

Helena Ferreira Cerqueira¹
https://orcid.org/0009-0007-6998-6022

Suely de Melo Santana¹
https://orcid.org/0000-0001-6770-2347

Cezar Augusto Cerqueira²
https://orcid.org/0000-0001-7431-1555

Diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista leve e sua relação com a crença de autoeficácia

Early diagnosis of mild autism spectrum disorder and its relationship with self-efficacy beliefs

J Bras Psiquiatr. 2025;74:e20250002
https://doi.org/10.1590/0047-2085-2025-0002

RESUMO

Objetivo: Correlacionar crença de autoeficácia e diagnóstico precoce do TEA leve no intuito de evidenciar a importância do rastreio e devolutiva diagnóstica ainda na primeira infância para contribuir com o desenvolvimento e adaptação dos indivíduos à sociedade. **Método:** A amostra foi obtida através de ampla divulgação entre profissionais de saúde mental da rede privada de saúde mental da cidade de Recife, Nordeste do Brasil. Os critérios de inclusão foram ter suspeita ou diagnóstico de TEA leve e Quociente de Inteligência (QI) maior que 80. O critério de exclusão foi não obter confirmação diagnóstica através do teste ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition). Para a realização da coleta de dados, foi aplicado um questionário sociodemográfico. Foram selecionados 34 indivíduos (entre 11 e 55 anos) de ambos os sexos. Além disso, foi aplicada a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). Dois participantes foram excluídos da pesquisa por não pontuarem o score diagnóstico de TEA na escala ADOS. O Alfa de Cronbach do estudo foi mensurado para avaliar a consistência interna do instrumento utilizado. A correlação entre as variáveis foi avaliada por meio do cálculo do Coeficiente de Correlação de Spearman e do Coeficiente de Correlação de Kendall, com os respectivos testes estatísticos de significância. **Resultados:** O coeficiente de correlação de Kendall indicou uma correlação positiva e significativa. As mesmas conclusões foram obtidas para o coeficiente de correlação de Spearman. **Conclusão:** Conforme previsto, concluímos que há uma relação positiva entre diagnóstico precoce de TEA e maior crença de autoeficácia percebida na vida adulta.

PALAVRAS-CHAVE

Transtorno do Espectro Autista, Autoeficácia, Síndrome de Asperger.

ABSTRACT

Objective: To correlate perceived self-efficacy beliefs and early diagnosis of mild Autism Spectrum Disorder (ASD) to highlight the importance of early screening and diagnostic feedback during early childhood, contributing to individual development and societal adaptation. **Method:** The sample was obtained through extensive outreach among mental health professionals in the private mental health network in Recife, Northeast Brazil. Inclusion criteria required participants to have suspected or diagnosed mild ASD and an Intelligence Quotient (IQ) above 80. The exclusion criterion was failure to confirm the diagnosis using the ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition) test. Data collection included the application of a sociodemographic questionnaire. A total of 34 individuals (aged 11 to 55 years) of both sexes were selected. Additionally, the General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE) was administered. Two participants were excluded due to not meeting the diagnostic threshold for ASD on the ADOS scale. Cronbach's alpha was calculated to assess the internal consistency of the instrument used. The correlation between variables was evaluated using Spearman's and Kendall's correlation coefficients, along with respective statistical significance tests. **Results:** Kendall's correlation coefficient indicated a significant positive correlation, and similar conclusions were obtained using Spearman's correlation coefficient. **Conclusion:** As hypothesized, we concluded that there is a positive relationship between early ASD diagnosis and higher perceived general self-efficacy in adulthood.

KEYWORDS

Autism Spectrum Disorder, Self-Efficacy, Asperger Syndrome.

Received: Jan/10/2025. Approved: Mar/25/2025.

1 Escola de Ciências da Saúde e Vida, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

2 Escola ICAM-TECH, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Address for correspondence: Helena Ferreira Cerqueira. R. do Príncipe, 526, Boa Vista – 50050-900 – Recife, PE, Brasil. E-mail: helena.cerqueira@unicap.br



INTRODUÇÃO

O autismo foi oficialmente reconhecido como um diagnóstico a partir da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III)¹, publicada em 1980. Posteriormente, na quarta edição do manual (DSM-IV)², lançada em 1994, a discriminação entre os diferentes transtornos do espectro foi aprimorada. No DSM-IV, diversos transtornos foram categorizados dentro de um grupo mais amplo denominado “Transtornos Globais do Desenvolvimento”, incluindo o Transtorno Autista, Transtorno de Asperger, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Rett e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outras Especificações.

Essa abordagem categórica, no entanto, foi reformulada na edição seguinte do manual. Com a publicação do DSM-5³, em 2013, optou-se por uma classificação dimensional única, consolidando os diagnósticos anteriores sob o termo Transtorno do Espectro Autista (TEA). Além disso, foram introduzidas especificações diagnósticas baseadas na gravidade e na necessidade de suporte, dividindo os casos em três níveis: exigindo apoio (nível 1), apoio substancial (nível 2) e apoio muito substancial (nível 3).

Este estudo tem como foco os indivíduos classificados no nível 1, frequentemente denominados como portadores de TEA leve. No entanto, essa classificação pode levar a interpretações equivocadas, como a percepção de que essa população e seus familiares enfrentam menos desafios ou que o diagnóstico não teria impacto significativo no prognóstico futuro. Tal perspectiva pode minimizar a importância tanto da detecção precoce quanto do compartilhamento desse diagnóstico com o próprio indivíduo acometido.

Diante disso, a identificação precoce do TEA torna-se um aspecto essencial a ser considerado. Evidências apontam que o diagnóstico e a intervenção em estágios iniciais não apenas otimizam o prognóstico a longo prazo, mas também evitam que as dificuldades se tornem mais acentuadas, uma vez que os efeitos das intervenções tendem a ser menos eficazes conforme a criança cresce⁴.

Apesar dessa importância, observa-se que o TEA leve, em particular, tende a ser diagnosticado significativamente mais tarde em comparação com as formas mais severas do transtorno. Um relatório do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), publicado em 2012, apontou que a idade média do diagnóstico de Transtorno de Asperger era de 6 anos⁵.

Um estudo britânico publicado em 2007 relatou ainda mais atrasos no diagnóstico de Asperger: em média por volta dos 11 anos.⁶ Após a exclusão da síndrome de Asperger pelo DSM V, novo relatório do CDC de 2020 considerando o TEA em geral (sem distinção quanto ao nível de gravidade) encontrou incidência cumulativa de diagnósticos na idade

de 48 meses maior para crianças nascidas em 2012 do que para crianças nascidas em 2008, o que indica uma maior taxa de diagnóstico para a coorte mais jovem. Embora ainda menor que o esperado.⁷

Considerando que o TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento que acompanha o indivíduo desde a infância precoce, é esperado que os estressores ambientais resultantes das dificuldades nas habilidades sociais influenciem a forma como esses indivíduos desenvolvem a crença em suas próprias capacidades para lidar com situações adversas.

Nesse sentido, trazemos a teoria de Bandura⁸ a qual define autoeficácia como a crença de um indivíduo em sua capacidade de executar ações necessárias para lidar com situações futuras. Ele enfatiza que essa crença influencia diretamente o comportamento, a motivação e a resiliência diante de desafios.

Ainda segundo Bandura, indivíduos com alta autoeficácia tendem a persistir mais diante de dificuldades e a interpretar falhas como oportunidades de aprendizado, enquanto aqueles com baixa autoeficácia podem evitar desafios e desistir mais facilmente. Isso influencia quão bem os indivíduos se motivam e perseveram diante das dificuldades, a qualidade de sua vida emocional e as escolhas que fazem em pontos de decisão importantes, os quais estabelecem o curso de caminhos de vida.⁹

Outro importante conceito do mesmo autor supracitado é o de agência. Como agente, o indivíduo influencia o próprio comportamento e as circunstâncias de sua vida, pois não é apenas alvo das influências do meio, mas também age sobre ele e produz influências que o modificam.¹⁰ Dentre os mecanismos de agência humana nenhum é mais central ou impactante do que as crenças de eficácia pessoal.

Sendo assim, enquanto agentes, aqueles que persistem em atividades subjetivamente ameaçadoras que são, na verdade, relativamente seguras, ganham experiências corretivas que reforçam seu senso de eficácia, eliminando assim, eventualmente, seus comportamentos defensivos. Por outro lado, aqueles que cessam seus esforços de enfrentamento prematuramente reterão expectativas auto destrutivas e medos por um longo tempo.¹¹

Fazendo um paralelo entre a teoria de Bandura e o TEA, é possível inferir que, embora mais sutil, o subtipo leve pode gerar dificuldades em áreas cruciais para o desenvolvimento da crença de autoeficácia como as habilidades sociais, a comunicação e a adaptação a desafios cotidianos.

Quanto às habilidades sociais e comunicação, a dificuldade em interagir de maneira eficaz com os outros pode impactar negativamente a percepção de competência social e, consequentemente, diminuir a crença em sua capacidade de lidar com situações sociais e interpessoais desafiadoras.

Quanto aos desafios cotidianos, a dificuldade em perceber seu próprio progresso devido a uma falta de reconhecimento e suporte pode gerar sentimentos de impotência, afetando a motivação e a capacidade de perseverar diante de desafios. A pessoa pode acreditar que seus esforços são inúteis, o que pode levar a uma falta de iniciativa e autossabotagem em situações desafiadoras.

Diante das considerações acima, é importante pensarmos no caminho a ser seguido por um indivíduo uma vez que o mesmo recebe o diagnóstico de TEA e o prejuízo em seus mecanismos de agência, bem como no não fortalecimento de suas crenças de autoeficácia que o atraso desse diagnóstico pode causar.

Espera-se que, recebido o diagnóstico, os pais direcionem esforços para que seus filhos recebam tratamento especializado no sentido de auxiliá-los a lidar com suas dificuldades, principalmente no que se refere à cognição social. Sendo assim, a consequência desses esforços seria um forte senso de competência. Este facilita os processos cognitivos e o desempenho numa variedade de ambientes, incluindo a qualidade da tomada de decisões e o desempenho acadêmico. Um vez que, pessoas com alto nível de autoeficácia optam por realizar tarefas mais desafiadoras. Eles estabelecem objetivos mais elevados e os cumprem.¹²

Nesse sentido, o objetivo dessa investigação foi analisar a relação entre diagnóstico precoce do TEA leve com a autoeficácia geral percebida na pré-adolescência, adolescência e vida adulta. Nossa hipótese é que o acolhimento do ambiente ao indivíduo com TEA leve, como consequência do diagnóstico o mais precoce possível, está relacionado a melhores desfechos de vida.

MÉTODOS

A amostra, por conveniência, foi obtida através de ampla divulgação, através das redes sociais, entre grupos de profissionais de saúde mental da rede privada que trabalham e tem expertise com o público alvo da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: que os participantes tivessem idade superior a 11 anos, suspeita ou diagnóstico fechado de TEA leve e que já tivessem sido avaliados previamente por teste de QI padronizado, afastando deficiência intelectual. O critério de exclusão foi: não obter o score necessário para diagnóstico de TEA tanto pela avaliação clínica quanto pelo teste ADOS-2. Como a amostra foi composta por indivíduos que utilizaram a rede privada e realizaram testes psicológicos pagos, infere-se que seu perfil socioeconômico corresponde predominantemente às classes média e alta. Foram selecionados 34 indivíduos (entre 11 e 55 anos) de ambos os sexos, com diagnóstico de TEA e sem deficiência intelectual (QI >80). Dois participantes precisaram ser excluídos da

pesquisa por não pontuarem o score diagnóstico de TEA na escala ADOS-2.

Instrumentos utilizados

1. Questionário sociodemográfico
2. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition - ADOS-2.¹³
3. Escala de Autoeficácia Geral Percebida – EAGP¹⁴

O questionário sociodemográfico, continha três perguntas (sexo, idade no momento da entrevista, idade que recebeu o diagnóstico de TEA).

O ADOS-2 é uma medida padronizada, semiestruturada e recém-atualizada de comunicação, interação social, brincadeira / imaginação e comportamentos restritos e / ou repetitivos publicada por Western Psychological Services. Pode ser administrada e interpretada por profissionais devidamente credenciados de medicina, psicologia ou disciplina relacionada em aproximadamente 40 a 60 minutos, dependendo do módulo selecionado e o comportamento específico demonstrado pelo examinado.¹⁵ Usado em ambientes clínicos e de pesquisa, o ADOS-2 é muitas vezes referido como medida “padrão ouro” de avaliação observacional para transtorno do espectro do autismo.¹³

Além disso, foi aplicada a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). Este é um instrumento que foi desenhado por Schwarzer e Jerusalém, em 1995, para avaliar otimismo e crenças de autoeficácia ao lidar com situações indutoras de estresse sendo composta por 10 itens, com validação transcultural entre Brasil e Portugal. O que distingue esta escala da maioria das escalas de otimismo é que se refere explicitamente à agência pessoal: a crença de que as próprias ações podem levar a resultados de sucesso.¹⁶

Vale ressaltar que a EAGP foi inspirada na teoria de autoeficácia Bandura^{8,9,11,12}, discutida anteriormente, mas foi desenvolvida para capturar uma autoeficácia mais abrangente e geral, adequada para avaliar metricamente a capacidade de adaptação e enfrentamento diante de adversidades cotidianas.

Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco (CEP_Unicap) e respeitou todos os princípios éticos para a realização de investigação com seres humanos, sendo conforme a resolução 510, de 7 de abril de 2016. Após aprovação pelo CEP_Unicap (CAAE número 58574122.7.0000.5206) foi iniciada a pesquisa. Os participantes, triados após a ampla

divulgação nas redes sociais, compareceram ao local de coleta tendo sido apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com o qual estavam concordantes.

A confirmação do diagnóstico de TEA foi feita tanto por avaliação do exame mental por psiquiatra com expertise em autismo quanto por aplicação do instrumento diagnóstico: Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2), por profissional (fonoaudióloga) devidamente capacitada e credenciada. A primeira parte da coleta (confirmação clínica, questionário sociodemográfico e aplicação da EAGP) foi realizada em consultório particular da primeira autora dessa pesquisa. Já a aplicação do ADOS-2 se deu em consultório particular da fonoaudióloga expert no referido teste. Ambos os consultórios estão situados no Empresarial Riomar Trade Center (Av. República do Líbano, 251, Pina- Recife/PE).

Procedimento de análise de dados

O trabalho de análise de dados teve início com a montagem da base de dados, a partir das respostas dos questionários. Foram entrevistadas 34 pessoas sendo utilizada uma amostra não-probabilística dada a natureza do experimento. Os dados foram importados para o pacote SPSS, versão 24, no qual foram analisados estatisticamente com a construção de tabelas de frequências, análise descritiva dos dados, análise de consistência interna dos dados via Alpha de Cronbach, cálculo das correlações necessárias entre as variáveis de interesse, além da parte inferencial com o cálculo do teste de significância dos coeficientes de correlação.

O Alfa de Cronbach do estudo foi mensurado, no sentido de avaliar a consistência interna do instrumento utilizado. A correlação entre as variáveis (autoeficácia percebida e idade do diagnóstico) foi avaliada por meio do cálculo do Coeficiente de Correlação de Spearman e do Coeficiente de Correlação de Kendall, com os respectivos testes estatísticos de significância.

O poder estatístico de um estudo depende de fatores como o tamanho da amostra, os níveis de dispersão dos dados e o tamanho do efeito esperado nos testes utilizados. A amostra utilizada no estudo foi não probabilística e contou com a colaboração de pesquisadores e com as dificuldades inerentes ao recrutamento de amostras probabilísticas em estudos clínicos com pacientes diagnosticados com TEA. Nessa perspectiva, o poder estatístico Post Hoc do teste utilizado no estudo foi da ordem de 0,23 o que indica um poder bem acima do valor considerado pequeno na escala proposta por Cohen¹⁷, em 1988, que seria de 10%. Vale salientar, ainda, que o presente estudo encontrou uma tendência crescente no valor da escala do EAGP com o tempo de diagnóstico, indo de valores da ordem de 15,8 para

um tempo inferior a 1 ano para valores da ordem de 21, para um tempo de diagnóstico de 6 anos ou mais. Tais resultados sugerem fortemente que, caso seja utilizada uma amostra maior o tamanho do efeito seria maior e mais satisfatório ainda. Visando aumentar a sensibilidade dos resultados foi elaborado um novo teste por meio do coeficiente de correlação de Kendal que encontrou resultados plenamente concordantes com os que foram obtidos e aqui apresentados.

RESULTADOS

As idades dos participantes variaram entre 11 e 55 anos, sendo 14 do sexo feminino e 18 do sexo masculino. Quanto a idade de diagnóstico, a maioria (75%) o recebeu entre 11 e 18 anos. (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a distribuição percentual da amostra por grupo etário, segundo o sexo, verificando-se que, na amostra como um todo, aproximadamente 30% são adultos e 70% adolescentes e pré-adolescentes. No grupo feminino tais percentuais são da ordem de 35% e 64%, respectivamente, já no grupo masculino tais percentuais são da ordem de 25% e 75%, respectivamente.

A Tabela 3 apresenta algumas estatísticas descritivas da variável idade. A idade média do grupo como um todo foi da ordem de 18 anos, segmentando-se por sexo encontra-se uma idade média moderadamente mais

Tabela 1. Pacientes segundo idade do diagnóstico.

Idade Diag	Frequencia	%
De 7 a 10	2	6,25
De 11 a 18	24	75,00
De 19 e +	6	18,75
Total Geral	32	100,00

Tabela 2. Pacientes por grupo etário segundo sexo.

SEXO	GRUPO ETÁRIO (%)		Total
	Adulto	Pre-adolesc_ Adolescente	
Feminino	36	64	100
Masculino	25	75	100
Total	30	70	100

Tabela 3. Pacientes por idade segundo sexo.

SEXO	IDADE	
	Média	Desvio Padrão
Feminino	19,8	10,6
Masculino	17,1	4,4
Total Geral	18,3	7,9

elevada entre o grupo feminino, com valor em torno de 20 anos ao passo que a idade média no grupo masculino foi da ordem de 17 anos. Tendo em vista que não houve grandes diferenciais nas idades médias por sexo, a dispersão dos dados em torno de suas respectivas médias pode ser analisada pelo desvio padrão, observando-se que os dados do grupo feminino apresentam uma maior dispersão que os do grupo masculino.

Os participantes que receberam o diagnóstico há 6 anos ou mais, obtiveram maior média na EAGP (Tabela 4). Os adultos apresentam um maior grau na escala de eficácia que os adolescentes e pre-adolescentes. No grupo dos adultos os que tem mais de 6 anos de diagnóstico tem escore médio de eficácia bem superior ao grupo com menos de 1 ano de diagnóstico. Já entre os adolescentes e pré-adolescentes os que tem menos de 1 ano de diagnóstico apresentaram menor escore médio de eficácia que o grupo com a 1 a 5 anos de diagnóstico.

A Tabela 5 apresenta resultados cruciais para esta pesquisa, correspondentes aos coeficientes de correlação de Kendall e Spearman entre as variáveis idade de diagnóstico e EAGP e os respectivos níveis de significância. Em ambos os casos a correlação é positiva e significativa ao nível 10%. Ou seja, quanto maior o período de tempo desde o diagnóstico de TEA leve, maiores os escores obtidos na EAGP.

Os resultados dessa pesquisa confirmaram a relação positiva entre o diagnóstico precoce de indivíduos com TEA leve e o desenvolvimento de maior autoeficácia percebida em idades posteriores.

A discussão sobre a validade de resultados com valores-p superiores ao tradicional limite de 5% tem

ganhado bastante destaque nos últimos anos na literatura científica. O valor-p é uma medida de probabilidade que indica se os resultados observados poderiam ter ocorrido simplesmente ao acaso. Tradicionalmente, um valor-p menor que 0,05 é considerado suficiente para rejeitar a hipótese nula. No entanto, essa convenção tem sido questionada por muitos pesquisadores que apontam as limitações desse critério rígido. Wasserstein & Lazar¹⁸, trazem uma declaração da American Statistical Association (ASA) que alerta contra o uso automático do valor-p de 5% como uma regra fixa para rejeitar hipóteses nulas. Outros artigos apontam também na mesma direção e defendem que pesquisadores devem se afastar da rigidez do valor-p de 0,05 e considerar um espectro mais amplo de evidências ao interpretar resultados estatísticos, especialmente em áreas com incerteza significativa.¹⁹⁻²¹

No nosso caso, foram encontrados valores da ordem de 8%, o que não está muito distante e, tomando 10% como referências, nossos resultados são significativos a esse nível de 10%. Um valor-p de 8% significa que há uma probabilidade de 8% de os resultados observados serem devidos ao acaso, assumindo que a hipótese nula é verdadeira. Embora 8% não seja tecnicamente menor do que o critério tradicional de 5%, como dito anteriormente, a diferença não é tão grande a ponto de invalidar completamente a associação observada, especialmente no contexto no qual este trabalho se insere, levando em conta a dificuldade de se obter dados e também à variabilidade a eles inerente,

O uso de um valor-p mais flexível pode ser defendido em áreas onde é difícil obter amostras grandes ou onde as relações são sutis, como em estudos sobre transtornos psiquiátricos, incluindo o autismo.

A significância prática (ou relevância clínica) dos resultados deve ser considerada. Em muitos casos, uma correlação estatisticamente significativa, mesmo com valor-p próximo a 8%, pode ser importante se a magnitude do efeito (tamanho do efeito) tiver relevância prática ou clínica. Embora não permita uma “rejeição forte” da hipótese nula, esse resultado pode ser considerado indicativo de uma associação potencial e não deve ser automaticamente descartado.

DISCUSSÃO

As implicações dos achados dessa pesquisa são inúmeras, principalmente no sentido de reforçar o olhar para esse público-alvo específico o qual muitas vezes têm o diagnóstico visto como sendo estigmatizador e prejudicial. A associação encontrada entre nossas variáveis, provam exatamente o oposto disso.

Tabela 4. Média da EAGP segundo tempo de diagnóstico por grupo etário.

Grupo Etário/Tempo Diagnóstico	Média
Adulto	16,7
De 6 anos e +	21,0
Menos de 1 ano	15,4
Pre-adolesc_ Adolescente	16,4
De 1 a 5	16,3
Menos de 1 ano	16,7
Total Geral	16,5

Tabela 5. Correlações EAGP/Idade diagnóstico.

Método	Correlação
Kendall	0,195 (0,08)*
Spearman	0,222 (0,08)*

* significativo a 10%

Importante ressaltar que não foram encontrados estudos anteriores a nossa revisão da literatura relacionando autoeficácia com a idade do diagnóstico de TEA o que impossibilita comparações de nossos resultados com a literatura existente.

O único artigo localizado na literatura que aplicou a escala de autoeficácia geral ao público TEA, o fez comparando o índice entre indivíduos com TEA leve e neurotípicos e encontrou menor autoeficácia no primeiro grupo.²²

Os resultados de ambas as pesquisas reforçam, de toda forma, a dificuldade dos indivíduos com TEA com inteligência normal pensarem de forma autoincentivadora. Este dado é compreensível, considerando que os caminhos percorridos por esses indivíduos geralmente são permeados por diversos obstáculos como bullying, depressão e falta de apoio emocional. Todos esses obstáculos em um grau mais intenso (devido às peculiaridades de dificuldades sociais inerentes ao próprio diagnóstico) que comparando-se com adolescentes neurotípicos.

Estudos anteriores mostraram que um alto grau de autoeficácia está relacionado à maior autoconfiança e que a autoeficácia é um dos fatores mais importantes que contribuem para a mudança de comportamento.²³

No sistema conceitual da autoeficácia, as expectativas de domínio pessoal afetam tanto a iniciação quanto persistência do comportamento de enfrentamento. A força das convicções das pessoas em sua própria eficácia provavelmente afetará se elas irão mesmo tentar lidar com determinadas situações.¹¹ Nesse sentido, é possível inferir que uma melhor autoeficácia percebida ajudará os indivíduos com TEA leve enfrentar os desafios inerentes ao diagnóstico.

Sendo assim a melhora nos escores avaliados da eficácia geral percebida em pacientes com diagnóstico precoce do TEA leve provavelmente está relacionada ao fato de logo após devolutiva, pacientes serem encaminhados à terapia, seja qual for a abordagem.

CONCLUSÕES

Podemos concluir pelos dados de nossa pesquisa empírica, que o impacto do diagnóstico do TEA leve, nas famílias das crianças e adolescentes diagnosticados com o transtorno os acompanha até a idade adulta.

Consideramos que o objetivo geral de fazer uma correlação entre as variáveis diagnóstico precoce do TEA e autoeficácia foi alcançado e trouxe importantes consequências para a prática clínica. É imprescindível que os profissionais que lidam com crianças em saúde mental aumentem seu grau de suspeição para diagnóstico de TEA leve, apliquem instrumentos de rastreio para

o transtorno e possam encaminhar os casos suspeitos ao especialista.

O dado encontrado que demonstra haver uma melhor autoeficácia em indivíduos que recebem o diagnóstico mais precocemente indica que provavelmente a partir da devolutiva diagnóstica pacientes e familiares serão direcionados para o tratamento específico buscando melhor qualidade de vida futura. Outro benefício é possibilitar o desenvolvimento desde cedo de um maior autoconhecimento para o indivíduo acometido, podendo melhorar sua autoestima e autoindulgência.

Por fim, a constatação que indivíduos com TEA leve apresentam menor autoeficácia geral e ocupacional sugerem que estudos longitudinais e dados qualitativos podem ajudar a encontrar as causas desses baixos escores. Além disso, poderiam ajudar a identificar barreiras nas fases de transição específicas, ou seja, a transição da escola para formação profissional ou ensino superior, bem como o ingresso e manutenção do emprego.

A combinação destas medidas poderia ajudar a desenvolver programas de transição para o emprego que ajudariam a integrar indivíduos com TEA leve no mundo do trabalho e aceitá-los como membros de pleno direito da sociedade.

Em resumo, os indivíduos com TEA leve requerem ações que possibilitem uma melhor integração social e profissional. Essas inúmeras forças, que podem ser altamente úteis no mundo real dos negócios, podem ser vantajosas na diminuição da estigmatização cotidiana dos indivíduos com TEA. Isso deve contribuir inegavelmente para o desenvolvimento e melhor integração das pessoas com TEA em nossa sociedade.

A pesquisa teve como possíveis vieses o pequeno tamanho da amostra e o perfil sociodemográfico da mesma composto apenas por indivíduos de renda média a alta.

Quanto o tamanho da amostra, apesar das limitações inerentes ao recrutamento de uma amostra não probabilística, apresentou um poder estatístico Post Hoc de 0,23, superior ao limite mínimo estabelecido por Cohen em 1988¹⁷. Além disso, observou-se uma tendência crescente na escala de autoeficácia (EAGP) conforme o tempo de diagnóstico, sugerindo que uma amostra maior poderia evidenciar um efeito ainda mais significativo. Para aumentar a sensibilidade dos resultados, foi aplicada a correlação de Kendall, cujos achados corroboraram as análises iniciais.

Já o recrutamento por ampla divulgação na rede privada de saúde mental pode ter levado à participação de indivíduos com maior acesso a serviços especializados e, possivelmente, maior nível socioeconômico e educacional. Indivíduos de classes sociais mais baixas, que podem ter menos acesso ao diagnóstico precoce e suporte terapêutico,

podem estar sub-representados, limitando a generalização dos achados.

Por outro lado, este estudo tem como pontos fortes: trazer uma perspectiva inovadora na literatura científica e utilização do ADOS-2, instrumento diagnóstico padrão-ouro para TEA, em todos os participantes, aumentando a confiabilidade dos resultados.

Direcionamentos possíveis para pesquisas futuras seriam replicar o estudo em diferentes perfis sociodemográficos (indivíduos de classes sociais desfavorecidas) no intuito de analisar se o efeito do diagnóstico precoce na autoeficácia se mantém em populações com diferentes níveis de acesso a serviços de saúde e educação. Outro possível direcionamento para trabalhos futuros seria examinar se determinados tipos de intervenção (como terapia comportamental, treinamento de habilidades sociais ou suporte escolar) influenciam a relação entre diagnóstico precoce e autoeficácia em idades posteriores. Essas abordagens poderiam aprofundar a compreensão da relação entre diagnóstico precoce do TEA leve e a crença de autoeficácia, fornecendo informações mais robustas para a prática clínica e as políticas de saúde.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Nós autores declaramos que:

- Participamos suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo, incluindo a concepção, análise, interpretação dos dados e elaboração do manuscrito.
- Todos os autores contribuíram de forma significativa e aprovaram a versão final do artigo submetido.
- Garantimos que o artigo é original, não foi publicado anteriormente e não está sendo considerado para publicação em outro periódico ou veículo de divulgação.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Os autores não receberam apoio de nenhuma organização para a realização do trabalho submetido.

Os autores não possuem interesses financeiros ou de propriedade relacionados a qualquer material discutido neste artigo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à fonoaudióloga Maria Bethânea Mendes pela realização da testagem de ADOS-2 nos participantes

desta pesquisa. Sua contribuição foi essencial para assegurar maior credibilidade e rigor científico aos resultados obtidos neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1980.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Mandell DS, Novak MM, Zubritsky CD. Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2005;116(6):1480-6.
5. Baio J. Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ*. 2012;61(3):1-19.
6. Howlin P, Asgharian A. The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Dev Med Child Neurol*. 1999;41(12):834-9.
7. Shaw KA, Maenner MJ, Baio J. Early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 years—Early Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, six sites, United States, 2016. *MMWR Surveill Summ*. 2020;69(3):1-11.
8. Bandura A. Reflections on self-efficacy. *Adv Behav Res Ther*. 1978;1(4):237-69.
9. Bandura A. Social cognitive theory in cultural context. *Appl Psychol*. 2002;51(2):269-90.
10. Fontes AP, Azzi RG. Crenças de autoeficácia e resiliência: Apontamentos da literatura sociocognitiva. *Estud Psicol (Campinas)*. 2012;29(1):105-14.
11. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
12. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura A, editor. *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press; 1995. p. 1-45.
13. Kanne SM, Randolph JK, Farmer JE. Diagnostic and assessment findings: A bridge to academic planning for children with autism spectrum disorders. *Neuropsychol Rev*. 2008;18(4):367-84.
14. Leme VB, Coimbra S, Gato J, Fontaine AM, Del Prette ZA. Confirmatory factor analysis of the generalized self-efficacy scale in Brazil and Portugal. *Span J Psychol*. 2013;16(e93):1-11.
15. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop SL. Autism diagnostic observation schedule (ADOS-2) modules 1-4. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 2012.
16. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. 1995;1(1):35-7.
17. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Wasserstein RL, Lazar NA. The ASA statement on p-values: context, process, and purpose. *Am Stat*. 2016;70(2):129-33.
19. Amrhein V, Greenland S, McShane B. Scientists rise up against statistical significance. *Nature*. 2019;567(7748):305-7.
20. Benjamin DJ, Berger JO, Johannesson M, et al. Redefine statistical significance. *Nat Hum Behav*. 2018;2(1):6-10.
21. Goodman SN. Toward evidence-based medical statistics. 1: The P value fallacy. *Ann Intern Med*. 1999;130(12):995-1004.
22. Lorenz T, Heintz K. Aspergers—different, not less: Occupational strengths and job interests of individuals with Asperger's syndrome. *PLoS One*. 2014;9(6):e100358.
23. Haraldstad K, Kvarme LG, Christophersen KA, Helseth S. Associations between self-efficacy, bullying and health-related quality of life in a school sample of adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-9.