



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS NATURAIS



Mônica Santos Oliveira

ATITUDES DE PROFESSORES SOBRE O TDAH
E SOBRE ESTUDANTES COM SINTOMAS DE TDAH

Itabaiana - SE

2023

Mônica Santos Oliveira

**ATITUDES DE PROFESSORES SOBRE O TDAH
E SOBRE ESTUDANTES COM SINTOMAS DE TDAH**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Naturais da Universidade Federal de Sergipe, como requisito necessário para a obtenção do título de Mestre em Ciências Naturais.

Orientador: Prof. Dr. José Ronaldo dos Santos.

Itabaiana - SE

2023

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA PROFESSOR ALBERTO CARVALHO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

O48a Oliveira, Mônica Santos
 Atitudes de professores sobre o TDAH e sobre estudantes com sintomas de
TDAH./ Mônica Santos Oliveira; orientação: José Ronaldo dos Santos.. –
Itabaiana, 2023.
 106 f.; il.

 Dissertação (Mestrado em Ciências Naturais) – Universidade Federal de
Sergipe, 2023.

1. Ciências naturais. 2. Distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade. 3.
Educação Inclusiva. 4. Professores - Formação. I. Santos, José Ronaldo
dos. (orient.). II. Título.

CDU 616-008.61

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ATITUDES DE PROFESSORES SOBRE O TDAH
E SOBRE ESTUDANTES COM SINTOMAS DE TDAH**

Mônica Santos Oliveira

APROVADA pela banca examinadora composta por:

Prof. Dr. José Ronaldo dos Santos

Programa de Pós-Graduação em Ciências Naturais

Universidade Federal de Sergipe

Profa. Dra. Mônica Andrade Modesto

Departamento de Educação de Itabaiana

Universidade Federal de Sergipe

Profa. Dra. Pollyana Caldeira Leal

Programa de Pós-Graduação em Ciências Naturais

Universidade Federal de Sergipe

Itabaiana – SE

2023

A meu filho Miguel, inspiração para este trabalho.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr José Ronaldo dos Santos pela orientação.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciências Naturais da UFS, Campus Itabaiana, e a todos os docentes que contribuíram para minha formação.

À CAPES pela concessão de bolsa durante parte da realização dessa pesquisa.

À Secretaria Municipal de Educação de Itabaiana que viabilizou o envio dos questionários aos professores

Às Professoras Mônica Andrade Modesto e Polyana Caldeira Leal pelas importantes contribuições e zelo na leitura deste trabalho.

À Profa. Dra Sara Mulholland pela disponibilização e autorização para adaptação do instrumento utilizado nesta pesquisa

Ao Prof Dr Bruno Figueiredo Damásio pela disponibilização das subescalas de necessidade de desenvolvimento e de necessidade de conhecimento.

Ao Prof Dr Márcio Guimarães pela ajuda na análise estatística dos dados.

Por fim, agradeço imensamente a todos as professoras e professores que dedicaram parte do seu precioso tempo para colaborar com esta pesquisa respondendo ao questionário sobre TDAH.

Resumo

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do desenvolvimento com prevalência mundial de 7,2%. É caracterizado por um padrão constante de desatenção, hiperatividade e impulsividade que interferem no desenvolvimento e funcionamento da criança. O TDAH se inicia na infância e, para seu diagnóstico, é necessário que uma série de sintomas estejam presentes até os 12 anos de idade da criança. De maneira geral os professores são os primeiros a perceber os sintomas de TDAH na criança devido aos seus comportamentos e ou baixo desempenho escolar devido à dificuldade de atenção. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi o de avaliar as atitudes de professores em relação ao TDAH e às crianças com comportamentos do tipo TDAH. Para isso os professores participantes responderam um questionário adaptado com questões sobre atitudes em relação ao TDAH, conhecimento de TDAH, necessidade de conhecimento e necessidade de desenvolvimento, além de questionário sociodemográfico. A análise dos dados foi feita com uma abordagem quantitativa com ênfase em análise fatorial e modelagem de equações estruturais. Os resultados demonstraram que os professores possuem atitudes positivas em relação ao TDAH e às crianças com comportamentos do tipo TDAH e que o conhecimento sobre o TDAH é o fator que mais impacta às atitudes sobre o TDAH, juntamente com as necessidades de conhecimento e desenvolvimento.

Palavras-Chave: TDAH. Atitudes de Professores. Educação Inclusiva. Formação de Professores.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a developmental disorder with a worldwide prevalence of 7.2%. It is characterized by a constant pattern of inattention, hyperactivity and impulsivity that interfere with the development and functioning of the child. ADHD begins in childhood and, for its diagnosis, it is necessary that a series of symptoms are present until the child's 12 years of age. In general, teachers are the first to notice the symptoms of ADHD in children due to their behaviors and/or poor school performance due to difficulty in attention. Therefore, the objective of this study was to evaluate the attitudes of teachers towards ADHD and children with ADHD-type behaviors. For this, the participating teachers answered an adapted questionnaire with questions about attitudes towards ADHD, knowledge of ADHD, need for knowledge and need for development, as well as a sociodemographic questionnaire. Data analysis was performed with a quantitative approach with emphasis on factor analysis and structural equation modeling. The results showed that teachers have positive attitudes toward ADHD and children with ADHD-like behaviors and that knowledge about ADHD is the factor that most impacts attitudes about ADHD, along with knowledge and development needs.

Key words: ADHD. Teachers' Attitudes. Inclusive Education. Teacher Education.

Lista de Figuras

Figura 1. Componentes cognitivo, afetivo e comportamental de uma atitude. Fonte: Adaptado de Robbins e Judge, p. 64, p.	34
Figura 2. Distribuição de respostas para a Subescala de Necessidade de Conhecimento. Fonte: Elaborado pela autora.	47
Figura 3. O Scree plot da análise paralela dos dados da Subescala de Necessidade de Conhecimento apontou uma estrutura fatorial com dois fatores. Isso é indicado pelo número de fatores da linha azul que estão acima da linha vermelha. Fonte: Elaborado pela autora.	48
Figura 4. Gráfico do método de Hull indicando estrutura fatorial da Subescala de Necessidade de Conhecimento com um fator. Fonte: Elaborado pela autora.	48
Figura 5. Gráficos de densidade utilizando os escores fatoriais (A) e os escores somativos (B). Notar a semelhança na distribuição dos escores o que é corroborado pela alta correlação entre eles.	49
Figura 6. Distribuição de respostas para a Subescala de Necessidade de Desenvolvimento. Fonte: Elaborado pela autora.	50
Figura 7. O Scree plot da análise paralela dos dados da Subescala de Necessidade de Desenvolvimento apontou uma estrutura fatorial com dois fatores. Isso é indicado pelo número de fatores da linha azul que estão acima da linha vermelha. Fonte: Elaborado pela autora.	51
Figura 8. Gráfico do método de Hull indicando estrutura fatorial da Subescala de Necessidade de Desenvolvimento com um fator. Fonte: Elaborado pela autora.	51
Figura 9. Gráficos de densidade utilizando os escores fatoriais (A) e os escores somativos (B). Notar a semelhança na distribuição dos escores o que é corroborado pela alta correlação entre eles.	52
Figura 10. Distribuição de respostas para a Escala de Conhecimentos Específicos sobre o TDAH (SASK). Fonte: Elaborado pela autora.	53
Figura 11. O Scree plot da análise paralela dos dados da Escala de Conhecimento Específico sobre o TDAH apontou uma estrutura fatorial com dois fatores. Isso é indicado pelo número de fatores da linha azul que estão acima da linha vermelha. Fonte: Elaborado pela autora.	54
Figura 12. O método de Hull indicou uma estrutura fatorial com somente um fatorial como sendo a ideal. Todavia, como pode ser visto no gráfico, uma estrutura fatorial com dois fatores também seria plausível. Fonte: Elaborado pela autora.	54
Figura 13. Gráficos de densidade utilizando para os escores fatoriais (A e C) e para os escores somativos (B e D) dos fatores SASK-F1 e SASK-F2.	57
Figura 14. Distribuição de respostas para a Escala de Atitudes Específicas sobre o TDAH (SASA). Fonte: Elaborado pela autora.	59
Figura 15. O Scree plot da análise paralela dos dados da Escala de Atitudes Específicas sobre o TDAH com estrutura fatorial com quatro fatores. Fonte: Elaborado pela autora.	60
Figura 16. O método de Hull indicou uma estrutura fatorial com quatro fatores. Fonte: Elaborado pela autora.	61

Figura 17. Gráficos de densidade utilizando para os escores fatoriais (A, C, E e G) e para os escores somativos (B, D, F e H) dos SASA-F1, SASA-F2, SASA-F3 e SASA-F4.....	65
Figura 18. Modelo Estrutural para SASA-F1. Os valores em vermelho não são estatisticamente significativos	67
Figura 19. Modelo Estrutural para SASA-F2. Os valores em vermelho não são estatisticamente significativos	69
Figura 20. Modelo Estrutural para SASA-F3. Os valores em vermelho não são estatisticamente significativos.	71
Figura 21. Modelo Estrutural para SASA-F4. Os valores em vermelho não são estatisticamente significativos	72

Lista de tabelas

Tabela 1. Cursos de graduação dos professores respondentes dos questionários. A soma dos percentuais é maior que 100%, pois alguns professores cursaram mais que uma graduação ..	43
Tabela 2. Cursos de Especialização dos professores respondentes dos questionários. A soma dos percentuais é maior que 100%, pois vários professores cursaram mais que uma especialização.	44
Tabela 3. Função dos professores respondentes dos questionários nas escolas em que trabalham.	44
Tabela 4. Frequência das notas autoatribuídas pelos respondentes para os itens q11 e q12....	45
Tabela 5. Frequência das respostas para os itens q13, q14 e q15.....	45
Tabela 6. Frequência de profissionais mencionados pelos respondentes como funcionários das escolas em que atuam.	46
Tabela 7. Tabela fatorial para Necessidade de Conhecimento	49
Tabela 8. Tabela fatorial para Necessidade de Desenvolvimento	52
Tabela 9. Índices de ajuste para três diferentes modelos fatoriais para a Escala de Conhecimento Específico sobre o TDAH	55
Tabela 10. Resultado da Análise fatorial para SASK, evidenciando uma estrutura com dois fatores	56
Tabela 11. Estatísticas descritivas para os escores somativos dos dois fatores da Escala de conhecimentos específicos sobre o TDAH.....	57
Tabela 12. Fatores obtidos a partir da Escala de Conhecimento Específico sobre o TDAH, seus respectivos itens e cargas fatoriais.....	58
Tabela 13. Índices de ajuste para dois modelos fatoriais para a Escala de Atitudes Específicas sobre o TDAH.	61
Tabela 14. Resultado da Análise fatorial para SASA, evidenciando uma estrutura com quatro fatores	62
Tabela 15. Resultado da Análise fatorial para SASA, evidenciando uma estrutura com quatro fatores, após a eliminação de itens.	63
Tabela 16. Estatísticas descritivas para os quatro fatores da Escala de Atitudes específicas sobre o TDAH	64
Tabela 17. Fatores obtidos a partir da Escala de Atitudes Específicas sobre o TDAH, seus respectivos itens e cargas fatoriais.....	66
Tabela 18. Tabela de regressão para SASA-F1	68
Tabela 19. Tabela de regressão para SASA-F2.....	70
Tabela 20. Tabela de regressão para SASA-F3.....	72
Tabela 21. Tabela de regressão para SASA-F4.....	73

Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. BREVE HISTÓRIA DO TDAH	13
2.1. SIR ALEXANDER CRICHTON (1763 – 1856).....	13
2.2. HEINRICH HOFFMANN (1809 – 1894).....	14
2.3. SIR GEORG FREDERIC STILL (1868 – 1941)	15
2.4. DISTÚRBIO DO COMPORTAMENTO PÓS-ENCEFÁLICO	17
2.5. DOENÇA HIPERCINÉTICA DA INFÂNCIA.....	17
2.6. O PRIMEIRO TRATAMENTO PARA HIPERATIVIDADE E O DESENVOLVIMENTO DO METILFENIDATO	18
2.7. DANO CEREBRAL MÍNIMO E DISFUNÇÃO CEREBRAL MÍNIMA	19
2.8. O TDAH NO DSM.....	21
3. O TDAH	24
3.1. TDAH EM CRIANÇAS	25
3.2. TDAH EM ADOLESCENTES E ADULTOS	26
3.3. TRATAMENTO PARA O TDAH.....	28
3.4. ASPECTOS BIOLÓGICOS	29
3.5. CONTROVÉRSIAS EM RELAÇÃO AO TDAH	30
3.6. PESQUISAS SOBRE TDAH	31
4. ATITUDES	33
5. PROBLEMA DE PESQUISA	36
5.1. OBJETIVO GERAL.....	36
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
5.3. HIPÓTESES	37
6. METODOLOGIA	38
6.1. APROVAÇÃO ÉTICA	38
6.2. INSTRUMENTOS DE COLETA	38
6.2.1. Questionário de informações básicas	38
6.2.2. Subescala de necessidade de conhecimento	38
6.2.3. Subescala de necessidade de desenvolvimento	39
6.2.4. Escala de conhecimento específico sobre o TDAH (Scale for ADHD-specific knowledge (SASK)).....	39
6.2.5. Escala de atitudes específicas sobre o TDAH (Scale for ADHD-specific attitudes (SASA)).....	39
6.3. AMOSTRA	40

6.4.	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
7.	RESULTADOS.....	43
7.1.	PERFIL DOS RESPONDENTES	43
7.2.	SUBESCALA DE NECESSIDADE DE CONHECIMENTO	47
7.2.1.	Análise fatorial exploratória	47
7.3.	SUBESCALA DE NECESSIDADE DE DESENVOLVIMENTO	50
7.3.1.	Análise fatorial exploratória	50
7.4.	ESCALA DE CONHECIMENTO ESPECÍFICO SOBRE O TDAH (SASK)	53
7.4.1.	Análise fatorial exploratória	54
7.5.	ESCALAS DE ATITUDES ESPECÍFICAS SOBRE O TDAH (SASA).....	59
7.5.1.	Análise fatorial exploratória	60
7.6.	MODELOS ESTRUTURAIS	67
7.6.1.	SASA-F1	67
7.6.2.	SASA-F2	68
7.6.3.	SASA-F3	70
7.6.4.	SASA-F4	72
8.	DISCUSSÃO.....	74
8.1.	FUNCIONAMENTO DAS ESCALAS	74
8.2.	CONHECIMENTO E ATITUDES SOBRE O TDAH.....	75
8.3.	FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES PARA O TDAH.....	79
9.	CONCLUSÕES	80
10.	BIBLIOGRAFIA	81
11.	APÊNDICES	89
11.1.	APÊNDICE 1 - CODEBOOK	90
12.	ANEXOS	97
12.1.	ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	98

1. Apresentação

A motivação para o desenvolvimento deste projeto de pesquisa se originou em minha prática clínica psicopedagógica atendendo várias crianças com transtornos de aprendizagem e de comportamento, entre elas crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista) e TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade).

De maneira geral as mães são encaminhadas à terapia por conta de queixas oriundas dos profissionais da escola em que a criança estuda. Em grande parte das vezes, os “diagnósticos” são dados de maneira assertiva pelos professores e diretores baseados em poucas observações e fundamentados em suas crenças equivocadas.

Em grande parte das vezes, esses “diagnósticos” não se confirmam após uma avaliação psicopedagógica fundamentada em evidências observacionais sistemáticas e testes padronizados.

Dessa forma, em virtude do que foi exposto acima, surgiu o interesse em entender de que maneira os conhecimentos dos profissionais da educação, sua formação e visão de conhecimento estão relacionados com suas atitudes sobre as crianças com TDAH em ambiente escola.

2. Breve história do TDAH

Nos dias atuais é bastante comum ouvir, tanto de pessoas leigas como de diferentes profissionais que o TDAH, assim como outros transtornos, explodiu em frequência nos últimos anos sendo que não existia há alguns anos. É claro que esse tipo de raciocínio é falacioso na medida em que desconsidera os avanços científicos principalmente no que tange os critérios de diagnóstico.

Atualmente o TDAH é caracterizado pela presença de atividade motora excessiva, desatenção, impulsividade. Apesar desse conceito ter sido refinado ao longo dos anos, sendo o mais recente o do DSM5-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023). Nesta sessão, será apresentada uma breve história do TDAH no sentido de mostrar que os sintomas atribuídos ao TDAH vem sendo observados, pelo menos, nos últimos 200 anos (CALIMAN, 2010; LANGE *et al.*, 2010).

2.1. Sir Alexander Crichton (1763 – 1856)

Um dos primeiros registros de uma desordem semelhante ao que hoje entendemos como sendo TDAH foi dado por Sir Alexander Crichton (1763 – 1856) em 1798. Crichton foi um médico escocês que viajou pela Europa visitando hospitais nos quais observou vários casos de doenças mentais. Como resultado, em uma de suas publicações, definiu atenção ocorrendo “quando qualquer objeto de sentido externo, ou pensamento, ocupa a mente em tal grau que uma pessoa não recebe uma percepção clara de qualquer outro, diz-se que ela presta atenção a ele¹” (CRICHTON, 2008, p. 200) e que a atenção saudável varia entre indivíduos e mesmo em um indivíduo em diferentes períodos de maneira que a falta de atenção não é, necessariamente, uma patologia. Por outro lado, Crichton, diferenciou duas possibilidades de desatenção anormal como sendo uma diminuição ou aumento patológico da sensibilidade dos nervos (CRICHTON, 2008, p. 203): inata e causada por desordens nos nervos o que foi descrito em anos posteriores como dano cerebral mínimo.

Para Crichton a desatenção é a incapacidade de prestar a atenção necessária, com a constância necessária, a qualquer objeto, havendo mudança incessante de uma impressão para outra. Crichton também utilizou as expressões “nascido com a pessoa”, “quando nascido com

¹ When any object of external sense, or thought, occupies the mind in such a degree that a person does not receive a clear perception of any other one, he is said to attend to it

a pessoa se torna evidente nos primeiros anos de vida” e “diminui com o tempo” para se referir aos casos de desatenção que observou e que a desatenção “torna a pessoa incapaz de prestar atenção a qualquer objeto da educação” sugerindo que observou casos de dificuldade de aprendizagem escolar (LANGE *et al.*, 2010). Essas descrições vão ao encontro dos critérios do DSM desde o início deste século.

Apesar dos sintomas observados por Crichton em seus pacientes poderem ser associados com o TDAH, nem todas as suas descrições refletem o conceitual moderno dessa desordem. Por exemplo, ele não menciona qualquer sintoma de hiperatividade apesar de ser plausível que os tivesse observado, mas não tivesse feito a correlação deles com a desatenção. Outra possibilidade, de acordo com Palmer e Finger (2001), é a de que ele descreveu somente o subtipo desatento. De qualquer maneira, apesar das similaridades, não é possível dizer que ele observou o que hoje é descrito como sendo TDAH. Por outro lado, seu trabalho fornece alguma evidência da existência do TDAH já há muito tempo.

2.2. Heinrich Hoffmann (1809 – 1894)

Heinrich Hoffmann foi um médico alemão que durante muito tempo trabalhou em um hospital psiquiátrico em Frankfurt. Em 1844 escreveu um livro infantil ilustrado chamado “*Struwwelpeter*” que conta com uma edição brasileira chamada João felpudo (HOFFMANN, 2000). Esse livro foi escrito como um presente de Natal para seu filho e, posteriormente, em 1945, foi publicado por uma editora e se tornou muito famoso na Alemanha. Entre outras histórias, nesse livro havia uma chamada Phillipp Inquieto na qual Hoffmann ilustra um conflito familiar causado pelo comportamento inquieto o filho chamado Phillipp que culmina com a queda da criança ao chão junto com o jantar e a mesa. Nos dias modernos essa história tem sido interpretada como uma alegoria para o TDAH (LANGE *et al.*, 2010).

Na história o pai de Phillipp antecipa o mau comportamento do filho dando a entender que é um comportamento recorrente, o que está de acordo com um dos critérios de diagnóstico do DSM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023) segundo o qual o sintoma deve ser persistente por pelo menos seis meses. Na história também é sugerido um caso de desatenção pois é relatado que Phillipp não escuta o que diz seu pai sendo o contexto descrito não indica comportamentopositor. Também é descrito que o menino se contorce e ri balançando a cadeira para a frente e para traz, caracterizando um caso de hiperatividade. Esse movimento constante na cadeira fez com que ela fosse ao chão junto com Phillipp, mas não

antes dele se agarrar na toalha da mesa levando tudo ao chão e, devido a isso, os pais ficaram muito irritados.

No livro de Hoffman existem outras histórias que, segundo muitos autores, seriam descrições do TDAH. Por outro lado, outros autores afirmam que a história é somente o relato de um menino arteiro ou mesmo que a criança poderia ter problemas de relacionamento com o pai. De qualquer maneira, apesar das semelhanças, não é possível afirmar categoricamente que a história descreve uma criança com TDAH uma vez que os comportamentos descritos não seriam suficientes para isso. Possivelmente o livro tinha a intenção de descrever, para seu filho e para outras crianças, as consequências do mau comportamento.

2.3. Sir Georg Frederic Still (1868 – 1941)

Still foi um médico pediatra britânico que pesquisou doenças infantis e escreveu vários livros relatando os resultados dessas pesquisas. Um de seus trabalhos, os “*Goulstonian Lectures*” de 1902, é considerado o ponto de partida científico na história do TDAH (CALIMAN, 2010; LANGE *et al.*, 2010).

Nos “*Goulstonian Lectures*”, Still (1902a, 1902b, 1902c) apresentou uma série de três aulas “sobre condições anormais em crianças” nos quais discutiu uma “condição física” relacionada com o “defeito do controle moral em crianças”. Para Still (STILL, 1902a, 2006), o controle moral seria o “controle da ação em conformidade com o bem de todos” e dependia de três fatores físicos: 1. Uma relação cognitiva com o ambiente. 2. Consciência moral e; 3. Volição (STILL, 1902a, p. 1007). Apesar de Still reconhecer que os dois primeiros fatores, devido à sua relação de dependência com capacidades intelectuais, serem observados em crianças com deficiência intelectual, também reconheceu que havia casos em que isso não se aplicava, pois o “defeito do controle moral” também era observado em crianças sem comprometimento intelectual. Esses casos são hoje considerados os casos históricos de TDAH que foram divididos em “defeito do controle moral mórbido associado com doenças físicas” como meningite, tumor cerebral, epilepsia, entre outras e “defeito do controle moral como uma manifestação mórbida sem comprometimento do intelecto e sem doença física”. Posteriormente essa diferenciação deu origem aos conceitos de dano cerebral, disfunção cerebral mínima e hiperatividade como precursores históricos do TDAH (LANGE *et al.*, 2010).

Still descreveu vinte casos de crianças com “defeito do controle moral como uma manifestação mórbida sem comprometimento do intelecto e sem doença física”, sendo 15 meninos e 5 meninas e muitas dessas crianças manifestaram os sintomas antes dos 7 anos. Still também reconheceu que a manifestação mórbida do controle moral deveria ser considerada somente se a criança não cumprisse os padrões de conduta moral próprios para a idade e dentro de um espectro que arbitrariamente seria considerado como normal.

Um dos sintomas mais bem descritos por Still e que hoje é um dos critérios de diagnósticos de TDAH foi a impulsividade que ele chamou de “paixão” (*passionateness*) (STILL, 1902a, p. 1009) que ele descreveu como reações que não leva em conta as consequências para os outros ou para si mesmo. A impulsividade ocorre em relação a um objetivo imediato e um tipo de pressa em demonstrar as emoções tais como frustração, raiva, hostilidade e agressão (BARKLEY, 2006; STILL, 1902c). As descrições de impulsividade nos trabalhos de Still destacaram a falta de controle dos impulsos emocionais, baixa tolerância a frustração e surtos abruptos de raiva.

Em todos os casos observados por Still também era relatada uma incapacidade anormal para atenção sustentada que já era notada por pais e professores (STILL, 1902c, p. 1066). Dificuldade de manter a atenção sustentada em tarefas ou outras atividades é hoje um dos critérios de diagnóstico para TDAH no DSM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023) e, como observou Still, a dificuldade em manter a atenção não está relacionada a qualquer comprometimento intelectual. Ainda, muitos desses casos apresentavam casos de desatenção nos quais as crianças trocavam os pés dos sapatos ou repetiam a mesma frase várias vezes antes de se darem conta de que já haviam dito anteriormente. Isso também ocorria (STILL, 1902c, p. 1066).

O conceito de “defeito do controle moral” de Still não é consistente com o conceito moderno de TDAH, pois descreve vários tipos de comportamentos divergentes observados em crianças. Ainda assim é bem provável que tenha observado vários casos do que hoje conhecemos como TDAH (LANGE *et al.*, 2010).

O trabalho de Still foi um divisor de águas ao desenvolver a noção de síndrome impulsiva distinguindo-a de deficiência intelectual e de sintomas causados por outras doenças (CONNERS, 2000).

2.4. Distúrbio do comportamento pós-encefálico

A epidemia de encefalite letárgica² ocorreu no mundo entre os anos de 1917 e 1928 e afetou aproximadamente 20 milhões de pessoas.(CONNERS, 2000; RAFALOVICH, 2001). Muitas pessoas morreram devido a essa doença e tantas outras sobreviveram com comprometimentos físicos e/ou mentais. Muitas das crianças que sobreviveram à epidemia de encefalite letárgica passaram a apresentar um comportamento anormal notável. Esse resíduo da encefalite letárgica foi chamado de “distúrbio do comportamento pós-encefálico” e incluía como sintomas a alteração na personalidade, instabilidade emocional, déficits cognitivos, dificuldades de aprendizagem, reversão do sono, tics, depressão e dificuldade no controle motor (CONNERS, 2000). As crianças se tornavam hiperativas, irritáveis, antissociais, destrutivas, desregradas e causavam problemas escolares tais como perturbar as aulas e abandonar a escola sem permissão. A hiperatividade fazia com que a criança tivesse a necessidade de estar em contato constante com o ambiente tocando, pegando e destruindo (LANGE *et al.*, 2010)

Muitas das crianças que apresentaram o distúrbio do comportamento pós-encefálico tinham muitos sintomas do TDAH e mesmo alguns comportamentos deste distúrbio poderiam ser atribuídos ao TDAH (LANGE *et al.*, 2010).

O distúrbio do comportamento pós encefálico levou a um aumento do interesse da hiperatividade em crianças e a suposição de uma conexão causal entre dano cerebral e os sintomas de hiperatividade e desatenção foram importantes para o desenvolvimento científico do conceito de TDAH (RAFALOVICH, 2001).

2.5. Doença hipercinética da infância

O conceito de doença hipercinética da infância foi desenvolvido pelos médicos alemães Franz Kramer (1878-1967) e Hans Pollnow (1902-1943) em 1932 em uma publicação intitulada “Sobre uma doença hipercinética da infância”. Neste trabalho os autores destacaram que a doença hipercinética já havia sido observada por diversos autores, mas que não havia sido diferenciada de outras doenças com sintomas semelhantes, tais como os efeitos residuais da encefalite letárgica (LANGE *et al.*, 2010). Diferentemente do distúrbio do comportamento pós encefálico, a inquietação observada por Kramer e Pollnow foi observada somente durante o dia.

² A encefalite letárgica é retratada no livro *Tempo de Despertar*, de Oliver Sacks, e no filme homônimo.

Em suas observações, Kramer e Pollnow notaram que o sintoma mais saliente da doença hipercinética era a excessiva atividade motora que parecia ser muito urgente. Segundo os autores, as crianças observadas por eles não paravam um só minuto corriam para cima e para baixo se pendurando em móveis altos ficando frustradas quando eram detidas de realizar suas atividades motoras (KRAMER; POLLNOW, 1932a, 1932b).

Os pesquisadores também notaram que crianças com doença hipercinética interagem indiscriminadamente qualquer objeto sem um objetivo específico e muitas vezes não os usam de acordo com sua função. Essas ações sem propósito específico e as rápidas mudanças de atividades ocorrem devido a facilidade de distração por estímulos novos e mais intensos. A criança com doença hipercinética também tinha dificuldades para se concentrar em tarefas, o que levava a déficits de aprendizagem, deixando muitas delas incompletas. Por outro lado, Kramer e Pollnow notaram que essas mesmas crianças eram capazes de manter a atenção por horas em atividades de seu interesse. Sinais de impulsividade também foram observados pelos autores ao descrever casos de instabilidade de humor, aumento na excitabilidade e tendência a agressividade ou a ter um surto de choro por quaisquer razões (KRAMER; POLLNOW, 1932a).

Kramer e Pollnow também descreveram que a criança com doença hipercinética era, frequentemente, desobediente e causava muitos problemas na escola e tinha dificuldade de brincar de maneira harmoniosa com outra criança. Os sinais da doença, segundo os autores, foram observados em crianças a partir dos três anos de idade e, principalmente a atividade motora, diminuía em intensidade por volta dos sete anos havendo uma recuperação nos anos seguintes. Isso levou os autores a considerarem a doença como sendo específica da infância já que consideravam a atividade motora como o seu sintoma mais característico (KRAMER; POLLNOW, 1932a).

2.6. O primeiro tratamento para hiperatividade e o desenvolvimento do metilfenidato

Charles Bradley (1902-1979) foi um médico estadunidense que trabalhou tratando crianças com diferentes problemas neurológicos, com efeitos residuais da encefalite letárgica, problemas emocionais e dificuldades de aprendizagem e de comportamento (CONNERS, 2000). Para examinar as crianças sob seus cuidados, Bradley realizava pneumoencefalografia e isso causava muitas dores de cabeça devido a perda de fluido espinal (LANGE *et al.*, 2010). Para tratar essas dores de cabeça, Bradley estimulou o plexo coroide utilizando o estimulante

mais potente em sua época, a benzedrina. Contudo isso teve um efeito muito pequeno sobre as dores de cabeça, mas causou uma grande melhora no comportamento e no desempenho escolar de algumas crianças (GROSS, 1995). Após essa observação, Bradley realizou um estudo com 30 crianças do hospital em que trabalhava e também observou que as alterações no comportamento causaram uma melhora no desempenho escolar de metade das crianças, além de uma diminuição da atividade motora e maior controle emocional (BRADLEY, 1937). Posteriormente Bradley percebeu que as crianças que mais se beneficiavam do tratamento de benzedrina eram aquelas com dificuldade de atenção sustentada, discalculia, variações de humor, hiperatividade e pouca memória (CONNERS, 2000).

Mesmo com esses resultados, os estudos de Bradley passaram despercebidos nos anos seguintes, pois não conseguiu identificar as causas orgânicas dos problemas comportamentais e não conseguiu definir com precisão qual tipo de problema responderia melhor à benzedrina (STROHL, 2011). Além disso, em sua época, havia grande influência da psicanálise que negava os componentes biológicos das desordens comportamentais e que elas deveriam ser tratadas somente com intervenção psicológica (BROWN, 1998). A retomada do interesse por estimulantes como tratamento de crianças hipercinéticas ocorreu nos anos de 1950 e hoje a benzedrina não é mais utilizada sendo substituída por outros estimulantes sendo o mais comum o metilfenidato (LANGE *et al.*, 2010).

O metilfenidato foi sintetizado em 1944 por Leandro Panizzon (1907-1967) e foi inicialmente utilizado no tratamento de várias condições como fadiga crônica, letargia, estados depressivos, transtorno do comportamento senil, psicose associada com depressão e narcolepsia. Entretanto, o efeito mais evidente do metilfenidato foi a redução dos sintomas vistos no TDAH. Diante disso, e no contexto da guerra fria nos anos de 1960, houve um aumento no consumo de metilfenidato para manter as crianças sentadas em suas cadeiras de maneira a aprender mais e produzir mentes para a competição científica contra a União Soviética (SMITH, 2014).

2.7. Dano cerebral mínimo e disfunção cerebral mínima

Desde os trabalhos de Still (STILL, 1902a, 1902b, 1902c) e passando pelos casos de encefalite letárgica (RAFALOVICH, 2001), sempre houve a suposição de que os casos de distúrbios do comportamento apresentados por várias crianças tinham sua origem em algum tipo de lesão cerebral. Assim o comportamento hiperativo também era atribuído ao dano

cerebral. Isso era corroborado pelo fato de que várias crianças que sofreram algum tipo de lesão na cabeça terem como sintomas distúrbios do comportamento semelhantes ao distúrbio do comportamento pós encefálico pelo fato de que estudos sobre traumas no nascimento mostraram uma ligação entre a lesão e a deficiência intelectual em crianças (LANGE *et al.*, 2010).

Na década de 1930 vários pesquisadores mostraram uma grande similaridade do comportamento hiperativo em crianças com o de macacos que sofreram ablação do lobo frontal e de soldados que sofreram lesão cerebral o que levou a suposição de que muitos sintomas considerados psicogênicos eram na verdade orgânicos (BARKLEY, 2020). A partir disso a ideia de uma origem fisiológica para os distúrbios do comportamento se tornou mais evidente e levou ao conceito de dano cerebral e de que a hiperatividade poderia ser causada por dano cerebral. Posteriormente, o conceito de dano cerebral mínimo foi baseado em algumas considerações: 1) pequenos danos cerebrais na infância, mesmo que imperceptíveis, poderiam causar sequelas comportamentais que se tornariam mais evidentes na fase escolar; 2) poderia haver variações o dano cerebral em extensão, localização e tipo; 3) foi apresentada a ideia de que poderia haver um continuum no dano cerebral desde lesões causando anormalidades severas até alterações mínimas (KNOBLOCH; PASAMANICK, 1959).

O conceito de dano cerebral mínimo tinha a suposição de que lesões no cérebro, mesmo que imperceptíveis, causavam alterações no comportamento. Ou seja, mesmo que as lesões não pudessem ser demonstradas, elas deveriam ser presumidas como presentes. Assim se tornou uma prática comum inferir lesão cerebral apenas com a observação do comportamento (BARKLEY, 2020). A hiperatividade por si só foi considerada um diagnóstico suficiente de lesão cerebral por ser uma das características mais salientes nos transtornos do comportamento (LAUFER; DENHOFF; SOLOMONS, 1957).

Na década de 1960 muitas surgiram críticas aos testes usados para avaliar o dano cerebral colocando em xeque a ideia de que cada criança com distúrbio de comportamento tinha um dano cerebral mesmo se isso não pudesse ser demonstrado (HERBERT, 1964). Por outro lado, já era sabido que muitas crianças que apresentavam o distúrbio do comportamento hipercinético não tinham qualquer histórico de lesão cerebral ou mesmo haviam sofrido qualquer tipo de infecção relacionado com lesão cerebral. Por exemplo, os resultados da pesquisa de Laufer e colaboradores com crianças hipercinéticas já haviam indicado haver um distúrbio funcional ao invés de um dano cerebral (LAUFER; DENHOFF; SOLOMONS, 1957).

Em 1963, o “Oxford International Study Group of Child Neurology” realizou uma conferência na qual foi decidido que o dano cerebral não deveria ser inferido a partir de distúrbios comportamentais somente uma vez que danos anatômicos eram ausentes. A partir disso houve uma mudança de terminologia de “dano cerebral mínimo” para “disfunção cerebral mínima”. Também foi decidido, nessa conferência, que o conceito de disfunção cerebral mínima deveria ser refinado de maneira a ser aplicado a grupos menores e mais homogêneos (CONNERS, 2000; LANGE *et al.*, 2010). Como resultado, em 1966 foi formulada a definição de disfunção cerebral mínima que levava em conta que a criança deveria ter inteligência próxima ou acima da média além de ter problemas de aprendizagem ou comportamentais, de leves a severos, associados a desvios do sistema nervoso central tais como deficiência na percepção, conceitualização, linguagem, memória e controle da atenção do impulso e da função motora (CLEMENTS, 1966).

A definição de disfunção cerebral mínima dada por Clements (1966) enfatiza os sintomas de comprometimento no controle da atenção, do impulso e da função motora sendo esse o critério de definição da doença. Os sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade hoje caracterizam o TDAH juntamente com o critério da criança ter inteligência considerada normal.

2.8. O TDAH no DSM

Apesar do conceito de disfunção cerebral mínima sobreviver até os anos 1980, seu declínio começou mesmo nos anos de 1960 devido às críticas que surgiram em relação ele. Por exemplo, foi observado que muitos casos de dano ou disfunção cerebral não eram acompanhados de hiperatividade e na verdade era muito vago se aplicando a uma infinidade de casos (SCHMITT, 1975).

O conceito de disfunção cerebral mínima foi considerado especulativo e sem sustentação empírica sólida e, diante disso, foi feito um novo esforço para definir o transtorno em termos objetivos e para isso foi dada ênfase na hiperatividade como o sintoma mais notável, como já havia sido apontado por Laufer e colaboradores anos antes (LAUFER; DENHOFF; SOLOMONS, 1957) nascendo, assim, o conceito de síndrome hiperativa (BARKLEY, 2020).

Em 1968 a definição do conceito de hiperatividade foi incorporada no DSM-II, em poucas linhas, como **Reação Hiperkinética da Infância** que foi definida como “um transtorno

caracterizado por hiperatividade, inquietação, distração e pouca atenção, principalmente em crianças, diminuindo na adolescência (BARKLEY, 2020).

Nos anos 1970 o foco passou da hiperatividade para o déficit de atenção, pois foi observado que déficits na atenção sustentada e no controle dos impulsos eram mais significantes que a hiperatividade e, além disso, eram os sintomas que melhor respondiam aos tratamentos com estimulantes (DOUGLAS, 1972).

Nos anos 1980 a importância dos problemas atencionais foi reconhecida com a adoção de uma nova nomenclatura que foi renomeada DSM-III como **Transtorno do Déficit de Atenção (TDA)** (BARKLEY, 2020). Com isso a hiperatividade deixou de ser um critério diagnóstico essencial e o transtorno poderia ocorrer em dois subtipo: com hiperatividade e sem hiperatividade (CONNERS, 2000). O déficit de atenção e a impulsividade passaram a ser, então, os sintomas mais importantes para o diagnóstico. Nesse sentido o DSM-III se afastou do CID-9 que manteve foco na hiperatividade como critério de diagnóstico (LANGE *et al.*, 2010).

O DSM-III apresentou três listas distintas para os sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade sendo mais específico que o DSM-II. O DSM-III também apresentou um escore com ponto de corte para os sintomas, diretrizes específicas para idade de início e duração dos sintomas e critérios de exclusão para outras condições psiquiátricas da infância (BARKLEY, 2006; LANGE *et al.*, 2010).

Nos anos seguintes ao DSM-III, a criação de dois subtipos de TDA foi centro de uma controvérsia principalmente devido ao fato de pouca pesquisa empírica nessa área. Diante disso, houve uma preocupação com a validação empírica do conceito e dos critérios de diagnóstico que foram apresentados no DSM-III-R em 1987., no qual o conceito de TDA foi substituído por TDAH. Os sintomas foram combinados em uma única lista com ponto de corte único para os escores. NO DSM-III-R, os sintomas foram derivados empiricamente de escalas de avaliação e pesquisa de campo (BARKLEY, 2020; CONNERS, 2000).

Ainda, no final dos anos 1980, várias pesquisas focaram na existência dos dois subtipos de TDA. Foi observado, por exemplo, que crianças com TDA sem hiperatividade eram muito diferentes das crianças com TDA com hiperatividade, pois elas eram mais “avoadas”, hipoativas, letárgicas, com baixo rendimento escolar, mas muito menos agressiva e menos rejeitada pelos colegas (BARKLEY, 2020). Em adição a isso, foram levantadas dúvidas sobre o papel central do déficit de atenção no recém-criado conceito de TDAH e cogitada a

possibilidade de que fatores motivacionais e déficit nos mecanismos de reforço fosse de grande importância (LANGE *et al.*, 2010).

Ao mesmo tempo, aquelas interpretações históricas que apontavam algum tipo de dano ou disfunção cerebral foram corroborados por técnicas de neuroimagem que apontaram anomalias estruturais nos cérebros de crianças com TDAH. Até o final dos anos de 1990 vários estudos apontaram que o lobo pré-frontal estriado era menor em crianças com TDAH (KONRAD; MARTINO; AOKI, 2019) e a existência de um componente genético no transtorno (BIEDERMAN *et al.*, 1990; LANGLEY, 2019). Finalmente, no final dos anos 1990, foi reconhecido que o TDAH não era um transtorno exclusivo de crianças que desaparecia com o tempo, mas sim um transtorno crônico e persistente na vida adulta em muitos casos (ASHERSON; RAMOS-QUIROGA, 2019).

Em 1994, antes da publicação da quarta edição do DSM, foi realizada uma grande pesquisa de campo e nela foram identificados três subtipos de TDAH com base em entrevistas diagnósticas estruturadas de muitos informantes e validação dos diagnósticos (LAHEY *et al.*, 1994). Assim no DSM-IV publicado em 1994, o TDAH foi dividido em três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo e combinado. Dessa maneira o conceito de duas dimensões distintas do TDA foi retomado (CONNERS, 2000). Em relação ao TDAH na vida adulta, o DSM-IV introduziu critérios relacionados às dificuldades no ambiente de trabalho para ilustrar os sintomas (BARKLEY, 2020). O DSM-IV-TR publicado em 2000 trouxe algumas revisões de texto sem, contudo, mudar a definição e os critérios e diagnóstico do TDAH.

No DSM-V, de 2013, o TDAH foi incluído no capítulo sobre transtornos do neurodesenvolvimento o que enfatizou a comorbidade com outros transtornos do desenvolvimento e as consequências a longo prazo para o indivíduo adulto. Reforçou o requisito do DSM-IV de que “os sintomas devem ser evidentes em pelo menos dois contextos diferentes da vida da criança” para “alguns sintomas devem ser evidentes em cada contexto”. A idade de início também foi alterada destacando que os “alguns sintomas devem estar presentes antes dos doze anos de idade” ao invés dos sete anos como apontado no DSM-IV (LAZARATOU; GOLSE, 2018). Também foi usado um limiar reduzido de sintomas para o diagnóstico do TDAH em adultos, a partir de dezessete anos, requerendo somente cinco ao invés de seis sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade (MAHONE; DENCKLA, 2017).

3. O TDAH

O TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) é um transtorno psiquiátrico que afeta o neurodesenvolvimento normal do encéfalo como exemplo de ocorrência de disfunções dos neurotransmissores monoaminérgicos (Dopamina e Noradrenalina) no córtex pré-frontal. Segundo Stahl (2016) o TDAH também pode ser descrito como “transtorno de desregulação da noradrenalina (NA) e da dopamina (DA) no córtex pré-frontal envolvendo pacientes com deficiência de NA e de DA e outros com excesso de NA e de DA” (p. 464).

O TDAH é composto pela tríade desatenção, hiperatividade e impulsividade. Segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o TDAH é um “padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento” (p. 59). A desatenção se manifesta como distração em atividades, falta de persistência, dificuldade em manter o foco e desorganização. A hiperatividade é caracterizada por um excesso de atividade motora e é de fácil identificação, pois, em geral, a pessoa se remexe demais em uma situação em que deveria ficar sentada, fala em excesso e, quando criança, também está sempre correndo. Já a impulsividade são ações precipitadas sem uma análise previa da própria ação causando, muitas vezes, prejuízos ao próprio indivíduo e/ou intromissão social. Ainda segundo o DSM-5, essa impulsividade “pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação” (p. 61).

Para preencher os critérios para o diagnóstico de TDAH o indivíduo deve manifestar seis dos nove sintomas de desatenção e pelo menos seis dos nove sintomas de hiperatividade-impulsividade. Além disso, esses sintomas têm que persistir por pelo menos seis meses, serem compatíveis com o nível de desenvolvimento e causarem impactos negativos em dois ou mais ambientes em que a pessoa vive. A prevalência do TDAH no mundo é maior em crianças (cerca de 5%) do que em adultos (cerca de 2,5%). Em relação ao gênero, o TDAH é mais comum no sexo masculino do que no feminino com uma proporção de 2 para 1 em crianças e de 1,6 para 1 em adultos.

O TDAH pode apresentar algumas comorbidades, ou seja, outros transtornos associados ao TDAH como, por exemplo: Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), Transtorno da Conduta, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Disruptivo da Regulação do Humor, Transtorno de aprendizagem, Transtorno Depressivo, Transtorno Obsessivo

Compulsivo (TOC), Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno Explosivo Intermitente (OXLEY; STRINGARIS, 2019; REINHARDT; REINHARDT, 2013; SPENCER, 2006).

Para muitos, o TDAH é um transtorno caracterizado pela dificuldade de sustentar a atenção, manter a concentração e persistir no esforço. Todavia o TDAH vai muito além disso, pois, segundo Barkley (2020), o TDAH é um transtorno na autorregulação, ou seja, na capacidade da criança inibir suas reações imediatas ao momento presente, de modo a ter autocontrole em relação ao tempo e ao futuro” (p.23). Ainda nas palavras de Barkley é uma incapacidade de “controlar seu comportamento em relação à passagem do tempo, ou seja, de ter em mente metas e consequências futuras” (p. 57).

O TDAH é um transtorno que muda com o desenvolvimento, tanto em comportamento como em intensidade. Dessa forma terapias que podem funcionar em crianças podem não funcionar em adolescentes e adultos.

3.1. TDAH em crianças

Como foi mencionado acima, o TDAH evolui à medida que a criança cresce e o que funcionava antes como terapia em uma criança de 4 ou 5 anos pode não funcionar quando essa mesma criança chegar na fase da adolescência.

Muitas vezes o TDAH passa despercebido pelos pais nos primeiros anos de vida da criança, na fase pré-escolar, dos 2 aos 5 anos, pois muitas vezes a criança não “dá trabalho” por estar sendo reforçada de alguma forma como, por exemplo, com aparelhos eletrônicos. Segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), os sinais do transtorno são mínimos ou ausentes quando o indivíduo está recebendo recompensas por comportamento apropriado, está envolvido em atividades interessantes, recebe estímulos externos prazerosos (como celulares, tablet, vídeo games) ou está interagindo em situações individualizadas como em um consultório. Para estas crianças o transtorno só será percebido nos estágios de desenvolvimento em que a capacidade de atenção, de inibição e outras funções executivas que irão auxiliar no autocontrole do comportamento serão exigidas (BARKLEY, 2012, 2020).

As crianças nas quais os sinais do TDAH são identificados desde cedo são descritas pelos pais como sendo, muitas vezes, temperamentais, irritáveis, bastante ativas e inquietas. Além disso, sempre se intrometem nas coisas ou em conversas, são insistentes em seus pedidos e são bastante curiosas. Algumas dessas crianças são tão ativas que precisam até mesmo ser

contidas, para própria segurança, de maneira que os pais possam fazer tarefas domésticas que exijam atenção.

Passando da idade pré-escolar para a idade escolar (a partir dos 6 anos) serão necessárias certas habilidades para garantir um bom andamento da vida escolar. Entre essas habilidades a criança deverá ser capaz de ficar sentada por muito tempo, prestar atenção, ouvir, seguir regras e instruções, controlar os impulsos e ser capaz de compartilhar.

É nesta fase que algumas crianças com TDAH podem apresentar dificuldades tanto no aspecto social como na aprendizagem. Na aprendizagem as dificuldades podem ocorrer na leitura, na escrita e na matemática e, muitas vezes, há influência de alguma comorbidade de transtorno de aprendizagem. As crianças que apresentarem dificuldades de matemática ou de escrita só serão identificadas mais a frente, nos anos mais avançados, quando aumenta a complexidade dos conteúdos.

Além das dificuldades escolares, também ocorrem dificuldades em casa. Muitos pais relatam a resistência que os filhos têm no momento de fazer as tarefas de casa passadas pela escola, sendo necessário auxiliá-los. Além disso ocorrem dificuldades em tarefas do dia a dia como em se vestir, tomar banho, comer, entre outras, pois não se lembram o que têm que fazer.

No aspecto social as crianças com TDAH enfrentam problemas como exclusão social por se intrometerem demais, por serem exageradas, ou por exibirem comportamentos de impulsividades e impaciência.

Os sintomas do TDAH podem persistir até a vida adulta, sendo que fatores externos como pais autoritários, desequilíbrio do ambiente doméstico e comorbidades podem agravá-los.

3.2. TDAH em adolescentes e adultos

Muitas crianças que receberam o diagnóstico de TDAH irão mostrar os sintomas na adolescência. Nesta fase dos 14 aos 18 anos em que esses jovens começam a atingir a maturidade, muitas transformações naturais também começam a surgir como mudanças físicas, afetivas- emocionais, mudanças no cérebro, aceitação em um grupo, relacionamento com os pais e amigos. Para um adolescente típico pode ser que esta fase não traga tantos prejuízos, mas para um adolescente com TDAH os prejuízos podem ser enormes.

Os prejuízos escolares ficam acima do que é esperado com notas baixas em matérias que envolvam matemática, escrita e leitura e o índice de reprovação é elevado. Além disso, muitos são suspensos ou até mesmo expulsos por conta dos seus comportamentos. Nesta fase eles também podem desenvolver comportamentos antissociais ou transtorno de conduta, cometendo furtos e outros crimes.

Muitos desses adolescentes podem iniciar uso de bebidas alcoólicas ou de outras drogas. Muitas pesquisas mostram que adolescentes com TDAH pode começar a ter relação sexual muito cedo em comparação a adolescentes sem o transtorno e menor probabilidade de usar métodos contraceptivos durante a relação. Além disso, têm altas chances de se envolver em acidentes de carros e de cometerem infrações por excesso de velocidade (BARKLEY, 2020; BARKLEY *et al.*, 2002).

Na fase adulta o comportamento antissocial iniciado na fase da adolescência pode passar para um diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial adulto. Porém, existe uma pequena porcentagem de crianças com TDAH que chega na fase adulta sem apresentar um diagnóstico psiquiátrico e vive bem sem muitos problemas dos sintomas do transtorno.

Pesquisadores acompanharam pessoas com TDAH da infância até a vida adulta mostraram que elas são mais propensas a mudar de emprego com mais frequência, têm maior probabilidade de serem demitidas desses empregos por causa do mau comportamento e do baixo autocontrole. Além desses problemas enfrentados no emprego, o adulto com TDAH pode ter dificuldades em cumprir prazos, de cumprir rotinas de trabalhos e de socializar de maneira gentil com seus colegas (BARKLEY *et al.*, 2002).

Assim como nas crianças, os adultos enfrentam dificuldades com a desatenção, com capacidade de inibir suas ações, podem ser dispersos, têm baixo controle emocional e autodisciplina e são desorganizados. Eles podem ser hiperativos, mas não da mesma forma que as crianças e sim em forma de sensações de inquietação interna, tendo que estar sempre fazendo alguma coisa, inquietação das pernas, tamborilar os dedos em uma superfície ou seja, têm que estar sempre ocupados. São mais nervosos e agitados se comparados aos adultos sem o TDAH.

Além dessas dificuldades mencionadas acima, muitos podem enfrentar problemas no casamento, problemas financeiros, são mais propensos a acidentes automobilísticos e a infrações de trânsito.

3.3. Tratamento para o TDAH

Os estimulantes são os medicamentos mais usados e que se mostraram efetivos para o tratamento de TDAH. Eles são indicados para a melhoria do comportamento, melhoria no desempenho escolar e melhoria nas relações sociais. Eles atuam no aumento das ações de certos neurotransmissores como a dopamina (DA) e a noradrenalina (NA). Os estimulantes mais comuns são o metilfenidato (Ritalina, Concerta entre outros) e a anfetamina (Dexedrine, Venvanse, Adderall, Adderall XR) como alvo principal os neurotransmissores dopaminérgicos. Há também uso de medicamentos não estimulantes como a Strattera (Atomoxetina) e Intuniv (Guanfacina XR) como alvo principal os neurotransmissores noradrenérgicos. A atomoxetina é aprovado pela regulamentação para crianças de 6 anos e também em adultos. Já a Guanfacina é aprovado somente para uso em crianças e adolescentes e para uso combinado com estimulantes assim como monoterapia e para TDAH + comorbidades (DITTMANN *et al.*, 2019). Os medicamentos não estimulantes também são usados quando o indivíduo com TDAH não atingiu a redução ideal dos sintomas ou quando não tolera muito bem o tratamento com psicoestimulantes (DITTMANN *et al.*, 2019).

Com o passar dos anos foi aumentando o uso de medicamentos estimulantes para o tratamento do TDAH e com isso aumentaram mitos equivocados sobre eles. Um desses mitos teve início na década de 1980 e final de 1990 e foi difundido por uma propaganda sem fundamento de uma seita religiosa que dizia que a Ritalina era um medicamento perigoso e que as crianças não deveriam tomar. Apesar dessa ideia ter caído em descrédito, ainda há pais e profissionais que pensam dessa forma evitando que os filhos sejam medicados.

Outro mito é o de que o estimulante encobre o problema real e que não atua diretamente nas causas do TDAH. O fato de os estimulantes terem efeito temporário leva os pais a acreditarem nessa ideia sem entender que a criança pode ter que tomar o medicamento por um tempo maior (BARKLEY, 2020).

Outro mito muito comum é de que os estimulantes deixam as crianças “ligadas” como se fossem drogas ilegais e de que fazendo o uso desses estimulantes a criança terá grande probabilidade de abusar de outras drogas além de que causarem dependência. Sobre o fato de causarem dependência e da probabilidade de abuso de outras drogas o Barkley (2020) destaca de que não há evidências de que isso ocorra frente aos estudos que já foram realizados. Por outro lado, o uso incorreto da medicação de maneira errada como triturar e inalar como pó,

injetá-la ou tomá-la em doses extremamente altas poderia, de fato, deixar as crianças “ligadas” (BARKLEY, 2020).

As pesquisas vêm comprovando que, na maioria dos casos, o uso dos estimulantes funciona melhorando o comportamento, porém há casos em que o medicamento não fará efeito ou até mesmo piora o quadro de TDAH. Muitas vezes o melhor tratamento é a combinação de terapias psicológicas comportamental e educacionais com o auxílio dos medicamentos estimulantes ou não estimulantes.

3.4. Aspectos biológicos

Mais recentemente o TDAH vem sendo considerado como um espectro que envolve a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade que podem estar presentes de maneira isolada ou combinada. De maneira geral o TDAH de tipo combinado é o mais comum (BLEDSON *et al.*, 2020).

Essa tríade apresentada acima está ligada a um comprometimento do funcionamento de regiões do lobo pré-frontal do cérebro como o Córtex Cingulado Anterior Dorsal (CCA Dorsal), Córtex pré frontal dorsolateral (CPF DL), Córtex motor pré frontal e o Córtex orbitofrontal (COF). Mais especificamente ocorre uma sintonização ineficiente nos neurotransmissores da dopamina e noradrenalina (ANDERSON, 2018; STAHL, 2016).

A impulsividade, por exemplo, está ligada a uma disfunção no córtex orbito frontal (COF) e é caracterizada pela fala excessiva, o falar sem pensar, não esperar a vez e interromper as outras pessoas. O córtex orbito frontal também está associado a sintomas de transtornos que são comorbidades no TDAH como o Transtorno de Conduta, Transtorno desafiador e de oposição e também no transtorno bipolar (STAHL, 2016). A hiperatividade, por outro lado, está ligada ao córtex motor pré-frontal e tem como características a inquietação, o levantar constantemente da cadeira, o correr, o subir, o se pendurar e a dificuldade em brincar tranquilamente (BARKLEY, 2012; STAHL, 2016).

A desatenção pode ser dividida em dois componentes: a incapacidade de manter a atenção e de resolver problemas e a atenção seletiva/incapacidade de focar. A primeira é uma disfunção executiva ligada a um processamento ineficiente de informações no córtex pré-frontal dorsolateral. Quando ocorre a ativação ineficiente dessa área, pode resultar em dificuldades na persistência ou conclusão de tarefas, desorganização e dificuldade em manter o esforço mental

(STAHL,2016). A segunda, por sua vez, decorre de um processamento ineficiente de informações no córtex cingulado anterior dorsal podendo resultar em sintomas como pouca atenção aos detalhes, cometer erros por descuido, dificuldade em escutar, perda de objetos, distração e esquecimentos. Indivíduos com TDAH podem não ativar essas áreas e se ativam é de uma forma ineficiente ocorrendo um grande esforço levando o indivíduo a se cansar com facilidade (ANDERSON, 2018).

Em qualquer uma das situações citadas acima há uma sinalização deficiente nas sinapses que leva à diminuição ou ao excesso da neurotransmissão. O papel da medicação é justamente o de fazer com que os neurotransmissores voltem aos níveis ideais de funcionamento (STAHL, 2016).

Pelo exposto, é possível concluir que há uma faixa ideal para os níveis de neurotransmissores, ou seja, eles devem estar em sintonia. Quando os níveis de neurotransmissores estão abaixo do ideal, todos os sinais que chegam ficam iguais e há dificuldade em focar em uma tarefa específica (atenção guiada). Por outro lado, quando os níveis de neurotransmissores estão acima do nível ideal, os sinais de entrada se tornam confusos e outros receptores sinápticos são recrutados. Nesse caso ocorre um direcionamento incorreto da atenção (ANDERSON, 2018; STAHL, 2016).

O TDAH é diagnosticado por volta dos sete anos de idade, isso porque as sinapses ligadas a esse transtorno começam a se formar por volta dos 7 anos. Por outro lado, com a poda neural que ocorre na adolescência, existe a possibilidade de que os sintomas do TDAH desapareçam.

3.5. Controvérsias em relação ao TDAH

A despeito do conhecimento que vem sendo produzido sobre o TDAH, esse assunto é controverso desde sua origem na década de 1960 com as origens do diagnóstico para Reação Hipercinética da Infância, nos Estados Unidos (KEAN, 2012). Algumas das principais críticas atuais se situa na “medicalização da infância”; se realmente existe ou se é uma desculpa usada por pais e professores despreparados (MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015).

As principais críticas são oriundas das ciências sociais no sentido de questionar a existência do TDAH e o controle do comportamento infantil pela medicalização (CALIMAN, 2008, 2009, 2010) e do determinismo biológico imposto pela neurociência uma vez que aponta

a causa biológica do comportamento indesejável e de seu controle pela medicalização (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009, 2012).

Nessa direção, pesquisas com a perspectiva Histórico-Social têm apontado também a necessidade de se entender a criança com TDAH como um sujeito social e que as interações que ela vivencia em seu meio podem ser reveladoras do transtorno no âmbito socioeducativo (SIGNOR, 2013; SIGNOR; BERBERIAN; SANTANA, 2017).

3.6. Pesquisas sobre TDAH

Um levantamento bibliográfico preliminar mostrou que as pesquisas em TDHA são realizadas por diferentes áreas (psicopedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, psiquiatria, por exemplo) e que muitas são direcionadas para o desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação/diagnóstico do TDAH. tanto em crianças como em adultos. Por outro lado, pesquisas sobre o desenvolvimento e validação de instrumentos voltados para a avaliação da percepção e/ou atitudes de professores em relação ao TDAH são escassas e muitas que tratam desse tópico utilizam uma abordagem qualitativa com predominância de entrevistas semiestruturadas e/ou história oral ou são estudos teóricos com reflexões sobre o tema (BELTRAME *et al.*, 2015; CRUZ; OKAMOTO; FERRAZZA, 2016; SIGNOR; SANTANA, 2020; SILVA; SANTOS; OLIVEIRA FILHO, 2015).

Por exemplo, Figueiredo e colaboradores realizaram a tradução a partir da língua inglesa e validação de um instrumento (Mind Wandering Excessively Scale - MEWS) que avalia a frequência, a intensidade e os resultados negativos do devaneio, fenômeno em que a atenção e o conteúdo do pensamento se distanciam da ideia ou atividade original. O instrumento adaptado foi aplicado a uma amostra de conveniência com 20 adultos com TDAH e os pesquisadores relataram uma equivalência satisfatória entre o instrumento original e a versão adaptada para o Brasil (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Em outro trabalho, Büttow e Figueiredo avaliaram o quanto o índice de memória operacional da escala Weschler de Inteligência para Crianças era sensível em detectar dificuldades em crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH. As pesquisadoras utilizaram uma amostra de conveniência constituída de 50 participantes e após a aplicação dos instrumentos, verificaram que o índice em questão era adequado para diagnosticar e avaliar

déficits de memória e atenção em crianças e adolescentes com TDAH (BÜTTOW; FIGUEIREDO, 2019).

Um dos poucos instrumentos voltados para a percepção e atitudes de professores em relação ao TDAH foi feito por Mulholland e colaboradores que desenvolveram e validaram um instrumento para avaliar as atitudes e opiniões de professores em relação a estudantes que exibem comportamentos típicos do TDAH em função de suas características demográficas. As pesquisadoras verificaram que o conhecimento correto sobre o TDAH, de acordo com o questionário aplicado, variava entre 50% e 85%, mas que em algumas áreas o conhecimento mais fraco como no caso da etiologia do TDAH. Também foi verificada a existência de preditores sociodemográficos das atitudes em relação ao TDAH, mas as pesquisadoras apontaram a necessidade de mais pesquisas nessa direção (MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015).

4. Atitudes

O primeiro uso do termo atitude na pesquisa social foi feita por Thomas e Znaniecki (1918) que utilizaram esse conceito para analisar as mudanças no padrão de adaptação cultural por imigrantes poloneses nos Estados Unidos (FORGAS, 2008). Thomas e Znaniecki pesquisadores definiram atitude como sendo “um processo de consciência individual que determina atividade real ou possível do indivíduo no mundo social” (1918, p. 22). Assim, para esses autores, uma atitude é um processo psicológico que se manifesta em referência ao mundo social e em conexão com valores sociais e esse processo psicológico é fundamentalmente um estado do ser enquanto a atitude é fundamentalmente uma atitude em direção a algo.

De maneira geral, na literatura de psicologia social, as atitudes estão relacionadas com preferências e avaliações feitas pelas pessoas. Algumas das definições correntes de atitude são as de que a atitude é (1) “uma tendência psicológica que é expressa pela avaliação de uma entidade particular com algum grau de favor ou desfavor” (2) “uma associação na memória entre um dado objeto e uma dada avaliação desse objeto” (3) “um sentimento positivo ou negativo geral e duradouro sobre alguma pessoa, objeto ou problema” (4) “a categorização de um objeto de estímulo ao longo de uma dimensão avaliativa” (MAIO; HADDOCK; VERPLANKEN, 2019).

Modernamente a atitude também é definida como um conceito de três componentes: cognição, afeto e comportamento (ALBARRACÍN *et al.*, 2005; ROBBINS; JUDGE, 2021, p. 63–65) (Figura 1). O componente **cognitivo** da atitude diz respeito a uma opinião ou crença sobre o alvo da atitude e prepara o caminho para a parte mais crítica da atitude, o **afeto**, que é o componente sentimental e emocional da atitude e que leva a desfechos comportamentais. O componente **comportamental** da atitude diz respeito à intenção de se comportar de uma certa maneira em relação a alguém ou alguma coisa. Diante disso, há um certo consenso na pesquisa em psicologia social de que as atitudes são preditoras de comportamentos futuros (AJZEN; FISHBEIN, 2005; GILOVICH; GRIFFIN, 2010; ROBBINS; JUDGE, 2021).

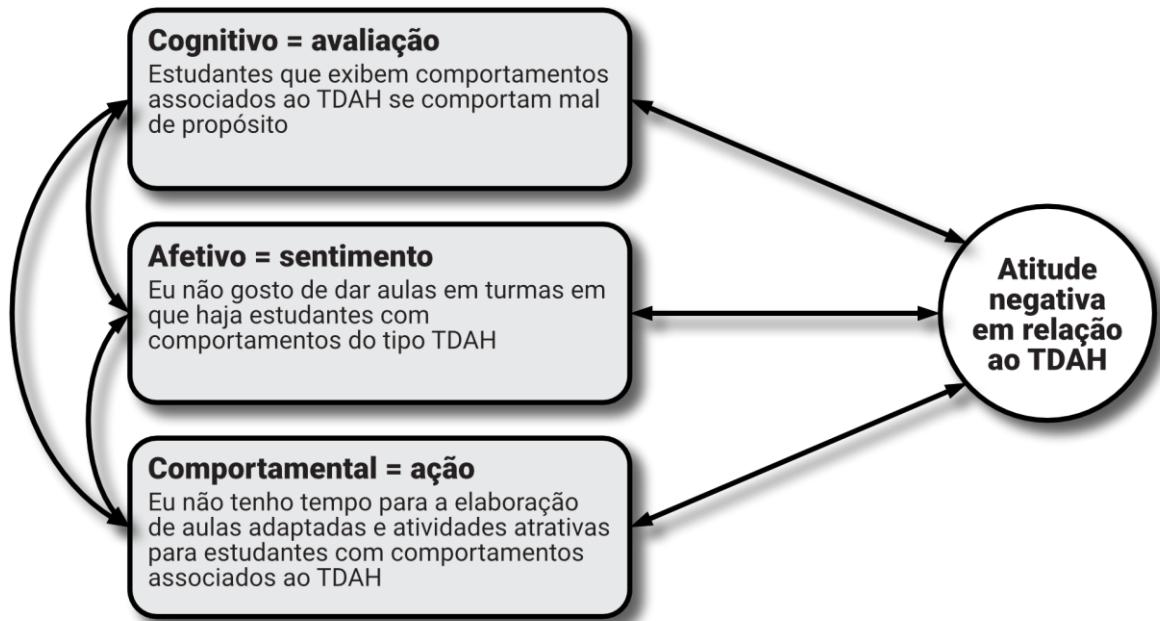


Figura 1. Componentes cognitivo, afetivo e comportamental de uma atitude. Fonte: Adaptado de Robbins e Judge, p. 64, p.

Diante do exposto até agora, é possível concluir que uma atitude engloba sentimentos positivos e negativos, crenças e comportamentos que atingem todo tipo de entidade que faz parte de nossas relações sociais. Da mesma maneira as atitudes têm origem social, pois são formadas ao longo de nossa existência e experiência com o mundo ao nosso redor levando em conta os aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais das nossas relações com o mundo (OLSON; KENDRICK, 2008). Todavia essas atitudes não são definitivas e podem sofrer mudanças conforme as pessoas passam por novas experiências e aprendizagens.

As atitudes são formadas como resultado da aprendizagem e de nossas interações com outras pessoas e situações. As atitudes desempenham um importante papel nas nossas vidas na medida em que influenciam nossas decisões e guiam nossos comportamentos (OLSON; KENDRICK, 2008; PICKENS, 2022).

As atitudes podem ser manifestadas em diferentes graus. Por exemplo, um professor pode ter uma atitude muito negativa em relação a ensinar estudantes com comportamentos do tipo TDAH enquanto outros podem ter uma atitude moderadamente negativa e outros uma atitude positiva. O trabalho de Thurstone e Chave (1929) são o marco procedimental nas pesquisas sobre atitudes e vem sendo usado e aprimorado desde então. Neste trabalho (THURSTONE; CHAVE, 1929) os pesquisadores desenvolveram uma escala com 130 afirmações para mediar as atitudes das pessoas em relação à igreja. Rensis Likert (LIKERT, 1932) também teve uma grande contribuição nos estudos das atitudes ao desenvolver uma

escala que hoje leva seu nome. As escalas de Likert são compostas por itens que nada mais são que afirmações que devem ser avaliadas de acordo com o grau de concordância do respondente da escala. Atualmente as escalas de Likert são as mais utilizadas nas pesquisas que envolvem a investigação de percepções e atitudes.

5. Problema de Pesquisa

Como já mencionado anteriormente, os professores dos anos iniciais são os primeiros a perceber comportamentos associados ao TDAH e a contactar os pais e a escola no sentido de encaminhar os estudantes para uma avaliação. Nesse sentido o problema desta pesquisa se situa no âmbito da formação de professores para o TDAH na escola e das concepções equivocadas e preconceitos em relação ao TDAH.

Assim, em resumo, o problema desta pesquisa pode ser enunciado como “Os professores da series iniciais da educação básica realmente têm competência técnica e pedagógica para perceber e ensinar crianças com TDAH.

Vale ressaltar que o uso da palavra competência implica em uma avaliação pontual e diagnóstica de uma situação que pode ser sanada por meio de formação continuada de professores sobre aspectos científicos e pedagógicos do TDAH.

5.1. Objetivo Geral

Avaliar as atitudes e o conhecimento de professores da educação infantil e dos anos iniciais do ensino fundamental sobre o TDAH e sobre estudantes que apresentam comportamento do tipo TDAH.

5.2. Objetivos específicos

Verificar a existência e direção da relação entre conhecimento e atitudes sobre o TDAH e sobre estudantes que apresentam comportamento do tipo TDAH.

Verificar se a formação afeta as atitudes e conhecimentos sobre o TDAH e sobre estudantes que apresentam comportamento do tipo TDAH.

Verificar a existência e direção da associação entre necessidade de conhecimento, necessidade de desenvolvimento e conhecimento e atitudes sobre o TDAH e sobre estudantes que apresentam comportamento do tipo TDAH.

5.3. Hipóteses

H1: Professoras e professores com maior conhecimento sobre o TDAH têm atitude mais positiva em relação ao TDAH e aos estudantes com TDAH.

H2: Professoras e professores com formação específica para distúrbios de aprendizagem têm maior conhecimento e atitudes mais positivas em relação TDAH e aos estudantes com TDAH.

H3: Professoras e professores com maior necessidade de conhecimento têm maior conhecimento e atitudes mais positivas em relação TDAH e aos estudantes com TDAH.

H4: Professoras e professores com maior necessidade de desenvolvimento têm maior conhecimento e atitudes mais positivas em relação TDAH e aos estudantes com TDAH.

6. Metodologia

6.1. Aprovação ética

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe tendo sido aprovado sob o parecer número 5.531.864 (Anexo 1).

6.2. Instrumentos de coleta

O instrumento de coleta de dados usado desta pesquisa foi constituído por um questionário e quatro escalas devidamente adaptadas e validadas para o Português brasileiro. O instrumento foi hospedado na plataforma Limesurvey (<https://pesquisa-tdah.limesurvey.net>) e o link para participação foi enviado aos professores juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A seguir há uma breve descrição dos componentes do instrumento que pode ser visto na forma de Codebook no Apêndice 1 deste trabalho.

6.2.1. Questionário de informações básicas

Este questionário foi desenvolvido especificamente para esta pesquisa e conta com questões que visam obter informações pessoais e profissionais dos respondentes bem como informações sobre a escola em que atuam como professoras e professores. Corresponde às questões que partem de Q1 a Q17 do Codebook (Anexo 1)

6.2.2. Subescala de necessidade de conhecimento

A subescala de necessidade de conhecimento faz parte da escala de Questionário de Fontes de Significado e Sentido de Vida (*Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire* (SoMe)) desenvolvido por (SCHNELL, 2009) e adaptada para o Português do Brasil por Damásio e colaboradores (DAMÁSIO; KOLLER; SCHNELL, 2013). É composta por cinco itens que avaliam, em uma escala de cinco pontos (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente) a importância ou necessidade de conhecimento na vida dos sujeitos. Quanto maior os escores, maior é a importância que o indivíduo dá para a necessidade de conhecimento. Esta escala corresponde à questão Q18 do Codebook (Apêndice 1).

6.2.3. Subescala de necessidade de desenvolvimento

A subescala de necessidade de desenvolvimento também faz parte da escala de Questionário de Fontes de Significado e Sentido de Vida (Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe)) desenvolvido por (SCHNELL, 2009) e adaptada para o Português do Brasil por Damásio e colaboradores (DAMÁSIO; KOLLER; SCHNELL, 2013). É composta por cinco itens que avaliam, em uma escala de cinco pontos (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente) a importância ou necessidade de desenvolvimento na vida dos sujeitos. Quanto maior os escores, maior é a importância que o indivíduo dá para a necessidade de conhecimento. Esta escala corresponde à questão Q18 do Codebook (Apêndice 1).

6.2.4. Escala de conhecimento específico sobre o TDAH (Scale for ADHD-specific knowledge (SASK))

Esta escala faz parte do “Questionário de conhecimento e atitudes específicos de professores sobre o TDAH” (*ADHD - Specific Knowledge and Attitudes of Teachers (ASKAT)*) Desenvolvida por Mulholland e colaboradores (MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015) e adaptada por mim para esta pesquisa. A validação de conteúdo foi feita por meio de três Juízes doutores, sendo dois especialistas na área e outro de área não relacionada, que avaliaram a tradução, a clareza na linguagem, a pertinência e a relevância de cada item da escala. Após compilar a avaliação dos juízes foram feitas as alterações sugeridas e todas as questões originais foram mantidas na escala.

Esta escala conta com 20 itens e corresponde à questão Q19 do Codebook (Apêndice 1) e visa avaliar o conhecimento dos professores a respeito de aspectos científicos e concepções equivocadas sobre o TDAH.

6.2.5. Escala de atitudes específicas sobre o TDAH (Scale for ADHD-specific attitudes (SASA))

Esta escala também faz parte do “Questionário de conhecimento e atitudes específicos de professores sobre o TDAH” (*ADHD-specific knowledge and attitudes of teachers*

(ASKAT)) Desenvolvida por Mulholland e colaboradores (MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015) e adaptada por mim e validada conforme descrição no item anterior.

Esta escala conta com 31 itens e corresponde à questão Q20 do Codebook (Apêndice 1) e visa avaliar as atitudes dos professores em relação ao TDAH e frente a estudantes que exibem comportamentos relacionados ao TDAH.

6.3. Amostra

Os respondentes desta pesquisa foram professoras e professores da educação básica das escolas municipais, estaduais e particulares do município de Itabaiana em Sergipe.

Para abordar os professores, foi utilizada uma combinação da amostragem de voluntários e por bola de neve (SAMPIERI *et al.*, 2013). Na abordagem de voluntários, os professores foram convidados a participar da pesquisa e, apesar de relativamente efetiva, nela há o viés de que as pessoas que respondam ao questionário são aquelas interessadas no tema. Por outro lado, esse viés é mitigado na medida em que ter interesse em um determinado tópico não implica ter conhecimento sobre ele ou mesmo ter atitudes positivas ou negativas. Na abordagem por bola de neve, foi solicitado aos respondentes voluntários que encaminhassem o link do questionário para seus colegas professores que eventualmente pudessem participar da pesquisa.

Responderam ao questionário 186 professoras e professores cujo perfil está descrito na seção 7.1.

6.4. Análise dos dados

As repostas dadas aos questionários serão analisadas estatisticamente enquadrando a análise dos dados desta pesquisa dentro da abordagem quantitativa.

Os dados descritivos do perfil dos participantes, relativos à primeira parte do instrumento de coleta de dados (questões de Q1 a Q17) são apresentados na seção 7.1.

Para testar as hipóteses apresentadas na seção 5.3, foram realizados procedimentos estatísticos compatíveis com a análise de questionários com escalas do tipo Likert, conforme descrição a seguir.

Inicialmente foram realizados o teste de adequação da amostra de Kaiser-Meyers-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. O teste KMO avalia se os dados são adequados para a análise fatorial, isto é, avalia se existem fatores válidos que podem ser extraídos dos dados. Em geral, a medida de adequação da amostra deve ser superior a 0,6 para que os dados sejam considerados ideais para a análise fatorial (GARSON, 2022). Já o teste de esfericidade de Bartlett compara a matriz de correlação oriunda dos dados das escalas é diferente de uma matriz identidade, ou seja, uma matriz na qual a correlação entre as variáveis é 0. Caso o teste de esfericidade de Bartlett não seja significativo, a matriz de correlação não é adequada para análise fatorial (GARSON, 2022). Para a realização desses testes foi utilizado pacote *psych* do R (REVELLE, 2022).

Após os procedimentos descritos acima, foi realizada a análise fatorial exploratória de cada uma das escalas. A análise fatorial exploratória visa desvelar a estrutura fatorial subjacente nos dados, ou seja, busca identificar construtos psicológicos, ou variáveis latentes, que determinam a resposta aos itens da escala (WATKINS, 2020). Inicialmente foi realizada uma análise paralela para determinar o número de variáveis latentes subjacente aos dados obtidos nas escalas. A análise fatorial paralela foi realizada utilizando o pacote *psych* (REVELLE, 2022), o pacote *paran* (DINNO, 2018) e o pacote *EFAtools* (STEINER; GRIEDER, 2020). O método de Hull também foi utilizado para a determinação do número de fatores e atualmente é considerado um dos métodos mais robustos (LORENZO-SEVA; TIMMERMAN; KIERS, 2011). Quando os métodos se mostraram conflitantes, foi utilizado aquele que mais se aproximasse do número de fatores das escalas originais. O critério do autovalor (*eigenvalue*) maior ou igual 1 também foi utilizado na decisão da quantidade de fatores a serem retidos. Determinados o número de fatores de cada escala, foi dada continuidade à análise fatorial exploratória com o pacote *lavaan* (GANA; BROCCO, 2018) que implementa o estimador “Diagonally Weighted Least Squares” (DWLS), mais adequado para variáveis ordinais como são aquelas dos itens tipo Likert. A rotação escolhida foi a *oblimin* por manter a correlação entre os fatores obtidos (DAMÁSIO, 2012). Realizada a análise fatorial, foram obtidos os escores fatoriais para cada respondente.

Vale ressaltar que para a análise fatorial de cada escala foram obtidos os índices de ajuste do modelo que indicam o quanto a estrutura fatorial proposta se ajusta aos dados. Um bom modelo tem os seguintes índices de ajuste TLI (Tucker Lewis Index) $\geq 0,95$; CFI (Comparative Fit Index) $\geq 0,95$; RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) $\leq 0,08$ sendo que a margem superior do intervalo de confiança não deve passar de 0,1; e o qui-quadrado

que testa a hipótese de que o modelo obtido se ajusta aos dados (GANA; BROCK, 2018; KLINE, 2016; PEUGH; FELDON, 2020).

Os escores obtidos serão utilizados, juntamente com as variáveis tempo de serviço e formação, para testar as hipóteses H1 a H4 por meio da modelagem de equações estruturais.

O teste de confiabilidade composta foi realizado para investigar a consistência interna de cada uma das escalas utilizadas. A confiabilidade composta foi escolhida por evitar o problema da *tau*-equivalência, ou seja, por evitar a suposição de que todos os itens têm o mesmo peso dentro da escala e por produzir indicadores mais robustos e precisos (VALENTINI *et al.*, 2016). Para o cálculo da confiabilidade composta foi utilizada uma função personalizada no R.

Por fim foi realizada a modelagem de equações estruturais que é uma técnica que envolve uma família de modelos multivariados que avaliam as relações lineares e não lineares entre as variáveis de maneira simultânea e é uma das ferramentas mais utilizadas em psicometria (CAMPOS; MORÔCO, 2017; HAUCK FILHO; LIMA-COSTA; CORTEZ, 2021). Neste trabalho será usada a técnica de modelagem de equações estruturais mais comum que contém uma parte fatorial e outra de regressão.

7. Resultados

7.1. Perfil dos respondentes

Completaram o questionário um total de 186 respondentes com média de idade de 42,19 anos ($sd=10,02$, $min=18$, $max=66$) sendo 163 do sexo feminino (87,63%).

Quanto a formação, 90 tinham somente graduação (48,38%); 85 tinham especialização (45,69%) e 4 tinham mestrado (2,68%). Somente dois respondentes tinham apenas ensino fundamental (1,07%) e 4 tinham ensino médio (2,15%). Os respondentes com somente ensino fundamental declararam ser professores da educação infantil. Um dos respondentes com somente ensino médio declarou ser professores da educação infantil, dois declararam ser professores do ensino fundamental I e um outro declarou ser professor tanto da educação infantil como do ensino fundamental I. Dentre os respondentes com graduação (180), 168 (93,33%) declararam ter cursado licenciatura. O quadro 1 resume a formação dos professores respondentes do questionário. O quadro 2 resume os cursos de especialização declarados pelos respondentes

Tabela 1. Cursos de graduação dos professores respondentes dos questionários. A soma dos percentuais é maior que 100%, pois alguns professores cursaram mais que uma graduação

Curso de Graduação	Frequência absoluta	Frequência relativa
Ciências Biológicas	16	8,88%
Educação Artística	1	0,55%
Educação Física	3	1,66%
Física	1	0,55%
Geografia	12	6,66%
História	19	10,55%
Letras	23	12,77%
Matemática	15	8,33%
Pedagogia	117	65%
Psicologia	1	0,55%
Outros	4	2,22%

Tabela 2. Cursos de Especialização dos professores respondentes dos questionários. A soma dos percentuais é maior que 100%, pois vários professores cursaram mais que uma especialização.

Curso de Especialização	Frequência absoluta	Frequência relativa
Psicopedagogia	45	52,94%
Neuropsicopedagogia	10	11,76%
Psicomotricidade	1	1,17%
Educação	29	34,11%
Educação Inclusiva	37	43,52%
Outros (Libras)	8	9,41%
Outros (Gestão Escolar)	7	8,23%
Outros (Educação Ambiental)	8	9,41%
Outros (Artes)	3	3,52%
Outros (Alfabetização)	4	4,70%
Outros (Psicologia da Aprendizagem)	2	2,35%
Outros (Saúde)	2	2,35%
Outros (ABA)	1	1,17%
Outros (Matemática)	2	2,35%

Dentre os respondentes, 183 (98,38%) declararam trabalhar em escola sendo os demais excluídos das análises estatísticas. O quadro 3, resume a função dos respondentes nas escolas. A média de experiência profissional em sala de aula foi de 14,98 anos (sd=10,26, min=1, max=40).

Tabela 3. Função dos professores respondentes dos questionários nas escolas em que trabalham.

Função	Frequência absoluta	Frequência relativa
Professora ou Professor da Educação Infantil	50	27,32%
Professora ou Professor do Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano)	77	42,07%
Professora ou Professor do Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano)	45	24,59%
Professora ou Professor do Ensino Médio	3	1,63%
Coordenadora Pedagógica/Coordenador Pedagógico	2	1,09%
Diretora/Diretor	13	7,10%
Outros (Professor de Sala de Recursos)	7	3,82%

Somente 45 (24,19%) dos respondentes declararam ter feito algum tipo de treinamento sobre TDAH. Em relação a autoavaliação do conhecimento sobre TDAH, em uma escala de 1 a 5, a média obtida foi de 2,57 (sd=1,08). Em relação à segurança para ensinar crianças com TDAH, os respondentes também fizeram uma autoavaliação em uma escala de 1 a 5 e a média obtida foi de 2,48 (sd=1,17). O quadro a seguir sumariza a frequência por nota autoatribuída.

Tabela 4. Frequência das notas autoatribuídas pelos respondentes para os itens q11 e q12.

q11. Com uma nota de 1 (um) a 5 (cinco), marque na escala abaixo como você avalia o seu conhecimento sobre TDAH?					
Nota	1	3	3	4	5
Frequência	39 (20,96%)	41 (22,04%)	74 (39,78%)	25 (13,44%)	7 (3,76%)
q12. Você se sente segura/seguro para ensinar crianças com TDAH? Dê uma nota de 1 (um) a 5 (cinco) marcando na escala abaixo:					
Nota	1	2	3	4	5
Frequência	49 (26,34%)	43 (23,11%)	58 (31,18%)	27 (14,51%)	9 (4,83%)

Em relação à presença de crianças com TDAH nas escolas, o quadro 5, abaixo, resume a repostas para as questões q13, q14 e 15.

Tabela 5. Frequência das respostas para os itens q13, q14 e q15.

q13. Na escola em que você trabalha há crianças diagnosticadas com TDAH?		
Não	Sim	Não Sei
23 (12,56%)	105 (57,37%)	55 (30,05%)
q14. Nas turmas em que você leciona/trabalha, há crianças diagnosticadas com TDAH?		
Não	Sim	Não Sei
70 (38,25%)	67 (36,61%)	46 (25,13%)
q15. Nas turmas em que você leciona/trabalha, há crianças com comportamentos do tipo TDAH?		
Não	Sim	Não Sei
26 (14,20%)	123 (67,21%)	34 (18,57%)

Em relação aos profissionais que atuam na escola e que poderiam dar suporte aos professores quanto às dificuldades de aprendizagem ou necessidades especiais dos estudantes, a distribuição das repostas por profissional está descrita no quadro 6. O psicopedagogo foi o profissional citado por 81 respondentes, sendo o mais presente nas escolas.

Tabela 6. Frequência de profissionais mencionados pelos respondentes como funcionários das escolas em que atuam.

Profissionais que atuam na escola	Frequência absoluta	Frequência relativa
Psicopedagoga(o)	81	44,26%
Psicóloga(o)	23	12,56%
Fonoaudióloga(o)	3	1,63%
Terapeuta Ocupacional	4	2,16%
Nutricionista	34	18,5%
Enfermeira(o)	13	3,27%

Em relação ao tipo de escola em que atuam, 17 (9,13%) respondentes declararam atuar em escolas privadas; 11 (5,91%) declararam atuar em escolas estaduais; e 170 (91,39%) declararam atuar em escolas municipais.

7.2. Subescala de necessidade de conhecimento

A figura 2, a seguir indica que grande parte dos participantes marcou a opção concordo e concordo totalmente para cada um dos itens. Dessa maneira é possível inferir que os professores respondentes têm alta necessidade de conhecimento, o que será evidenciado a seguir.

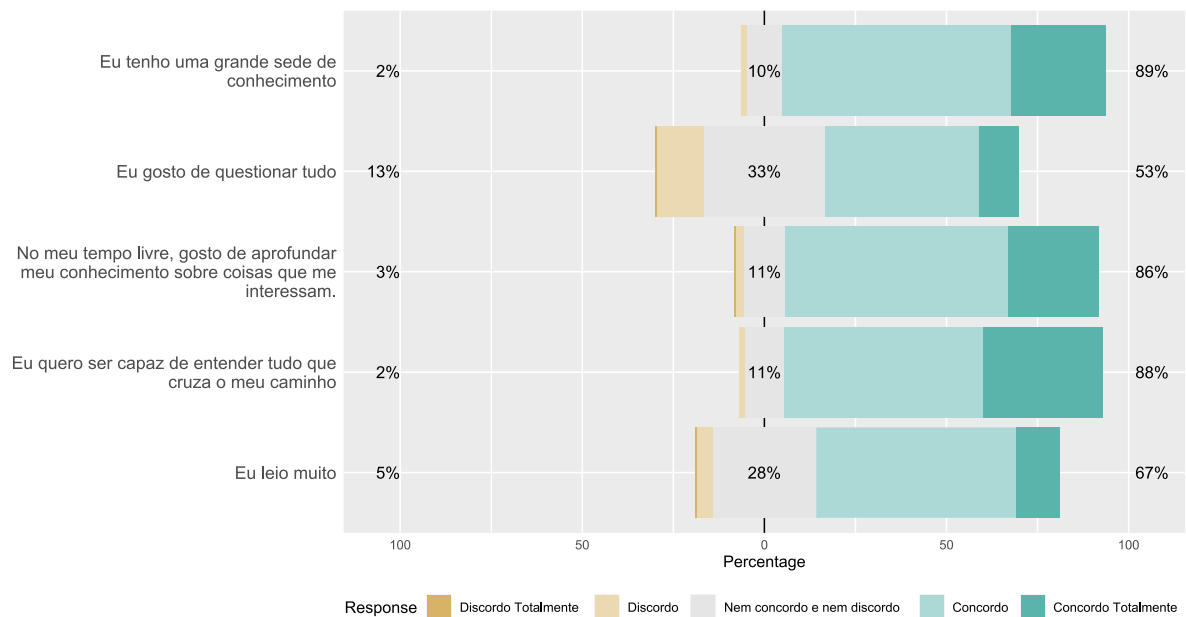


Figura 2. Distribuição de respostas para a Subescala de Necessidade de Conhecimento.
Fonte: Elaborado pela autora.

7.2.1. Análise fatorial exploratória

Os dados foram submetidos e passaram no teste de adequação da amostra de Keiser-Meyers-Olkin ($KMO = 0,8$) e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2_{(10, N=186)} = 230,48, p < 0,001$), indicando que os dados são adequados para análise fatorial.

A análise paralela evidenciou a retenção de dois fatores na subescala de necessidade de conhecimento (figura 3). Entretanto um desses fatores tem o autovalor menor que 1 e, em razão disso, foi mantido somente um fator o que está de acordo com os resultados do instrumento original (DAMÁSIO; KOLLER; SCHNELL, 2013). Além disso, o teste de Hull indicou a retenção de somente um fator (figura 4)

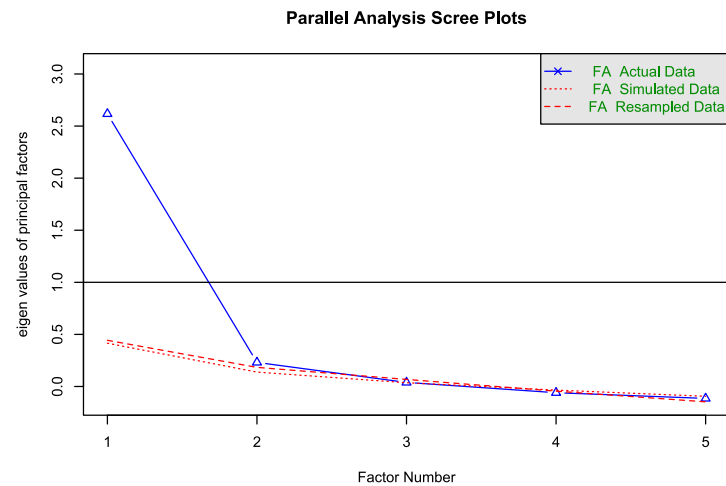


Figura 3. O Scree plot da análise paralela dos dados da Subescala de Necessidade de Conhecimento apontou uma estrutura fatorial com dois fatores. Isso é indicado pelo número de fatores da linha azul que estão acima da linha vermelha. Fonte: Elaborado pela autora.

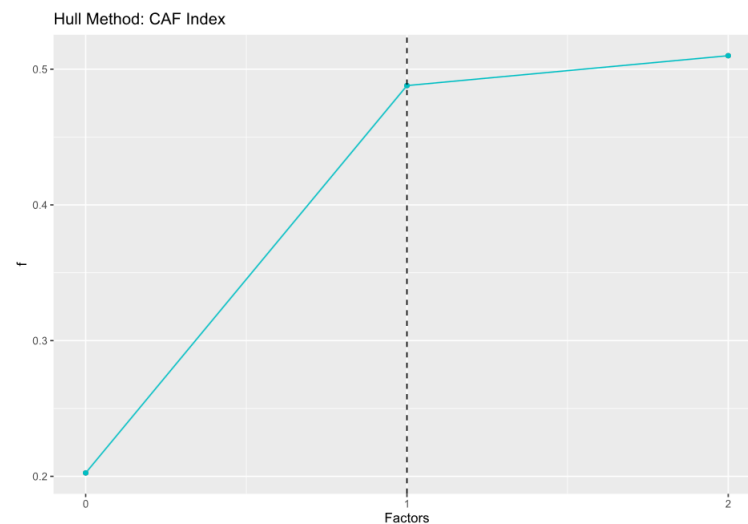


Figura 4. Gráfico do método de Hull indicando estrutura fatorial da Subescala de Necessidade de Conhecimento com um fator. Fonte: Elaborado pela autora.

A análise fatorial foi realizada utilizando uma matriz de correlação policórica, mais apropriada para dados ordinais e o estimador utilizado foi o “Minimum Rank” (SHAPIRO; TEN BERGE, 2002; TEN BERGE; KIERS, 1991). A tabela 7, a seguir, resume o resultado da análise fatorial para a subescala de necessidade de conhecimento com apenas um fator

Tabela 7. Tabela fatorial para Necessidade de Conhecimento

Item	Cargas fatoriais	Variância compartilhada (h2)	Variância específica (u)
nc1	0,783	0,613	0,387
nc2	0,705	0,497	0,503
nc3	0,732	0,535	0,465
nc4	0,798	0,636	0,364
nc5	0,656	0,431	0,569

A fidedignidade composta da subescala foi estimada como sendo de 0.855 indicando um bom grau de confiabilidade.

Para efeitos de comparação, o escore somativo de cada indivíduo foi calculado e foi feita a correlação de Pearson com os escores fatoriais. Os escores somativos é a soma do valor de cada item e são comumente usados apesar de não levar em conta a contribuição diferencial de cada item na composição do construto analisado. Foi observado que os dois escores são fortemente correlacionados, $r(184) = 0,99, p < 0,001$, o que sugere, para essa amostra que tanto os escores fatoriais como os somativos são informativos. O escore somativo variou entre os respondentes de 12 a 25 com média de 19,62 ($n=186$, $sd=2,66$). A figura 4, a seguir, mostra a densidade dos escores fatoriais e dos escores somativos.

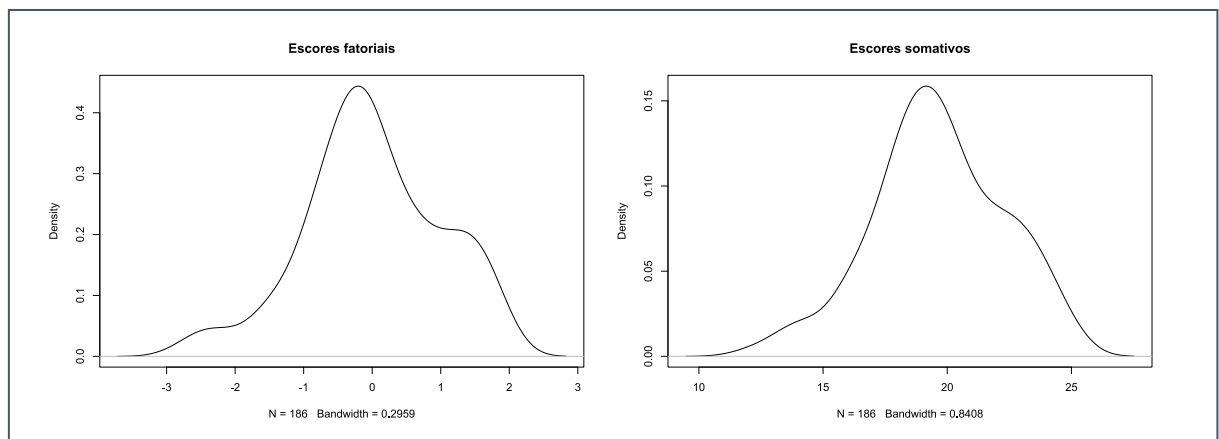
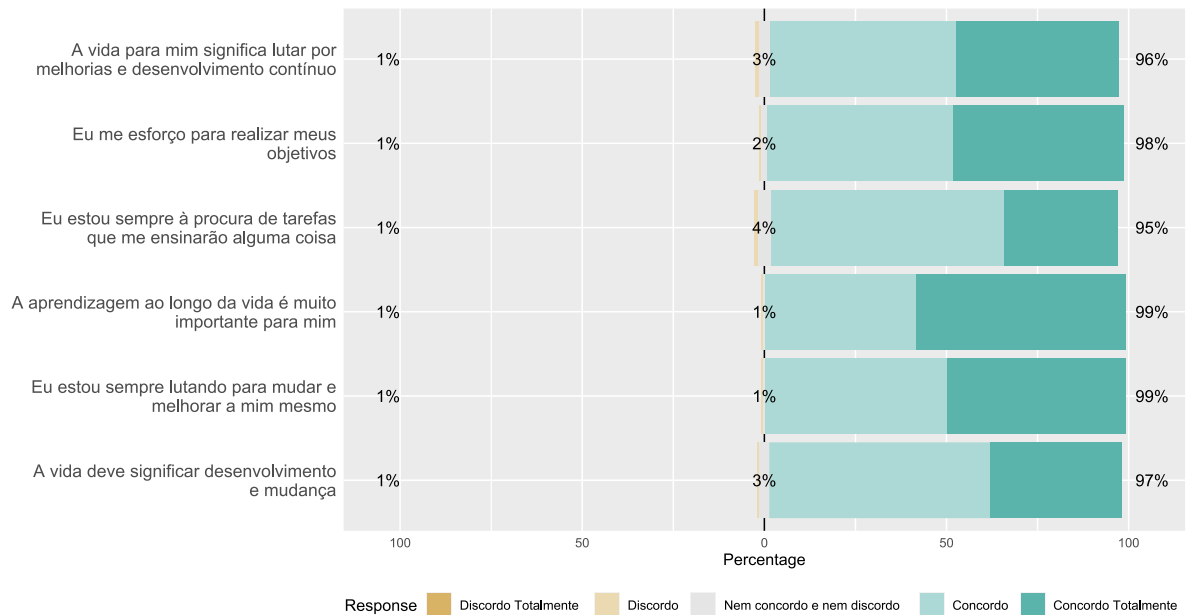


Figura 5. Gráficos de densidade utilizando os escores fatoriais (A) e os escores somativos (B). Notar a semelhança na distribuição dos escores o que é corroborado pela alta correlação entre eles.

7.3. Subescala de necessidade de desenvolvimento

Pelo exame da figura 6 é possível notar que muitos professores marcaram as opções concordo e concordo totalmente para cada um dos itens o que indicaria um alto escore de necessidade de desenvolvimento para a maioria dos respondentes.



*Figura 6. Distribuição de respostas para a Subescala de Necessidade de Desenvolvimento.
Fonte: Elaborado pela autora.*

7.3.1. Análise fatorial exploratória

Para a subescala de necessidade de desenvolvimento foi obtido o valor de 0,87 para o KMO e o teste de esfericidade de Bartlett resultou significativo ($\chi^2_{(15, N=186)} = 452,52$, $p < 0,001$) indicando que os dados são adequados para análise fatorial.

Assim como ocorreu para a subescala de necessidade de conhecimento, a análise paralela indicou a presença de dois fatores (figura 7) e da mesma maneira um desses fatores apresentou autovalor menor que 1 sendo, da mesma maneira, desconsiderado. A análise de Hull indicou a retenção de somente um fator (figura 8).

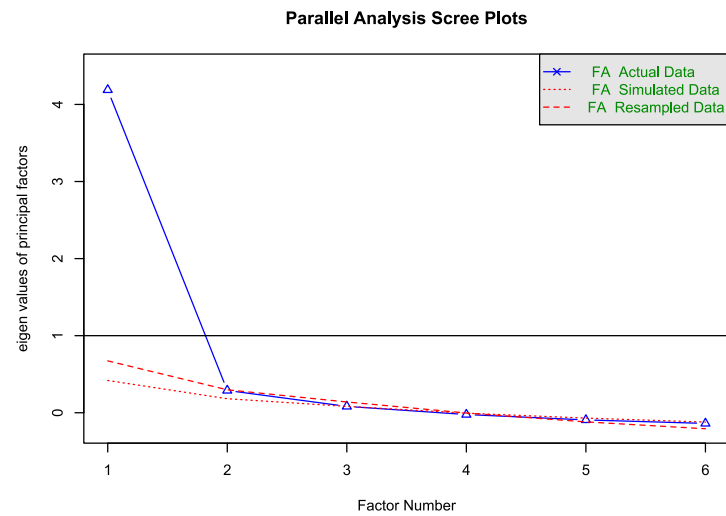


Figura 7. O Scree plot da análise paralela dos dados da Subescala de Necessidade de Desenvolvimento apontou uma estrutura fatorial com dois fatores. Isso é indicado pelo número de fatores da linha azul que estão acima da linha vermelha. Fonte: Elaborado pela autora.

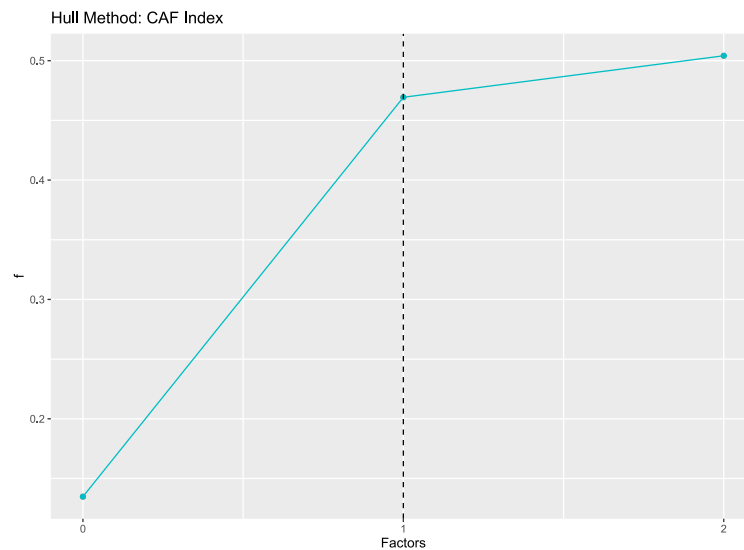


Figura 8. Gráfico do método de Hull indicando estrutura fatorial da Subescala de Necessidade de Desenvolvimento com um fator. Fonte: Elaborado pela autora.

A análise fatorial foi realizada com os mesmos parâmetros usados na análise fatorial da Subescala de Necessidade de Conhecimento. A tabela 8, a seguir, resume o resultado da análise fatorial para a Subescala de Necessidade de Desenvolvimento com apenas um fator.

Tabela 8. Tabela fatorial para Necessidade de Desenvolvimento

Item	Cargas fatoriais	Variância compartilhada (h ²)	Variância específica (u)
nd1	0.839	0.704	0.296
nd2	0.826	0.682	0.318
nd3	0.857	0.735	0.265
nd4	0.893	0.797	0.203
nd5	0.885	0.783	0.217
nd6	0.779	0.606	0.394

A fidedignidade composta da subescala foi estimada como sendo de 0.94 indicando um excelente grau de confiabilidade.

Os escores fatoriais e os escores somativos são fortemente correlacionados $r(184) = 0,99$, $p < 0,001$, sugerindo, para essa amostra, que tanto os escores fatoriais como os somativos são informativos do desempenho dos respondentes. O escore somativo variou entre os respondentes de 16 a 30 com média de 26,44 ($n=186$, $sd=2,60$). A figura 9, a seguir, mostra a densidade dos escores fatoriais e dos escores somativos.

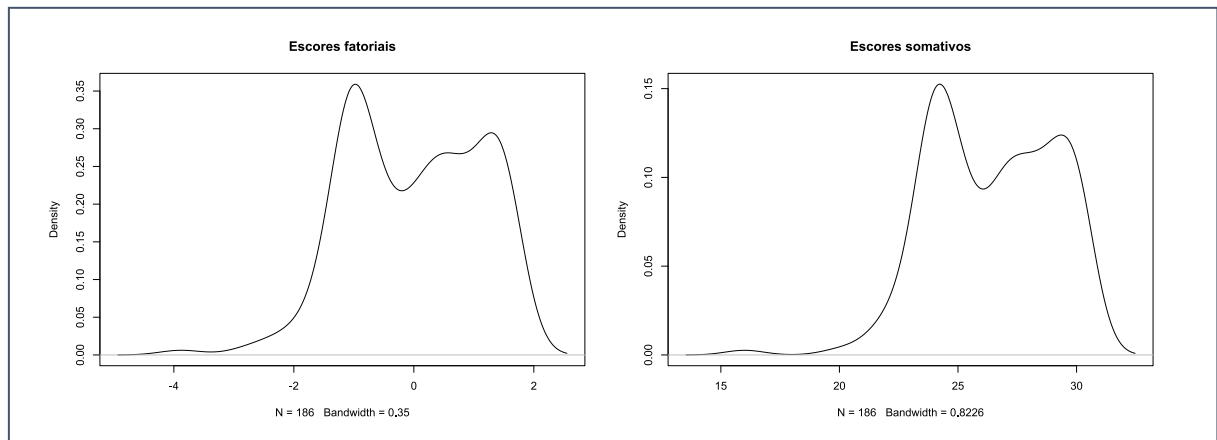


Figura 9. Gráficos de densidade utilizando os escores fatoriais (A) e os escores somativos (B). Notar a semelhança na distribuição dos escores o que é corroborado pela alta correlação entre eles.

7.4. Escala de conhecimento específico sobre o TDAH (SASK)

A figura 10, a seguir mostra a distribuição do grau de concordância dos respondentes com cada um dos itens. Como será discutido adiante, para esta escala foram identificadas duas subescalas.

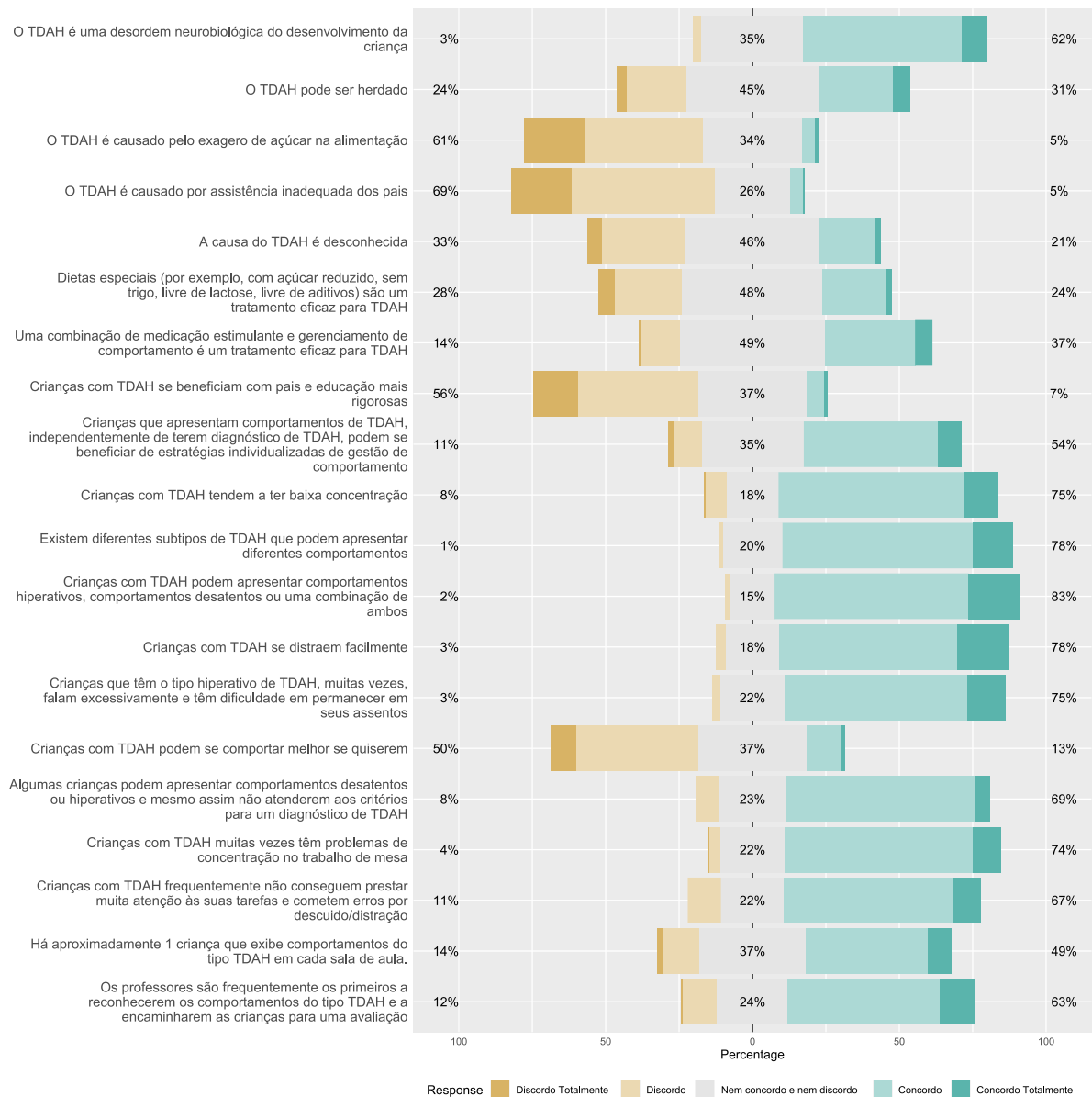


Figura 10. Distribuição de respostas para a Escala de Conhecimentos Específicos sobre o TDAH (SASK). Fonte: Elaborado pela autora.

7.4.1. Análise fatorial exploratória

Para a Escala de conhecimento específico sobre o TDAH foi obtivo o valor de 0,85 para o KMO e o teste de esfericidade de Bartlett resultou significativo ($\chi^2_{(190, N=186)} = 1104,53$, $p < 0,001$) indicando que os dados são adequados para análise fatorial.

A análise paralela indicou a presença de dois fatores (figura 11) e o método de Hull indicou a retenção de somente um fator (figura 12).

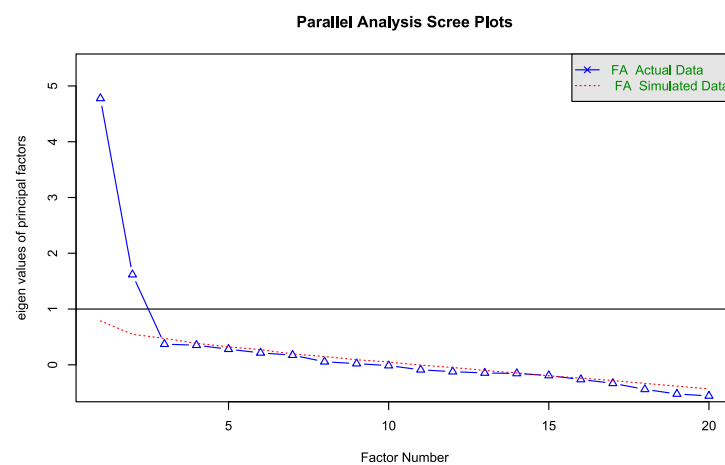


Figura 11. O Scree plot da análise paralela dos dados da Escala de Conhecimento Específico sobre o TDAH apontou uma estrutura fatorial com dois fatores. Isso é indicado pelo número de fatores da linha azul que estão acima da linha vermelha. Fonte: Elaborado pela autora.

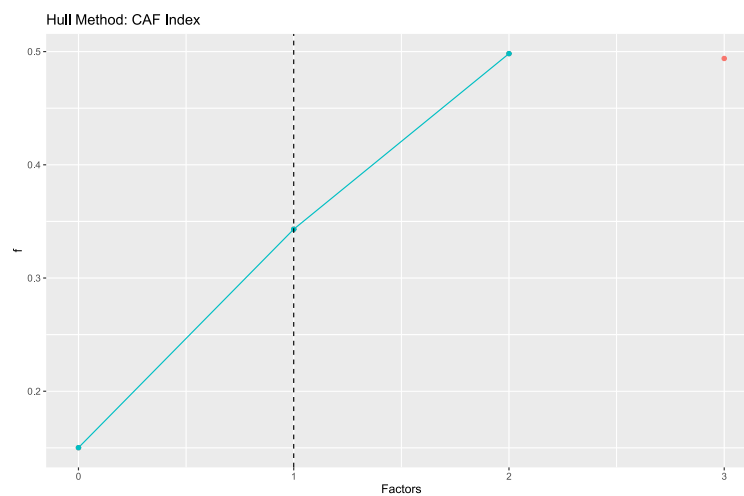


Figura 12. O método de Hull indicou uma estrutura fatorial com somente um fator como sendo a ideal. Todavia, como pode ser visto no gráfico, uma estrutura fatorial com dois fatores também seria plausível. Fonte: Elaborado pela autora.

A escala original desenvolvida pelas pesquisadoras australianas foi aplicada com duas versões de respostas. Em uma delas (MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015), as opções de respostas disponíveis eram “Concordo”, “Discordo” e “Eu não sei” o que foi modificado, em trabalhos posteriores para “Verdadeiro” e “Falso” (MULHOLLAND, 2016). Neste trabalho a escala foi adaptada utilizando uma escala de Likert com itens de cinco pontos (Discordo Totalmente, Discordo, Nem Concordo e nem Discordo, Concordo e Concordo Totalmente).

Em virtude do conflito entre a análise paralela e a análise de Hull, três modelos fatoriais foram testados com um, dois e três fatores. A tabela 9, abaixo, apresenta os valores de TLI, RMSEA, BIC e a variância explicada para cada modelo fatorial.

Tabela 9. Índices de ajuste para três diferentes modelos fatoriais para a Escala de Conhecimento Específico sobre o TDAH

Modelo	TLI	RMSEA	BIC	Variância explicada
1 fator	0,725	0,084 (0,073-0,095)	-494,73	0,25
2 fatores	0,913	0,047 (0,032-0,061)	-527,36	0,36
3 fatores	0,916	0,046 (0,029-0,062)	508,76	0,40

Tanto os modelos de dois e três fatores tiveram um valor de TLI aceitável, diferentemente do modelo com um fator. O mesmo ocorreu com os valores de RMSEA e seus intervalos de confiança superiores. Todavia o índice de ajuste usado para decidir sobre um modelo é o BIC de menor valor (BROWN, 2015) e, nesse caso, o modelo com dois fatores foi o escolhido.

A análise fatorial foi realizada mantendo-se os parâmetros anteriores e o resultado pode ser observado na tabela 10, a seguir.

Tabela 10. Resultado da Análise fatorial para SASK, evidenciando uma estrutura com dois fatores

Item	Cargas fatoriais F1	Cargas fatoriais F2	Variância	
			Compartilhada	Variância específica
sask1	0,637	-0,046	0,411	0,589
sask2	0,371	0,219	0,177	0,823
sask3	-0,075	0,660	0,447	0,553
sask4	-0,104	0,705	0,515	0,485
sask5	0,087	0,301	0,095	0,905
sask6	0,207	0,622	0,416	0,584
sask7	0,396	0,178	0,181	0,819
sask8	-0,019	0,575	0,332	0,668
sask9	0,467	0,198	0,247	0,753
sask10	0,747	0,093	0,559	0,441
sask11	0,681	-0,144	0,495	0,505
sask12	0,742	-0,102	0,569	0,431
sask13	0,759	-0,093	0,593	0,407
sask14	0,736	-0,040	0,547	0,453
sask15	-0,049	0,509	0,264	0,736
sask16	0,300	-0,066	0,096	0,904
sask17	0,641	0,054	0,410	0,590
sask18	0,700	0,098	0,492	0,508
sask19	0,358	0,213	0,165	0,835
sask20	0,492	0,084	0,245	0,755

É possível observar na tabela 10 que vários itens têm cargas fatoriais baixas bem como baixa variância compartilhada. Possivelmente os índices de ajuste melhorem com a remoção de alguns destes itens, mas, por outro lado, isso descaracterizaria muito a escala original. O mais indicado, nesse caso, seria o aumento do tamanho amostral.

A fidedignidade composta obtida para o fator SASK-F1 1 foi de 0,88 (boa) e para o fator SASK-F2 foi de 0,74 (aceitável).

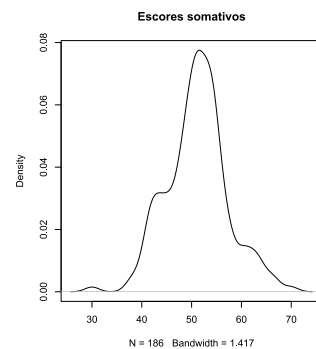
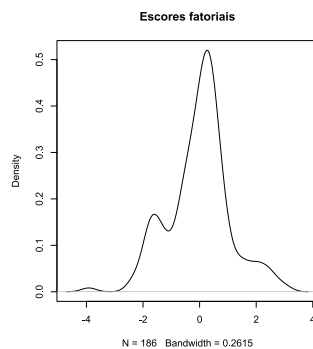
Os escores fatoriais e somativos do fator SASK-F1 e do fator SASK-F2 são fortemente correlacionado com valores de $r_{(184)} = 0,97$, $p < 0,001$ e $r_{(184)} = 0,96$, $p < 0,001$, respectivamente.

A tabela 11, a seguir, resume as estatísticas descritivas para a Escala de Conhecimentos Específicos sobre o TDAH. A figura 13 mostra a densidade dos escores fatoriais e dos escores somativos para os dois fatores.

Tabela 11. Estatísticas descritivas para os escores somativos dos dois fatores da Escala de conhecimentos específicos sobre o TDAH

Fator	Mín - Max da escala	Médias	Desvio padrão	Mediana	Mínimo observado	Máximo observado
SASK-F1	14 - 70	51,16	6,18	51	30	70
SASK-F2	6 - 30	15,10	3,17	17	7	30

SASK-F1



SASK-F2

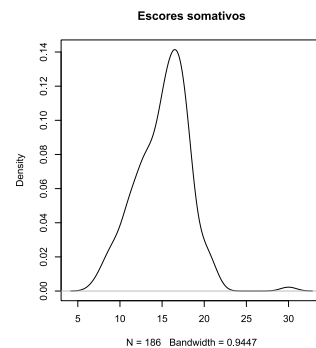
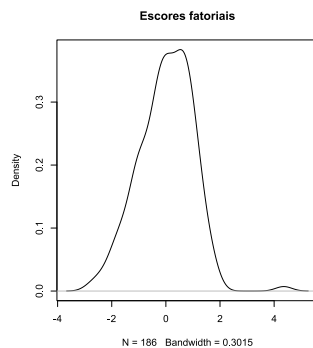


Figura 13. Gráficos de densidade utilizando para os escores fatoriais (A e C) e para os escores somativos (B e D) dos fatores SASK-F1 e SASK-F2.

Na tabela 12, a seguir, é possível observar a distribuição dos itens por fator. É importante destacar que a subescala SASK-F1 é direta (positiva) enquanto a escala SASK-F2 é invertida (negativa), ou seja, nesta escala altos escores indicam baixo conhecimento sobre o TDAH.

Tabela 12. Fatores obtidos a partir da Escala de Conhecimento Específico sobre o TDAH, seus respectivos itens e cargas fatoriais

Fator	Item	Carga fatorial
SASK-F1	(sask1) O TDAH é uma desordem neurobiológica do desenvolvimento da criança	0,637
	(sask2) O TDAH pode ser herdado	0,371
	(sask7) Uma combinação de medicação estimulante e gerenciamento de comportamento é um tratamento eficaz para TDAH	0,396
	(sask9) Crianças que apresentam comportamentos de TDAH, independentemente de terem diagnóstico de TDAH, podem se beneficiar de estratégias individualizadas de gestão de comportamento	0,467
	(sask10) Crianças com TDAH tendem a ter baixa concentração	0,747
	(Sask11) Existem diferentes subtipos de TDAH que podem apresentar diferentes comportamentos	0,681
	(sask12) Crianças com TDAH podem apresentar comportamentos hiperativos, comportamentos desatentos ou uma combinação de ambos	0,742
	(sask13) Crianças com TDAH se distraem facilmente	0,759
	(sask14) Crianças que têm o tipo hiperativo de TDAH, muitas vezes, falam excessivamente e têm dificuldade em permanecer em seus assentos	0,736
	(sask16) Algumas crianças podem apresentar comportamentos desatentos ou hiperativos e mesmo assim não atenderem aos critérios para um diagnóstico de TDAH	0,300
	(sask17) Crianças com TDAH muitas vezes têm problemas de concentração no trabalho de mesa	0,641
	(sask18) Crianças com TDAH frequentemente não conseguem prestar muita atenção às suas tarefas e cometem erros por descuido/distração	0,700
	(sask19) Há aproximadamente 1 criança que exibe comportamentos do tipo TDAH em cada sala de aula.	0,358
	(sask20) Os professores são frequentemente os primeiros a reconhecerem os comportamentos do tipo TDAH e a encaminharem as crianças para uma avaliação	0,492
SASK-F2	(sask3) O TDAH é causado pelo exagero de açúcar na alimentação	0,660
	(sask4) O TDAH é causado por assistência inadequada dos pais	0,705
	(sask5) A causa do TDAH é desconhecida	0,301
	(sask6) Dietas especiais (por exemplo, com açúcar reduzido, sem trigo, livre de lactose, livre de aditivos) são um tratamento eficaz para TDAH	0,622
	(sask8) Crianças com TDAH se beneficiam com pais e educação mais rigorosas	0,575
	(sask15) Crianças com TDAH podem se comportar melhor se quiserem	0,509

7.5. Escalas de atitudes específicas sobre o TDAH (SASA)

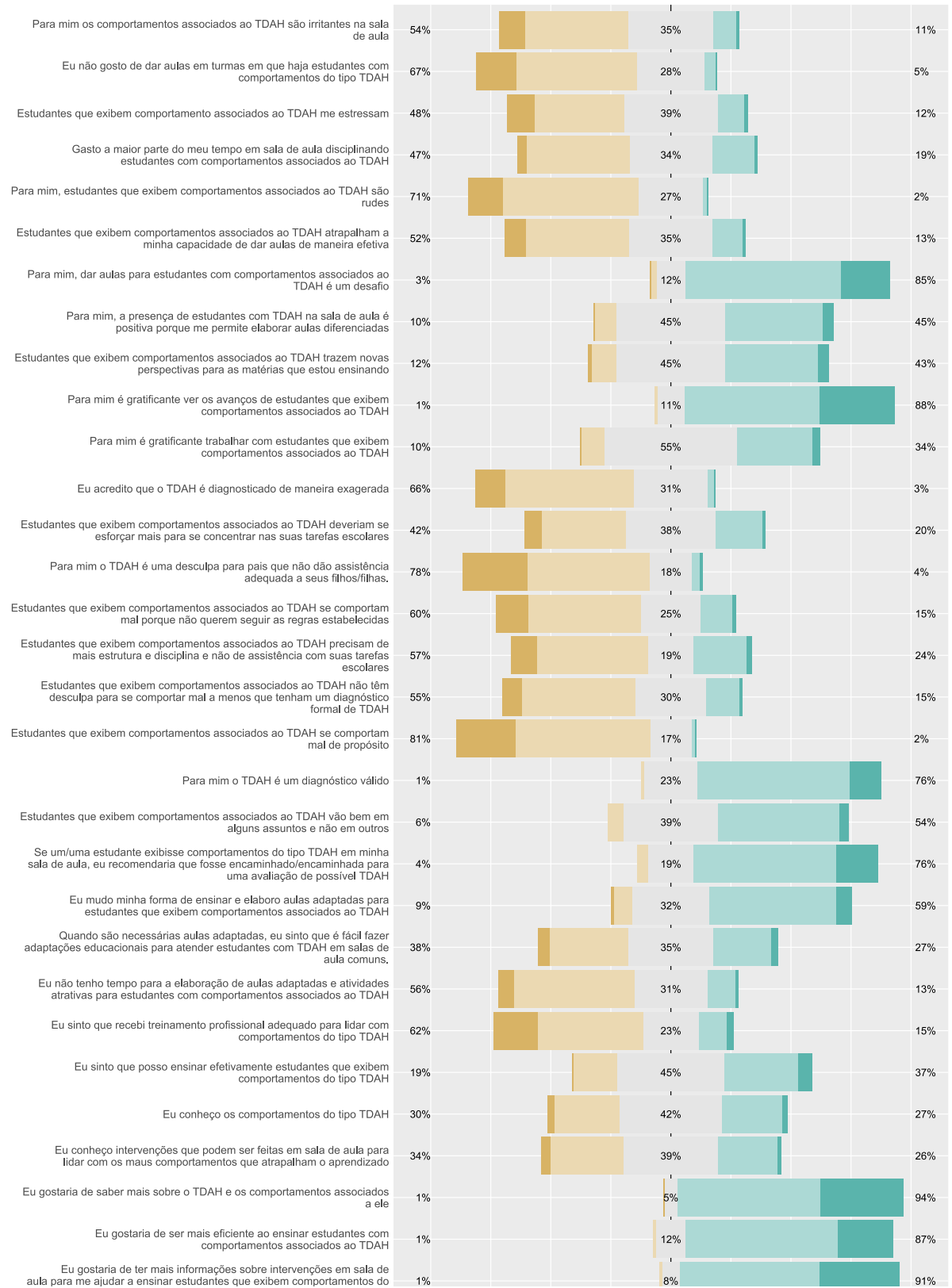


Figura 14. Distribuição de respostas para a Escala de Atitudes Específicas sobre o TDAH (SASA). Fonte: Elaborado pela autora.

7.5.1. Análise fatorial exploratória

Para a Escala de Atitudes Específicas sobre o TDAH foi obtido o valor de 0,83 para o KMO e o teste de esfericidade de Bartlett resultou significativo ($\chi^2_{(465, N=186)} = 2217$, $p < 0,001$) indicando que os dados são adequados para análise fatorial.

A análise paralela indicou a presença de quatro fatores (figura 15) e o método de Hull também indicou a retenção de quatro fatores (figura 16), diferentemente da pesquisa original que apontou uma estrutura fatorial de cinco fatores (MULHOLLAND, 2016).

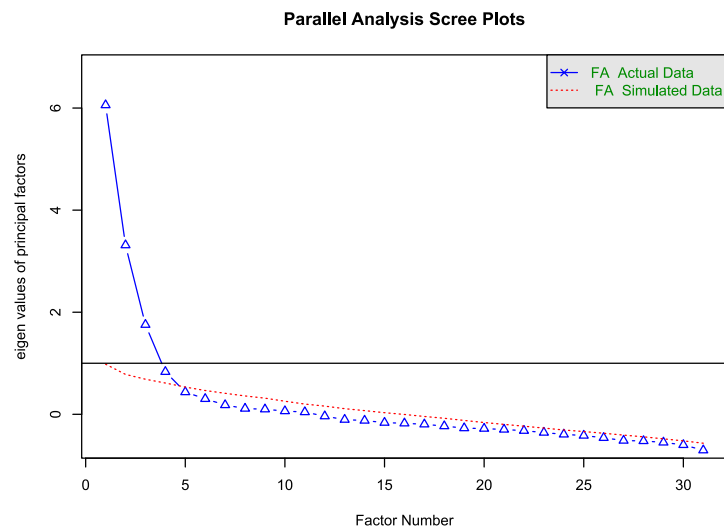


Figura 15. O Scree plot da análise paralela dos dados da Escala de Atitudes Específicas sobre o TDAH com estrutura fatorial com quatros fatores. Fonte: Elaborado pela autora.

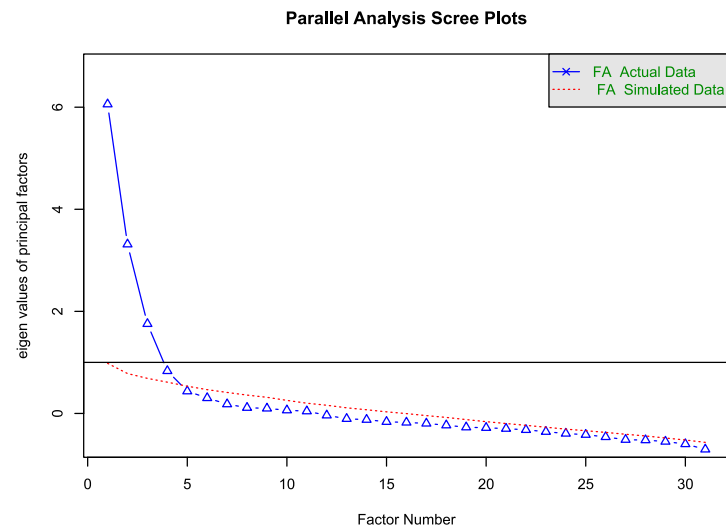


Figura 16. O método de Hull indicou uma estrutura fatorial com quatro fatores. Fonte: Elaborado pela autora.

A análise fatorial foi realizada com a retenção de quatro fatores e de cinco fatores, para efeitos de comparação e mantendo-se os parâmetros anteriores, e o resultado pode ser observado na tabela 13, abaixo.

Tabela 13. Índices de ajuste para dois modelos fatoriais para a Escala de Atitudes Específicas sobre o TDAH.

Modelo	TLI	RMSEA	BIC	Variância explicada
4 fatores	0,682	0,104 (0,098-0,112)	-760,28	0,55
5 fatores	0,681	0,104 (0,097-0,112)	-701,52	0,58

Tanto o modelo de quatro fatores como o modelo de cinco fatores apresentaram TLI e CFI inadequados. Tendo como critério o BIC de menor valor (BROWN, 2015), o modelo com quatro fatores foi o escolhido para dar prosseguimento à análise fatorial

A análise fatorial foi realizada mantendo-se os parâmetros anteriores e o resultado pode ser observado na tabela 14, a seguir.

Tabela 14. Resultado da Análise fatorial para SASA, evidenciando uma estrutura com quatro fatores

Item	SASA-F1	SASA-F2	SASA-F3	SASA-F4	Variância compartilhada (h ²)	Variância específica (u)
sasa1	0,300	0,039	-0,067	0,599	0,548	0,452
sasa2	0,182	-0,118	-0,094	0,701	0,685	0,315
sasa3	0,036	-0,004	0,106	0,768	0,597	0,403
sasa4	0,207	0,046	0,392	0,461	0,422	0,578
sasa5	0,586	-0,119	-0,112	0,257	0,579	0,421
sasa6	0,231	-0,011	0,074	0,721	0,668	0,332
sasa7	0,012	0,736	-0,072	0,147	0,509	0,491
sasa8	0,227	0,320	0,379	-0,460	0,564	0,436
sasa9	0,106	0,344	0,384	-0,085	0,323	0,677
sasa10	-0,071	0,563	0,262	-0,214	0,574	0,426
sasa11	0,141	0,325	0,495	-0,416	0,654	0,346
sasa12	0,550	-0,193	0,135	0,080	0,470	0,530
sasa13	0,753	0,196	-0,043	0,131	0,566	0,434
sasa14	0,628	-0,233	0,060	0,036	0,570	0,430
sasa15	0,754	-0,022	0,022	0,004	0,585	0,415
sasa16	0,540	0,048	0,030	0,200	0,378	0,622
sasa17	0,761	0,061	0,117	0,000	0,587	0,413
sasa18	0,747	-0,111	-0,022	0,192	0,751	0,249
sasa19	-0,428	0,499	0,272	0,311	0,594	0,406
sasa20	-0,122	0,168	0,408	0,130	0,216	0,784
sasa21	-0,149	0,496	0,302	0,031	0,430	0,570
sasa22	0,059	0,090	0,630	-0,101	0,458	0,542
sasa23	0,244	-0,202	0,623	-0,104	0,524	0,476
sasa24	0,108	-0,009	-0,111	0,654	0,514	0,486
sasa25	0,129	-0,346	0,713	-0,096	0,632	0,368
sasa26	0,042	-0,021	0,575	-0,135	0,372	0,628
sasa27	-0,235	0,038	0,819	0,198	0,663	0,337
sasa28	0,073	-0,043	0,656	0,036	0,439	0,561
sasa29	-0,018	0,753	-0,014	-0,209	0,681	0,319
sasa30	-0,051	0,836	-0,079	0,029	0,709	0,291
sasa31	0,023	0,862	-0,125	-0,072	0,742	0,258

Como é possível observar na tabela 14, vários itens apresentaram cargas cruzadas o que justificaria os baixos índices de ajustes obtidos na tabela 5. Diante disso foram realizadas novas análise fatorial seguindo os seguintes critérios: 1) eliminação dos itens que possuem cargas cruzadas em três fatores; 2) eliminação de itens com cargas cruzadas em torno de entre 0,300 e 0,399 e; 3) remoção de todos os itens com cargas cruzadas.

Durante as novas análises fatoriais tanto o KMO quanto o teste de esfericidade de Bartlett se mantiveram adequados sendo de 0,83 e $\chi^2_{(276, N=186)} = 1594.91$, $p < 0,001$,

respectivamente, que para a última análise. Após a remoção dos itens sasa4, sasa8, sasa10, sasa11, sasa9, sasa19 e sasa21, tanto a análise paralela quanto o teste de Hull indicaram a retenção de 4 fatores. A tabela 15, a seguir, mostra o resultado da análise fatorial.

Tabela 15. Resultado da Análise fatorial para SASA, evidenciando uma estrutura com quatro fatores, após a eliminação de itens.

Item	SASA-F1	SASA-F2	SASA-F3	SASA-F4	Variância Compartilhada (h ²)	Variância Específica (u)
sasa1	0,210	0,664	-0,054	0,032	0,597	0,403
sasa2	0,037	0,795	-0,084	-0,153	0,764	0,236
sasa3	-0,031	0,764	0,113	0,016	0,549	0,451
sasa5	0,581	0,215	-0,163	-0,147	0,596	0,404
sasa6	0,132	0,755	0,075	-0,024	0,675	0,325
sasa7	-0,053	0,152	0,016	0,633	0,400	0,600
sasa12	0,507	0,084	0,097	-0,205	0,444	0,556
sasa13	0,731	0,123	0,002	0,205	0,548	0,452
sasa14	0,635	0,032	0,061	-0,195	0,564	0,436
sasa15	0,854	-0,067	0,011	0,033	0,670	0,330
sasa16	0,502	0,190	-0,017	-0,004	0,368	0,632
sasa17	0,723	0,001	0,121	0,053	0,537	0,463
sasa18	0,748	0,173	-0,034	-0,081	0,750	0,250
sasa20	-0,199	0,218	0,453	0,172	0,245	0,755
sasa22	0,055	-0,087	0,710	0,142	0,560	0,440
sasa23	0,256	-0,115	0,595	-0,167	0,514	0,486
sasa24	0,071	0,608	-0,119	-0,019	0,448	0,552
sasa25	0,196	-0,162	0,654	-0,297	0,631	0,369
sasa26	-0,005	-0,040	0,628	0,028	0,404	0,596
sasa27	-0,213	0,172	0,760	0,091	0,560	0,440
sasa28	0,062	0,042	0,680	-0,002	0,475	0,525
sasa29	0,036	-0,212	0,057	0,787	0,723	0,277
sasa30	-0,055	0,032	-0,003	0,809	0,678	0,322
sasa31	0,040	-0,036	-0,025	0,926	0,847	0,153

Fidedignidade composta para os fatores SASA-F1, SASA-F2, SASA-F3 e SASA-F4 foram, respectivamente, de 0,86, 0,84, 0,83 e 0,87 sendo consideradas boas. A correlação entre os escores fatoriais e os escores somativos para os fatores SASA-F1, SASA-F2, SASA-F3 e SASA-F4 fora, respectivamente, de 0,98, 0,98, 0,99 e 0,97, todos com $p < 0,001$, indicando que tanto os escores fatoriais como os escores somativos podem ser utilizados nas análises estatísticas.

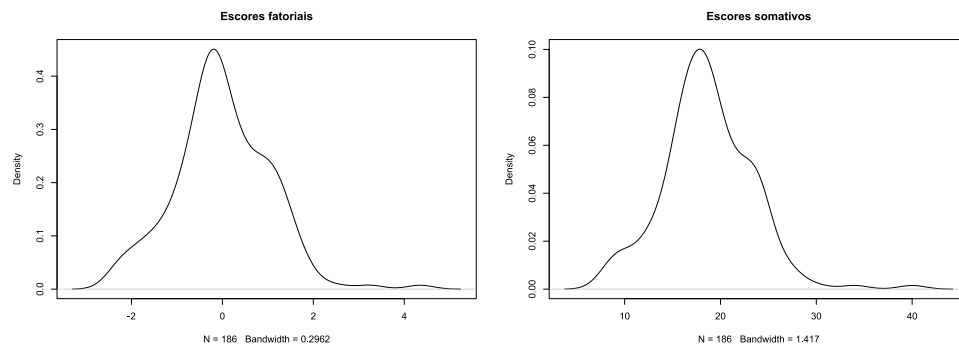
A tabela 16, a seguir, resume as estatísticas descritivas para os escores somativos, figura 17 apresenta os gráficos de densidade e a tabela 17 apresenta a distribuição dos itens da Escala de Atitudes Específicas sobre o TDAH, versão final, por fator.

Tabela 16. Estatísticas descritivas para os quatro fatores da Escala de Atitudes específicas sobre o TDAH

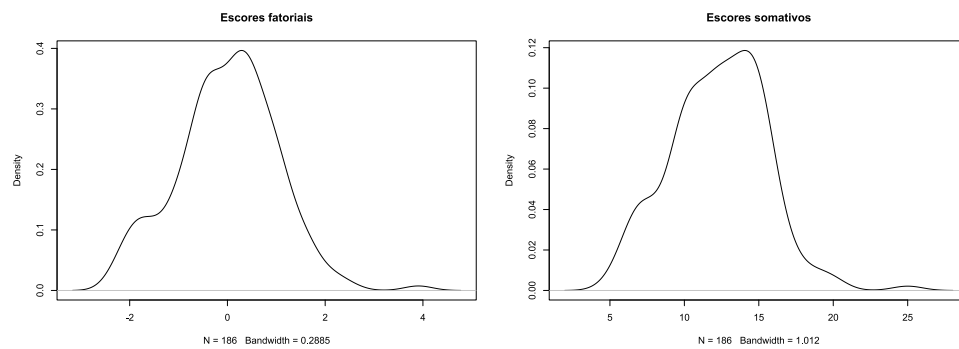
Fator	Mín - Max da escala	Médias	Desvio padrão	Mediana	Mínimo observado	Máximo observado
SASA-F1	8 - 40	18,87	4,65	18	8	40
SASA-F2	5 - 25	12,29	3,20	12	5	25
SASA-F3	7 - 35	21,41	3,79	21	12	35
SASA-F4	4 - 20	16,62	1,93	16	12	20

Na tabela 17 é possível inferir a direção das subescalas obtidas na análise fatorial. As subescalas SASA-F1 e SASA-F2 são invertidos (negativo) indicando que altos escores indicam atitudes negativas em relação ao TDAH. Já as subescalas SASA-F3 e SASA-F4, são escalas diretas (positivas) e, neste caso, altos escores indicar atitudes positivas em relação ao TDAH.

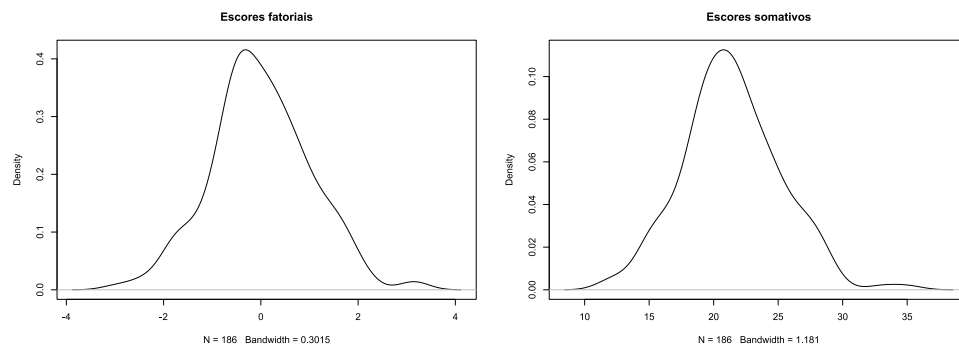
SASA-F1



SASA-F2



SASA-F3



SASA-F4

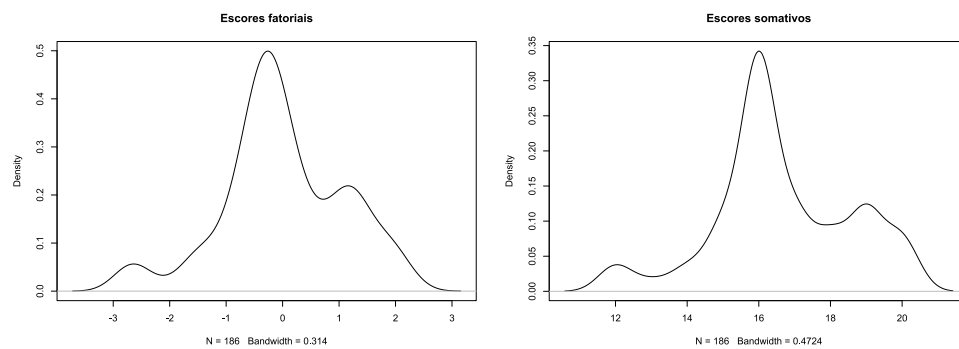


Figura 17. Gráficos de densidade utilizando para os escores fatoriais (A, C, E e G) e para os escores somativos (B, D, F e H) dos SASA-F1, SASA-F2, SASA-F3 e SASA-F4.

Tabela 17. Fatores obtidos a partir da Escala de Atitudes Específicas sobre o TDAH, seus respectivos itens e cargas fatoriais

Fator	Item	Carga fatorial
SASA-F1	(sasa5) Para mim, estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH são rudes.	0,581
	(sasa12) Eu acredito que o TDAH é diagnosticado de maneira exagerada.	0,507
	(sasa13) Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH deveriam se esforçar mais para se concentrar nas suas tarefas escolares.	0,731
	(sasa14) Para mim o TDAH é uma desculpa para pais que não dão assistência adequada a seus filhos/filhas.	0,635
	(sasa15) Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH se comportam mal porque não querem seguir as regras estabelecidas.	0,854
	(sasa16) Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH precisam de mais estrutura e disciplina e não de assistência com suas tarefas escolares.	0,502
	(sasa17) Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH não têm desculpa para se comportar mal a menos que tenham um diagnóstico formal de TDAH.	0,723
	(sasa18) Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH se comportam mal de propósito.	0,748
SASA-F2	(sasa1) Para mim os comportamentos associados ao TDAH são irritantes na sala de aula	0,664
	(sasa2) Eu não gosto de dar aulas em turmas em que haja estudantes com comportamentos do tipo TDAH	0,795
	(sasa3) Estudantes que exibem comportamento associados ao TDAH me estressam	0,764
	(sasa6) Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH atrapalham a minha capacidade de dar aulas de maneira efetiva	0,755
	(sasa24) Eu não tenho tempo para a elaboração de aulas adaptadas e atividades atrativas para estudantes com comportamentos associados ao TDAH	0,608
SASA-F3	(sasa20) Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH vão bem em alguns assuntos e não em outros	0,453
	(sasa22) Eu mudo minha forma de ensinar e elaboro aulas adaptadas para estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH	0,710
	(sasa23) Quando são necessárias aulas adaptadas, eu sinto que é fácil fazer adaptações educacionais para atender estudantes com TDAH em salas de aula comuns.	0,595
	(sasa25) Eu sinto que recebi treinamento profissional adequado para lidar com comportamentos do tipo TDAH	0,654
	(sasa26) Eu sinto que posso ensinar efetivamente estudantes que exibem comportamentos do tipo TDAH	0,628
	(sasa27) Eu conheço os comportamentos do tipo TDAH	0,760
	(sasa28) Eu conheço intervenções que podem ser feitas em sala de aula para lidar com os maus comportamentos que atrapalham o aprendizado	0,680
SASA-F3	(sasa7) Para mim, dar aulas para estudantes com comportamentos associados ao TDAH é um desafio	0,633
	(sasa29) Eu gostaria de saber mais sobre o TDAH e os comportamentos associados a ele	0,787
	(sasa30) Eu gostaria de ser mais eficiente ao ensinar estudantes com comportamentos associados ao TDAH	0,809
	(sasa31) Eu gostaria de ter mais informações sobre intervenções em sala de aula para me ajudar a ensinar estudantes que exibem comportamentos do tipo TDAH	0,926

7.6. Modelos estruturais

Nesta seção serão apresentados os modelos estruturais para os quatro fatores da Escala de Atitudes específicas sobre o TDAH. Em cada modelo será testada a influência das variáveis latentes Necessidade de Conhecimento (NC), Necessidade de Desenvolvimento (ND), SASK-F1 (Conhecimento Aceito), SASK-F2 (Conhecimento Ingênuo), maior formação (q3), realização de cursos sobre o TDAH, autorrelato de conhecimento (q11) e autorrelato de segurança para ensinar crianças com TDAH (q12).

7.6.1. SASA-F1

Os índices de ajuste para o modelo estrutural da subescala SASA-F1 foram TLI = 0,971 e CFI=0,966. O RMSEA obtido foi de 0,062 com limite superior do IC 90% de 0,067. Porém o modelo não passou no teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(844 \text{ N}=186)} = 1436,883, p<0,001$).

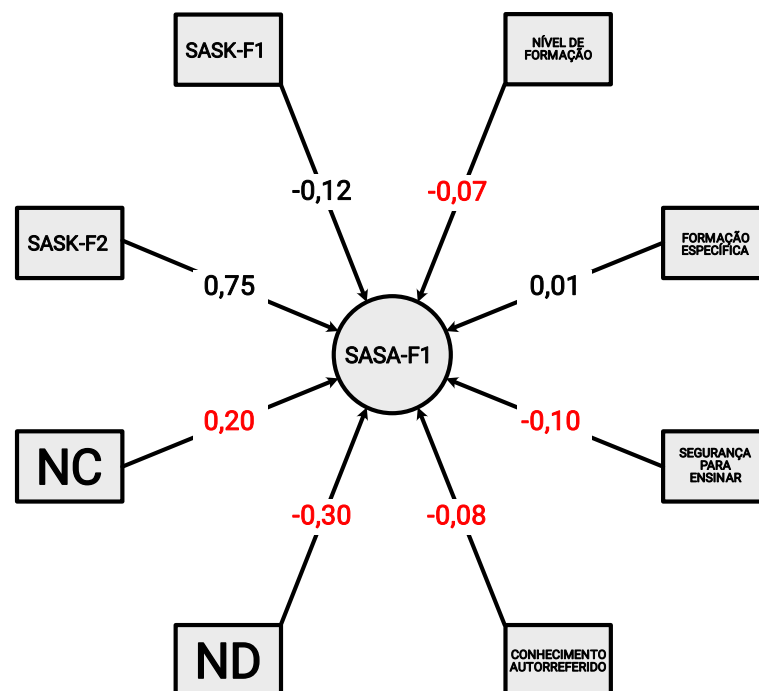


Figura 18. Modelo Estrutural para SASA-F1. Os valores em vermelho não são estatisticamente significativos

A subescala SASA-F1 é uma escala invertida (negativa) e engloba itens relacionados a **atitudes negativas em relação ao TDAH** (tabela 17). Dessa maneira, altos

escores nessa escala indicam atitudes negativas. SASA-F1 foi significativamente impactada por SASK-F1, SASK-F2 e Formação Específica (figura 18). Em relação a esta última variável, o impacto foi muito pequeno e poderia ser atribuído a erro amostral uma vez que há uma grande quantidade de professores com algum tipo de especialização em psicopedagogia e educação inclusiva enquanto o número de professores sem especialização em áreas específicas que lidam com distúrbios de aprendizagem e do desenvolvimento é relativamente pequeno.

A subescala SASK-F1 inclui itens que avaliam o conhecimento aceito pela comunidade de especialistas em TDAH. Escores altos indicam bom conhecimento. Por outro lado, a subescala SASK-F2 inclui itens que avaliam o conhecimento ingênuo ou equivocado dos respondentes de maneira que altos escores indicam conhecimento inadequado.

SASK-F1 impacta SASA-F1 de maneira negativa, ou seja, professores que possuem conhecimento adequado sobre o TDAH tendem a ter atitudes ligeiramente mais positivas em relação ao TDAH e aos estudantes com TDAH. Já SASK-F2 tem um grande impacto sobre SASA-F1 sugerindo que o predomínio de concepções ingênuas ou de senso comum levam a atitudes negativas em relação ao TDAH e aos estudantes com TDAH (figura 18, tabela 18).

Tabela 18. Tabela de regressão para SASA-F1

SASA-F1~						
	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)	Std.lv	Std.all
SASKF1	-0,133	0,027	-4,994	0,000	-0,121	-0,121
SASKF2	1,076	0,096	11,189	0,000	0,754	0,754
NC	0,181	0,152	1,192	0,233	0,191	0,191
ND	-0,284	0,145	-1,953	0,051	-0,300	-0,300
q3	-0,086	0,053	-1,615	0,106	-0,113	-0,072
q11	-0,055	0,045	-1,216	0,224	-0,072	-0,078
q12	-0,067	0,042	-1,596	0,111	-0,088	-0,103
espec	0,177	0,079	2,229	0,026	0,233	0,098

7.6.2. SASA-F2

Os índices de ajuste para o modelo estrutural da subescala SASA-F2 foram TLI = 0,974 e CFI=0,971. O RMSEA obtido foi de 0,056 com limite superior do IC 90% de 0,062. Porém o modelo não passou no teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(724 N=186)} = 1142,013, p<0,001$)

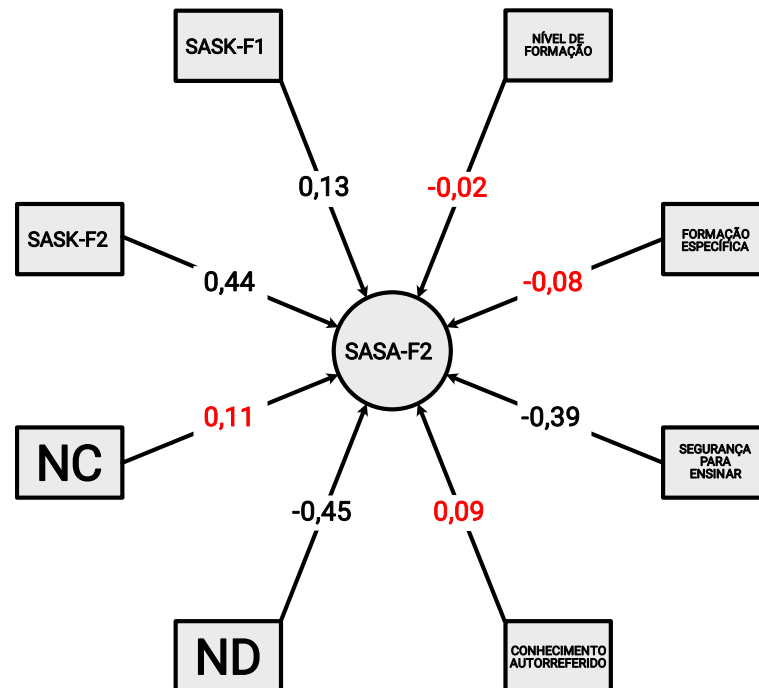


Figura 19. Modelo Estrutural para SASA-F2. Os valores em vermelho não são estatisticamente significativos

Assim como SASA-F1, a subescala SASA-F2 é uma escala invertida (negativa) e engloba itens relacionados a **atitudes negativas em relação ao TDAH no ambiente escolar** (tabela 17). Dessa maneira, altos escores nessa escala indicam atitudes negativas. SASA-F2 foi significativamente impactada por SASK-F1, SASK-F2, necessidade de desenvolvimento (ND) e segurança para ensinar (q12).

Segurança para ensinar é uma variável que foi medida com o item q12 (Apêndice 1) para a qual o respondente atribuía uma nota de um a cinco sobre o quanto se sentia seguro para ensinar crianças com TDAH. O modelo estrutural mostrou que o impacto dessa variável sobre SASA-F2 foi negativo e moderado (-0,39) indicando que quanto mais seguros os professores se sentem, menor o escore de atitudes negativas em relação ao TDAH no ambiente escolar.

Necessidade de desenvolvimento é uma subescala positiva e, dessa maneira, quanto maior seu escore, maior a necessidade de desenvolvimento do respondente. O impacto de necessidade de desenvolvimento sobre SASA-F2 foi negativo e moderado (-0,45) indicando que professores com altos escores de necessidade de desenvolvimento têm baixos escores de atitudes negativas em relação ao TDAH no ambiente escolar.

SASK-F2 impactou positivamente (0,44) SASA-F2 indicando que professores com altos escores de conhecimento ingênuo ou de senso comum também têm escores altos de atitudes negativas em relação ao TDAH no ambiente escolar. Por outro lado, SASK-F1, cujos altos escores indicam bons conhecimentos sobre o TDAH, também impactou positivamente (0,13) SASA-F2 sem que, contudo, haja uma explicação teórica plausível para isso o que indica uma necessidade de melhor investigação nas relações desses dois construtos (figura 19, tabela 19).

Tabela 19. Tabela de regressão para SASA-F2

SASA-F2~						
	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)	Std.lv	Std.all
SASKF1	0,144	0,027	5,260	0,000	0,134	0,134
SASKF2	0,506	0,064	7,901	0,000	0,443	0,443
NC	0,104	0,130	0,799	0,424	0,113	0,113
ND	-0,411	0,127	-3,239	0,001	-0,448	-0,448
q3	-0,032	0,059	-0,537	0,591	-0,043	-0,028
q11	0,064	0,054	1,183	0,237	0,087	0,094
q12	-0,242	0,051	-4,719	0,000	-0,331	-0,387
espec	-0,141	0,091	-1,554	0,120	-0,193	-0,081

7.6.3. SASA-F3

Os índices de ajuste para o modelo estrutural da subescala SASA-F3 foram TLI = 0,960 e CFI=0,955. O RMSEA obtido foi de 0,065 com limite superior do IC 90% de 0,071. Porém o modelo não passou no teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(803 \text{ N}=186)} = 1434,280, p<0,001$)

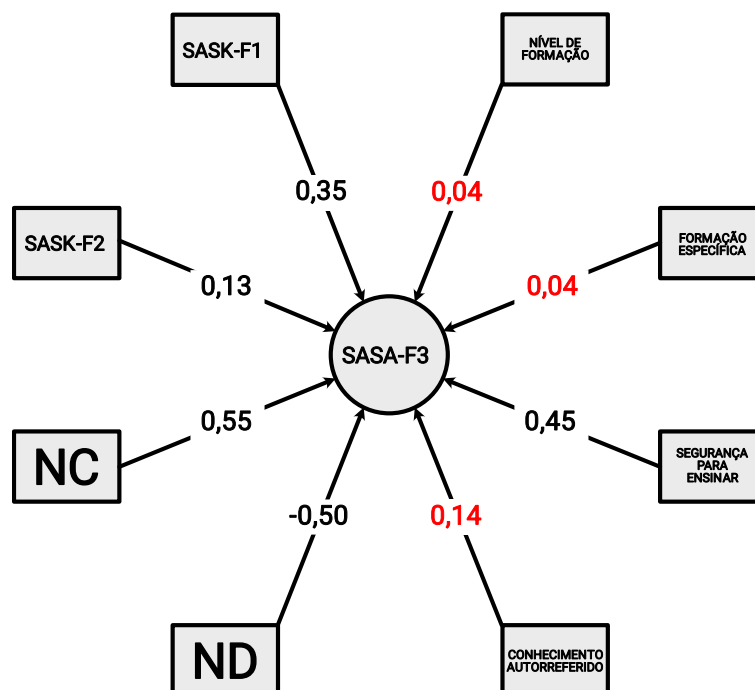


Figura 20. Modelo Estrutural para SASA-F3. Os valores em vermelho não são estatisticamente significativos.

A subescala SASA-F3 é uma escala direta (positiva) com itens relacionados a **atuação profissional positiva em relação ao TDAH** (tabela 17). Dessa maneira, altos escores nessa escala indicam atitudes positivas. SASA-F3 foi significativamente impactada por SASK-F1, SASK-F2, necessidade de conhecimento (NC), necessidade de desenvolvimento (ND) e segurança para ensinar (q12).

SASK-F1 impactou positivamente (0,35) SASA-F3 indicando que professores que têm altos escores em bons conhecimentos sobre o TDAH tendem a ter atitudes mais positivas em relação a sua atuação profissional em relação ao TDAH. SASK-F2, que é uma escala cujos escores altos revelam maior presença de conhecimento ingênuo sobre o TDAH, também impactou positivamente SASA-F3, ou seja, mais conhecimento ingênuo impacta em mais atitude positiva em relação a atuação profissional. Esse dado aparentemente contraditório, poderia revelar que mesmo o conhecimento ingênuo, ou não corroborado e aceito pela ciência, poderia levar a atitudes positivas na atuação profissional. Por outro lado, o conhecimento autorreferido não teve impacto estatisticamente significativo em SAS-F3. Já a “Segurança para Ensinar” (q12) teve um impacto positivo e moderado sobre SASA-F3, indicando que maior segurança autorreferida também implicaria, até certo ponto, em atitudes positivas na atuação profissional. Necessidade de conhecimento (NC) impactou SASA-F3 de maneira positiva

enquanto necessidade de desenvolvimento (ND) impactou de maneira negativa (figura 20, tabela 20).

Tabela 20. Tabela de regressão para SASA-F3.

SASA-F3~	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)	Std.lv	Std.all
SASKF1	0,237	0,029	8,134	0,000	0,348	0,348
SASKF2	0,092	0,039	2,362	0,018	0,128	0,128
NC	0,325	0,102	3,178	0,001	0,553	0,553
ND	-0,290	0,096	-3,028	0,002	-0,496	-0,496
q3	0,029	0,043	0,679	0,497	0,063	0,040
q11	0,060	0,034	1,745	0,081	0,128	0,138
q12	0,179	0,037	4,890	0,000	0,382	0,447
espec	0,043	0,058	0,745	0,456	0,092	0,039

7.6.4. SASA-F4

Os índices de ajuste para o modelo estrutural da subescala SASA-F1 foram TLI = 0,980 e CFI=0,977. O RMSEA obtido foi de 0,053 com limite superior do IC 90% de 0,060. Porém o modelo não passou no teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(686 N=186)} = 1045,923$, $p<0,001$).

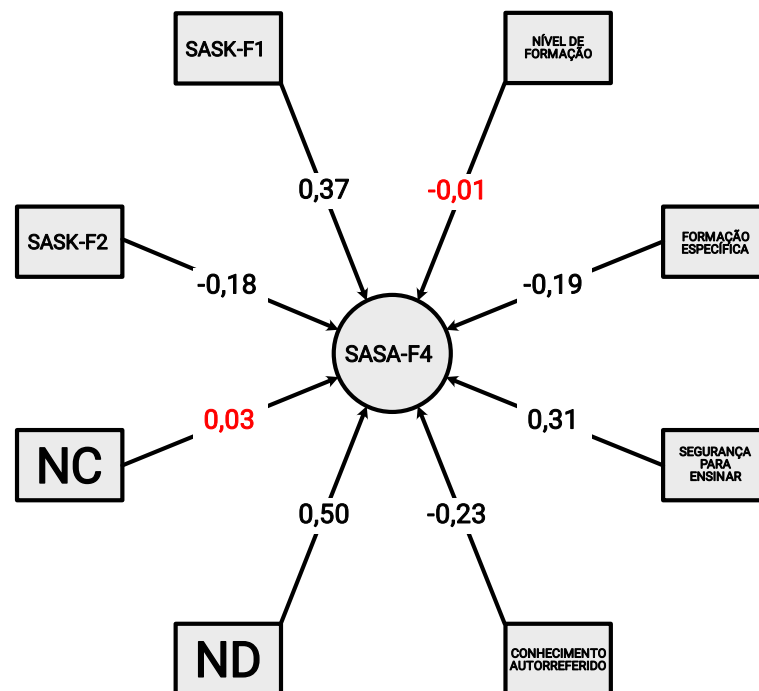


Figura 21. Modelo Estrutural para SASA-F4. Os valores em vermelho não são estatisticamente significativos

A subescala SASA-F4 é uma escala direta (positiva) com itens relacionados a **necessidade de conhecimento profissional em relação ao TDAH** (tabela 17). Dessa maneira, altos escores nessa escala indicam mais necessidade de conhecimento profissional sobre o TDAH. SASA-F4 foi significativamente impactada por SASK-F1, SASK-F2, necessidade de desenvolvimento (ND), conhecimento autorreferido (q11), segurança para ensinar (q12) e formação específica (figura 21, tabela 21).

SASK-F1 afetou positivamente SASA-F4, indicando que professores com maior conhecimento aceito têm maiores escores nesta escala. Por outro lado, SASA-F4 foi impactado negativamente por SASK-F2 indicando que professores com baixos escores em conhecimento ingênuo têm altos escores em necessidade de conhecimento profissional sobre o TDAH.

Necessidade de desenvolvimento foi o construto que mais impactou necessidade de conhecimento profissional sobre o TDAH o que revela coerência entre as duas escalas. Todavia Professores que relataram ter bom conhecimento sobre o TDAH (q11) tiveram escores menores em relação a SASA-F4. Já segurança para ensinar (q12) impactou positivamente SASA-F4 enquanto a formação específica impactou negativamente. Neste caso, é possível que a discrepância no tamanho amostral do grupo com formação específica (n = 144) e do grupo sem formação específica (n = 42) tenha afetado o resultado.

Tabela 21. Tabela de regressão para SASA-F4.

SASA-F4~						
	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)	Std.lv	Std.all
SASKF1	0,335	0,028	11,901	0,000	0,367	0,367
SASKF2	-0,170	0,050	-3,407	0,001	-0,183	-0,183
NC	-0,026	0,107	-0,242	0,809	-0,035	-0,035
ND	0,378	0,103	3,655	0,000	0,496	0,496
q3	-0,008	0,051	-0,157	0,875	-0,013	-0,008
q11	-0,133	0,053	-2,500	0,012	-0,218	-0,235
q12	0,165	0,049	3,386	0,001	0,269	0,314
espec	-0,272	0,080	-3,421	0,001	-0,445	-0,186

8. Discussão

8.1. Funcionamento das escalas

As subescalas de Necessidade de Conhecimento e Necessidade de Desenvolvimento foram adaptadas para o Brasil por Damásio e colaboradores (DAMÁSIO *et al.*, 2013; DAMÁSIO; KOLLER; SCHNELL, 2013) utilizando uma amostra de 3034 respondentes e, sua pesquisa, o autor verificou as evidências de validade das escalas. No presente trabalho as duas escalas mostraram concordância com os resultados de Damásio e colaboradores a despeito da pequena amostra.

Em relação às subescalas de questionário de “conhecimento e atitudes específicos de professores sobre o TDAH”, desenvolvido por Sara Mulholland e colaboradores, a autora realizou pesquisas utilizando duas amostras distintas. Na primeira delas (MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015), a pesquisadora utilizou uma amostra com 116 professores e obteve quatro fatores na análise fatorial da *Escala de atitudes específicas sobre o TDAH*: 1. Sentimentos sobre ensinar crianças com comportamento tipo TDAH; 2. Conhecimento e treinamento sobre o TDAH; 3. Desejo por melhor treinamento sobre o TDAH e; 4. Crenças sobre o TDAH e comportamentos relacionados. Nesta pesquisa não foi feita análise fatorial da *Escala de conhecimentos específicos sobre o TDAH*. Na segunda pesquisa (MULHOLLAND, 2016), foi utilizada uma amostra de 596 professores respondentes e nela as duas subescalas passaram por análise fatorial, como o presente trabalho. Para a *Escala de atitudes específicas sobre o TDAH* foram obtidos cinco fatores na análise fatorial: 1. Consequências negativas dos comportamentos tipo TDAH; 2. Desejo por aprendizagem profissional; 3. Sentimento de ser conhecedor; 4. Crenças negativas sobre o TDAH e; 5. Consequências positivas dos comportamentos tipo TDAH. Aqui também não foi realizada análise fatorial para a *Escala de conhecimentos específicos sobre o TDAH* e as autoras consideraram a escala como sendo monofatorial.

Nesta pesquisa, para a *Escala de atitudes específicas sobre o TDAH* foram obtidos quatro fatores como a primeira pesquisa de Mulholland e colaboradoras (MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015) cuja amostra era menor. Essa escala contém 31 itens e, em virtude disso, demandaria uma amostra grande. Todavia, não há consenso na literatura sobre como calcular o tamanho ideal da amostra e as sugestões variam de 3 a 20 vezes o número de itens do questionário (MUNDFROM; SHAW; KE, 2005). Diante disso, é possível que a o número de fatores obtidos possa ter sido enviesado pelo tamanho da amostra que devido à natureza da

técnica de voluntários e o prazo de aplicação dos questionários, não pôde ser maior. Para verificar a consistência e estabilidade da escala com quatro fatores obtida neste estudo, seriam necessários mais estudos com maior tamanho amostral.

Neste estudo a *Escala de conhecimentos específicos sobre o TDAH* apresentou dois fatores, diferente do que foi considerado no estudo original no qual não houve análise fatorial para essa escala (MULHOLLAND, 2016). Aqui também é importante levar em conta o tamanho amostral que pode ter um papel neste resultado e as mesmas recomendações anteriores se aplicam. Por outro lado, enquanto no estudo original foi utilizada uma escala com três pontos (Certo, Errado e Não Sei), neste estudo foi utilizada uma escala de Likert, ou seja, uma escala com itens de cinco pontos de maneira a padronizar as escalas.

Por fim, vale destacar o apontamento de Martina Dort e colaboradores (DORT *et al.*, 2022) sobre a fraqueza na validade de conteúdo do instrumento desenvolvido por Mulholland e colaboradoras (MULHOLLAND, 2016; MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015).

8.2. Conhecimento e atitudes sobre o TDAH

Em relação ao conhecimento sobre o TDAH, o escore mediano dos respondentes foi alto para a o conhecimento aceito (SASK-F1) e relativamente baixo para conhecimento ingênuo (SASK-F2). Ou seja, os professores respondentes têm um bom conhecimento sobre o TDAH. Somente os itens “A causa do TDAH é desconhecida” e “Dietas especiais (por exemplo, com açúcar reduzido, sem trigo, livre de lactose, livre de aditivos) são um tratamento eficaz para TDAH” foram respondidos com equilíbrio entre discordância e concordância.

Em uma pesquisa recente na Alemanha, utilizando uma escala de conhecimento sobre o TDAH que avaliava sintomas, etiologia, diagnóstico, prevalência e intervenção, Dort e colaboradores (DORT *et al.*, 2022) mostraram que os professores que responderam a sua escala tinham um conhecimento limitado sobre o assunto. Os pesquisadores ponderaram que parte dos baixos escores observados pode ser devido à dificuldade dos itens, mas, mesmo assim, a escala desenvolvida por eles apresentou evidências de validade.

Na Indonésia, Murtani e colaboradores (MURTANI *et al.*, 2020) investigaram os conhecimentos de membros da comunidade e de profissionais diversos, como pediatras, professores e psicólogos, sobre o TDAH por meio de um questionário desenvolvido por eles.

A análise dos dados mostrou que a maioria dos respondentes tinha um conhecimento pobre ou muito pobre sobre o TDAH. Entretanto, os procedimentos de elaboração do questionário não seguiram as boas práticas para a sua validação.

Greenway e Edwards (GREENWAY; EDWARDS, 2020), utilizando o mesmo instrumento utilizado nesta pesquisa, investigaram o conhecimento de professores e professores assistentes de uma cidade no Reino Unido. Os pesquisadores verificaram que tanto professores como professores tinham níveis de conhecimento adequado, mas que o treinamento sobre TDAH impactava positivamente o conhecimento dos professores assistentes, mas não dos professores.

No Brasil, Medeiros e colaboradores (MEDEIROS; GAMA; FERRACIOLI, 2018) investigaram o conhecimento de professores e estudantes de educação física sobre o TDAH. Para isso adaptaram o questionário modificado por Bekle (BEKLE, 2004). Como resultado, a pesquisa mostrou que tanto professores como estudantes tinham conhecimentos adequados sobre o TDAH, mas o desempenho dos estudantes foi significativamente superior ao dos professores. Na publicação não foram indicados os procedimentos para a adaptação do instrumento e não foram realizados os testes comumente usados em pesquisas com questionários.

Na primeira pesquisa de Mulholland e colaboradoras (MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015) com professoras e professores australianos as autoras verificaram que os respondentes tinham um nível de conhecimento satisfatório, variando de 50% a 85% de acertos sendo que o maior número de respostas incorretas ocorreu nos itens relacionados à etiologia do TDAH. Na segunda pesquisa, com uma amostra maior, as pesquisadoras obtiveram resultado semelhante (MULHOLLAND, 2016).

Lee e Witruk (LEE; WITRUK, 2016) realizaram um estudo para comparar professores coreanos e alemães em relação ao conhecimento, eficácia de ensino percebida e atitudes em relação ao TDAH. Em relação aos conhecimentos sobre o TDAH, os pesquisadores verificaram que os professores coreanos mostraram mais conhecimento que os professores alemães enquanto estes demonstraram ter maior eficácia de ensino percebida. Em outro estudo os pesquisadores já haviam verificado que o nível de conhecimento de professores alemães era adequados. Em ambos estudos foi utilizado um questionário adaptado de Julie Kos e colaboradores (KOS; RICHDALE; JACKSON, 2004).

Anderson e colaboradores (ANDERSON *et al.*, 2012) investigaram o conhecimento sobre TDAH de professores australianos, o papel da experiência sobre ele e o conhecimento percebido. Os dados mostraram que tanto professores em serviço como professores em formação tinham conhecimento percebido condizente com seus resultados nas respostas ao questionário utilizado e também mostraram que os professores em serviço com mais tempo de experiência tinham escores maiores.

São inúmeros os estudos realizados pelo mundo com o intuito de avaliar o conhecimento de professores sobre o TDAH e relacionar esse conhecimento com suas atitudes e práticas. No Brasil, entretanto, esse tipo de estudo ainda é escasso. Os resultados obtidos neste estudo, em relação ao conhecimento sobre o TDAH, são coerentes com outros já realizados.

Como já foi dito, a análise fatorial revelou uma estrutura de quatro fatores para a *Escala de atitudes específicas sobre o TDAH*, sendo dois deles negativos (SASA-F1 - atitudes negativas em relação ao TDAH; SASA-F2 - atitudes negativas em relação ao TDAH no ambiente escolar) e dois positivos (SASA-F3 - atuação profissional positiva em relação ao TDAH; SASA-F4 - necessidade de conhecimento profissional em relação ao TDAH).

Em relação aos fatores negativos, os professores respondentes apresentaram escores medianos ligeiramente baixos indicando atitudes ligeiramente positivas em relação ao TDAH e ao TDAH no ambiente escolar.

Em relação ao fator SASA-F3, o escore mediano corresponde à mediana da escala, indicando haver um equilíbrio entre atitudes positivas e negativas em relação à atuação profissional positiva em relação ao TDAH. Muitos itens desse fator tiveram alta porcentagem de respostas “Discordo totalmente” e “Discordo” o que evidenciou insegurança na atuação profissional frente a turmas com estudantes com TDAH. Entre esses itens estão: **(sasa23)** Quando são necessárias aulas adaptadas, eu sinto que é fácil fazer adaptações educacionais para atender estudantes com TDAH em salas de aula comuns; **(sasa25)** Eu sinto que recebi treinamento profissional adequado para lidar com comportamentos do tipo TDAH; **(sasa27)** Eu conheço os comportamentos do tipo TDAH e; **(sasa28)** Eu conheço intervenções que podem ser feitas em sala de aula para lidar com os maus comportamentos que atrapalham o aprendizado

Já o fator SASA-F4 apresentou escore mediano alto, revelando uma necessidade de conhecimento sobre o TDAH relativamente grande, o que estaria em coerência com o fator SASA-F3 e é corroborado pelo modelo estrutural (figura 21).

Vários pesquisadores se empenharam em estudar as atitudes de professores em relação ao TDAH e estudantes com comportamentos do tipo TDAH. Em trabalho recente, Mulholland e colaboradores (MULHOLLAND; CUMMING; LEE, 2023) relataram que, de maneira geral, os professores tem atitudes positivas em relação ao estudante com o TDAH, mas não em relação ao TDAH. Neste estudo, os escores medianos relativamente baixos para SASA-F1 e SASA-F2 indicam atitudes positivas tanto para o estudante com TDAH como para seu comportamento. Em estudos anteriores (MULHOLLAND, 2016; MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015), entretanto, os pesquisadores não reportaram os escores das atitudes para cada um dos fatores obtidos.

Cueli e colaboradores (CUELI *et al.*, 2022) pesquisaram as atitudes de estudantes universitários e de professores espanhóis em relação ao TDAH. A pesquisa mostrou que havia uma diferença no nível de conhecimento dos dois grupos, sendo os professores mais proficientes em relação ao TDAH que os estudantes, mas não havia diferenças significativas em relação às atitudes em relação ao TDAH. No geral, os dois grupos apresentaram atitudes positivas sendo que os estudantes tiveram escores mais altos nos fatores sentimentos, crenças e desejo por treinamento enquanto os professores tiveram escores mais altos nos fatores conhecimento, treinamento e adaptações.

Murtani e colaboradores (MURTANI *et al.*, 2020) investigaram as atitudes de membros da comunidade e de profissionais como professores, médicos e psicólogos, entre outros, em relação ao TDAH. Os pesquisadores desenvolveram um questionário específico para a pesquisa e verificaram que todos os grupos de respondentes obtiveram escores baixos ou muito baixos indicando atitudes negativas em relação ao TDAH.

Na pesquisa de Greenway e Edwards (GREENWAY; EDWARDS, 2020), realizada no Reino Unido, as pesquisadoras compararam as atitudes de professores e professores assistentes em relação ao TDAH. As pesquisadoras relataram que tanto professores como professores assistentes têm atitudes positivas em relação às crianças com TDAH, mas alertam para a existência de atitudes negativas também, levando a uma ambivalência de atitudes. Nesta pesquisa, por exemplo, a ambivalência foi verificada em SASA-F3.

Toye e colaboradores (TOYE; WILSON; WARDLE, 2019) investigaram as atitudes de professores e outros profissionais da educação em relação às crianças com TDAH. Para isso os pesquisadores adaptaram uma escala de atitudes em relação à educação inclusiva para uma escala de inclusão de crianças com TDAH. Os pesquisadores reportaram que os respondentes

apresentaram escores relativamente altos senso que os psicólogos educacionais apresentaram os escores mais altos.

Fleischmann e Dabbah (FLEISCHMANN; DABBAH, 2019) investigaram as atitudes de professores beduínos em relação ao TDAH e seu tratamento farmacológico. Para isso utilizaram a abordagem qualitativa da Teoria Fundamentada com entrevistas semiestruturadas de 36 professores. Um dos resultados evidenciou que um diagnóstico de TDAH era considerado uma desonra para a criança e para a sua família. Os pesquisadores discutem os dados destacando que a percepção sobre o TDAH varia entre culturas e que, na sociedade ocidental, as causas biológicas do TDAH são bem aceitas tirando da criança e dos pais o peso da culpa.

Rodrigo e colaboradores (RODRIGO *et al.*, 2011) avaliaram as atitudes e conhecimentos de professores de escolas primárias no Sri Lanka. Os pesquisadores utilizaram um questionário adaptado para o contexto de seu país. Os pesquisadores realizaram uma análise descritiva dos itens do questionário e concluíram que, de maneira geral, os professores tinham atitudes positivas em relação ao TDAH.

É crescente o número de estudos sobre atitudes de professores em relação ao TDAH e em relação à outros transtornos. Possivelmente aspectos culturais influenciem as atitudes de professores em relação ao TDAH e também é possível que essa atitude venha se modificando ao longo do tempo. Como o TDAH é um construto relativamente recente, é possível que esteja sendo incorporado gradativamente ao conhecimento dos professores e da população modificando as suas atitudes em sala de aula.

8.3. Formação continuada de professores para o TDAH

Como foi visto na seção 7.6., SASK-F1 e SASK-F2 impactaram todas as subescalas de SASA sugerindo que o conhecimento sobre o TDAH impacta as atitudes dos docentes em relação ao TDAH. Possivelmente isso leva à segurança para ensinar (q12) que por sua vez impactou três das quatro subescalas de SASA. Necessidade de conhecimento e necessidade de desenvolvimento também impactaram SASA, mas de maneira ambígua. Em princípio esses dados sugerem que uma atitude positiva em relação às diversas facetas do TDAH passa por

formação adequada e segurança para ensinar³. Daí a importância de políticas para formação de professores que fuja da mera semiformação que leva as pessoas ao conformismo e imediatismo (ADORNO, 1996) levando a uma ilusão de conhecimento. A semiformação cultural é visivelmente presente nas formações rápidas, muito comuns nas mídias sociais, sem aprofundamentos e com função de resolver problemas imediatos e pontuais limitando a tomada de consciência e reflexão sobre o problema. Nesse sentido é muito comum a disseminação de conhecimentos do senso comum que produzem uma ilusão de conhecimento que levam à avaliações e tomadas de decisões equivocadas.

Diante disso seria importante que os elaboradores de políticas públicas investissem em formação continuada docente que tenha um caráter formativo e permita a apropriação de conhecimentos adequados sobre o TDAH e de estratégias de ensino baseadas em evidência.

9. Conclusões

Diante do que foi apresentado, ficou evidente que o conhecimento sobre o TDAH foi o fator que mais impactou as atitudes e relação ao TDAH. De maneira geral conhecimentos adequados impactam positivamente ocorrendo o contrário para conhecimentos inadequados ou de senso comum. Necessidade de conhecimento e necessidade de desenvolvimento tiveram impacto significativo em alguns dos fatores relacionados às atitudes em relação ao TDAH sendo que o mesmo não ocorreu para as variáveis “formação específica” e “nível de formação”. Segurança para ensinar também impactou significativamente as atitudes em relação ao TDAH, o que pode estar relacionado com autoeficácia e indicaria novas possibilidades de pesquisa, e conhecimento autorreferido impactou somente um dos fatores de atitudes em relação ao TDAH.

³ O modelo de mediação de que conhecimento sobre o TDAH impacta confiança para ensinar que por sua vez impacta atitudes em relação ao TDAH não foi testado neste trabalho.

10. Bibliografia

ADORNO, W. T. Teoria da Semicultura. **Educação & Sociedade**, v. 17, n. 56, p. 388–411, 1996.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. The influence of attitudes on behavior. *Em*: ALBARRACÍN, D.; JOHNSON, B. T.; ZANNA, M. P. **The Handbook of Attitudes**. 1. ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate, 2005. p. 173–221.

ALBARRACÍN, D.; BLAIR, J. A.; ZANNA, M. P.; KUMKALE, G. T. Attitudes: introduction and scope. *Em*: ALBARRACÍN, D.; JOHNSON, B. T.; ZANNA, M. P. **The Handbook of Attitudes**. 1. ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate, 2005. p. 3–19.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 -**. Tradução Aristides Volpato Cordioli; Cristiano Tschiedel Belem Da Silva; Ives Cavalcante Passos; Christian Kieling; Mário Tregnago Barcellos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5-TR: Texto Revisado**. Porto Alegre: Artmed, 2023. 1152 p.

ANDERSON, D. L.; WATT, S. E.; NOBLE, W.; SHANLEY, D. C. Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Attitudes toward Teaching Children with ADHD: THE Role of Teaching Experience. **Psychology in the Schools**, v. 49, n. 6, p. 511–525, 2012.

ANDERSON, V. Attention Deficits and the Frontal Lobes. *Em*: ANDERSON, V.; JACOBS, R.; ANDERSON, P. J. **Executive functions and the frontal lobe: lifespan perspective**. New York: Routledge, 2018. p. 317–344.

ASHERSON, P.; RAMOS-QUIROGA, J. A. Treatment in adult ADHD. *Em*: BANASCHEWSKI, T.; COGHILL, D.; ZUDDAS, A. **Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

BARKLEY, R. A. The Relevance of the Still Lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Commentary. **Journal of Attention Disorders**, v. 10, n. 2, p. 137–140, nov. 2006.

BARKLEY, R. A. **Executive functions : what they are, how they work, and why they evolved**. 1. ed. New York: The Guilford Press, 2012. 256 p.

BARKLEY, R. A. **TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. 701 p.

BARKLEY, R. A.; FISCHER, M.; SMALLISH, L.; FLETCHER, K. The Persistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder into Young Adulthood as a Function of Reporting Source and Definition of Disorder. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 111, n. 2, p. 279–289, maio 2002.

BEKLE, B. Knowledge and Attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Comparison between Practicing Teachers and Undergraduate Education Students. **Journal of Attention Disorders**, v. 7, n. 3, p. 151–161, fev. 2004.

BELTRAME, R. L.; SOUZA, S. V. de; NASCIMENTO, D. M. do; SANDRINI, P. R. Ouvindo Crianças Sobre Sentidos e Significados Atribuídos ao TDAH. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 557–565, 2015.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. V.; KEENAN, K.; KNEE, D.; TSUANG, M. T. Family-Genetic and Psychosocial Risk Factors in DSM-III Attention Deficit Disorder. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 29, n. 4, p. 526–533, jul. 1990.

BLEDSON, J. C.; XIAO, C.; CHAOVALITWONGSE, A.; MEHTA, S.; GRABOWSKI, T. J.; SEMRUD-CLIKEMAN, M.; PLISZKA, S.; BREIGER, D. Diagnostic Classification of ADHD Versus Control: Support Vector Machine Classification Using Brief Neuropsychological Assessment. **Journal of Attention Disorders**, v. 24, n. 11, p. 1547–1556, 2020.

BRADLEY, C. The behavior of children receiving benzedrine. **The American Journal of Psychiatry**, v. 94, p. 577–585, 1937.

BROWN, T. A. **Confirmatory Factor Analysis for Applied Research, Second Edition**. New York ; London: Guilford Publications, 2015.

BROWN, W. A. Charles Bradley, M.D., 1902–1979. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 7, p. 968–968, jul. 1998.

BRZOSOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1165–1187, 2009.

BRZOSOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Determinismo biológico e as neurociências no caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941–961, 2012.

BÜTTOW, C. da S.; FIGUEIREDO, V. L. M. de. O Índice de Memória Operacional do WISC-IV na Avaliação do TDAH. **Psico-USF**, v. 24, n. 1, p. 109–117, 2019.

CALIMAN, L. V. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 3, p. 559–566, 2008.

CALIMAN, L. V. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 135–144, 2009.

CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 46–61, 2010.

CAMPOS, J. A. D. B.; MORÔCO, J. Modelagem de equações estruturais: aplicações à validação de instrumentos psicométricos. Em: DAMÁSIO, B. F.; BORSA, J. C. **Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2017. p. 323–345.

CLEMENTS, S. D. **Minimal Brain Dysfunction in Children; Terminology and Identification. Phase I of a Three-Phase Project. NINDB Monograph No. 3.** Washington, D.C: US Department of Health, Education and Welfare, 1966. . Disponível em: <<https://eric.ed.gov/?id=ED022289>>. Acesso em: 1 mar. 2023.

CONNERS, C. K. Attention-deficit/hyperactivity disorder—historical development and overview. **Journal of Attention Disorders**, v. 3, p. 173–191, 2000.

CRICHTON, A. An Inquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement: On Attention and Its Diseases. **Journal of Attention Disorders**, v. 12, n. 3, p. 200–204; discussion 205–206, nov. 2008.

CRUZ, M. G. A.; OKAMOTO, M. Y.; FERRAZZA, D. de A. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 58, p. 703–714, 2016.

CUELI, M.; ARECES, D.; RODRÍGUEZ, C.; CABALEIRO, P.; GONZÁLEZ-CASTRO, P. Differences between Spanish students' and teaching professionals' knowledge of and attitudes toward ADHD—Does knowledge influence attitude? **Psychology in the Schools**, v. 59, n. 2, p. 242–259, 2022.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 2, p. 213–228, 2012.

DAMÁSIO, B. F.; KOLLER, S. H.; SCHNELL, T. Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Psychometric Properties and Sociodemographic Findings in a Large Brazilian Sample. **Acta de Investigación Psicológica**, v. 3, n. 3, p. 1205–1227, 2013.

DAMÁSIO, B. F.; MELO, R. L. P. de; SILVA, J. P. da; DAMÁSIO, B. F.; MELO, R. L. P. de; SILVA, J. P. da. Sentido de Vida, Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida em Professores Escolares. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 23, n. 54, p. 73–82, 2013.

DINNO, A. **paran: Horn's Test of Principal Components/Factors**Portlando, Oregon. Portland State University, 2018. Disponível em: <<https://CRAN.R-project.org/package=paran>>. Acesso em: 3 jan. 2023.

DITTMANN, R. W.; HÄGE, A.; PEDRAZA, J. D.; NEWCORN, J. H. Non-stimulants in the treatment of ADHD. *Em*: BANASCHEWSKI, T.; COGHILL, D.; ZUDDAS, A. **Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

DORT, M.; STRELOW, A.; SCHWINGER, M.; CHRISTIANSEN, H. What Teachers Think and Know about ADHD: Validation of the ADHD-school-expectation Questionnaire (ASE). **International Journal of Disability, Development and Education**, v. 69, n. 6, p. 1905–1918, 2 nov. 2022.

DOUGLAS, V. I. Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. **Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement**, v. 4, p. 259–282, 1972.

- FIGUEIREDO, T.; ERTHAL, P.; FORTES, D.; ASHERSON, P.; MATTOS, P. Transcultural Adaptation to Portuguese of the Mind Excessively Wandering Scale (MEWS) for Evaluation of Thought Activity. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 40, n. 4, p. 337–341, 2018.
- FLEISCHMANN, A.; DABBAH, S. Negev Bedouin Teachers' Attitudes Toward ADHD and Its Pharmacological Treatment. **Qualitative Health Research**, v. 29, n. 3, p. 418–430, 1 fev. 2019.
- FORGAS, J. P. The role of affect in attitudes and attitude change. *Em*: CRANO, W. D.; PRISLIM, R. **Attitudes and Attitude Change**. 1. ed. New York: Psychology Press, 2008. p. 131–158.
- GANAN, K.; BROCK, G. **Structural Equation Modeling with lavaan**. [s.l.] Wiley-ISTE, 2018. 284 p.
- GARSON, G. D. **Factor Analysis and Dimension Reduction in R: A Social Scientist's Toolkit**. 1. ed. London: Routledge, 2022.
- GILOVICH, T. D.; GRIFFIN, D. W. Judgement and decision making. *Em*: FISKE, S. T.; GILBERT, D. T.; LINDZEY, G. **Handbook of Social Psychology**. 5. ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd, 2010. p. 542–588.
- GREENWAY, C. W.; EDWARDS, A. R. Knowledge and Attitudes towards Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Comparison of Teachers and Teaching Assistants. **Australian Journal of Learning Difficulties**, v. 25, n. 1, p. 31–49, 2020.
- GROSS, M. D. Origin of Stimulant Use for Treatment of Attention Deficit Disorder. **The American Journal of Psychiatry**, v. 152, n. 2, p. 298–299, fev. 1995.
- HAUCK FILHO, N.; LIMA-COSTA, A. R.; CORTEZ, P. A. Uma introdução à modelagem de equações estruturais. *Em*: FAIAD, C.; BAPTISTA, M. N.; PRIMI, R. **Tutoriais em análise de dados aplicados à psicometria**. 1. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2021.
- HERBERT, M. The Concept and Testing of Brain-Damage in Children: A Review. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 5, n. 3–4, p. 197–216, 1964.
- HOFFMANN, H. **João Felpudo ou histórias divertidas com desenhos cômicos do Dr. Heinrich Hoffmann**. São Paulo: Iluminuras, 2000.
- KEAN, B. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Controversial Diagnosis. **Ethical Human Psychology and Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 3–4, 2012.
- KLINE, R. B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 4. ed. New York: The Guilford Press, 2016. 550 p.
- KNOBLOCH, H.; PASAMANICK, B. Syndrome of Minimal Cerebral Damage in Infancy. **Journal of the American Medical Association**, v. 170, n. 12, p. 1384–1387, 18 jul. 1959.
- KONRAD, K.; MARTINO, A. D.; AOKI, Y. Brain volumes and intrinsic brain connectivity in ADHD. *Em*: BANASCHEWSKI, T.; COGHILL, D.; ZUDDAS, A. **Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

KOS, J. M.; RICHDAL, A. L.; JACKSON, M. S. Knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Comparison of in-Service and Preservice Teachers. **Psychology in the Schools**, v. 41, n. 5, p. 517–526, 2004.

KRAMER, F.; POLLNOW, H. Über Eine Hyperkinetische Erkrankung Im Kindesalter. Pp. 1–20. **European Neurology**, v. 82, n. 1–2, p. 1–20, 1932a.

KRAMER, F.; POLLNOW, H. Über Eine Hyperkinetische Erkrankung Im Kindesalter. Pp. 21–40. **European Neurology**, v. 82, n. 1–2, p. 21–40, 1932b.

LAHEY, B. B.; APPLGATE, B.; MCBURNETT, K.; BIEDERMAN, J.; GREENHILL, L.; HYND, G. W.; BARKLEY, R. A.; NEWCORN, J.; JENSEN, P.; RICHTERS, J. DSM-IV Field Trials for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. **The American Journal of Psychiatry**, v. 151, n. 11, p. 1673–1685, nov. 1994.

LANGE, K. W.; REICHL, S.; LANGE, K. M.; TUCHA, L.; TUCHA, O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. **Attention Deficit and Hyperactivity Disorders**, v. 2, n. 4, p. 241–255, 2010.

LANGLEY, K. ADHD genetics. *Em*: BANASCHEWSKI, T.; COGHILL, D.; ZUDDAS, A. **Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

LAUFER, M. W.; DENHOFF, E.; SOLOMONS, G. Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. **Psychosomatic Medicine**, v. 19, p. 38–49, 1957.

LAZARATOU, H.; GOLSE, B. L'hyperactivité, entre biologie et culture. Les variations géographiques, temporelles et culturelles du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. **La psychiatrie de l'enfant**, v. 61, n. 1, p. 179–198, 2018.

LEE, Y.; WITRUK, E. Teachers' knowledge, perceived teaching efficacy, and attitudes regarding students with ADHD: a cross-cultural comparison of teachers in South Korea and Germany. **Health Psychology Report**, v. 4, n. 2, p. 103–115, 14 mar. 2016.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, v. 22, n. 140, p. 55–55, 1932.

LORENZO-SEVA, U.; TIMMERMAN, M. E.; KIERS, H. A. L. The Hull Method for Selecting the Number of Common Factors. **Multivariate Behavioral Research**, v. 46, n. 2, p. 340–364, 11 abr. 2011.

MAHONE, E. M.; DENCKLA, M. B. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological Perspective. **Journal of the International Neuropsychological Society : JINS**, v. 23, n. 9–10, p. 916–929, out. 2017.

MEDEIROS, L. R. F. de; GAMA, D. T.; FERRACIOLI, M. de C. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: conhecimento de professores e estudantes de educação física. **Revista Psicopedagogia**, v. 35, n. 107, p. 191–202, ago. 2018.

MULHOLLAND, S. ADHD-Specific Knowledge and Attitudes of Teachers (ASKAT): Development and Validation of a New Research Instrument. **International Journal of Educational Research**, v. 77, p. 109–116, 2016.

MULHOLLAND, S.; CUMMING, T. M.; LEE, J. Accurately Assessing Teacher ADHD-Specific Attitudes Using the Scale for ADHD-Specific Attitudes. **Journal of Attention Disorders**, v. 27, n. 5, p. 554–568, mar. 2023.

MULHOLLAND, S. M.; CUMMING, T. M.; JUNG, J. Y. Teacher Attitudes Towards Students Who Exhibit ADHD-Type Behaviours. **Australasian Journal of Special Education**, v. 39, n. 1, p. 15–36, 2015.

MUNDFROM, D. J.; SHAW, D. G.; KE, T. L. Minimum Sample Size Recommendations for Conducting Factor Analyses. **International Journal of Testing**, v. 5, n. 2, p. 159–168, 1 jun. 2005.

MURTANI, B. J.; WIBOWO, J. A.; LIU, C. A.; GOEY, M. R.; HARSONO, K.; MARDANI, A. A. P.; WIGUNA, T. Knowledge/Understanding, Perception and Attitude towards Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) among Community Members and Healthcare Professionals in Indonesia. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 48, p. 101912, 1 fev. 2020.

OLSON, M. A.; KENDRICK, R. V. Origins of attitudes. *Em*: CRANO, W. D.; PRISLIM, R. **Attitudes and Attitude Change**. New York: Psychology Press, 2008. p. 111–130.

OXLEY, C.; STRINGARIS, A. Comorbidity: Depression and anxiety. *Em*: BANASCHEWSKI, T.; COGHILL, D.; ZUDDAS, A. **Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

PALMER, E. D.; FINGER, S. An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and ‘Mental Restlessness’ (1798). **Child Psychology and Psychiatry Review**, v. 6, n. 2, p. 66–73, 2001.

PEUGH, J.; FELDON, D. F. “How Well Does Your Structural Equation Model Fit Your Data?”: Is Marcoulides and Yuan’s Equivalence Test the Answer? **CBE—Life Sciences Education**, v. 19, n. 3, p. es5, set. 2020.

PICKENS, J. Attitudes and Perceptions. *Em*: BORKOWSKI, N.; MEESE, K. A. **Organizational Behavior, Theory, and Design in Health Care**. 3. ed. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2022. p. 51–76.

RAFALOVICH, A. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: Idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877–1929. **Deviant Behavior**, v. 22, p. 93–115, 2001.

REINHARDT, M. C.; REINHARDT, C. A. U. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, comorbidades e situações de risco. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 124–130, 2013.

REVELLE, W. **psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research**. Evanston, Illinois. Northwestern University, 2022. Disponível em: <<https://CRAN.R-project.org/package=psych>>. Acesso em: 3 jan. 2023.

ROBBINS, S.; JUDGE, T. A. **Essentials of Organizational Behavior, Global Edition**. Harlow, England London New York: Pearson Education Limited, 2021. 440 p.

RODRIGO, M. D. A.; PERERA, D.; ERANGA, V. P.; WILLIAMS, S. S.; KURUPPUARACHCHI, K. a. L. A. The Knowledge and Attitude of Primary School Teachers in Sri Lanka towards Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **The Ceylon Medical Journal**, v. 56, n. 2, p. 51–54, jun. 2011.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B.; MORAES, D. V. de; GARCIA, A. G. Q.; JÚLIO, M.; SILVA, D. da. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 624 p.

SCHMITT, B. D. The Minimal Brain Dysfunction Myth. **American Journal of Diseases of Children**, v. 129, n. 11, p. 1313–1318, 1 nov. 1975.

SCHNELL, T. The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Relations to Demographics and Well-Being. **The Journal of Positive Psychology**, v. 4, n. 6, p. 483–499, 2009.

SHAPIRO, A.; TEN BERGE, J. M. F. Statistical Inference of Minimum Rank Factor Analysis. **Psychometrika**, v. 67, n. 1, p. 79–94, 1 mar. 2002.

SIGNOR, R. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: uma análise histórica e social. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 13, n. 4, p. 1145–1166, 2013.

SIGNOR, R. de C. F.; BERBERIAN, A. P.; SANTANA, A. P. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. **Educação e Pesquisa**, v. 43, n. 3, p. 743–763, set. 2017.

SIGNOR, R. de C. F.; SANTANA, A. P. de O. A constituição da subjetividade na criança com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso**, v. 15, n. 2, p. 210–228, 2020.

SILVA, S. P. da; SANTOS, C. P.; OLIVEIRA FILHO, P. de. Os significados do TDAH em discursos de docentes dos anos iniciais. **Pro-Posições**, v. 26, n. 2, p. 205–221, 2015.

SMITH, C. M. **Hyperactive: The Controversial History of ADHD**. London: Reaktion Books, 2014. 248 p.

SPENCER, T. J. ADHD and Comorbidity in Childhood. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 67 Suppl 8, p. 27–31, 2006.

STAHL, S. M. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e seu tratamento. *Em*: STAHL, S. M. **Psicofarmacologia: Bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 435–464.

STEINER, M.; GRIEDER, S. EFAtools: An R Package with Fast and Flexible Implementations of Exploratory Factor Analysis Tools. **Journal of Open Source Software**, v. 5, n. 53, p. 2521, 16 set. 2020.

STILL, G. F. The Goulstonian Lectures ON SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN. **The Lancet**, v. 159, n. 4102, p. 1008–1013, 12 abr. 1902a.

STILL, G. F. The Goulstonian Lectures ON SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN. **The Lancet**, v. 159, n. 4103, p. 1077–1082, 19 abr. 1902b.

STILL, G. F. The Goulstonian Lectures ON SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN. **The Lancet**, v. 159, n. 4104, p. 1163–1168, 26 abr. 1902c.

STILL, G. F. Some Abnormal Psychical Conditions in Children: Excerpts from Three Lectures. **Journal of Attention Disorders**, v. 10, n. 2, p. 126–136, nov. 2006.

STROHL, M. P. Bradley's Benzedrine Studies on Children with Behavioral Disorders. **The Yale Journal of Biology and Medicine**, v. 84, n. 1, p. 27–33, mar. 2011.

TEN BERGE, J. M. F.; KIERS, H. A. L. A Numerical Approach to the Approximate and the Exact Minimum Rank of a Covariance Matrix. **Psychometrika**, v. 56, n. 2, p. 309–315, 1 jun. 1991.

THOMAS, W. I.; ZNANIECKI, F. **The Polish Peasant in Europe and America: Monograph of an Immigrant Group**. Boston: R.G. Badger - The Gorham Press, 1918. 550 p.

THURSTONE, L. L.; CHAVE, E. J. **The measurement of attitude: a psychophysical method and some experiments with a scale for measuring attitude toward the church**. Chicago, Illinois: University of Chicago Press, 1929. 109 p.

TOYE, M. K.; WILSON, C.; WARDLE, G. A. Education Professionals' Attitudes towards the Inclusion of Children with ADHD: The Role of Knowledge and Stigma. **Journal of Research in Special Educational Needs**, v. 19, n. 3, p. 184–196, 2019.

VALENTINI, F.; DAMÁSIO, B. F.; VALENTINI, F.; DAMÁSIO, B. F. Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: Indicadores de Precisão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 2, 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722016000200225&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 abr. 2020.

WATKINS, M. **A Step-by-Step Guide to Exploratory Factor Analysis with R and RStudio**. 1. ed. New York: Routledge, 2020.

11. Apêndices

11.1. APÊNDICE 1 - Codebook

q1. Qual a sua idade

q2. Qual o seu sexo?

Feminino	0
Masculino	1
Prefiro não responder	2
Outro	3

q3. Qual a sua maior formação?

Ensino Fundamental	0
Ensino Médio	1
Graduação	2
Especialização	3
Mestrado	4
Doutorado	5

q4. Você cursou Licenciatura?

Não	0
Sim	1

q5. Quais cursos de graduação você fez? Marque todas as opções que você cursou.

q5_bio	Ciências Biológicas	1
q5_edart	Educação Artística	1
q5_edfis	Educação Física	1
q5_filo	Filosofia	1
q5_fis	Física	1
q5_geo	Geografia	1
q5_hist	História	1
q5_letr	Letras	1
q5_mat	Matemática	1
q5_ped	Pedagogia	1
q5_psic	Psicologia	1
q5_qui	Química	1
q5_socio	Sociologia	1
q5_outro	Outros	1

q6. Abaixo há uma lista com alguns cursos de especialização. Marque todos aqueles que você já cursou.

q6_0	Não cursei nenhuma especialização	1
q6_psicop	Psicopedagogia	1
q6_npsicop	Neuropsicopedagogia	1
q6_psicomo	Psicomotricidade	1
q6_educa	Educação	1
q6_ed_inclu	Educação Inclusiva	1
q6_met_ens	Metodologia do Ensino	1
q6_outro	Outros	1

q7. Você trabalha em escola?

Não	0
Sim	1

q8. Quais das opções abaixo melhor descrevem seu trabalho na sua escola?

q8_pro_ed_inf	Professora ou Professor da Educação Infantil	1
q8_pro_fund_1	Professora ou Professor do Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano)	1
q8_pro_fund_2	Professora ou Professor do Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano)	1
q8_pro_em	Professora ou Professor do Ensino Médio	1
q8_coo_ped	Coordenadora Pedagógica/Coordenador Pedagógico	1
q8_dir	Diretora/Diretor	1
q8_at	Assistente terapêutico (AT)	1
q8_pro_aux	Professora ou Professor Auxiliar de Classe	1
q8_outro	Outros	1

q9. Quantos anos de experiência você tem como Professora/Professor em sala de aula?

q10. Você já fez algum curso ou treinamento sobre TDAH?

Não	0
Sim	1

q11. Com uma nota de 1 (um) a 5 (cinco), marque na escala abaixo como você avalia o seu conhecimento sobre TDAH?

q12. Você se sente segura/seguro para ensinar crianças com TDAH? Dê uma nota de 1 (um) a 5 (cinco) marcando na escala abaixo:

q13. Na escola em que você trabalha há crianças diagnosticadas com TDAH?

Não	0
Sim	1
Não tenho certeza	2

q14. Nas turmas em que você leciona/trabalha, há crianças diagnosticadas com TDAH?

Não	0
Sim	1
Não tenho certeza	2

q15. Nas turmas em que você leciona/trabalha, há crianças com comportamentos do tipo TDAH?

Não	0
Sim	1
Não tenho certeza	2

q16. Dos profissionais abaixo, marque todos aqueles que atuam como funcionários da sua escola:

q16_psicop	Psicopedagoga(o)	1
q16_psicol	Psicóloga(o)	1
q16_fono	Fonoaudióloga(o)	1
q16_to	Terapeuta Ocupacional	1
q16_nutri	Nutricionista	1
q16_enf	Enfermeira(o)	1
q16_outro	Outros	1

q17. A escola em que você trabalha é:

q17_priv	Privada	1
q17_est	Pública Estadual	1
q17_mun	Pública Municipal	1
q17_outro	Outros	1

q18. Em relação às afirmações a seguir, marque o seu grau de concordância com cada uma delas.

Discordo Totalmente	1
Discordo	2
Neutro	3
Concordo	4
Concordo Totalmente	5

	Afirmação	R
nc1	Eu tenho uma grande sede de conhecimento	
nc2	Eu gosto de questionar tudo	
nc3	No meu tempo livre, gosto de aprofundar meu conhecimento sobre coisas que me interessam.	
nc4	Eu quero ser capaz de entender tudo que cruza o meu caminho	
nc5	Eu leio muito	
nd1	A vida para mim significa lutar por melhorias e desenvolvimento contínuo	
nd2	Eu me esforço para realizar meus objetivos	
nd3	Eu estou sempre à procura de tarefas que me ensinarão alguma coisa	
nd4	A aprendizagem ao longo da vida é muito importante para mim	
nd5	Eu estou sempre lutando para mudar e melhorar a mim mesmo	
nd6	A vida deve significar desenvolvimento e mudança	

q19. Em relação às afirmações a seguir, marque o seu grau de concordância com cada uma delas.

Discordo Totalmente	1
Discordo	2
Neutro	3
Concordo	4
Concordo Totalmente	5

	Afirmação	R
sask1	O TDAH é uma desordem neurobiológica do desenvolvimento da criança	
sask2	O TDAH pode ser herdado	
sask3	O TDAH é causado pelo exagero de açúcar na alimentação	R
sask4	O TDAH é causado por assistência inadequada dos pais	R
sask5	A causa do TDAH é desconhecida	
sask6	Dietas especiais (por exemplo, com açúcar reduzido, sem trigo, livre de lactose, livre de aditivos) são um tratamento eficaz para TDAH	R
sask7	Uma combinação de medicação estimulante e gerenciamento de comportamento é um tratamento eficaz para TDAH	
sask8	Crianças com TDAH se beneficiam com pais e educação mais rigorosas	R
sask9	Crianças que apresentam comportamentos de TDAH, independentemente de terem diagnóstico de TDAH, podem se beneficiar de estratégias individualizadas de gestão de comportamento	
sask10	Crianças com TDAH tendem a ter baixa concentração	
sask11	Existem diferentes subtipos de TDAH que podem apresentar diferentes comportamentos	
sask12	Crianças com TDAH podem apresentar comportamentos hiperativos, comportamentos desatentos ou uma combinação de ambos	
sask13	Crianças com TDAH se distraem facilmente	
sask14	Crianças que têm o tipo hiperativo de TDAH, muitas vezes, falam excessivamente e têm dificuldade em permanecer em seus assentos	
sask15	Crianças com TDAH podem se comportar melhor se quiserem	R
sask16	Algumas crianças podem apresentar comportamentos desatentos ou hiperativos e mesmo assim não atenderem aos critérios para um diagnóstico de TDAH	
sask17	Crianças com TDAH muitas vezes têm problemas de concentração no trabalho de mesa	
sask18	Crianças com TDAH frequentemente não conseguem prestar muita atenção às suas tarefas e cometem erros por descuido/distração	
sask19	Há aproximadamente 1 criança que exibe comportamentos do tipo TDAH em cada sala de aula.	
sask20	Os professores são frequentemente os primeiros a reconhecerem os comportamentos do tipo TDAH e a encaminharem as crianças para uma avaliação	

q20. Por favor, leia o texto a seguir:

Discordo Totalmente	1
Discordo	2
Neutro	3
Concordo	4
Concordo Totalmente	5

	Afirmação	R
sasa1	Para mim os comportamentos associados ao TDAH são irritantes na sala de aula	R
sasa2	Eu não gosto de dar aulas em turmas em que haja estudantes com comportamentos do tipo TDAH	R
sasa3	Estudantes que exibem comportamento associados ao TDAH me estressam	R
sasa4	Gasto a maior parte do meu tempo em sala de aula disciplinando estudantes com comportamentos associados ao TDAH	R
sasa5	Para mim, estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH são rudes	R
sasa6	Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH atrapalham a minha capacidade de dar aulas de maneira efetiva	R
sasa7	Para mim, dar aulas para estudantes com comportamentos associados ao TDAH é um desafio	
sasa8	Para mim, a presença de estudantes com TDAH na sala de aula é positiva porque me permite elaborar aulas diferenciadas	
sasa9	Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH trazem novas perspectivas para as matérias que estou ensinando	
sasa10	Para mim é gratificante ver os avanços de estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH	
sasa11	Para mim é gratificante trabalhar com estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH	
sasa12	Eu acredito que o TDAH é diagnosticado de maneira exagerada	R
sasa13	Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH deveriam se esforçar mais para se concentrar nas suas tarefas escolares	R
sasa14	Para mim o TDAH é uma desculpa para pais que não dão assistência adequada a seus filhos/filhas.	R
sasa15	Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH se comportam mal porque não querem seguir as regras estabelecidas	R
sasa16	Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH precisam de mais estrutura e disciplina e não de assistência com suas tarefas escolares	R
sasa17	Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH não têm desculpa para se comportar mal a menos que tenham um diagnóstico formal de TDAH	R
sasa18	Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH se comportam mal de propósito	R
sasa19	Para mim o TDAH é um diagnóstico válido	
sasa20	Estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH vão bem em alguns assuntos e não em outros	

sasa21	Se um/uma estudante exibisse comportamentos do tipo TDAH em minha sala de aula, eu recomendaria que fosse encaminhado/encaminhada para uma avaliação de possível TDAH	
sasa22	Eu mudo minha forma de ensinar e elaboro aulas adaptadas para estudantes que exibem comportamentos associados ao TDAH	
sasa23	Quando são necessárias aulas adaptadas, eu sinto que é fácil fazer adaptações educacionais para atender estudantes com TDAH em salas de aula comuns.	
sasa24	Eu não tenho tempo para a elaboração de aulas adaptadas e atividades atrativas para estudantes com comportamentos associados ao TDAH	R
sasa25	Eu sinto que recebi treinamento profissional adequado para lidar com comportamentos do tipo TDAH	
sasa26	Eu sinto que posso ensinar efetivamente estudantes que exibem comportamentos do tipo TDAH	
sasa27	Eu conheço os comportamentos do tipo TDAH	
sasa28	Eu conheço intervenções que podem ser feitas em sala de aula para lidar com os maus comportamentos que atrapalham o aprendizado	
sasa29	Eu gostaria de saber mais sobre o TDAH e os comportamentos associados a ele	
sasa30	Eu gostaria de ser mais eficiente ao ensinar estudantes com comportamentos associados ao TDAH	
sasa31	Eu gostaria de ter mais informações sobre intervenções em sala de aula para me ajudar a ensinar estudantes que exibem comportamentos do tipo TDAH	

12. Anexos

12.1. ANEXO 1 - Parecer do comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES E ATITUDES DE PROFESSORES SOBRE O TDAH E SOBRE ESTUDANTES COM SINTOMAS DE TDAH

Pesquisador: Mônica Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55182521.0.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.531.864

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1855029.pdf) INTRODUÇÃO A motivação para o desenvolvimento deste projeto de pesquisa se originou em minha prática clínica psicopedagógica atendendo várias crianças com transtornos de aprendizagem e de comportamento, entre elas crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista) e TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade). De maneira geral as mães são encaminhadas à terapia por conta de queixas oriundas dos profissionais da escola em que a criança estuda. Em grande parte das vezes os "diagnósticos" são dados de maneira assertiva pelos professores e diretores baseados em poucas observações e fundamentados em suas crenças. Desnecessário dizer que em grande parte das vezes esses "diagnósticos" não se confirmam após uma avaliação psicopedagógica fundamentada em evidências observacionais sistemáticas e testes padronizados. Dessa forma, em virtude do que foi exposto acima, surgiu o interesse em entender de que maneira os conhecimentos dos profissionais da educação, sua formação e visão de conhecimento estão relacionados com suas atitudes e percepções sobre as crianças com TDAH em ambiente escola. O que é o TDAH O TDAH é um dos transtornos psiquiátricos mais diagnosticados em crianças e adolescentes. Mesmo antes do diagnóstico oficial já há altos níveis de estigma, que levam à dificuldades no tratamento, rejeição social e profecias autorrealizáveis (Efeito Pigmeleão) (BELL et al., 2011). Segundo o DSM-5

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.531.884

(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) o TDAH é um “padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento” (p. 59) e para preencher os critérios para este diagnóstico a criança deve demonstrar seis de nove sintomas de desatenção e pelo menos seis de nove sintomas de hiperatividade-impulsividade. Esses sintomas devem se manifestar por pelo menos seis meses e serem incompatíveis com o nível de desenvolvimento e terem impactos negativos na vida social, acadêmica e/ou profissional. No mundo, a prevalência do TDAH é de 5% entre crianças e 2,5% entre adultos. Vale destacar que mesmo sendo uma das principais referências em relação ao TDAH, o DSM-5 não está livre de críticas devido à sua estabilidade temporal e apresentação do TDAH (BLEDSOE et al., 2020). O TDAH é mais comum no sexo masculino e nas crianças a proporção é de 2 meninos para 1 menina. O diagnóstico é clínico e multidisciplinar. O TDAH apresenta algumas comorbidades como o transtorno oppositor desafiador (TOD), transtornos de aprendizagem, transtornos de conduta, transtorno disruptivo da regulação do humor, transtorno de ansiedade e transtorno depressivo, transtorno explosivo intermitente e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). O TDAH como fenômeno neurobiológico Mais recentemente o TDAH vem sendo considerado como um espectro que envolve a desatenção, a hiperatividade e as impulsividade que podem estar presentes de maneira isolada ou combinada. De maneira geral o TDAH de tipo combinado é o mais comum (BLEDSOE et al., 2020). A tríade apresentada acima está ligada a um comprometimento do funcionamento de regiões do lobo frontal do cérebro, mais especificamente ocorre uma sintonização ineficiente na dopamina e noradrenalina (STAHL, 2016; ANDERSON, 2018). A impulsividade, por exemplo, está ligada a uma disfunção no córtex orbito frontal e é caracterizada pela fala excessiva, o falar sem pensar, não esperar a vez e interromper as outras pessoas. A hiperatividade, por outro lado, está ligada ao córtex motor pré-frontal e tem como características a inquietação, o levantar constantemente da cadeira, o correr, o subir, o se pendurar e a dificuldade em brincar tranquilamente (BARKLEY, 2012; STAHL, 2016). A desatenção pode ser dividida em dois componentes: a incapacidade de manter a atenção e de resolver problemas e a atenção seletiva/incapacidade de focar. A primeira é uma disfunção executiva ligada a um processamento ineficiente de informações no córtex pré-frontal dorsolateral. A segunda, por sua vez, decorre de um processamento ineficiente de informações no córtex cingulado anterior dorsal. Essas áreas ou não são atividades, ou ocorre uma ativação ineficiente ou a ativação ocorre com grande esforço levando a criança a se cansar com facilidade (ANDERSON, 2018). Em qualquer uma das situações citadas acima há uma sinalização deficiente nas sinapses que leva à diminuição da neurotransmissão. O papel da medicação é justamente o de fazer com que os neurotransmissores

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.080-110

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.531.884

voltem aos níveis ideais de funcionamento (STAHL, 2016). Em adolescentes e adultos com TDAH, é mais comum uma sinalização excessiva dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina. Pelo exposto, é possível concluir que há uma faixa ideal para os níveis dos transmissores, ou seja, eles devem estar em sintonia. Quando os níveis de neurotransmissores estão abaixo do ideal, todos os sinais que chegam ficam iguais e há dificuldade em focar em uma tarefa específica (atenção guiada). Por outro lado, quando os níveis de neurotransmissores estão acima do nível ideal, os sinais de entrada se tornam confusos e outros receptores sinápticos são recrutados. Nesse caso ocorre um direcionamento incorreto da atenção (STAHL, 2016; ANDERSON, 2018). O TDAH é diagnosticado por volta dos sete anos de idade, isso porque as sinapses ligadas a esse transtorno começam a se formar por volta dos 7 anos. Por outro lado, com a poda neural que ocorre na adolescência, existe a possibilidade de que os sintomas do TDAH desapareçam. Críticas à concepção predominante do TDAH A despeito do conhecimento vem sendo produzido sobre o TDAH, esse assunto é controverso desde sua origem na década de 1960 com as origens do diagnóstico para Reação Hiperkinética da Infância, nos Estados Unidos (KEAN, 2012). Algumas das principais críticas atuais se situa na "medicalização da infância", se realmente existe ou se é uma desculpa usada por pais e professores despreparados (MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015). As principais críticas são oriundas das ciências sociais no sentido de questionar o a existência do TDAH e o controle do comportamento infantil pela medicalização (CALIMAN, 2009, 2010) e do determinismo biológico imposto pela neurociência uma vez que aponta a causa biológica do comportamento indesejável e seu controle pela medicalização (BRZOWSKI; CAPONI, 2012). Nessa direção, pesquisas com a perspectiva Histórico-Social têm apontado também a necessidade de se entender a criança com TDAH como um sujeito social e que as interações que ela vivencia em seu meio podem ser reveladoras do transtorno no âmbito socioeducativo (SIGNOR et al., 2017). Pesquisas sobre TDAH Um levantamento bibliográfico preliminar mostrou que as pesquisas em TDHA são realizadas por diferentes áreas (psicopedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, psiquiatria, por exemplo) e que muitas são direcionadas para o desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação/diagnóstico do TDAH, tanto em crianças como em adultos. Por outro lado, pesquisas sobre o desenvolvimento e validação de instrumentos voltados para a avaliação da percepção e/ou atitudes de professores em relação ao TDAH são escassas e muitas que tratam desse tópico utilizam uma abordagem qualitativa com predominância de entrevistas semiestruturadas e/ou história oral ou são estudos teóricos com reflexões sobre o tema (BELTRAME et al., 2015; SILVA et al., 2015; CRUZ et al., 2016; SIGNOR et al., 2020). Por exemplo, Figueiredo e colaboradores realizaram a tradução a partir da língua inglesa e validação de um

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.531.884

instrumento (Mind Wandering Excessively Scale - MEWS) que avalia a frequência, a intensidade e os resultados negativos do devaneio, fenômeno em que a atenção e o conteúdo do pensamento se distanciam da ideia ou atividade original. O instrumento adaptado foi aplicado a uma amostra de conveniência com 20 adultos com TDAH e os pesquisadores relataram uma equivalência satisfatória entre o instrumento original e a versão adaptada para o Brasil (FIGUEIREDO et al., 2018). Em outro trabalho, Büttow e Figueiredo avaliaram o quanto o índice de memória operacional da escala Weschler de Inteligência para Crianças era sensível em detectar dificuldades em crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH. As pesquisadoras utilizaram uma amostra de conveniência constituída de 50 participantes e após a aplicação dos instrumentos, verificaram que o índice em questão era adequado para diagnosticar e avaliar déficits de memória e atenção em crianças e adolescentes com TDAH (BÜTTOW et al., 2019). Um dos poucos instrumentos voltados para a percepção e atitudes de professores em relação ao TDAH foi feito por Mulholland e colaboradores que desenvolveram e validaram um instrumento para avaliar as atitudes e opiniões de professores em relação a estudantes que exibem comportamentos típicos do TDAH em função de suas características demográficas. As pesquisadoras verificaram que o conhecimento correto sobre o TDAH, de acordo com o questionário aplicado, variava entre 50% e 85%, mas que em algumas áreas o conhecimento mais fraco como no caso da etiologia do TDAH. Também foi verificada a existência de preditores sociodemográficos das atitudes em relação ao TDAH, mas as pesquisadoras apontaram a necessidade de mais pesquisas nessa direção (MULHOLLAND; CUMMING; JUNG, 2015). Uso de questionários em pesquisas acadêmicas Em relação à utilização do questionário, vários pesquisadores de diferentes áreas têm utilizados esse tipo de instrumento como fonte de obtenção de dados. Muitas pesquisas visam a elaboração/adaptação e validação de questionários (BORSA; SEIZE, 2017) Por exemplo Silverstein e colaboradores utilizaram um questionário autoadministráveis como um dos instrumentos para identificar a relação entre TDAH e déficits das funções executivas (organização, estratégia, planejamento, atenção, autocontrole, etc) em pessoas adultas (SILVERSTEIN et al., 2020). Após a análise estatística dos questionários, os pesquisadores verificaram que os sintomas do TDAH são altamente correlacionados e preditores do comprometimento das funções executivas. Bledsoe e colaboradores avaliaram a utilização de técnicas de aprendizagem de máquina para a predição da presença de TDAH em crianças (BLEDSOE et al., 2020). Para a produção de dados que seriam utilizados na análise computacional, os pesquisadores utilizaram seis diferentes baterias de escalas amplamente utilizadas em diagnósticos clínicos de TDAH. Como resultado, os pesquisadores verificaram uma elevada acurácia na classificação diagnóstica de maneira que os algoritmos computacionais alimentados

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Telefone: (79)3194-7208

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.531.884

com dados comportamentais poderiam ser uma importante ferramenta para o diagnóstico clínico. Lopes e colaboradores (LOPES et al., 2020) utilizaram um questionário para inventariar o conhecimento do público em geral e educadores sobre conceitos e crenças em relação à neurociências. O questionário utilizado pelos pesquisadores foi teve algumas questões elaboradas por eles mesmos e outras questões retiradas do "Questionário de conhecimentos básicos sobre neurociências" (DEKKER et al., 2012). Os pesquisadores verificaram que tanto educadores como o público em geral sustentam concepções equivocadas sobre a neurociência e que a formação continuada sobre esse tema não tem impactado de forma positiva essas conhecimento. Bieneman e Damásio desenvolveram e validaram uma escala para avaliar as atitudes de psicólogos frente à ciência e sua relação com características sociodemográficas (BIENEMANN; DAMÁSIO, 2017, 2019). Nesse trabalho os autores evidenciaram as propriedades psicométricas do instrumento desenvolvido e verificaram que o conhecimento dos respondentes sobre a natureza da ciência é um bom preditor das suas atitudes em relação à ciência. Em uma pesquisa que tinha como objetivo avaliar as atitudes dos participantes sobre a vacinação antes e após uma intervenção Horne e colaboradores desenvolveram uma escala de atitudes em relação à vacina. O questionário, nesse caso, serviu como instrumento para avaliar a eficiência da intervenção (HORNE et al., 2015). METODOLOGIA Para atingir os objetivos deste projeto, utilizarei uma abordagem quantitativa voltada para análise de questionário, a saber a Teoria Clássica dos Testes (HAUCK FILHO; ZANON, 2015) e a modelagem de Equações Estruturais (CAMPOS; MORÔCO, 2017). Parte do questionário será criada especificamente para esta pesquisa e outra parte será de instrumentos já existentes que constituirão os instrumentos complementares, como descrito a seguir. Os respondentes da pesquisa serão professoras e professores da Educação Infantil e do Ensino Fundamental I, pois é nessas faixas educacionais costumam aparecer as primeiras queixas relacionadas ao TDAH e outros transtornos do comportamento e da aprendizagem. Elaboração do instrumento de coleta de dados Como já mencionado, parte do instrumento de coleta de dados será um questionário contendo duas escalas compostas por itens Likert para avaliação dos construtos (ou variáveis latentes): Percepção/Conhecimento sobre TDAH e Atitudes em relação à criança com TDAH. Cada uma desses construtos será avaliado quanto a sua validade e fidedignidade. Para a elaboração dos itens das escalas Likert, será feito um estudo bibliográfico sobre os construtos de interesse. Também será realizado um grupo focal com membros representativos da amostra de interesse, a saber professores que ministram aulas nas na educação infantil e no ensino fundamental I. As informações obtidas auxiliarão na construção dos itens de cada escala de maneira a garantir a validade do instrumento (PACICO, 2015). Após a confecção do questionário, este passará por uma

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.080-110

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.531.884

validação semântica com membros representativos da amostra de interesse. O objetivo da validação semântica é verificar a inteligibilidade dos itens para os participantes e realizar as alterações necessárias (MATTOS et al., 2011). Instrumentos complementares Questionário Sociodemográfico. Esse instrumento tem como objetivo levantar informações tais como sexo, idade, grau de instrução, formação, etc. Subescala de Necessidade de Desenvolvimento Pessoal. Esse instrumento é composto por seis itens que avaliam a importância de desenvolvimento pessoal na vida das pessoas (DAMÁSIO; KOLLER; SCHNELL, 2013). Subescala de Necessidade de Conhecimento. Esse instrumento é composto por seis itens que avaliam a importância ou necessidade de conhecimento na vida das pessoas (DAMÁSIO; KOLLER; SCHNELL, 2013). Distribuição dos questionários Os questionários serão autoadministráveis e serão distribuídos aos respondentes de maneira online. Com isso as respostas já estarão disponíveis em uma planilha necessitando somente de algumas recodificações e criações de novas variáveis. Seleção dos participantes A amostragem dos professores será do tipo bola de neve (SAMPIERI et al., 2013) de maneira que um respondente compartilhe o questionário com sua rede de contatos. Critério de Inclusão: Professores do Ensino Fundamental I ou da Educação Infantil. Metodologia de Análise de Dados: Análise estatística A análise dos dados será feita utilizando o pacote estatístico Lavaan (GANA; BROCC, 2018) para a modelagem de equações estruturais envolvendo as variáveis latentes e sociodemográficas de maneira a atingir os objetivos propostos no trabalho. Após a aplicação do questionário, será realizada a análise fatorial exploratória (DAMÁSIO; DUTRA, 2017) no questionário elaborado para esta pesquisa. O objetivo deste procedimento será o de determinar o número e a natureza das variáveis latentes (construtos) a partir das variáveis observadas (itens Likert) Os itens Likert elaborados para esta pesquisa bem como os instrumentos complementares também passarão por avaliação de sua consistência interna utilizando o alfa de Cronbach. Dessa maneira será possível avaliar a contribuição de cada item para o construto em questão. Cada um dos construtos passará também por análise fatorial confirmatória (FRANCO; VALENTINI; IGLESIAS, 2017) de maneira a verificar a contribuição de cada item (variável observada) para o construto (variável latente). Concomitante a isso será criado o modelo estrutural com a finalidade de testar as relações entre as variáveis latentes (CAMPOS; MORÔCO, 2017).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Evidenciar as percepções e atitudes de Professores da Educação Infantil e do Ensino Fundamental I sobre o TDAH Objetivo Secundário: Adaptar e validar um instrumento de avaliação de percepção e atitudes de professores frente ao TDAH Descrever as percepções e

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.080-110

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.531.884

atitudes dos Professores da Educação Infantil e do Ensino fundamental I sobre o aluno portador de TDAH e sobre o aluno típico. Descrever quais fatores/Variáveis influenciam as percepções dos professores sobre o TDAH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante o preenchimento do questionário, que deve durar de 15 a 30 minutos, os respondentes podem sentir cansaço e estresse.

Benefícios:

Aquisição de conhecimento em relação ao TDAH na Educação Infantil e Séries Iniciais do Ensino Fundamental por meio de curso de formação online a ser ofertado no final da pesquisa aos interessados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O TDAH é um transtorno caracteriza por desatenção, hiperatividade e impulsividade em graus variados e tem uma prevalência de 5% na população infantil e 2,5% na população adulta. O diagnóstico é clínico e pode envolver a aplicação de diversos instrumentos padronizados. Apesar do conhecimento de sua causa biológica, ainda há muita controvérsia em relação ao TDAH, principalmente em relação à medicalização de crianças em idade escolar. Muitas pesquisas apontam nessa direção enquanto outras buscam desenvolver e validar instrumentos de diagnósticos. Mesmo assim, apesar da importância no contexto educacional, há poucas pesquisas e instrumentos voltados para a percepção e atitudes de professores e demais profissionais da educação em relação ao TDAH. Assim, esta pesquisa tem o objetivo de desvelar as percepções e atitudes de professores da educação infantil e ensino fundamental sobre o TDAH e a criança com comportamentos do tipo TDAH além de buscar por variáveis preditoras dessas percepções e atitudes. Para isso será desenvolvido e validado um instrumento específico bem como serão usados alguns instrumentos já existentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
 Bairro: Sanatório CEP: 49.080-110
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3194-7208 E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.531.884

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa inicial.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1855029.pdf	12/06/2022 13:58:43		Aceito
Outros	TDH_atrasoassinado.pdf	12/06/2022 13:58:08	Mônica Oliveira	Aceito
Outros	TDH_Pendencias.docx	12/06/2022 13:43:48	Mônica Oliveira	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_CONEPE.docx	12/06/2022 12:42:25	Mônica Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TDAH.pdf	12/06/2022 12:40:55	Mônica Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	25/11/2021 07:08:14	Mônica Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	25/11/2021 07:07:41	Mônica Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	23/11/2021 17:10:16	Mônica Oliveira	Aceito
Outros	TDH_Questionario.pdf	21/11/2021 14:39:06	Mônica Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/11/2021 14:19:00	Mônica Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TDH.pdf	07/11/2021 08:55:00	Mônica Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
 Bairro: Sanatório CEP: 49.080-110
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3194-7208 E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.531.884

Não

ARACAJU, 18 de Julho de 2022

Assinado por:
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório
UF: SE Município: ARACAJU CEP: 49.080-110
Telefone: (79)3194-7208 E-mail: cep@academico.ufs.br