SUBJETIVIDADES
e-ISSN: 2359-0777
Universidade de Fortaleza
Relatos de Pesquisa

Construção e validação da escala de conhecimentos sobre o TDAH

Construction and validation of the ADHD knowledge scale

Construcción y validación de la escala de conocimiento sobre el TDAH

Construction et validation de l'échelle de connaissances sur le TDAH

10.5020/23590777.rs.v24i1.e12975

Bruna Fragoso Rodrigues
Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Atualmente, Psicóloga Residente no Hospital Universitário de Santa Maria com ênfase na saúde do adulto em doenças Crônico Degenerativas.

Clarissa Tochetto de Oliveira
Possui graduação e mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pela Wainer & Piccoloto (WP). Atualmente, é professora adjunta no Departamento de Psicologia e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) . Coordena o Laboratório de Avaliação e Clínica Cognitiva (LACCog).

Fernando de Jesus Moreira Junior
Possui graduação em Estatística pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), mestrado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS) e doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atualmente é professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria e líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Teoria da Resposta ao Item - GEPTRI.

Ana Cristina Garcia Dias
Pós-Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP) e Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Processos de Ativação de Mudanças no Ensino Superior pela FIOCRUZ e em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Wainer & Piccoloto. Atualmente é Professora Associada III da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, lecionando na graduação e Pós-graduação em Psicologia e no Programa Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Resumo

O objetivo desse estudo foi apresentar a construção e evidências de validade de uma escala que avalia conhecimentos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Foram seguidas as etapas para o desenvolvimento de instrumentos psicológicos: operacionalização do construto, análise teórica dos itens, busca de evidências de validade. Participaram 761 pessoas de ambos os sexos, com idade entre 18 e 76 anos, com ensino superior incompleto e completo. A coleta de dados ocorreu por meio eletrônico. Foi realizada uma análise de ajuste do Modelo Logístico de Três Parâmetros da TRI. A versão final da escala possui 15 itens e índice de consistência interna aceitável (α=0,73), além de cinco níveis âncora (-2, -1, 0, 1 e 2) que permitem identificar diferenças no conhecimento sobre TDAH. Sugere-se que mais estudos utilizando esse instrumento sejam produzidos, colaborando para uma validade mais robusta e, consequentemente, contribuindo para a psicoeducação do TDAH.

Palavras-chave: transtorno da falta de atenção com hiperatividade, psicometria, psicoeducação

Abstract

The objective of this study was to present the validity construction and evidence of a scale that assesses knowledge about Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). The steps for psychological instrument development were followed: operationalization of the

construct, theoretical analysis of the items, and search for evidence of validity. 761 people of both sexes, aged between 18 and 76 years old, with incomplete and complete higher education, participated in it. Data collection occurred electronically. A fit analysis of the IRT Three-Parameter Logistic Model was performed. The final version of the scale has 15 items and an acceptable internal consistency index (α=0.73), besides five anchor levels (-2, -1, 0, 1, and 2) that allow identifying differences in knowledge about ADHD. It is suggested that more studies using this instrument be produced, contributing to a more robust validity and, consequently, contributing to the psychoeducation of ADHD.

Keywords: *attention deficit hyperactivity disorder, psychometrics, psychoeducation*

Resumen

El objetivo de este estudio fue presentar la construcción y evidencias de validez de una escala que evalúa conocimientos sobre el Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH). Fueron seguidas las etapas para el desarrollo de instrumentos psicológicos: operacionalización del constructo, análisis teórico de los elementos, búsqueda de evidencias de validez. Participaron 761 personas de ambos los sexos, con edades entre 18 y 76, con enseñanza superior incompleta y completa. La recogida de datos ocurrió por medio electrónico. Fue realizado un análisis de ajuste del Modelo Logístico de Tres Parámetros de la TRI. La versión final de la escala posee 15 elementos e índice de consistencia interna aceptable (α=0,73), además de cinco niveles ancla (-2, -1, 0, 1 e 2) que permiten identificar diferencias en el conocimiento sobre TDAH. Se sugiere que más estudios sean producidos utilizando este instrumento, colaborando para una validez más robusta y, consecuentemente, contribuyendo para la psicoeducación del TDAH.

Palabras clave: *trastorno de la falta de atención con hiperactividad, psicometría, psicoeducación*

Résumé

Le but de cette étude était de présenter la construction et la preuve de validité d'une échelle qui évalue les connaissances sur le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH). Les étapes de développement des instruments psychologiques ont été suivies : opérationnalisation du construit, analyse théorique des items, recherche de preuves de validité. Un total de 761 personnes des deux sexes a participé, âgées de 18 à 76 ans, avec un enseignement supérieur incomplet et complet. La collecte des données s'est déroulée par voie électronique. Une analyse d'ajustement du Modèle Logistique à Trois Paramètres de la TRI a été réalisée. La version finale de l'échelle comporte 15 items et un indice de cohérence interne acceptable (α=0,73), ainsi que cinq niveaux d'ancrage (-2, -1, 0, 1 et 2) qui permettent d'identifier les différences dans les connaissances sur le TDAH. On suggère que plus d'études soient produites en utilisant cet instrument, contribuant à une validité plus robuste et, par conséquent, à la psychoéducation du TDAH.

Mots-clés : *trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, psychométrie, psychoéducation*

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade (*American Psychiatric Association* [APA], 2022), cujos principais fatores de etiologia são neurobiológicos (Wagner et al., 2016). O diagnóstico é clínico, baseado em critérios bem definidos, conforme descritos em manuais como o DSM-V-TR (APA, 2022). Os sintomas devem se manifestar antes dos 12 anos de idade e estar presentes em mais de um ambiente. São avaliados de acordo com a persistência e severidade em relação aos comportamentos tipicamente observados em indivíduos de nível equivalente de desenvolvimento (APA, 2022).

O TDAH pode se manifestar de formas diferentes e ser especificado como predominantemente desatento, predominantemente hiperativo e apresentação mista. O especificador predominantemente desatento corresponde à ocorrência de seis ou mais sintomas de desatenção, mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade. Por exemplo, frequentemente perder objetos importantes ao cotidiano (chaves, documentos) ou esquecer de prazos importantes no trabalho. O especificador predominantemente hiperativo-impulsivo, por sua vez, ocorre em indivíduos que apresentam seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade, mas menos de seis sintomas de desatenção. Por exemplo, o indivíduo não consegue esperar sua vez de falar e interrompe outros, sente grande incômodo se necessita ficar tempo prolongado em reuniões ou conversas, mesmo que importantes, referentes a trabalho ou vida pessoal. Por fim, o especificador de apresentação combinada é atribuído quando seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade são apontados. Por exemplo, além de apresentar dificuldades ao lembrar de tarefas e prazos importantes, como datas de pagamento, ou local onde deixou pertences, o indivíduo também apresenta comportamento agitado em situações sociais que demandam calma e espera, pois dificilmente consegue esperar sua vez de falar ou permanecer em um mesmo ambiente por mais de algumas horas (APA, 2022).

Estima-se que a prevalência do TDAH seja de 2,5 % na população mundial de adultos (APA, 2022). Apesar do TDAH costumar surgir na infância, é comum que ele persista na vida adulta em 60% a 70% dos casos (Lara et al., 2009) e, ainda que o transtorno persista, os sintomas modificam-se conforme a fase do desenvolvimento do indivíduo e contextos no qual está inserido (Agnew-Blais et al., 2016; APA, 2022). Portanto, é comum que as pessoas diagnosticadas com TDAH apresentem prejuízos nas diferentes esferas do desenvolvimento, principalmente, social, profissional e acadêmica devido aos sintomas do transtorno (Castro & Lima, 2018). Em relação ao tratamento, o mais eficaz atualmente é a combinação de psicofármacos estimulantes, para minimizar sintomas como desatenção e hiperatividade, com psicoterapia cognitivo-comportamental, para a maximização do uso de estratégias para lidar com os sintomas residuais, os quais impedem o paciente de ter sua funcionalidade totalmente restaurada (Faraone et al., 2015).

O desconhecimento a respeito do TDAH por parte da população pode ser prejudicial àqueles que possuem esse diagnóstico (Murtani et al., 2020). Os sintomas podem ser mal interpretados, tanto pelo próprio sujeito quanto pelos demais com quem convive. A desatenção advinda dos sintomas pode causar no indivíduo, além de mau desempenho em tarefas que exijam foco de atenção por período prolongado, frustração por não conseguir atingir objetivos acadêmicos e profissionais e atribuição desses prejuízos a características pessoais, como falta de vontade (Coutinho & França, 2020). Assim, o desconhecimento do transtorno pode comprometer a funcionalidade, a autoeficácia e as relações pessoais do indivíduo que apresenta TDAH (Coelho et al., 2016).

Os prejuízos do desconhecimento sobre o TDAH podem ser ainda maiores quando ocorrem por parte de profissionais da saúde. É possível que a falta de informações científicas e atualizadas sobre o TDAH atrasem o reconhecimento do transtorno. Como consequência, o tratamento adequado pode não ser oferecido e os problemas sociais aumentados (Cornejo et al., 2019; Park et al., 2018).

O estigma decorrente do desconhecimento do TDAH e seus sintomas tornam a psicoeducação desse transtorno fundamental (Lúcio, 2020). Há, na literatura, relato de diversas intervenções psicoeducativas do TDAH (Oliveira & Dias, 2018). A disseminação de informações relevantes sobre o transtorno (diagnóstico, etiologia, funcionamento), o tratamento e o prognóstico, bem como a correção de informações distorcidas está associada a um maior conhecimento sobre esse quadro, maior adesão ao tratamento por parte de pacientes e familiares, menores níveis de estresse, maiores níveis de autoestima e maiores índices de qualidade de vida (Maia et al., 2018; Oliveira & Dias, 2018).

No entanto, em revisão de literatura recente, verificou-se que apenas 3 de 17 estudos que relatavam intervenções psicoeducativas avaliaram se as informações fornecidas na psicoeducação do TDAH foram, de fato, compreendidas por pacientes, familiares e professores. Um dos motivos para isso pode ser a falta de instrumentos construídos e validados para esse fim (Oliveira & Dias, 2018). Diante disso, o objetivo deste estudo consiste em apresentar a construção e evidências de validade de uma escala que avalia conhecimentos sobre o TDAH. Espera-se que esse instrumento possa auxiliar na identificação de informações distorcidas a serem abordadas durante atendimentos clínicos, bem como na avaliação da efetividade de intervenções psicoeducativas sobre esse transtorno.

Método

Trata-se de um estudo transversal para a construção de uma escala de conhecimentos sobre o TDAH e apresentação de suas propriedades psicométricas, que faz parte de um projeto mais abrangente sobre psicoeducação desse transtorno no contexto universitário.

Participantes

A amostra foi composta por 761 pessoas (77,6% mulheres), com idade variando de 18 a 76 anos (*M*=28,75 anos, *DP*= 9,46). A maioria dos participantes residia no Rio Grande do Sul (63%), São Paulo (7,0%) e Santa Catarina (5,3%), sendo o restante dos demais estados brasileiros. A respeito da escolaridade, 58,2% apresentavam ensino superior completo e 41,8%, ensino superior incompleto. No que se refere à profissão, as ciências da saúde tiveram maior representatividade (7,5%), seguida pelas ciências humanas (5,9%), ciências sociais aplicadas (4,2%), ciências exatas (3,1%), engenharias (1,7%), ciências agrárias (0,7%), linguísticas (0,7%) e ciências da educação (0,5%). Os critérios de inclusão foram ter 18 anos ou mais e escolaridade mínima de ensino superior incompleto. O critério de exclusão foi não ter respondido os instrumentos na sua totalidade.

Instrumento

A escala de conhecimento sobre TDAH foi especialmente estruturada para este estudo. Seu objetivo é avaliar o conhecimento das pessoas sobre o TDAH, o que pode ser útil na avaliação de intervenções psicoeducativas desse transtorno. Foram seguidas as etapas para o desenvolvimento de instrumentos psicológicos: operacionalização do construto e análise teórica dos itens (Pasquali, 2016).

A operacionalização do construto foi realizada com base na literatura científica da área e entrevistas. Primeiro, foram identificados os tópicos geralmente abordados em intervenções psicoeducacionais do TDAH e outros instrumentos usados em pesquisas internacionais: características do TDAH, etiologia, curso, diagnóstico e tratamento (Bramham et al., 2009; Kooij & Francken, 2010; Oliveira & Dias, 2018; Palacios-Cruz et al., 2013; Safren, 2008). Depois foram conduzidas entrevistas com professores universitários de diferentes cursos, como engenharia mecânica e agronomia, para identificar o que sabiam sobre o TDAH e dúvidas referentes ao transtorno. Os 17 itens foram construídos a partir dessas informações. Para testar o conhecimento dos respondentes, alguns itens contêm afirmações corretas e outros, incorretas.

Em seguida, partiu-se para a análise teórica dos itens. A primeira versão dos itens foi avaliada quanto à pertinência e dificuldade de cada item por cinco juízes, cujo critério para seleção foi atuarem em ambulatório especializado em atendimento a pessoas com TDAH ou em serviços de assistência a estudantes universitários. Todos os itens foram mantidos devido a sua relevância. Os especialistas sugeriram alterações e acréscimos de questões, a exemplo de: "o TDAH é causado por falta de esforço", "o TDAH pode ser do tipo desatento, do tipo hiperativo e do tipo combinado", "pessoas com TDAH ficam logo desinteressadas pelas atividades que realizam". Depois que as mudanças sugeridas foram feitas, um estudo piloto foi realizado com sete estudantes universitários de diferentes cursos (comunicação social, odontologia, medicina, engenharia elétrica e ciência da computação) que explicaram o que entenderam sobre cada item para verificar a clareza do conteúdo. Os itens que apresentavam problemas de redação foram reformulados conforme sugestões recebidas. Depois, foram randomizados os 22 itens para compor a versão final do instrumento. Foi utilizada uma escala de resposta Likert de três pontos, que variava de *discordar totalmente* a *concordar totalmente*, sendo a opção intermediária uma forma de identificar quando os participantes não tinham certeza da resposta.

Procedimentos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE 72074017.6.0000.5346). A pesquisa seguiu os cuidados éticos previstos na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Sua divulgação foi realizada por meio de redes sociais e listas de e-mail. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eletrônico (TCLE). Os participantes responderam a todos os instrumentos por meio da plataforma on-line *Survey Monkey*. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2017.

Análise de dados

Para elaborar uma escala de conhecimentos sobre o TDAH por meio do Modelo Logístico de Três Parâmetros (ML3) da TRI, é necessário um procedimento de dicotomização dos dados originais. O ML3 é especificamente utilizado para avaliações educacionais de proficiência ou de conhecimento, sendo utilizado internacionalmente em diversas avaliações educacionais, principalmente de larga escala (Andrade et al., 2010). Dessa forma, é necessário que os dados estejam organizados de tal forma que exista apenas duas respostas possíveis: acerto e erro ou correto e incorreto.

Inicialmente os 22 itens foram disponibilizados no instrumento em uma escala Likert de concordância de três pontos (*discordo*, *concordo parcialmente* e *concordo*). Esses itens podiam conter uma afirmação correta ou incorreta e os participantes deveriam responder uma das opções da escala, sendo que, se a afirmação fosse verdadeira, a opção "*concordo*" era a alternativa correta, caso contrário a opção "*discordo*" era a alternativa correta. Para fins de aplicação do ML3, os dados foram dicotomizados para avaliar o conhecimento dos participantes da seguinte forma: se a afirmação era verdadeira, a opção "*concordo*" foi considerada como a resposta correta e as outras opções como respostas incorretas; já, se a afirmação era falsa, a opção "*discordo*" foi considerada como a resposta correta e as outras opções como respostas incorretas.

Com o banco de dados organizado, primeiro foi realizada uma análise preliminar baseada na Teoria Clássica dos Testes (TCT), o que envolveu análise do Coeficiente Alfa de Cronbach, dos percentuais de acertos e erros e do Coeficiente Ponto Bisserial. Em seguida, foi realizada uma análise fatorial (AF) com o objetivo de identificar a presença de um fator dominante, pressuposto necessário para análise pela TRI, por meio do ML3, conduzida na sequência. Os parâmetros dos itens foram estimados por *Máxima Verossimilhança* e o traço latente foi estimado pelo método bayesiano da *esperança posteriori*. As análises foram realizadas no *software* R, por meio dos pacotes psych (Revelle, 2008), ltm (Rizopoulos, 2006) e irtoys (Partchev et al., 2017).

Resultados

Análise preliminar por meio da TCT

O Alfa de Cronbach da escala foi de 0,6904. Embora o valor mínimo para uma consistência interna aceitável seja 0,7, pode-se considerar aceitável um valor de 0,60 em pesquisas exploratórias (Hair et al., 2009), como é o caso desse instrumento.

A análise de frequência (Tabela 1) de acertos por cada item indica quais informações sobre o TDAH são de maior e menor conhecimento da amostra estudada. Os itens "o TDAH é causado por falta de esforço da pessoa para prestar atenção" e "o TDAH é um transtorno que acontece somente na infância", ambos com informações incorretas, apresentaram os maiores índices de acerto (acima de 90%). Isso indica que a maioria dos participantes sabia que essas afirmações eram incorretas e que, para a maioria das pessoas, não é difícil saber que o TDAH também ocorre em pessoas adultas, por exemplo.

Tabela 1

Percentual de acerto e correlação Ponto Bisserial

Item	Percentual de acerto	Correlação Ponto Bisserial
O TDAH é um transtorno que pode durar a vida inteira.	61,89%	0,4607
Pessoas com TDAH tendem a ser desorganizadas (perdem coisas, esquecem prazos etc.).	50,85%	0,4497
O tratamento consiste em desenvolver estratégias de organização.	36,40%	0,3831
Os sintomas de TDAH são causados pela dificuldade de controlar reações impulsivas.	24,70%	0,4257
O TDAH pode ser controlado sem medicação.	83,84%	0,0594
O diagnóstico do TDAH pode ser realizado por psiquiatra, psicólogo ou por um professor.*	67,67%	0,1407
Pessoas com TDAH ficam facilmente irritadas.	21,02%	0,2914
O TDAH é causado por falta de esforço da pessoa para prestar atenção.*	91,20%	0,3147
O TDAH é um transtorno que acontece somente na infância.*	90,41%	0,3489
A medicação extingue os sintomas de TDAH em todos os casos.*	77,14%	0,3866
O TDAH tem origem neurobiológica.	42,58%	0,4635
O uso exclusivo da lista de sintomas é suficiente para realizar o diagnóstico de TDAH.*	67,02%	0,3167
Os sintomas podem ser extintos apenas com força de vontade.*	85,41%	0,397
Pessoas com TDAH ficam logo desinteressadas por todas as atividades que realizam.*	34,69%	0,1544
Pessoas com TDAH preferem atividades com gratificações imediatas do que esperar por recompensas a longo prazo.	44,42%	0,4809
O TDAH pode ser do tipo Desatento, do tipo Hiperativo, e do tipo Combinado (desatento e hiperativo).	68,59%	0,5264
O número de casos de TDAH aumentou nas últimas décadas.*	6,31%	0,1259
O tratamento do TDAH dura a vida toda.	35,74%	0,4229
Pessoas com TDAH tendem a agir sem pensar.	25,76%	0,4272
Pessoas com TDAH tem dificuldade em manter a atenção no que estão fazendo.	77,00%	0,4513
Um dos objetivos do tratamento é reduzir a tendência à distração.	72,01%	0,4537
O diagnóstico do TDAH requer avaliação da intensidade dos sintomas, prejuízos causados pelos mesmos e idade de início.	80,42%	0,4683

Nota. * Itens com conteúdo incorreto

Por outro lado, o item "o número de casos de TDAH aumentou nas últimas décadas", que era uma afirmação incorreta, foi o único com índice de acerto menor que 10%. Isso sinaliza que a maioria dos participantes acredita que os casos de TDAH aumentaram nas últimas décadas, embora essa informação não tenha sustentação científica.

Três itens com afirmações verdadeiras também obtiveram um baixo percentual de acerto (entre 20% e 30%). São eles: "os sintomas de TDAH são causados pela dificuldade de controlar reações impulsivas", "pessoas com TDAH ficam facilmente irritadas" e "pessoas com TDAH tendem a agir sem pensar". Aparentemente, a maioria dos respondentes desconhece as causas dos sintomas do TDAH, além de acreditar que indivíduos com o transtorno não se irritam facilmente e costumam pensam antes de agir.

O Coeficiente Ponto Bisserial (Tabela 1) mostra a correlação entre o acerto/erro do indivíduo com o seu escore total (soma de todos os acertos). Espera-se que indivíduos que acertam determinado item tenham um escore total maior do que aqueles que erram o item, resultando em uma correlação positiva. Itens que apresentam correlação negativa não são adequados, pois significa que os indivíduos que acertaram aquele item tiveram um escore total menor do que aqueles que erraram o item. Da mesma forma, coeficientes próximos de zero não são adequados e indicam que indivíduos que acertam o item têm o mesmo escore total daqueles que erram o item. Itens com Coeficiente Ponto Bisserial negativo ou próximo de zero são fortes candidatos a serem eliminados na análise da TRI.

Não houve caso de item com Coeficiente Ponto Bisserial negativo, o que significa que os itens são coerentes. Entretanto, alguns valores baixos e próximos de zero foram obtidos. O menor valor de Coeficiente Ponto Bisserial foi 0,0594 para o item "o TDAH pode ser controlado sem medicação". Embora esse item tenha tido um alto percentual de acertos 83,84%, isso não significa que os indivíduos que mais acertaram esse item são os indivíduos que mais entendem sobre TDAH, ou seja, parece

que esse item foi respondido ao acaso pelos respondentes ou ele pode trazer confusão na sua interpretação e entendimento. Esses resultados dão um indicativo de como se comportará o parâmetro de discriminação dos itens no ML3, no sentido que itens com valores negativos do Coeficiente Ponto Bisserial tendem a ter coeficiente de discriminação negativo também e vice-versa.

O conjunto de dados parece ter pelo menos dois fatores. O primeiro fator explica 24% da variância total (quase ¼ do total) e se destaca levemente como fator dominante, sendo suficiente para justificar o ajuste por um modelo unidimensional da TRI. No entanto, como a evidência desse fator dominante não é muito forte, provavelmente alguns itens serão eliminados durante o ajuste do ML3 na análise TRI.

Ajuste do ML3 da TRI

Na primeira tentativa de ajuste do ML3 da TRI, não houve convergência do algoritmo computacional, não sendo possível gerar os resultados. Então, optou-se por eliminar da análise os itens com menores valores de Coeficiente Ponto Bisserial da TCT até que o algoritmo convergisse. Nesse procedimento, foi eliminado o item com menor Coeficiente Ponto Bisserial ("o TDAH pode ser controlado sem medicação") e foi tentado novamente o ajuste do ML3 com os 21 itens restantes, porém não houve convergência do algoritmo computacional. Em seguida, foi eliminado o item com o segundo menor Coeficiente Ponto Bisserial ("o número de casos de TDAH aumentou nas últimas décadas") e tentado o ajuste pelo ML3, que falhou novamente. Na sequência, foi eliminado o item com o terceiro menor Coeficiente Ponto Bisserial ("o diagnóstico do TDAH pode ser realizado por psiquiatra, psicólogo ou por um professor") e tentado o ajuste pelo ML3, que falhou novamente. Continuando o procedimento, foi eliminado o item "pessoas com TDAH ficam logo desinteressadas por todas as atividades que realizam", tentado o ajuste pelo ML3, que finalmente obteve a convergência do algoritmo computacional.

Ainda assim, observou-se que alguns itens não foram ajustados adequadamente pelo ML3. Itens com discriminação menor que 0,65 (Baker, 2001) não distinguem indivíduos que sabem daqueles que não sabem. Itens com discriminação muito alta e itens posicionados muito além de ± 3 desvios padrão da média zero da escala ou itens com alto erro padrão (EP) também são inadequados. Assim foram eliminados os itens "a medicação extingue os sintomas de TDAH em todos os casos", "o uso exclusivo da lista de sintomas é suficiente para realizar o diagnóstico de TDAH" e "pessoas com TDAH tendem a agir sem pensar". A análise foi refeita e identificou-se evidência mais forte de um fator dominante na AF. Todos os parâmetros possuem estimativas adequadas (Tabela 2), resultando em um total de 15 itens.

Tabela 2

Parâmetros do ML3 e seus erros padrão (EP)

Item	a	b	c	EP(a)	EP(b)	EP(c)
1. O TDAH é um transtorno que pode durar a vida inteira.	0,91	-0,62	0,00	0,12	0,12	0,00
2. Pessoas com TDAH tendem a ser desorganizadas (perdem coisas, esquecem prazos etc.).	1,19	0,12	0,07	0,30	0,27	0,11
3. O tratamento consiste em desenvolver estratégias de organização.	1,52	1,23	0,20	0,66	0,17	0,06
4. Os sintomas de TDAH são causados pela dificuldade de controlar reações impulsivas.	1,48	1,16	0,03	0,35	0,12	0,03
5. Pessoas com TDAH ficam facilmente irritadas.	1,12	1,82	0,06	0,44	0,26	0,05
6. O TDAH é causado por falta de esforço da pessoa para prestar atenção.*	0,84	-3,12	0,00	0,16	0,50	0,01
7. O TDAH é um transtorno que acontece somente na infância.*	0,91	-2,80	0,00	0,16	0,41	0,02
8. O TDAH tem origem neurobiológica.	1,09	0,36	0,00	0,06	-**	-**
9. Os sintomas podem ser extintos apenas com força de vontade*.	0,86	-2,33	0,00	0,14	0,32	0,01
10. Pessoas com TDAH preferem atividades com gratificações imediatas do que esperar por recompensas a longo prazo.	1,47	0,28	0,02	0,27	0,12	0,05
11. O TDAH pode ser do tipo Desatento, do tipo Hiperativo, e do tipo Combinado (desatento e hiperativo).	1,46	-0,73	0,00	0,17	0,09	0,00
12. O tratamento do TDAH dura a vida toda.	0,98	0,72	0,00	0,13	0,11	0,00
13. Pessoas com TDAH tem dificuldade em manter a atenção no que estão fazendo.	1,47	-1,12	0,00	0,18	0,11	0,00
14. Um dos objetivos do tratamento é reduzir a tendência à distração.	1,32	-0,93	0,00	0,16	0,11	0,00
15. O diagnóstico do TDAH requer avaliação da intensidade dos sintomas, prejuízos causados pelos mesmos e idade de início.	1,34	-1,38	0,00	0,17	0,14	0,00

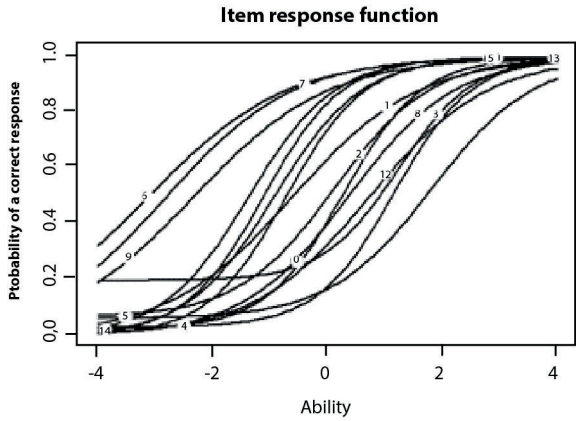
Nota. * Itens com conteúdo incorreto. ** Não foi possível estimar.

A AF foi repetida com os 15 itens restantes. Obteve-se um aumento na variância explicada pelo fator dominante (32%), quase 1/3 do total. O Alfa de Cronbach foi recalculado e subiu para 0,7268.

A Figura 1 apresenta o gráfico das Curvas Características dos Itens (CCI) dos 15 itens avaliados. Todas as curvas possuem ajuste adequado, segundo as propriedades do ML3, crescendo de forma a acumular a probabilidade, à medida que o traço latente (ou habilidade) do indivíduo é maior. Indivíduos com habilidade muito baixa (abaixo de 2 desvios padrão da média zero da escala) possuem probabilidade próxima de zero de acertar a maioria das questões. Por outro lado, aqueles com habilidade muito alta (acima de 2 desvios padrões da média zero da escala) possuem probabilidade próxima de um de acertar a maioria das questões.

Figura 1

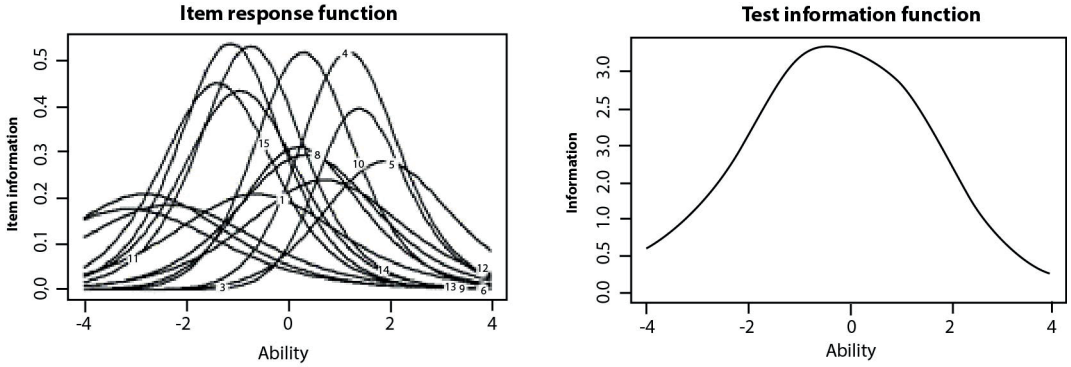
Curvas Características dos Itens da Escala de Conhecimentos sobre o TDAH



A Figura 2 apresenta a Função de Informação dos Itens (FII) e a Função de Informação Total (FIT) da escala. O gráfico das FII's mostra que todos os 15 itens do instrumento possuem boa qualidade e contribuem significativamente para o construto (FIT). Observa-se também que os itens mais informativos se encontram na região central do gráfico, entre -2 e 2 desvios padrões da média zero da escala. Isso justifica o fato de o instrumento possuir maior informação entre -2 e 2 (conforme FIT), ou seja, o instrumento consegue medir melhor a habilidade de indivíduos que estão afastados até dois desvios padrões da média zero da escala, o que corresponde a 98,03% das amostras (Tabela 3).

Figura 2

Curvas de Informação dos Itens e Função de Informação Total da Escala de Conhecimentos sobre o TDAH



Foi criada uma escala com média igual a zero e desvio padrão igual a um para estabelecer categorias âncoras dos itens e os níveis âncoras. No que se refere à criação da escala, dos 15 itens avaliados, três itens foram identificados como

âncoras e seis foram identificados como "quase âncora". Foram caracterizados cinco níveis âncoras (níveis -2, -1, 0, 1 e 2) de conhecimento sobre o TDAH, conforme mostra a Tabela 3. Nenhum item de conhecimento sobre o TDAH foi caracterizado no nível -3.

Tabela 3

Itens Característicos Segundo Nível Âncora

Níveis âncoras	Interpretação	Itens âncoras e quase-âncoras	Percentual de respondentes na amostra
-3	-	-	1,97%
-2	Muito baixo	7. O TDAH é um transtorno que acontece somente na infância.*	10,51%
-1	Baixo	13. Pessoas com TDAH tem dificuldade em manter a atenção no que estão fazendo. 15. O diagnóstico do TDAH requer avaliação da intensidade dos sintomas, prejuízos causados pelos mesmos e idade de início.	36,66%
0	Moderado	11. O TDAH pode ser do tipo Desatento, do tipo Hiperativo, e do tipo Combinado (desatento e hiperativo). 14. Um dos objetivos do tratamento é reduzir a tendência à distração.	39,95%
1	Alto	2. Pessoas com TDAH tendem a ser desorganizadas (perdem coisas, esquecem prazos etc.). 8. O TDAH tem origem neurobiológica. 10. Pessoas com TDAH preferem atividades com gratificações imediatas do que esperar por recompensas a longo prazo.	9,72%
2	Muito alto	4. Os sintomas de TDAH são causados pela dificuldade de controlar reações impulsivas.	1,18%

Nota. * Item com conteúdo incorreto.

A interpretação da posição de um indivíduo na escala ocorre por meio do valor estimado do seu traço latente conforme o nível em que se encontra. Por exemplo, indivíduos situados no nível -2 (muito baixo) sabem que o TDAH não é um transtorno que acontece somente na infância, enquanto aqueles situados no nível -1 (baixo), além do conhecimento do nível anterior, sabem que pessoas com TDAH têm dificuldade em manter a atenção no que estão fazendo e que o diagnóstico do TDAH requer avaliação da intensidade dos sintomas, prejuízos causados pelos mesmos e idade de início. A mesma lógica de interpretação se aplica para os níveis 0 (moderado), 1 (alto) e 2 (muito alto): as pessoas possuem conhecimento dos conteúdos daquele nível âncora somado aos dos níveis inferiores, mas não dos superiores.

Discussão

O objetivo desse estudo consiste em apresentar a construção e evidências de validade de uma escala que avalia conhecimentos sobre o TDAH. Para tal, a exclusão de alguns itens foi necessária visando melhorar a consistência interna da escala e ajuste dos itens no decorrer das análises estatísticas. Esse procedimento baseou-se em parâmetros estatísticos e na literatura da área, conforme discutido a seguir.

O item "o número de casos de TDAH aumentou nas últimas décadas" não apresentou ajuste adequado. Além disso, teve o menor índice de acertos na amostra estudada, possivelmente em virtude da confusão dos termos "prevalência" com "incidência" pelos participantes que não pertencem à área da saúde. Nos últimos anos, as informações sobre o TDAH têm chegado de forma mais efetiva à população e contribuído para o reconhecimento de sintomas em si ou nos familiares, o que pode justificar a maior procura por profissionais da saúde mental. Assim, mais casos são avaliados, e consequentemente, existe um maior número de diagnósticos do transtorno, causando a impressão errônea na população de que a incidência aumentou. Porém o que aumentou foi a informação e a procura por avaliação. As taxas de diagnóstico e tratamento não excedem as estimativas de prevalência de TDAH, ou seja, o número de pessoas diagnosticadas ainda é menor do que a estimativa do transtorno na população (Polanczyk et al., 2014).

Os itens "o TDAH pode ser controlado sem medicação" e "a medicação extingue os sintomas de TDAH em todos os casos" também foram excluídos. Suas retiradas podem ser justificadas pela dificuldade de classificá-los como verdadeiros ou falsos na ausência de mais informações. No primeiro caso, há evidências de que o TDAH pode ser controlado sem medicação, apenas com psicoterapia, a depender de fatores como gravidade, idade e especificador (Alcântara et al., 2018). No segundo, a literatura mostra que a medicação irá extinguir os sintomas em determinados quadros de TDAH, mas não todos (Ramsay, 2017).

O item “o diagnóstico do TDAH pode ser realizado por psiquiatra, psicólogo ou por um professor” foi excluído devido à baixa correlação Ponto Bisserial, isto é, o acerto da questão não implica necessariamente o conhecimento a respeito dos profissionais que podem diagnosticar o TDAH. A questão é falsa pois professores sem formação em psicologia ou medicina não podem fazer diagnóstico de transtornos mentais. No entanto, pode ser que o indivíduo que pontuou a questão como falsa tenha considerado o psicólogo ou psiquiatra como profissional não capacitado para realizar o diagnóstico (Reis & Camargo, 2008).

Os itens “pessoas com TDAH ficam logo desinteressadas por todas as atividades que realizam” e “pessoas com TDAH tendem a agir sem pensar” foram excluídos pela ambiguidade que os termos “desinteresse” e “agir sem pensar” podem representar nas respectivas afirmações. O desinteresse, ao mesmo tempo que pode ser considerado parte do déficit em manter o foco atencional, também soa como uma escolha intencional sem relação com os sintomas patológicos (Murtani et al., 2020). Já a expressão “agir sem pensar”, no senso comum, pode estar relacionada à impulsividade, pois mesmo que no TDAH exista uma dificuldade no controle de impulsos, não significa que esteja relacionada à dificuldade cognitiva do pensamento antes de agir (Puente & Mitchell, 2015).

O item “o uso exclusivo da lista de sintomas é suficiente para realizar o diagnóstico de TDAH” também precisou ser excluído. Por um lado, seu conteúdo parece óbvio, mas ainda assim há pessoas leigas que confiam na internet como uma principal fonte de informação sobre saúde mental (Silva et al., 2021).

Após os procedimentos de exclusão de itens e as novas análises realizadas, a versão final escala de conhecimentos sobre o TDAH ficou com 15 itens. Desses, 9 compõem 5 níveis âncora. O nível muito baixo (-2) é formado por um único item: “o TDAH é um transtorno que acontece somente na infância”, considerado o mais facilmente acertado. De fato, mais de 90% da amostra estudada respondeu corretamente. Isso pode ser explicado por que, ao público geral, a idade de prevalência de um transtorno pode ser uma das primeiras informações questionadas e de fácil assimilação (Caliman, 2008). Ademais, há relatos na literatura de crianças que, apesar dos sintomas, não receberam diagnóstico e tratamento por desinformação dos cuidadores, mas perceberam sua funcionalidade prejudicada por sintomas residuais na adultez, precisando, então, buscar ajuda profissional (Agnew-Blais et al., 2016).

O nível baixo (-1) é composto pelos itens “pessoas com TDAH têm dificuldade em manter a atenção no que estão fazendo” e “o diagnóstico do TDAH requer avaliação da intensidade dos sintomas, prejuízos causados pelos mesmos e idade de início”. O primeiro pode ter sido facilmente compreendido e gabaritado, pois se refere ao sintoma que dá nome ao transtorno. Já o segundo diz respeito ao que é necessário para realizar o diagnóstico do TDAH, informações essas que têm interessado a população nos últimos anos e costumam vir acompanhadas da importância da avaliação profissional (Costa e Silva & Corcino, 2020).

O nível moderado (zero) contém os itens “o TDAH pode ser do tipo desatento, do tipo hiperativo, e do tipo combinado (desatento e hiperativo)” e “um dos objetivos do tratamento é reduzir a tendência à distração”. Faz sentido que esses itens estejam no nível âncora moderado. Afinal, apesar dessas informações despertarem menor interesse por parte do público geral, são (ou deveriam ser) de conhecimento de profissionais e estudantes das áreas médica e psicológica, bem como de indivíduos que possuem o transtorno ou que convivam com pessoas que apresentam o diagnóstico, tais como amigos ou familiares (APA, 2022; Murtani et al., 2020).

O nível alto (1) é composto pelos itens “pessoas com TDAH tendem a ser desorganizadas (perdem coisas, esquecem prazos etc.)”, “o TDAH tem origem neurobiológica”, e “pessoas com TDAH preferem atividades com gratificações imediatas do que esperar por recompensas a longo prazo”. Nesse nível, as informações não são de amplo acesso, pois se referem a uma das formas de manifestação do sintoma de desatenção e à neuropsicologia do transtorno (APA, 2022). Em geral, a população leiga tende a pensar que a desatenção ou a hiperatividade aparecerão de forma mais literal e explícita do que de fato é, sem buscar entender as nuances dos sintomas. Além disso, a neuropsicologia do TDAH tende a ser um conhecimento específico de profissionais que atendem pacientes com esse diagnóstico e o transmitem a esses quando julgam pertinente (Ferreira & Moscheta, 2019).

O nível muito alto (2) contém apenas o item “os sintomas de TDAH são causados pela dificuldade de controlar reações impulsivas”, considerado o mais difícil de acertar. Novamente, trata-se da neuropsicologia do TDAH e, talvez por isso, a dificuldade em acertar o item. Pode-se compreender os três principais sintomas do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) como resultado do atraso no desenvolvimento da inibição de comportamento. O transtorno envolve então uma grande dificuldade para inibir reações impulsivas e, também, em considerar o futuro para guiar o comportamento (Costa et al., 2014). Por isso, esse item exige um alto nível de conhecimento do transtorno e, geralmente, compreendido por aqueles que são profissionais e estudiosos da área, ou por aqueles que já apresentam o diagnóstico e buscam compreender seus sintomas.

Há poucas décadas, existia o estigma de que o TDAH era uma construção cultural: considerava-se que o comportamento das crianças com esse diagnóstico era típico desse período do desenvolvimento e que a intolerância da atual sociedade em suportá-lo e manejá-lo levava à classificação do TDAH como um transtorno. Entretanto, as evidências científicas atuais da origem neurobiológica do TDAH, bem como os prejuízos na funcionalidade e qualidade de vida causados pela negligência desse diagnóstico, contribuem para o enfraquecimento de estigmas como esse (Murtani et al., 2020). A maior busca e

acesso ao conhecimento científico contribuem para a diminuição da culpabilização dos indivíduos com TDAH, uma vez que se entende que suas dificuldades não são características pessoais negativas, mas decorrentes de um transtorno mental (Lopera et al., 2018; Philipp-Wiegmann et al., 2016). A diminuição do estigma também pode ser alcançada por meio de psicoeducação, cuja efetividade pode ser avaliada pela aplicação da escala de conhecimentos sobre o TDAH.

Considerações finais

O objetivo desse estudo consiste em apresentar a construção e evidências de validade de uma escala que avalia conhecimentos sobre o TDAH. Foram seguidas as etapas para o desenvolvimento de instrumentos psicológicos: operacionalização do construto, análise teórica dos itens, busca de evidências de validade. As análises conduzidas levaram a procedimentos para melhorar a consistência interna do instrumento, cuja versão final possui 15 itens e Alfa de Cronbach 0,7268. Os cinco níveis âncora dessa escala permitem identificar diferenças no conhecimento sobre TDAH para além do escore total de acerto de itens.

A limitação mais importante desse estudo corresponde à chave de respostas do instrumento. A coleta foi realizada com uma escala Likert de concordância de 3 pontos (*discordo*, *concordo parcialmente* e *concordo*), mas as respostas foram dicotomizadas em verdadeiro ou falso para avaliar o conhecimento dos participantes. Essa adaptação pode ter interferido nos resultados e, por consequência, na qualidade do instrumento. Além disso, a amostra desse estudo foi composta apenas por adultos com ensino superior, incompleto e completo. Por isso, os níveis âncora são específicos para populações com essas mesmas características. Pesquisas futuras podem abranger amostras com características diferentes, principalmente no que se refere à idade e escolaridade, a fim de verificar necessidade de alterações na redação dos itens. Também se recomenda a utilização da escala de conhecimentos sobre o TDAH com chave de resposta dicotômica, do tipo correto ou incorreto.

Apesar das limitações, o presente estudo apresenta a construção de uma escala de conhecimento sobre o TDAH com uma contribuição significativa. Assim, embora necessite de melhorias no futuro, pode ser útil na avaliação da psicoeducação do transtorno em questão. Além disso, o instrumento pode ser utilizado para avaliar o estigma sobre TDAH. Afinal, embora a ciência tenha avançado, ainda há mitos sobre o transtorno que podem impedir a busca de avaliação profissional e tratamentos que auxiliam a funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos.

Referências

Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry, 73*(7), 713-720. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0465

Alcântara, C. B. D., Capistrano, F. C., Czarnobay, J., Ferreira, A. C. Z., Brusamarello, T., & Maftum, M. A. (2018). A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. *Escola Anna Nery*, *22*(2), 1-7. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0294

Andrade, J. M., Laros, J. A., & Gouveia, V. V. (2010). O uso da teoria de resposta ao item em avaliações educacionais: Diretrizes para pesquisadores. *Avaliação Psicológica, 9*(3), 421-435. https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027284009.pdf

American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed., text revision). APA Publishing.

Baker, F. B. (2001). *The basics of item response theory*. ERIC Clearinghouse on Assessment and Evaluation.

Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., & Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 12*(5), 434-441. https://doi.org/10.1177/1087054708314596

Caliman, L. V. (2008). O TDAH: Entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, *13*(3), 559-566. https://www.scielo.br/j/pe/a/dMWSQRntTwZwHpXBTswQHhv/?lang=pt

Castro, C. X. L., & Lima, R. F. (2018). Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. *Revista Psicopedagogia*, *35*(106), 61-72. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862018000100008

Coelho, C. S. R., Bergamim, L. F., Rodrigues, F. S. M., Ferraz, T. de A., & Ferraz, R. R. N. (2016). Comparação do tratamento para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade pelo método farmacológico e psicossocial: Síntese de evidências. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, *13*(31), 82-87. http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/744

Cornejo, F. A. H., Ibañez, J. I. P., & Olivares, J. M. K. (2019). *Abordajes terapéuticos basados en evidencia para el Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) en adultos: Una revisión sistemática* [Título de Psicólogo Mención Clínica]. Facultad de Psicología, Universidad de Talca. http://dspace.utalca.cl/handle/1950/11856

Costa, D. S., Medeiros, D. G. M. S., Soares, A. A., Géo, L. A. L., & Miranda, D. M. (2014). Neuropsicologia do TDAH e outros transtornos externalizantes. In: D. Fuentes, L. F. Mallow-Diniz, C. H. P. Camargo, & R. M. Cosenza (Orgs.), *Neuropsicologia: Teoria e prática* (Cap. 12, pp. 165-182). Artmed.

Costa e Silva, T. F., & Corcino, K. F. (2020). "TDAH depois de grande?" Implicações da descoberta tardia do TDAH em uma estudante universitária. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, *10*(4), 69-77. https://doi.org/10.18378/rebes.v10i4.8281

Coutinho, T., & França, G. T. (2020). A pessoa com TDAH no mercado de trabalho e o papel do psicopedagogo institucional. *Caderno Intersaberes*, *9*(18), 15-23. https://cadernosuninter.com/index.php/intersaberes/article/view/1366

Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J. S., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 1*(1), 1-23. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20

Ferreira, R. R., & Moscheta, M. S. (2019). A multiplicidade do TDAH nas diferentes versões produzidas pelas ciências no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *35*, 1-11. https://doi.org/10.1590/0102.3772e3539

Hair, J. R., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6th ed.). São Paulo, SP: Bookman.

Kooij, J. J. S., & Francken, M. H. (2010). *DIVA 2.0. Diagnostic Interview Voor ADHD in Adults bij volwassenen*. DIVA Foundation. https://www.advancedassessments.co.uk/resources/ADHD-Screening-Test-Adult.pdf

Lara, C., Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., Demytteneare, K., Girolamo, G. de, Haro, M. J., Jin, R., Karam, E. G., Lépine, J. P., Mora, M. E. M., Ormel, J., Posada-Villa, J., & Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry, 65*(1), 46-54. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.005

Lopera, S. M. A., Quiroz, L. C. D., Betancur, V. G., Trespalacios, R. S. L., & Úsuga, Y. A. U. (2018). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) diagnóstico-estigma-identidad: Estudio de Caso de un adolescente de 13 años. *Revista Electrónica Psyconex*, *10*(16), 1-20. https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/334757

Lúcio, P. S. (2020). Atualização em TDAH: Guia de compreensão e manejo para profissionais da saúde mental. *Revista de Psicologia da IMED*, *12*(1), 161-165. https://doi.org/10.18256/2175-5027.2020.v12i1.3457

Maia, R. S., Araújo, T. C. S., & Maia, E. M. C. (2018). Aplicação da psicoeducação na saúde: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, *20*(2), 53-63. http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=280

Murtani, B. J., Wibowo, J. A., Liu, C. A., Goey, M. R., Harsono, K., Mardani, A. A. P., & Wiguna, T. (2020). Knowledge/understanding, perception and attitude towards attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among community members and healthcare professionals in Indonesia. *Asian Journal of Psychiatry, 48*, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101912

Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2018). Psicoeducação do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que, como e para quem informar? *Trends in Psychology, 26*(1), 243-261. https://doi.org/10.9788/tp2018.1-10pt

Palacios-Cruz, L., de la Peña Olvera, F. R., Figueroa, G. V., Caballero, A. A., de la Rosa Muñoz, L., Pedroza, A. V., Portugal, P. C. &, Flores, R. E. U. (2013). Knowledge and beliefs about attention deficit hyperactivity disorder in teachers from

three Latin-American countries. *Salud Mental, 36*(4), 257-262. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252013000400003&script=sci_abstract&tlng=en

Park, S., Lee, Y., Lee, E. S., & Kim, C. E. (2018). Public recognition of attention-deficit hyperactivity disorder in Korea: Correct identification, causes, treatments, and social distance. *Asian Journal of Psychiatry, 38*, 3-8. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.10.016

Partchev, I., Maris, G., & Hattori, T. (2017). *Irtoys: A collection of functions related to item response theory (IRT) (R package version 0.2.1)*. RDRR.IO. https://cran.r-project.org/package=irtoys

Pasquali, L. (2016). Princípios de elaboração de escalas. In: C. Gorestein, Y. Wang, & I. Hungerbühler (Orgs.), *Instrumentos de avaliação em saúde mental* (Cap. 1, pp. 4-11). Artmed.

Philipp-Wiegmann, F., Retz-Junginger, P., Retz, W., & Rösler, M. (2006). The intraindividual impact of ADHD on the transition of adulthood to old age. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 266*(4), 367-71. https://doi.org/10.1007/s00406-015-0644-7

Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology, 43*(2), 434–442. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24464188/

Puente, A. N., & Mitchell, J. T. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy for adult ADHD. *Clinical Case Studies, 15*(3), 198-211. https://doi.org/10.1177/1534650115614098

Ramsay, J. (2017). The relevance of cognitive distortions in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Professional Psychology: Research and Practice, 48*(1), 62-69. https://doi.org/10.1037/pro0000101

Reis, M. G. F., & Camargo, D. M. P. (2008). Práticas escolares e desempenho acadêmico de alunos com TDAH. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 12*(1), 89-100. https://www.scielo.br/j/pee/a/f73cqj9kfj8NRhwTL5HKLHj/abstract/?lang=pt

Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. (2016, 07 de abril). Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde. https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

Revelle, W. (2008). *Psych: Procedures for personality and psychological research* (R Package version 1.0-51). Northwestern University.

Rizopoulos, D. (2006). ltm: An R package for Latent Variable Modelling and Item Response Theory Analyses. *Journal of Statistical Software, 17*(5), 1-25. https://doi.org/10.18637/jss.v017.i05

Safren, S. A. (2008). *Dominando o TDAH adulto: Programa de tratamento cognitivo-comportamental*. Artmed.

Silva, H. T., Rodrigues, B. F., Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2021). Fontes de informação sobre saúde mental: Revisão sistemática da literatura. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 11*(3), 169-201. https://doi.org/10.26864/PCS.v11.n3.8

Wagner, F., Rohde, L. A., & Trentini, C. M. (2016). Neuropsicologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Modelos neuropsicológicos e resultados de estudos empíricos. *Psico-USF*, *21*(3), 573-582. https://doi.org/10.1590/1413-82712016210311

Como Citar:

Rodrigues, B. F., Oliveira, C. T., Moreira Junior, F. J., & Dias, A. C. G. (2024). Construção e validação da escala de conhecimentos sobre o TDAH. *Revista Subjetividades*, *24*(1), e12975. https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i1.e12975

Endereço para correspondência

Bruna Fragoso Rodrigues
E-mail: brunafr76@gmail.com

Clarissa Tochetto de Oliveira
E-mail: clarissa.tochetto@gmail.com

Fernando de Jesus Moreira Junior
E-mail: fmjunior777@yahoo.com.br

Ana Cristina Garcia Dias
E-mail: anacristinagarciadias@gmail.com

Recebido: *02/08/2021*
Revisado: *21/11/2022*
Aceito: *23/08/2023*
Publicado: *02/02/2024*