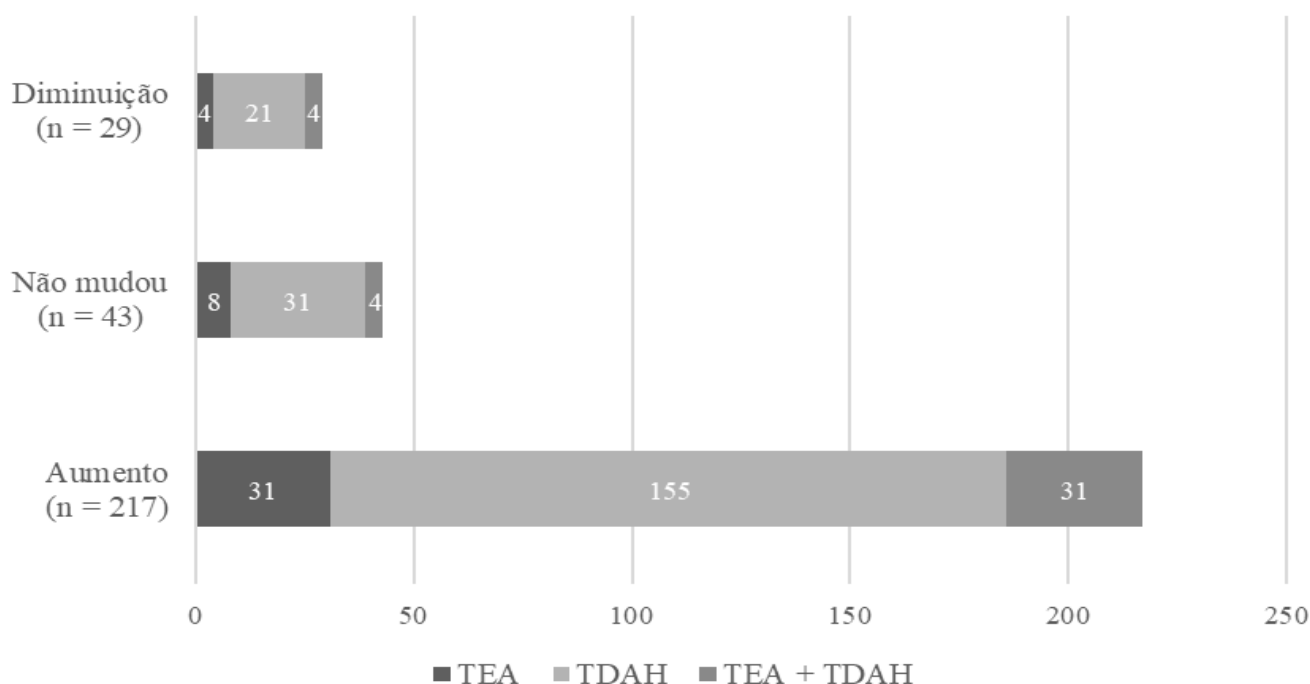
Suporte Social	Falta de Suporte Familiar	33	7,6%	13	39,4%	11	33,3%	7	21,2%	2	6,1%	0	0,0%
	Falta de Suporte Terapêutico	20	4,6%	2	10,0%	10	50,0%	7	35,0%	1	5,0%	0	0,0%
	Outros	193	44,3%	62	32,1%	74	38,3%	45	23,3%	7	3,6%	5	2,6%
	TOTAL	436	100,0%	136	31,2%	172	39,4%	99	27,2%	20	4,6%	9	2,1%
Terapias	Médica	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 e 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%
Início Terapia/ Diagnóstico	TOTAL	289	100,0%	86	29,8%	113	39,1%	72	24,9%	13	4,5%	5	1,7%
	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%

Nota. Na variável suporte social os participantes poderiam assinalar mais de uma alternativa

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%). As Classes 1 e 2 mostraram-se mais próximas entre si, enquanto processo semelhante foi observado entre as Classes 3 e 4 (Figura 2).

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



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). Os relatos orbitam em torno da narrativa de que o diagnóstico auxiliou no entendimento dos comportamentos e dificuldades que vivem como parte do transtorno, diminuindo o sentimento de culpa por erros e falhas, além de permitir entender-se melhor e ter 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).

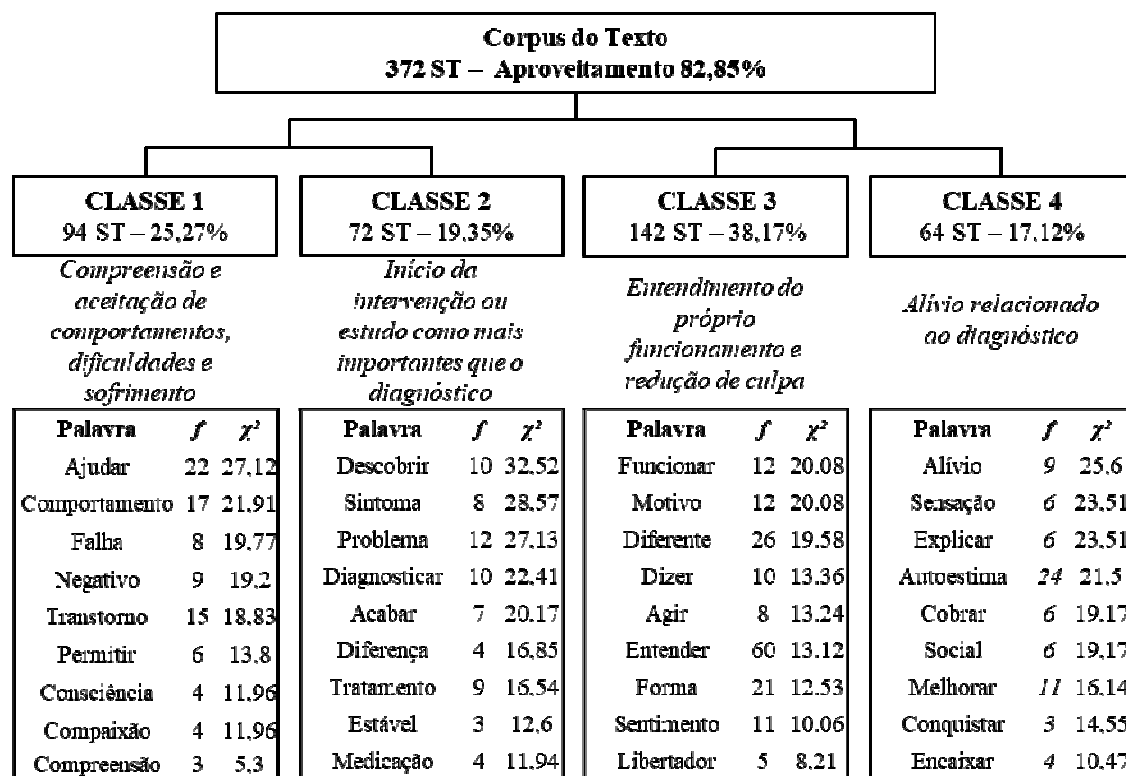
A Classe 2 (“Início da intervenção ou estudo como mais importantes que o diagnóstico”) compreende 19,35% (72 ST) do corpus total analisado, constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 4,34$ (aumentar) e $\chi^2 = 33,18$ (ano). Os comentários destacam impactos importantes dos participantes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

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



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 para um entendimento melhor da forma como funcionam e as suas diferenças, visto que antes do diagnóstico era comum que os participantes fizessem comparações com os demais, sentindo-se incapazes ou preguiçosos.

"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). Observaram-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 o diagnóstico e a 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 sentindo estranha [...] e a autoestima por muitas vezes continua bastante prejudicada" (Participante 224).

DISCUSSÃO

A pesquisa desenvolvida teve como objetivo comparar a percepção da autoestima anteriormente e posteriormente ao diagnóstico formal 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 estudos anteriores no que se refere ao impacto

positivo de um diagnóstico na obtenção de prognósticos mais favoráveis, auxiliando o enfrentamento dos desafios a partir da busca por tratamentos e apresentando melhores condições de desempenho funcional e produtividade.

Os resultados evidenciam um aumento na percepção da autoestima entre os participantes após o diagnóstico, visto que 75,1% ($n = 217$) dos participantes relataram aumento da percepção da autoestima diante da confirmação clínica, corroborando a hipótese de que a informação recebida pode exercer um papel positivo na construção da autopercepção, sobretudo nos casos de TDAH. Os achados deste estudo corroboram parcialmente as conclusões de Barbalat et al. (2022) e Juth et al. (2008), visto que evidenciam a influência positiva que o reconhecimento formal de uma condição pode exercer sobre a autoestima e a autopercepção. Ainda que o estudo de Juth et al. (2008) tenha investigado indivíduos com doenças crônicas e não transtornos do neurodesenvolvimento, os resultados sugerem que a validação diagnóstica pode agir como um fator de reorganização da autoimagem e de alívio. Igualmente, a maior parte dos sujeitos desta pesquisa, em especial aqueles com TDAH, relatou melhora na percepção da própria autoestima após o reconhecimento oficial, o que sugere que esta confirmação clínica do transtorno pode favorecer processos de autoaceitação e maior compreensão de si, conforme também discutido por Pawaskar et al. (2020).

Além disso, os dados indicam que a maior parte dos participantes focou no entendimento de si mesmo e na atenuação da culpa (Classe 3), alinhando-se com a compreensão da ideia de que o diagnóstico pode auxiliar os indivíduos a compreender melhor suas diferenças e a maneira como funcionam, conforme discutido por Juth et al. (2008) e Pawaskar et al. (2020), ainda que estes autores não tenham incluído transtornos do neurodesenvolvimento em seus estudos. Adicionalmente, ao considerar conjuntamente as Classes 1 e 4, percebe-se que o diagnóstico teve um papel significativo na aceitação de si mesmo e na redução do sofrimento, visto que ele pode fornecer explicações para comportamentos e dificuldades, tendo como resultado, maior autoconhecimento e aceitação.

Como verificado na Classe 4, a presença de relatos divergentes sobre a relação entre diagnóstico e autoestima indica que, para alguns indivíduos, o diagnóstico não implica imediatamente em uma percepção positiva de si. Em parte das narrativas, observa-se a necessidade de um período de pós-diagnóstico para compreender e assimilar essa nova informação à identidade pessoal – aspecto também identificado por Corden et al. (2021). Esses autores apontam que o pós-diagnóstico em adultos com TEA envolve o enfrentamento de estereótipos ou de concepções prévias, que possibilita uma visão mais positiva de si. Embora o presente estudo não tenha mensurado diretamente o tempo

de adaptação, os resultados qualitativos sugerem que esse processo pode desempenhar papel relevante na reconstrução da autoestima, o que merece investigação em pesquisas futuras.

No que diz respeito ao suporte social, verifica-se que uma parcela dos participantes identificou uma relação positiva com a autoestima devido ao suporte terapêutico. Aproximadamente 54,2% dos indivíduos assinalaram esse fator como uma variável relevante, seguido, posteriormente, por outros tipos de suporte social, como amigos e colegas de trabalho. Um elemento que surgiu em 51 respostas abertas do questionário é o fator nomeado como “autopercepção”, o qual abrange aspectos relacionados à identidade, à forma como a pessoa compreende a si mesma e à construção de identidade individual. Este achado é relevante, pois a autopercepção tem relação íntima com o modo como um indivíduo compreende suas características e limitações, e, portanto, influencia diretamente a autoestima e aceitação pessoal. Os estudos de Pawaskar et al. (2020) e de Corden et al. (2021) também indicam que o reconhecimento formal de uma condição pode favorecer processos de reconstrução da identidade, assim como levantado na amostra deste estudo.

Ademais, o diagnóstico, por si só, não é suficiente para promover uma autoestima positiva, uma vez que fatores contextuais, como suporte social, reconhecimento e pertencimento em ambientes familiares, educacionais e profissionais desempenham um papel central nesse processo (Nguyen et al., 2020; Cohen & Wills, 1985). Em conclusão, em contextos de neurodivergência, a presença de depreciação social e ausência de apoio indicam barreiras externas à aceitação pessoal.

A percepção de suporte social foi uniforme e o Coeficiente r de Pearson indicou correlação entre autoestima e suporte social, o que sugere que apesar de o diagnóstico atuar como um marco de reorganização da autoimagem e funcionar como um mediador entre autocompreensão e autoestima, ele não é suficiente por si só. Os achados corroboram estudos que relacionam o diagnóstico e o suporte social à reconstrução identitária e à melhora do bem-estar emocional (Corden et al., 2021; Nguyen et al., 2020; Cohen & Wills, 1985). Tais resultados, embora de magnitude pequena, confirmam a relevância do suporte, estando em conformidade com estudos de Cohen e Wills (1985) e Nguyen et al. (2020) ao apontarem a associação entre o suporte social percebido e a autopercepção positiva por parte dos indivíduos em relação à autoestima em seu contexto social.

O presente estudo apresenta algumas limitações. A amostra de dados coletados não representa, com precisão, a realidade brasileira, tanto em relação à raça e gênero, quanto à prevalência dos diagnósticos. As amostras dos dados sociodemográficos coletados representaram uma

desigualdade perante a realidade brasileira, visto que a composição sugere que o estudo reflete, em maior medida, a percepção de mulheres brancas com acesso ao diagnóstico formal. O viés amostral limita a generalização dos resultados para outros grupos populacionais.

Outro aspecto limitante se refere à predominância de diagnósticos realizados na vida adulta. Como a amostra foi composta majoritariamente por adultos que passaram boa parte da vida sem um reconhecimento formal de suas condições, isso pode ter influenciado a percepção retrospectiva da autoestima relatada. Estudos futuros podem investigar de que forma o momento do diagnóstico - precoce ou tardio - repercute nas trajetórias de autoconhecimento e autoestima em pessoas com TEA e/ou TDAH.

Outra limitação tem relação com a disparidade entre os resultados encontrados, com maior quantidade de pessoas que receberam o diagnóstico de TDAH, quando comparado ao TEA. A ocorrência não foi intencional nem controlada pelos autores, tendo se dado de forma orgânica e aleatória. Conforme apontado por Rosa (2015), a maioria dos estudos sobre a prevalência do TDAH estima que aproximadamente 5% da população apresenta o transtorno. As estimativas de prevalência do TEA indicam a ocorrência de aproximadamente 1 caso a cada 31 indivíduos, correspondendo a cerca de 3,2% da população nos Estados Unidos (Shaw et al., 2025).

O presente estudo configura-se como um avanço na compreensão dos efeitos do diagnóstico de TEA e/ou TDAH sobre a autoestima, destacando a relevância do suporte social e terapêutico na formação da percepção de si entre os indivíduos diagnosticados com um ou ambos os transtornos. Investigações futuras poderão priorizar amostras mais equilibradas, especialmente no que tange à faixa etária em que o diagnóstico é recebido, contribuindo para a elucidação da importância da identificação precoce, principalmente ao considerar seus impactos em outros fatores relacionados à melhora da qualidade de vida, como expectativa de vida, saúde mental e física, acompanhamento nutricional e sensorial, ampliação do acesso a direitos, desempenho acadêmico e sono.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

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: L.F.M.N e S.R.Z.L. contribuíram para a conceitualização, investigação, visualização do artigo e tabulação dos dados; C.A.Z.J., G.F.S. e C.D. foram responsáveis pela análise formal dos dados e redação inicial

dos resultados; C.D. foi responsável pela formulação do design metodológico e preparação do rascunho original do manuscrito; L.M.F.C. e M.A.B. foram responsáveis pela formulação da proposta geral e objetivos do estudo e L.F.M.N., S.R.Z.L., C.A.Z.J., G.F.S., L.M.F.C., M.A.B. e C.D. são os responsáveis pela redação final (revisão e edição).

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Author.
- Barbalat, G., Plasse, J., Gauthier, E., Verdoux, H., Quiles, C., Dubreucq, J., Legros-Lafarge, E., Jaafari, N., Massoubre, C., Guillard-Bouhet, N., Haesebaert, F., & Franck, N. (2022). The central role of self-esteem in the quality of life of patients with mental disorders. *Scientific Reports*, 12, Article 7762. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11655-1>
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson & P. R. Shaver (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115–160). 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 em Psicologia*, 21(2), 513–518. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Capelatto, I. V., Gobitta, M., & Guzzo, R. S. L. (2012). Como é o autoconceito de crianças brasileiras com e sem TDAH? *Revista Debates em Psiquiatria*, 2(1), 38–40. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2012.v2.987>
- 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(4), 653–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653>
- García, J. A., 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. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01378>
- Geannopoulos, Z. F., Ng, J. Y., & Fritz, A. (2024). ADHD, autism, and their co-occurrence. *Current Developmental Disorders Reports*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s41252-023-00380-z>

- Girianelli, V. R., Tomazelli, J., Silva, C. M. F. P., & Fernandes, C. S. (2023). Diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento, Brasil, 2013–2019. *Revista de Saúde Pública*, 57, 21. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004710>
- Heatherton, T. F., & Wyland, C. (2003). Assessing self-esteem. In S. Lopez & R. Snyder (Eds.), *Assessing positive psychology* (pp. 219–233). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10612-014>
- Hewitt, J. P. (2009). Autoestima. In S. J. Lopez (Ed.), *Enciclopédia de psicologia positiva* (Vol. 2, pp. 880–886). Wiley-Blackwell.
- Hours C., Recasens, C., & Baleyte J. M. (2022). ASD and ADHD Comorbidity: What Are We Talking About?. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 837424. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.837424>
- Hutz, C. S. (2000). Adaptação da escala de autoestima de Rosenberg [Manuscrito não publicado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Rosenberg self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41–49. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pi=S1677-04712011000100005&lng=pt&lng=pt
- Jaisle, E. M., Kumpas, E. E., Larson, E. M., Huth, K., Baldwin, S., & Musser, E. D. (2022). Linking ADHD and ASD symptomatology with social, emotional, and self-regulation difficulties. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(10), 4271–4284. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00982-6>
- 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.org/10.1177/1359105308095062>
- 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>
- 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.
- Molavi, P., Nadermohammadi, M., Salvat Ghoghbeiglou, 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>
- 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>
- 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/10.1177/10870547241237245>
- 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]. <https://doi.org/10.14393/ufu.di.2018.278>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell’Aglío, 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>
- Shaw, K. A., Williams, S., Patrick, M. E., Valencia-Prado, M., Durkin, M. S., Howerton, E. M., Ladd-Acosta, C. M., Pas, E. T., Bakian, A. V., Bartholomew, P., Nieves-Muñoz, N., Sidwell, K., Alford, A., Bilder, D. A., DiRienzo, M., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hudson, A. E., Pokoski, O. M. ... Maenner, M. J. (2025). Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 sites, United States, 2022. *MMWR Surveillance Summaries*, 74(2), 1–22. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7402a1>

Recebido em: 26/04/2025

Primeira decisão editorial em: 15/09/2025

Aceito em: 21/11/2025