

QUANDO O ALGORITMO DIZ ‘VOCÊ TEM TDAH’: EXPERIÊNCIAS DE AUTODIAGNÓSTICO E VERIFICAÇÃO DE RASTREIO PELO ASRS-18 EM ESTUDANTES DE MEDICINA

**WHEN THE ALGORITHM SAYS “YOU HAVE ADHD”: EXPERIENCES OF SELF-
DIAGNOSIS AND SCREENING ASSESSMENT USING THE ASRS-18 AMONG
MEDICAL STUDENTS**

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 18/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789645028](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789645028)

André Luiz Albuquerque Batistuti¹

Ana Vergínia Mangussi da Costa Fabiano²

Shirley Rosana Ribeiro de Barros Galhardi³

RESUMO

O estudo investiga experiências de autodiagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) entre estudantes de Medicina e sua relação com resultados de rastreio pelo ASRS-18. Objetivou-se identificar indicadores de TDAH, comparar a autopercepção diagnóstica dos participantes com os resultados do rastreio e verificar a influência de conteúdos digitais nesse processo. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem quali-quantitativa, realizada com estudantes do primeiro ano de Medicina. Dos 60 estudantes da turma, 25 atenderam aos critérios de inclusão, caracterizados pelo relato de autodiagnóstico de TDAH sem diagnóstico profissional prévio. Os participantes responderam ao ASRS-18 e a uma entrevista semiestruturada, com análise dos dados por frequências, porcentagens e categorias temáticas. Na Parte A do ASRS-18, 18 participantes (72%) apresentaram resultado positivo para rastreio. A análise complementar dos critérios relacionados ao início dos sintomas, contexto, prejuízos e informações disponíveis resultou em seis participantes (24%) com resultados compatíveis com o conjunto de critérios analisado. Quanto à origem das percepções sobre TDAH, 11 participantes (44%) relataram contato com conteúdos digitais ou redes sociais. Os achados evidenciam diferença entre a identificação de sintomas e uma avaliação mais ampla, ressaltando a importância de considerar aspectos históricos, contextuais e funcionais. A exposição a conteúdos digitais pode contribuir para interpretações diagnósticas a partir de dificuldades cotidianas, reforçando a necessidade de avaliação sistemática.

Palavras-chave: TDAH; autodiagnóstico; estudantes de Medicina; ASRS-18; redes sociais.

ABSTRACT

This study investigates experiences of self-diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) among medical students and their relationship with ASRS-18 screening results. The study aimed to identify ADHD indicators, compare participants' self-perceived diagnosis with the screening results, and assess the influence of digital content on this process. This is an exploratory-descriptive study with a mixed-methods approach, conducted with first-year medical students. Of the 60 students in the class, 25 met the inclusion criteria, characterized by self-reported ADHD self-diagnosis without a previous professional diagnosis. Participants completed the ASRS-18 and a semi-structured interview, with data analyzed through frequencies, percentages, and thematic categories. In Part A of the ASRS-18, 18 participants (72%) presented a positive screening result. The complementary analysis of criteria related to symptom onset, context, impairment, and available information resulted in six participants (24%) with results compatible with the set of criteria analyzed. Regarding the origin of perceptions about ADHD, 11 participants (44%) reported contact with digital content or social media. The findings demonstrate a difference between symptom identification and a broader assessment, highlighting the importance of considering historical, contextual, and functional aspects. Exposure to digital content may contribute to diagnostic interpretations based on everyday difficulties, reinforcing the need for systematic assessment. .

Keywords: ADHD; self-diagnosis; medical students; ASRS-18; social media.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é caracterizado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) por: comportamentos de desatenção e hiperatividade manifestos antes dos 12 anos em, pelo menos, dois ambientes distintos, que tenham impacto na vida do indivíduo e não sejam mais bem explicados por outro diagnóstico (American Psychiatric Association, 2014) e tem ganhado espaço no debate público nas últimas décadas.

Impulsionado pela alta divulgação na internet, principalmente em redes sociais, o número de diagnósticos formais e informais tem crescido muito. No contexto da vida adulta, o TDAH também apresenta relevância epidemiológica. Song et al. (2021), em uma revisão sistemática e meta-análise global, estimaram prevalência de 2,58% para o TDAH persistente e de 6,76% para o TDAH sintomático entre adultos. De forma mais abrangente, Ayano et al. (2023) reuniram dados de 57 estudos primários, envolvendo 21.142.129 participantes adultos, e estimaram uma prevalência global de TDAH em adultos de 3,10% (IC95%: 2,60–3,60%).

No contexto social e educacional, o crescimento do interesse pelo tema é acompanhado por discursos midiáticos que nem sempre se alinham a critérios técnicos. Gualberto (2013) evidencia que a mídia frequentemente apresenta o TDAH de modo ambíguo, ora reconhecendo sua legitimidade clínica, ora sugerindo sua banalização, o que molda percepções sociais e provoca confusão conceitual. A oscilação discursiva reforça a relevância de compreender como essas informações influenciam a autopercepção dos indivíduos. Sousa (2024), destaca que com a potencialização de plataformas como Tik Tok e Instagram, a disseminação de desinformação científica também foi potencializada; nela os

conteúdos sobre TDAH frequentemente apresentam sintomas não específicos e genéricos, contribuindo assim para a banalização da psicopatologia e para o aumento de autodiagnósticos sem avaliação profissional. Outros estudos reafirmam a alegação anterior: Santos, Batista e Medeiros (2025) identificaram que muitos usuários nas redes sociais realizam autodiagnóstico de TDAH mesmo reconhecendo a insuficiência das informações para sustentar um diagnóstico clínico confiável. Os autores ressaltam que conteúdos digitais sobre saúde mental que circulam em formatos rápidos são altamente persuasivos, o que aumenta o número de interpretações equivocadas. Esse ambiente de informação informal facilita que usuários interpretem características comuns do cotidiano, como distração ou variabilidade atencional, como sinais clínicos, que por sua vez, resultam num autodiagnóstico.

A população universitária tem sido frequentemente apontada na literatura como um grupo relevante para estudos sobre saúde mental. O ingresso no ensino superior representa um período de transição marcado por mudanças significativas na rotina, aumento das demandas acadêmicas e necessidade de adaptação a novas responsabilidades pessoais e sociais (Cardoso, 2022). O autor ainda indica que a população universitária, especialmente nos primeiros anos de graduação, configura-se como grupo que apresenta uma prevalência de sintomas ansiosos e depressivos superior à observada na população geral. Estudos indicam que universitários com sintomas atencionais relatam prejuízos importantes na organização, planejamento, manutenção do foco e gestão das demandas acadêmicas, além de impactos emocionais associados à frustração e ao baixo rendimento (Barbosa e Silva, 2023). Cardoso (2022) acrescenta que o período de transição para o ensino superior envolve múltiplos estressores, como adaptação a novas rotinas,

reorganização do tempo, pressão por desempenho acadêmico e afastamento da rede de apoio familiar, fatores que podem intensificar o sofrimento psíquico. Além disso, estudantes universitários estão entre os grupos que mais utilizam a internet e as redes sociais como fontes de informação, inclusive para temas relacionados à saúde mental, o que pode favorecer processos de identificação com descrições sintomatológicas e influenciar a forma como interpretam suas próprias experiências psicológicas (Sousa, 2024; Santos, Batista & Medeiros, 2025).

Ainda dentro do contexto universitário, na tentativa de formar médicos competentes, o curso de medicina tem sido considerado um curso altamente estressante desde o seu início (Loffredo & Arruda, 2023), tornando assim, o próprio curso um ambiente propício para o desenvolvimento de sintomas psíquicos que podem prejudicar a atenção, memória e concentração. Figueiredo et al (2022) também destacam que a privação de sono, pressão dos colegas e outros aspectos da educação médica podem afetar os alunos desde o primeiro ano do curso de medicina. Esses sintomas podem muitas vezes serem confundidos com os sintomas de diagnóstico de TDAH (American Psychiatric Association, 2014). Além disso, Figueiredo et al (2022) ressaltam que por estarem inseridos em um ambiente de formação voltado para a área da saúde, estudantes de medicina apresentam maior contato com conteúdos relacionados a diagnósticos e transtornos mentais, o que pode favorecer processos de identificação com descrições sintomatológicas. Dessa forma, dificuldades cognitivas temporárias decorrentes do contexto acadêmico podem ser interpretadas pelos próprios estudantes como possíveis indicadores de TDAH.

Diante do cenário apresentado, torna-se fundamental investigar como indivíduos constroem sua autopercepção diagnóstica e em que medida ela se relaciona, ou não, com os indicadores formais de avaliação. Tal investigação se mostra relevante tendo em vista que são escassos estudos brasileiros que considerem simultaneamente a autopercepção diagnóstica e o rastreio psicométrico formal (ASRS-18) em estudantes universitários, especialmente no contexto de cursos de alta exigência acadêmica, como a medicina. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo averiguar a relação entre o autodiagnóstico de TDAH e os resultados do rastreio pelo ASRS-18 em estudantes do primeiro ano do curso de Medicina de uma instituição de ensino superior localizada no interior do estado de São Paulo, considerando o contexto de ampla circulação digital de informações sobre o transtorno. Especificamente, buscou-se identificar, por meio do ASRS-18, a presença de indicadores de TDAH na amostra estudada; comparar a autopercepção diagnóstica de TDAH com os resultados do rastreio pelo ASRS-18, verificando convergências e divergências; e levantar a exposição dos estudantes a conteúdos digitais sobre TDAH e saúde mental, incluindo redes sociais e plataformas de vídeo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Redes Sociais, Desinformação e o Fenômeno do Autodiagnóstico no TDAH

O debate público sobre a saúde mental e, especificamente, sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) sofreu uma transformação radical com a popularização da internet e a consolidação das redes sociais digitais. Esse fenômeno, impulsionado pela alta divulgação de conteúdos informativos e

peçoais na rede, resultou em um crescimento expressivo no número de diagnósticos, tanto formais quanto informais. No cenário contemporâneo, a circulação dessas informações ocorre em um terreno ambíguo. Gualberto (2013) já evidenciava que a mídia tradicional frequentemente apresentava o TDAH de modo oscilante, transitando entre o reconhecimento de sua legitimidade clínica e discursos que sugeriam sua banalização. O autor acrescenta que essa ambiguidade inicial, contudo, ganhou novas proporções e dinâmicas com o advento das plataformas de vídeos curtos e forte apelo visual, como o TikTok e o Instagram.

Nessas plataformas modernas, a lógica de produção de conteúdo obedece a critérios de engajamento, rapidez e simplificação. Como destaca Sousa (2024), a potencialização dessas redes sociais acabou por alavancar, simultaneamente, a disseminação de desinformação científica. Os conteúdos digitais sobre o TDAH frequentemente convertem critérios diagnósticos complexos em listas de sintomas genéricos, subjetivos e não específicos — como a distração cotidiana, a procrastinação ou o tédio. O autor ainda reforça que esse formato altamente persuasivo e fragmentado facilita o que a literatura chama de "infodemia" na saúde mental: um excesso de informações não filtradas que dificulta a distinção entre o que é um traço de personalidade ou uma resposta ao estresse ambiental e o que é, de fato, um transtorno do neurodesenvolvimento crônico.

Esse ambiente de informação informal atua diretamente na autopercepção dos usuários, favorecendo processos de identificação imediatos. Santos, Batista e Medeiros (2025) identificaram que muitos indivíduos realizam o autodiagnóstico de TDAH amparados em conteúdos digitais de formato rápido, mesmo quando reconhecem, racionalmente, que tais informações são insuficientes

para sustentar uma conclusão clínica confiável. A persuasão desses conteúdos reside na validação de frustrações comuns do dia a dia. Ao se deparar com um vídeo que associa uma dificuldade rotineira (como perder objetos ou ter dificuldade para iniciar uma tarefa exaustiva) ao TDAH, o usuário é induzido ao viés de confirmação. Assim, Santos, Batista e Medeiros (2025) ressaltam que tais características universais da experiência humana são ressignificadas como sinais clínicos, alimentando uma tendência crescente de medicalização do sofrimento e de autodiagnósticos sem a devida triagem ou avaliação profissional especializada.

2.2. A Saúde Mental no Ensino Superior e a Especificidade do Curso de Medicina

O ingresso no ensino superior é amplamente reconhecido na literatura como um marco de transição psicossocial complexo. Esse período exige do estudante uma reestruturação abrupta de sua rotina, o enfrentamento de demandas acadêmicas substancialmente mais densas e a necessidade de adaptação a novas responsabilidades pessoais e sociais (Cardoso, 2022). Para muitos jovens, essa transição coincide com o afastamento da rede de apoio familiar e com a urgência em reorganizar o próprio tempo de forma autônoma. Conforme aponta Cardoso (2022), esses múltiplos estressores configuram a população universitária — especialmente nos primeiros anos de graduação — como um grupo de vulnerabilidade, que apresenta taxas de sintomas ansiosos e depressivos significativamente superiores às observadas na população geral. Quando inseridos nesse cenário de alta pressão, estudantes que manifestam sintomas atencionais prévios ou dificuldades de autorregulação relatam prejuízos severos na organização, na manutenção do foco e na gestão de tarefas,

gerando um ciclo deletério de frustração e baixo rendimento acadêmico (Barbosa; Silva, 2023).

No âmbito da graduação em Medicina, essa realidade se manifesta de forma ainda mais aguda. Historicamente estruturado sob uma lógica de alta exigência, o curso de medicina é classificado como um ambiente altamente estressante desde o seu ciclo básico (Loffredo; Arruda, 2023). A densidade cronológica das disciplinas, a competitividade e a cobrança institucional por excelência transformam a faculdade em um ecossistema propício para o desencadeamento de sofrimento psíquico. Figueiredo et al. (2022) destacam que fatores como a privação crônica de sono, a pressão interpares e a fadiga decorrente da carga horária exaustiva afetam os estudantes logo no primeiro ano de curso. Esse desgaste físico e mental crônico compromete diretamente funções cognitivas centrais, como a atenção sustentada, a memória operacional e a capacidade de concentração, mimetizando de forma fidedigna o perfil sintomatológico do TDAH.

Dessa forma, estabelece-se um importante desafio diferencial no contexto acadêmico médico. Sintomas cognitivos temporários e circunstanciais — resultantes do esgotamento, do burnout acadêmico ou de quadros ansioso-depressivos — guardam estrita semelhança com os critérios diagnósticos formais estabelecidos para o TDAH (American Psychiatric Association, 2014). Ademais, por estarem inseridos em um ambiente de formação em saúde, os graduandos em medicina possuem contato precoce e frequente com manuais diagnósticos, literaturas médicas e discussões sobre patologias mentais. Essa familiaridade teórica, pode enviesar a autopercepção do estudante. Sob o efeito do estresse adaptativo do primeiro ano e influenciado pelo acesso a conteúdos

sintomatológicos, o aluno tende a interpretar disfunções cognitivas secundárias e transitórias como indicadores de um transtorno neurodesenvolvimental crônico primário, reforçando a necessidade de ferramentas de triagem que refinem essa distinção (Figueiredo et al., 2022).

2.3. Instrumentos de Triagem e o Papel do Rastreio Psicométrico Via ASRS-18

Diante da complexidade em diferenciar os sintomas clássicos do TDAH das disfunções cognitivas causadas pelo estresse acadêmico, a utilização de instrumentos psicométricos padronizados torna-se uma estratégia indispensável. No cenário internacional e nacional, a ferramenta de triagem mais utilizada e recomendada para a população adulta é a ADHD - Adult Self-Report Scale (ASRS-v1.1), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com pesquisadores da Harvard Medical School. No Brasil, a escala foi traduzida e validada por Mattos et al. (2006), demonstrando excelentes propriedades psicométricas, consistência interna e confiabilidade para a identificação de sintomas em adultos. O formato adaptado de 18 perguntas (ASRS-18) investiga a frequência dos sintomas com base nos critérios estabelecidos pelo manual diagnóstico vigente (American Psychiatric Association, 2014).

A escala ASRS-18 é estruturada em duas partes principais, refletindo a natureza dimensional do transtorno. A Parte A é composta por seis itens que avaliam manifestações ligadas à desatenção, enquanto a Parte B contém outros doze itens voltados para os sintomas de hiperatividade e impulsividade. Os participantes respondem à frequência de cada comportamento utilizando uma escala Likert de

cinco pontos (que varia de "nunca" a "muito frequentemente"). Para a triagem na população adulta, a literatura aponta que a Parte A (desatenção) frequentemente possui maior sensibilidade preditiva, uma vez que a hiperatividade motora tende a diminuir ou a se manifestar de forma internalizada na maturidade, enquanto os déficits de atenção e de funções executivas permanecem proeminentes e geram maior impacto na vida acadêmica.

É fundamental ressaltar, contudo, o estatuto metodológico da escala dentro do ecossistema de avaliação. A ASRS-18 é estritamente um instrumento de rastreamento e não uma ferramenta de diagnóstico clínico definitivo. O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico e categorial, exigindo uma anamnese detalhada por um profissional especializado, além da avaliação do histórico longitudinal desde a infância e da exclusão de comorbidades mimetizadoras. A função primordial do rastreio psicométrico em uma população sensível, como os estudantes do primeiro ano de medicina, é atuar como uma triagem. Ele permite identificar indivíduos que apresentam uma carga de sintomas significativamente elevada e que, portanto, necessitam de encaminhamento para uma investigação clínica aprofundada, mitigando os riscos tanto do subdiagnóstico quanto da banalização decorrente do autodiagnóstico informal (Kessler et al., 2005).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quali-quantitativa, com delineamento exploratório-descritivo, visando compreender as experiências de autodiagnóstico de TDAH entre estudantes de Medicina e sua relação com os resultados obtidos no instrumento de rastreio ASRS-18. A abordagem quali-quantitativa permite articular dados

quantitativos e qualitativos em uma mesma investigação, possibilitando uma compreensão mais ampla do fenômeno estudado (Creswell; Creswell, 2021). Neste estudo, a abordagem quantitativa foi utilizada para analisar os resultados do ASRS-18 e dos critérios complementares considerados na pesquisa, por meio da organização de frequências e percentuais. A abordagem qualitativa foi empregada para analisar os relatos obtidos nas entrevistas semiestruturadas, buscando compreender as experiências, interpretações e fontes de informação relacionadas à construção da autopercepção diagnóstica. A articulação entre os dados quantitativos e qualitativos permitiu analisar conjuntamente a relação entre o autodiagnóstico relatado pelos participantes, os indicadores obtidos no rastreio e os processos envolvidos na construção dessa autopercepção.

3.1. Participantes

A turma do primeiro ano do curso de Medicina era composta por 60 estudantes. Após a divulgação da pesquisa e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 25 estudantes foram selecionados para as etapas subsequentes da pesquisa. Participaram do estudo estudantes regularmente matriculados no primeiro ano do curso de Medicina numa instituição de ensino superior localizada no interior do estado de São Paulo. A identidade da instituição foi mantida em sigilo, a fim de preservar o sigilo dos participantes e da instituição envolvida na pesquisa.

Critérios de inclusão:

- Ter 18 anos ou mais;

- Estar cursando o primeiro ano de Medicina no momento da coleta;
- Relatar ter se autodiagnosticado com TDAH, ou seja, considerar que tem o transtorno sem possuir diagnóstico formal emitido por profissional habilitado.

Critérios de exclusão:

- Possuir diagnóstico formal emitido por profissional habilitado com data anterior à pesquisa;
- Não concordar em participar ou desistir em qualquer momento da pesquisa.

O número de participantes foi definido pelo número de estudantes que se enquadraram nos critérios acima postos.

3.2. Instrumentos

1. Questionário sociodemográfico breve

- Idade, gênero, composição familiar, histórico de atendimento psicológico/psiquiátrico.
- Duas perguntas fechadas sobre autodiagnóstico: “Você se considera uma pessoa com TDAH?”; “Você já recebeu diagnóstico formal de TDAH?”

2. ASRS-18 (Adult ADHD Self-Report Scale)

- Versão em português do instrumento de rastreio para sintomas de TDAH em adultos.
- Foi utilizado antes da entrevista, permitindo comparar o autodiagnóstico subjetivo com os resultados obtidos no instrumento de rastreio.

Para o rastreio de sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em adultos, foi utilizada a Adult Self-Report Scale (ASRS-18). O instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS - World Health Organization – WHO) em colaboração com pesquisadores associados à Harvard Medical School, com base nos critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade descritos no Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (Kessler et al., 2005). O ASRS possui ampla utilização em pesquisas internacionais e foi traduzido e adaptado para o português, apresentando propriedades psicométricas satisfatórias para uso em estudos de rastreio em população adulta (Mattos et al., 2006).

Embora o ASRS-18 tenha sido desenvolvido com base nos critérios diagnósticos para o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) estabelecidos no DSM-IV (APA, 1994; APA, 2014), optou-se, neste estudo, pela utilização do DSM-5 como principal referência teórica para a compreensão do transtorno. A transição do DSM-IV para o DSM-5 promoveu algumas alterações nos critérios diagnósticos do TDAH, como a ampliação da idade de início dos sintomas de 7 para 12 anos, a redução do número de sintomas necessários para o diagnóstico em adultos e a inclusão de exemplos dos sintomas adequados a diferentes faixas etárias (APA, 2014, p. 809). Entretanto, essas modificações não alteraram

substancialmente os principais domínios sintomatológicos do transtorno, que permanecem organizados em desatenção e hiperatividade/impulsividade (APA, 2014). Dessa forma, considerando que o ASRS-18 permanece um instrumento de rastreio amplamente utilizado para a identificação de sintomas de TDAH em adultos, o DSM-5 é adotado como fundamentação teórica deste estudo, enquanto o ASRS-18 é utilizado como instrumento complementar de rastreio, respeitando-se sua origem nos critérios do DSM-IV.

A escala é composta por 18 itens, que correspondem diretamente aos sintomas diagnósticos do TDAH descritos no DSM-IV, sendo nove itens relacionados à desatenção e nove itens relacionados à hiperatividade/impulsividade. Os itens avaliam a frequência com que determinados comportamentos ocorreram nos últimos seis meses.

As respostas são apresentadas em escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “muito frequentemente”.

A estrutura da escala inclui duas partes. A Parte A, composta pelos seis primeiros itens, constitui um módulo de triagem considerado mais sensível para identificar indivíduos com maior probabilidade de apresentar sintomas compatíveis com o transtorno. A Parte B, formada pelos 12 itens restantes, fornece informações adicionais sobre a presença e a frequência de outros sintomas associados ao TDAH, contribuindo para uma avaliação mais abrangente do padrão sintomatológico.

Ressalta-se que o ASRS é um instrumento de rastreamento, não sendo suficiente para estabelecer diagnóstico clínico de TDAH de forma isolada. Seus resultados indicam apenas a possibilidade de presença de sintomas compatíveis com o transtorno, devendo sempre ser interpretados em conjunto com avaliação clínica especializada.

3. Entrevista semiestruturada

- Contexto em que surgiram as dúvidas sobre TDAH.
- Situações de vida/rotina em que a pessoa percebe seus sintomas.
- Em quais plataformas de conteúdos digitais consumiu conteúdo sobre TDAH.
- Processo de autodiagnóstico (como chegou à conclusão, como se avaliou, como se sente com esse rótulo, se compartilhou com alguém).

3.3. Procedimento

3.3.1. Procedimento de Coleta de Dados

Inicialmente, foi obtida autorização formal da instituição de ensino superior na qual a pesquisa foi realizada (anexo B). O projeto também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob CAAE nº 96746526.4.0000.5382 e parecer nº 8.427.503.

Após a aprovação ética, a divulgação da pesquisa aos participantes foi realizada por meio de visita do pesquisador às salas de aula do primeiro ano do curso de Medicina de uma instituição de ensino superior, localizada no interior do estado de São Paulo. Nesse momento, os estudantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo e convidados a participar voluntariamente da pesquisa. Aqueles que demonstraram interesse em participar foram convidados a preencher um formulário inicial de triagem, destinado a verificar os critérios de inclusão no estudo.

Entre os estudantes que indicaram autopercepção ou autodiagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e manifestaram interesse em participar da pesquisa, foram selecionados aqueles que se enquadraram nos critérios estabelecidos para realizar a triagem e as entrevistas. As entrevistas ocorreram em ambiente reservado dentro da própria instituição, de modo a garantir privacidade e conforto aos participantes.

Antes do início da coleta de dados, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo informações sobre os objetivos do estudo, os procedimentos de coleta, possíveis riscos e benefícios da participação, bem como as garantias de sigilo e confidencialidade das informações fornecidas. Somente os estudantes que assinaram o TCLE foram incluídos na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, houve a aplicação do instrumento *Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS-18), utilizado para rastreio de sintomas associados ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em adultos. O instrumento foi respondido em formato de autoaplicação, com

duração aproximada de 10 a 15 minutos, durante a qual o pesquisador pôde esclarecer eventuais dúvidas quanto à compreensão dos itens, sem interferir nas respostas dos participantes.

Na segunda etapa, imediatamente após a aplicação do ASRS-18, foi conduzida uma entrevista semiestruturada, com duração aproximada de cinco minutos, realizada pelo pesquisador. Essa entrevista teve como objetivo coletar informações descritivas sobre os participantes, incluindo dados como histórico de diagnóstico formal de TDAH, motivos que levaram à autopercepção ou suspeita do transtorno e principais fontes de informação utilizadas para compreender o diagnóstico, como redes sociais, internet ou outros meios. Mediante autorização do participante, a entrevista foi gravada em áudio para garantir maior fidelidade no registro das respostas.

Todos os dados coletados foram tratados de forma confidencial, garantindo o anonimato dos participantes. Para isso, os registros das entrevistas e os questionários foram identificados por meio de siglas, sem qualquer informação que permitisse a identificação direta dos estudantes. Os resultados da pesquisa foram apresentados apenas de forma agregada para fins científicos e acadêmicos.

O projeto foi submetido previamente à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, respeitando as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

3.3.2. Análise de Dados

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas e analisados de acordo com sua natureza quantitativa e qualitativa. Os dados provenientes do instrumento *ADHD Adult Self-Report Scale* (ASRS-18) foram submetidos à análise quantitativa descritiva, por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas (percentuais), considerando o ponto de corte adotado para o rastreio de sintomas de TDAH. Também foram calculadas as frequências e os percentuais referentes aos critérios complementares considerados na pesquisa, permitindo observar a progressão dos participantes ao longo das etapas de análise e comparar os resultados do rastreio com o autodiagnóstico relatado.

Para a análise dos participantes com resultado positivo no rastreio, foram considerados critérios complementares relacionados ao início dos sintomas antes dos 12 anos (Critério B), à manifestação das dificuldades em pelo menos dois contextos (Critério C), à presença de prejuízos no funcionamento cotidiano (Critério D) e à ausência de explicação exclusiva dos sintomas por outro transtorno (Critério E). Esses critérios foram analisados a partir das informações obtidas nas entrevistas, sendo classificados conforme a presença, ausência ou insuficiência de informações para sua caracterização.

Os dados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas foram analisados qualitativamente e organizados em categorias temáticas construídas a partir dos objetivos da pesquisa, do referencial teórico e dos conteúdos recorrentes nos relatos dos participantes. A análise contemplou aspectos relacionados às dificuldades percebidas pelos estudantes, aos contextos em que essas dificuldades se manifestavam, ao processo de interpretação dessas experiências como possíveis sinais de TDAH e às fontes de informação utilizadas na construção da autopercepção diagnóstica.

Posteriormente, os dados quantitativos e qualitativos foram articulados na etapa de interpretação dos resultados, buscando identificar convergências e diferenças entre as experiências de autodiagnóstico relatadas pelos participantes e os indicadores obtidos no rastreio. Essa articulação possibilitou relacionar os resultados do ASRS-18 e dos critérios complementares aos conteúdos emergentes das entrevistas, contribuindo para a compreensão do processo de construção da autopercepção diagnóstica de TDAH entre os estudantes investigados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões são apresentados a partir da integração dos dados obtidos por meio do ASRS-18 e das entrevistas realizadas com os participantes. Inicialmente, são apresentados os resultados do rastreio de sintomas de TDAH, seguidos da análise dos critérios complementares considerados na pesquisa, referentes aos critérios indicados pelo rastreio. Em seguida, é apresentada uma síntese da progressão dos participantes ao longo dessas etapas, permitindo observar as diferenças entre o relato de autodiagnóstico e os resultados obtidos a partir dos critérios analisados. Posteriormente, os relatos das entrevistas são discutidos qualitativamente, buscando compreender como os estudantes construíram sua autopercepção diagnóstica e quais experiências e fontes de informação contribuíram para esse processo.

Nessa etapa, são abordados aspectos relacionados ao reconhecimento de dificuldades atencionais, à influência do contexto universitário e ao papel das redes sociais na construção e interpretação da suspeita de TDAH.

4.1. Resultados do Rastreio de Sintomas de TDAH e Análise dos Critérios Complementares

Participaram da pesquisa 25 estudantes, dos quais 18 (72%) apresentaram quatro ou mais respostas positivas nos seis itens da Parte A do ASRS-18, indicando resultado positivo no instrumento de rastreio. Os demais sete participantes (28%) apresentaram pontuação inferior ao ponto de corte estabelecido. Dessa forma, os resultados do instrumento indicaram a presença de indicadores de rastreio para TDAH em parcela expressiva da amostra.

Considerando que o ASRS-18 constitui um instrumento de rastreio e não de diagnóstico, os participantes com resultado igual ou superior a quatro foram posteriormente analisados em relação aos demais critérios considerados na pesquisa. A distribuição individual dos resultados do ASRS-18 e dos critérios complementares analisados é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos participantes segundo os resultados do rastreio e os critérios complementares

Participante	ASRS-18	B ¹	C ²	D ³	E ⁴
Participant e1	6	N	N	S	ANS
Participant e2	5	S	S	S	S/O
Participant e3	4	L	N	S	PSI

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/quando-o-algoritmo-diz-lsqquo-voce-tem-tdah-rsqquo-experiencias-de-autodiagnostico-e-verificacao-de-rastreio-pelo-asrs-18-em-estudantes-de-medicina?noblockage>

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

O Quadro 1 possui sete colunas, sendo a primeira referente à identificação dos participantes, a segunda à pontuação obtida no ASRS-18 e as demais aos critérios complementares considerados na análise. A coluna referente ao Critério B apresenta a classificação quanto ao início dos sintomas antes dos 12 anos, sendo S indicativo de atendimento ao critério, N de não atendimento, L de resultado limítrofe, S/P de atendimento com possibilidade de ressalva e NI de informação não especificada. A coluna correspondente ao Critério C indica a presença de manifestações em pelo menos dois contextos, sendo S utilizado quando identificada essa condição e N quando ela não foi claramente identificada. A coluna do Critério D refere-se à presença de prejuízos no cotidiano, sendo S indicativo de presença e N de ausência ou não identificação clara de prejuízos. Por fim, a coluna referente ao Critério E apresenta as informações relacionadas ao diagnóstico diferencial, utilizando as classificações ANS para ansiedade, S/O para ausência de outros transtornos relatados, PSI para acompanhamento ou avaliação psicológica ou psicoterápica, TEA/TDAH para investigação de ambas as condições, ANS/TDAH para investigação de ansiedade e TDAH, TAG para diagnóstico formal de transtorno de ansiedade generalizada, NPS para acompanhamento por neuropsicopedagogo e MED para intervenção ou avaliação médica. A última coluna apresenta a fonte de informação relatada pelos participantes em relação ao contato com conteúdos ou conhecimentos sobre o TDAH.

Em relação ao Critério B, referente à presença de sintomas desde antes dos 12 anos de idade, dos 18 participantes com rastreio positivo, 9 (50%) apresentaram relatos compatíveis com início precoce dos sintomas. Entre os participantes que não atenderam a esse critério, foram relatados inícios posteriores, como aos 13 anos, aos 15 anos ou somente durante a graduação, além de casos em que os sintomas foram percebidos apenas recentemente.

Entre os nove participantes que apresentaram relatos compatíveis com o Critério B, sete apresentaram, de maneira claramente descrita, dificuldades ou manifestações relacionadas a pelo menos dois contextos distintos, apresentando elementos compatíveis com o Critério C. Foram identificados, por exemplo, prejuízos envolvendo simultaneamente estudos e convívio social; estudos e família; estudos e tarefas domésticas; sala de aula e estudos; trabalho e estudos; lazer, estudos e esportes; e estudos e situações cotidianas.

Esses participantes também apresentaram relatos de dificuldades que ultrapassam a simples identificação de sintomas, envolvendo prejuízos ou interferências no funcionamento cotidiano. Entre as manifestações descritas, encontram-se dificuldades importantes de concentração e leitura, dificuldade para iniciar e concluir tarefas, necessidade de estímulos externos para manter o foco, agitação motora e perda rápida da atenção. Tais informações foram consideradas na análise do Critério D, referente à presença de prejuízos na vida diária.

Quanto ao Critério E, referente à consideração de outros transtornos que possam explicar os sintomas, a amostra apresentou situações distintas. Alguns participantes relataram não possuir outros transtornos ou não apresentaram, durante a entrevista, indicação de

outra condição que explicasse exclusivamente as manifestações descritas. Em contrapartida, houve participantes com histórico de ansiedade ou em investigação para outras condições, como no caso de um participante que se encontrava em avaliação para TEA e TDAH e outro que relatou tratamento para ansiedade extrema e investigação de TDAH. Esses casos demandam cautela na interpretação, uma vez que a presença de outro transtorno não permite, por si só, atribuir os sintomas exclusivamente a essa condição.

Quanto à coluna referente a fonte de informação sobre o TDAH, identificou-se predominância de referências a conteúdos disponíveis na internet e nas redes sociais. Ao todo, 11 participantes (44,0%) relataram utilizar redes sociais ou outros meios digitais como fonte de informação sobre o TDAH, enquanto 9 (36,0%) afirmaram não recorrer a essas plataformas para esse fim. Em cinco entrevistas (20,0%), os relatos não permitiram uma classificação inequívoca quanto ao uso de redes sociais como fonte de informação. Entre as fontes mencionadas pelos participantes, destacaram-se TikTok, Instagram, YouTube e Google, além de outras fontes, como psicólogos, psiquiatras, médicos, profissionais, amigos, familiares e conversações. Também foram identificados relatos baseados no senso comum. Esses dados indicam a diversidade de fontes utilizadas pelos participantes na construção de seus conhecimentos sobre o TDAH, com destaque para os meios digitais.

A Tabela 1 apresenta a síntese quantitativa da progressão dos participantes ao longo das etapas de análise, considerando o resultado do ASRS-18 e os critérios complementares avaliados.

Tabela 1. Progressão da amostra segundo os critérios considerados para o rastreio de TDAH

Critério considerado	Número de alunos	% da amostra total (N=25)
Participantes entrevistados	25	100%
Quatro ou mais respostas positivas na Parte A	18	72%
Critério B – início dos sintomas antes dos 12 anos	9	36%
Critério C – manifestações em pelo menos dois contextos	7	28%
Critério D – presença de prejuízos no cotidiano	7	28%
Critério E – ausência de explicação exclusiva por outro transtorno	6	24%

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

Em síntese, dos 25 participantes que relataram autodiagnóstico informal de TDAH, 18 (72%) apresentaram pontuação igual ou superior a quatro no ASRS-18, indicando resultado positivo no instrumento de rastreio. A aplicação dos critérios complementares reduziu progressivamente esse número, conforme acrescentavam-se os critérios, nove participantes (36% da amostra total) apresentaram elementos compatíveis com início dos sintomas antes dos 12 anos; desses 18, sete (28%) apresentaram manifestações em pelo menos dois contextos e prejuízos no cotidiano; dos sete, seis (24%) atenderam também ao Critério E, referente à ausência de atribuição exclusiva dos sintomas a outro transtorno. Dessa forma, considerando conjuntamente os critérios analisados, 6 dos 25

participantes (24%) apresentaram resultados compatíveis com o conjunto de critérios utilizado na pesquisa, apesar de todos os 25 participantes terem relatado autodiagnóstico informal de TDAH.

A progressão apresentada na Tabela 1 permite observar que a maior concentração de participantes ocorre na etapa inicial de rastreio, enquanto a quantidade de participantes diminui à medida que são incorporados elementos complementares à análise. Dos 25 participantes, 18 (72%) apresentaram resultado positivo na Parte A do ASRS-18, porém chegando a seis participantes (24%) após a análise do Critério E. Esse resultado indica que a compatibilidade com as manifestações descritas no Critério A, isoladamente, não é suficiente para sustentar a hipótese de TDAH, sendo necessária a verificação dos Critérios B, C e D para que os sintomas rastreados sejam contextualizados quanto à sua ocorrência, ao prejuízo funcional e à possibilidade de serem explicados por outras condições.

Esse resultado encontra respaldo nos achados de Babinski et al. (2022), que investigaram 805 adultos em atendimento psiquiátrico e identificaram uma diferença expressiva entre os resultados obtidos pelo ASRS e os indicadores clínicos de TDAH. Enquanto 54,78% dos participantes apresentaram resultado positivo no rastreio, apenas 11,93% apresentavam indicadores de diagnóstico registrados em prontuário, evidenciando que a identificação de sintomas por meio de um instrumento de rastreio não corresponde necessariamente à confirmação clínica do transtorno.

A importância de uma avaliação ampliada também é ressaltada por Sedgwick-Müller et al. (2022), em consenso voltado especificamente para estudantes universitários, ao destacar a necessidade de procedimentos adequados para a identificação do TDAH nessa

população e de uma abordagem que considere diferentes aspectos da condição para além de uma única medida de rastreio. Os autores ressaltam, ainda, a relevância de distinguir dificuldades académicas e de aprendizagem de manifestações relacionadas ao TDAH, considerando a complexidade do contexto universitário.

No presente estudo, essa perspectiva contribui para compreender a diferença entre os 18 participantes que apresentaram resultado positivo no rastreio e os seis que apresentaram resultados compatíveis com o conjunto de critérios analisado. Como a amostra foi composta exclusivamente por estudantes que já relatavam autodiagnóstico informal de TDAH, o percentual de 72% não representa a prevalência do transtorno entre os estudantes de Medicina, mas a proporção, dentro do grupo previamente selecionado, que também apresentou resultado positivo no instrumento de rastreio. Desse modo, o principal achado dessa etapa não está apenas na quantidade de participantes identificados inicialmente pelo ASRS-18, mas na redução observada à medida que outros critérios são incorporados à análise, evidenciando que o reconhecimento de sintomas constitui uma etapa inicial do processo de investigação, mas não esgota sua caracterização.

A diferença observada entre o número de participantes, que relataram autodiagnóstico informal e aqueles que apresentaram resultados compatíveis com o conjunto de critérios analisados no rastreamento orientou a análise qualitativa dos relatos. Dessa forma, buscou-se compreender como os participantes construíram sua autopercepção diagnóstica, quais experiências contribuíram para essa interpretação e quais fontes de informação estiveram envolvidas nesse processo.

4.2. O Reconhecimento de Dificuldades Atencionais Como Ponto de Partida para o Autodiagnóstico

A análise das entrevistas evidencia que o primeiro movimento para a construção do autodiagnóstico não ocorreu por meio do conhecimento dos critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), mas sim pela interpretação que os próprios estudantes fizeram de experiências vivenciadas em seu cotidiano. Em praticamente todos os relatos, a percepção de dificuldades relacionadas à concentração, organização das tarefas, esquecimento e inquietação constituiu o elemento inicial para a formulação da hipótese diagnóstica.

Essa percepção pode ser observada na fala do Participante 1., que associa diretamente sua suspeita às dificuldades enfrentadas durante os estudos:

"Eu tenho muita dificuldade de focar em atividades... principalmente na parte de estudo também."

Em outro relato, o Participante 2 descreve que sua agitação constante e a facilidade de perder a atenção fizeram com que passasse a considerar a possibilidade de apresentar o transtorno:

"Eu sou muito agitada... eu perco a atenção muito fácil."

Embora os participantes descrevam experiências distintas, observa-se um padrão comum: dificuldades presentes no cotidiano passam a ser reinterpretadas como possíveis manifestações de um transtorno

neuropsicológico. Nesse processo, comportamentos anteriormente compreendidos como características pessoais passam a receber um novo significado, baseado na hipótese de um diagnóstico.

Esse movimento aproxima-se dos achados de Fagan et al. (2024), que descrevem como o contato frequente com conteúdos sobre saúde mental favorece processos de identificação pessoal com sintomas apresentados nas redes sociais. Segundo as autoras, a exposição contínua a vídeos curtos gera uma forma simplificada de compreensão dos transtornos mentais, fazendo com que indivíduos passem a interpretar experiências cotidianas sob uma perspectiva diagnóstica, muitas vezes antes de qualquer avaliação profissional.

Os relatos obtidos nesta pesquisa reforçam esse fenômeno ao demonstrarem que a hipótese diagnóstica surgiu inicialmente da interpretação subjetiva das próprias dificuldades, e somente posteriormente motivou a busca por informações ou por confirmação clínica.

4.3. O Contexto Universitário Como Intensificador da Percepção dos Sintomas

Outro aspecto recorrente nas entrevistas refere-se ao papel desempenhado pelo contexto universitário na intensificação da percepção das dificuldades atencionais. Em diversos relatos, os estudantes descrevem que os sintomas passaram a ser percebidos de forma mais evidente após o ingresso na graduação, período caracterizado pelo aumento das demandas cognitivas e da necessidade de organização dos estudos.

Essa percepção é ilustrada pelo Participante 1, ao afirmar:

"Na hora que eu entrei na faculdade... comecei a reparar muito mais o quanto isso me afeta."

De maneira semelhante, o Participante 9 relata que as dificuldades de concentração tornaram-se particularmente evidentes durante a rotina de estudos:

"Se eu tô numa mesinha estudando que tem gente do meu lado, eu começo a escutar o que eles estão falando e não percebo o que eu leio."

Já o Participante 5 descreve episódios recorrentes de leitura sem assimilação do conteúdo, evidenciando o impacto dessas dificuldades no desempenho acadêmico:

"Foi um capítulo inteiro só no automático e eu não absorvi nada do que tava escrito."

Os discursos sugerem que o ambiente universitário não necessariamente produziu os sintomas, mas tornou essas dificuldades mais perceptíveis devido ao aumento das exigências acadêmicas. A necessidade de longos períodos de leitura, elevada carga horária de estudos e manutenção constante da atenção, parece ter funcionado como um contexto em que tais comportamentos passaram a produzir consequências mais evidentes para os estudantes.

Essa interpretação encontra respaldo em Coelho et al. (2024), que identificaram elevada frequência de sintomas relacionados ao TDAH entre estudantes de Medicina. Entretanto, os autores ressaltam que a presença desses sintomas, bem como resultados positivos em instrumentos de rastreamento, deve ser interpretada com cautela, considerando a influência de fatores como ansiedade, alterações do sono, sobrecarga acadêmica e outras condições capazes de produzir manifestações semelhantes às observadas no transtorno.

4.4. Entre Dificuldades Reais e Interpretação Diagnóstica

Embora os participantes relatem dificuldades concretas em seu cotidiano acadêmico, observa-se que a interpretação dessas experiências frequentemente ocorreu antes da investigação de outras possibilidades explicativas. Em muitos casos, comportamentos como distração, dificuldade para manter a atenção em leituras prolongadas, inquietação ou esquecimentos passaram a ser compreendidos prioritariamente como manifestações de TDAH.

Um exemplo dessa sobreposição aparece no relato do Participante 15, que, apesar de reconhecer dificuldades relacionadas à atenção e à concentração, questiona a própria interpretação diagnóstica:

“Só que eu não sei até que ponto é realmente um TDAH e na verdade é uma ansiedade mesmo que tá muito latente...”

Essa relação, contudo, nem sempre foi estabelecida de forma definitiva pelos próprios participantes. O Participante 19, por

exemplo, ao descrever suas dificuldades de concentração e de iniciar e concluir tarefas, questiona:

“Aí eu não sei se isso chega a ser e eu não sei se é lerdeza mesmo, talvez possa ser.”

Esse aspecto merece atenção, pois as dificuldades descritas pelos estudantes são compatíveis com diferentes condições psicológicas e contextuais, não sendo exclusivas do transtorno. Coelho et al. (2024) ressaltam que a presença de sintomas relacionados ao TDAH e resultados positivos em instrumentos de rastreamento devem ser interpretados com cautela, considerando a influência de fatores como ansiedade, alterações do sono e sobrecarga acadêmica, que podem produzir manifestações semelhantes às observadas no transtorno. Nesse sentido, os relatos dos participantes evidenciam justamente a dificuldade de distinguir, a partir da autopercepção, manifestações associadas ao TDAH de dificuldades que podem estar relacionadas a outras condições ou às próprias características do contexto acadêmico. Os próprios discursos demonstram que essas experiências estão inseridas em uma rotina marcada por elevadas demandas acadêmicas, pressão por desempenho e intensa exposição a informações sobre saúde mental.

4.5. As Redes Sociais Como Importante Fonte de Informação Sobre o TDAH

Um dos achados mais expressivos desta pesquisa refere-se ao papel desempenhado pelas redes sociais na construção do conhecimento dos participantes acerca do TDAH. A análise da tabela-síntese mostra que dos 25 participantes entrevistados, 11 (44,0%) relataram

utilizar redes sociais ou outros meios digitais como fonte de informação sobre o TDAH, com destaque para o TikTok como uma das plataformas mencionadas nos relatos. Nove (36,0%) afirmaram não recorrer a essas plataformas para esse fim. Em cinco entrevistas (20,0%), os relatos não permitiram uma classificação inequívoca quanto ao uso de redes sociais como fonte de informação.

Esse panorama demonstra a relevância dos ambientes digitais como fontes de informação sobre o TDAH entre os participantes, constituindo, em diferentes trajetórias, parte do processo de construção da suspeita diagnóstica. Assim, a construção da suspeita diagnóstica mostrou-se relacionada à circulação de informações nas redes sociais, que passaram a constituir um espaço relevante para o reconhecimento e a interpretação de experiências pessoais.

Esse padrão aparece já no relato do Participante 1, que afirma que o contato com essas informações acontecia de maneira espontânea, impulsionado pelo próprio funcionamento das plataformas digitais:

"Ah, não, às vezes aparecia para mim."

Ao ser questionada sobre quais redes sociais utilizava, complementa:

"TikTok principalmente. Instagram, alguns psicólogos falavam também."

Situação semelhante é observada no Participante 2, que descreve buscar informações de maneira informal:

"Ah, é mais senso comum de ver na internet mesmo."

Quando questionada sobre onde realizava essas buscas, responde:

"Google, Instagram."

Entre os participantes que mencionaram diretamente o TikTok, o Participante 9 relata que toda a associação entre seus sintomas e o TDAH ocorreu a partir dos conteúdos encontrados na plataforma:

"Ah, da internet assim."

Ao ser solicitado que especificasse o local, respondeu objetivamente:

"TikTok."

Da mesma forma, o Participante 10 afirma que seu conhecimento sobre o transtorno foi construído por meio das redes sociais:

"Ah, eu vi na internet. Sim, internet, rede social."

Ao detalhar as plataformas utilizadas, acrescenta:

"TikTok, Instagram. É o mais comum assim, né?"

Resultado semelhante aparece no discurso do Participante 11, que reconhece explicitamente a origem de suas informações:

"Ah, isso é bem errado, mas na internet, principalmente TikTok, Instagram, essas coisas que são mais de jovem mesmo."

Também, o Participante 13 afirma que seus conhecimentos sobre o transtorno foram adquiridos em ambientes digitais:

"Não foi em uma revista específica, só foi tipo nas redes sociais."

Embora a predominância tenha sido das redes sociais, alguns participantes apresentaram trajetórias diferentes. O Participante 21, por exemplo, relata que seu contato ocorreu principalmente por vídeos de uma psiquiatra no YouTube e por conversas com pessoas próximas, ainda reconhecendo a internet como espaço de circulação dessas informações:

"Vejo muito falar disso na internet... às vezes são muito soltos, vai passando os vídeos e acaba caindo assim."

Por outro lado, também foram identificados participantes que atribuíram sua suspeita diagnóstica principalmente ao senso comum ou a experiências interpessoais, sem indicar as redes sociais como principal fonte de informação, evidenciando que, embora predominante, esse percurso não foi universal entre os entrevistados.

A recorrência dessas falas evidencia que as redes sociais não funcionaram apenas como um local de consulta ocasional, mas constituíram um importante meio de acesso às informações utilizadas pelos participantes para interpretar suas próprias experiências. Em muitos casos, a suspeita diagnóstica parece ter sido construída paralelamente ao consumo frequente de conteúdos sobre TDAH, sugerindo que a exposição contínua favoreceu processos de identificação com os sintomas apresentados.

Figueiredo e Gonçalves (2025) destacam que plataformas como TikTok e Instagram são estruturadas para oferecer estímulos rápidos, personalizados e continuamente reforçados pelos algoritmos, favorecendo o consumo repetitivo de conteúdos semelhantes. Esse funcionamento amplia a probabilidade de exposição contínua a informações relacionadas ao TDAH e pode fortalecer processos de identificação subjetiva com os sintomas apresentados, sobretudo quando associados às dificuldades cotidianas vivenciadas pelos usuários.

Os resultados desta pesquisa sugerem, portanto, que as redes sociais ultrapassam o papel de simples meio de divulgação de informações sobre saúde mental. Nos relatos analisados, elas configuram um espaço ativo na construção do autodiagnóstico, uma vez que mediam o contato inicial com conteúdos sobre TDAH,

favorecem processos de identificação com sintomas e influenciam a forma como os participantes atribuem significado às próprias experiências.

Esses achados dialogam com os resultados de Coelho et al. (2024), que investigaram quantitativamente sintomas de TDAH em estudantes de Medicina por meio do ASRS. Entretanto, ao adotar uma abordagem qualitativa, o presente estudo acrescenta uma dimensão complementar à literatura, ao evidenciar os processos subjetivos envolvidos na autopercepção diagnóstica e o papel desempenhado pelas redes sociais na interpretação das próprias vivências. Dessa forma, a pesquisa amplia a compreensão do fenômeno ao integrar a identificação de sintomas com a análise dos significados atribuídos pelos próprios estudantes.

Em conjunto, os resultados evidenciam uma diferença entre a experiência de autodiagnóstico relatada pelos participantes e os indicadores obtidos a partir do rastreio pelo ASRS-18 e dos critérios complementares analisados. Embora todos os participantes tenham relatado autodiagnóstico informal de TDAH e 18 (72%) tenham apresentado resultado positivo no rastreio, a análise dos critérios complementares evidenciou uma redução progressiva desse grupo. Esses achados sugerem que a identificação subjetiva de dificuldades atencionais e comportamentais pode constituir o ponto de partida para a construção da hipótese de TDAH, mas não corresponde necessariamente aos mesmos indicadores observados quando essas experiências são analisadas de forma sistematizada. Os relatos qualitativos contribuem para compreender esse processo, ao evidenciarem a influência das dificuldades vivenciadas no cotidiano, do contexto universitário e das fontes de informação acessadas pelos estudantes na construção da autopercepção diagnóstica.

Esse processo pode ser compreendido também a partir do funcionamento dos algoritmos de recomendação das plataformas digitais. Ao identificar os interesses e padrões de interação dos usuários, esses sistemas personalizados tendem a selecionar e recomendar conteúdos semelhantes com os quais o indivíduo já demonstrou interesse, podendo reduzir a diversidade de informações às quais ele é exposto e favorecer a formação de chamadas “bolhas de filtro” (Areeb et al., 2023). No contexto do TDAH, esse mecanismo pode adquirir particular relevância: após o contato inicial com conteúdos sobre o transtorno, novas interações com esse tipo de material podem sinalizar ao algoritmo um interesse pelo tema, aumentando a probabilidade de que conteúdos semelhantes sejam apresentados novamente no feed. Dessa forma, uma exposição inicialmente pontual pode tornar-se recorrente, criando um ciclo de exposição e identificação que potencialmente reforça a percepção de que determinadas características pessoais correspondem aos sintomas de um transtorno.

Foster e Ellis (2024) discutem justamente como o consumo de conteúdos sobre saúde mental no TikTok pode contribuir para processos de autodiagnóstico, especialmente quando experiências cotidianas passam a ser interpretadas a partir das informações encontradas na plataforma.

Assim, a discussão apresentada permite considerar que a influência das redes sociais sobre a autopercepção diagnóstica não ocorre apenas pelo conteúdo acessado, mas também pela própria dinâmica de personalização algorítmica, que pode ampliar e prolongar a exposição a informações relacionadas ao TDAH.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como questão-problema compreender em que medida a autopercepção diagnóstica de TDAH entre estudantes de Medicina corresponde aos resultados obtidos por meio do rastreio pelo ASRS-18. A partir dessa questão, estabeleceu-se como objetivo geral investigar a relação entre a autopercepção diagnóstica de TDAH e os resultados do rastreio pelo ASRS-18 em estudantes do primeiro ano de Medicina, considerando também as experiências e fontes de informação que participaram da construção dessa autopercepção.

Os resultados evidenciam que a autopercepção diagnóstica do TDAH entre estudantes de Medicina não se constitui exclusivamente a partir da presença de dificuldades atencionais ou comportamentais, mas envolve a forma como essas experiências são interpretadas a partir de informações disponíveis socialmente. Os resultados permitem compreender que a questão-problema é respondida pela existência de uma distância entre reconhecer características associadas ao TDAH e compreender essas características como parte de um transtorno que requer avaliação sistematizada.

Os achados indicam que o autodiagnóstico se relaciona, em diferentes trajetórias, ao contato com informações sobre o TDAH, especialmente em ambientes digitais. Nesse processo, observa-se uma tendência de redução do transtorno às manifestações sintomáticas mais reconhecíveis, de forma que experiências cotidianas de desatenção, procrastinação, dificuldade de organização ou inquietação passam a ser interpretadas diretamente a partir de categorias diagnósticas. A correspondência percebida entre essas experiências de vida e as descrições dos sistemas classificatórios de forma genérica pode favorecer a construção de

uma explicação diagnóstica aparentemente objetiva, ainda que a identificação de sintomas isolados não seja suficiente para estabelecer a presença de um transtorno.

Dessa forma, a pesquisa evidencia que a utilização de categorias diagnósticas fora de um processo de avaliação pode favorecer uma compreensão simplificada do TDAH, na qual a experiência individual é aproximada diretamente de uma lista de sintomas. Essa dinâmica contribui para compreender a diferença observada entre a autopercepção diagnóstica dos participantes e a análise sistematizada realizada na pesquisa, demonstrando que reconhecer-se em determinados sintomas não equivale, necessariamente, a apresentar todos os elementos necessários à caracterização do transtorno.

Como limitação, destaca-se o caráter exploratório da pesquisa, que restringe a possibilidade de generalização dos resultados para outras populações e contextos. Além disso, a utilização de um único instrumento de rastreio (ASRS-18), limita a abrangência da análise quantitativa, uma vez que diferentes instrumentos e procedimentos de avaliação poderiam contemplar outros aspectos relacionados às manifestações do TDAH. Somando isso à especificidade da população investigada (estudantes do primeiro ano de Medicina de uma instituição localizada no interior do estado de São Paulo), há uma delimitação da abrangência dos achados.

A partir dessas limitações, os resultados também indicam a necessidade de ampliar a compreensão do TDAH para além de uma correspondência entre sintomas e categorias diagnósticas, considerando a individualidade com que as manifestações se apresentam e os diferentes contextos nos quais os comportamentos

ocorrem, bem como aspectos como a persistência, a frequência, a intensidade e o impacto dessas manifestações no funcionamento do indivíduo, sua presença em mais de um contexto e o início dos sintomas no período do desenvolvimento estabelecido pelos critérios diagnósticos. Nesse sentido, estudos futuros podem investigar estratégias de avaliação que utilizem baterias de instrumentos para a verificação mais abrangente de hipóteses diagnósticas e para a diferenciação entre a presença de manifestações compatíveis com o transtorno e a identificação subjetiva com seus sintomas. Também se mostra pertinente investigar processos de emulação ou incorporação de sintomas descritos em conteúdos digitais e suas possíveis relações com a autopercepção diagnóstica.

Por fim, a ampliação das investigações para além de estudantes de Medicina constitui uma possibilidade relevante, permitindo verificar se os fenômenos identificados se mantêm em outros grupos acadêmicos e populacionais. A expansão da amostra contribui para uma compreensão mais ampla das relações entre circulação de informações sobre saúde mental, interpretação de experiências pessoais e construção de hipóteses diagnósticas no contexto contemporâneo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AREEB, Qazi Mohammad; NADEEM, Mohammad; SOHAIL, Shahab Saquib; IMAM, Raza; DOCTOR, Faiyaz; HIMEUR, Yassine; HUSSAIN,

Amir; AMIRA, Abbes. Filter bubbles in recommender systems: fact or fallacy—A systematic review. *WIREs Data Mining and Knowledge Discovery*, v. 13, n. 6, e1512, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/widm.1512>

AYANO, G.; TSEGAY, L.; GIZACHEW, Y.; NECHO, M.; YOHANNES, K.; ABRAHA, M.; DEMELASH, S.; ANBESAW, T.; ALATI, R. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: Umbrella review of evidence generated across the globe. *Psychiatry Research*, v. 328, 115449, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115449>.

BABINSKI, Dara E. et al. Screening for ADHD in a general outpatient psychiatric sample of adults. *Psychiatry Research*, v. 311, 114524, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114524>

BARBOSA, G. S.; SILVA, F. M. O impacto de sintomas atencionais no desempenho acadêmico de estudantes do ensino superior. *Revista Brasileira de Psicologia Escolar*, v. 25, n. 2, p. 145-159, 2023.

CARDOSO, A. S. Saúde mental na transição para o ensino superior: prevalência e fatores associados em estudantes universitários. *Jornal de Psicologia Clínica e Saúde Mental*, v. 10, n. 1, p. 32-47, 2022.

COELHO, Danise Paula Dias; LIRA, Bruna Lays de Souza; ÁVILA, Taynara Teixeira; SILVEIRA, Vinícius Barbieri da; FREITAS FILHO, Getúlio Antônio de; DUARTE, Jordanna Vieira. Rastreo de sintomas para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e uso de psicoestimulantes entre estudantes de medicina. *Anais do Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde*, v. 18, n. 1, 2024.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 5. ed. Porto Alegre: Penso,

2021.

FAGAN, C. A. S.; BRAGA, L. A. C.; ARAÚJO, T. V. S.; FREITAS, V. N. de. Saúde mental na era da informação: a produção de autodiagnóstico em 60 segundos através das redes sociais. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**, v. 1, n. 3, 2024. p. 182-187.

FAUSTINO, L. S. e S. Método qualitativo: origem, conceitos e relevância nas Ciências Humanas. *SciELO Preprints*, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.9093>.

FIGUEIREDO, Ana Paula de; GONÇALVES, Anna Beatriz Ramos. A influência das mídias sociais em adolescentes diagnosticados com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Interference: A Journal of Audio Culture*, v. 11, n. 2, p. 8590-8603, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p8590-8603>.

FIGUEIREDO, D. S.; LIMA, K. A. de; FIGUEIREDO, F. N. da S.; BELLODI, P. L.; PORFÍRIO, G. B.; CARRARO, E.; FIGUEIREDO, D. L. A. The first year of the rest of our lives: Mental health of medical students. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, e4811931651, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31651>.

FOSTER, Alma; ELLIS, Natasha. TikTok-inspired self-diagnosis and its implications for educational psychology practice. *Educational Psychology in Practice*, v. 40, n. 4, p. 491-508, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/02667363.2024.2409451>

GUALBERTO, C. L. Argumentação e discursos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) nas mídias sociais. *EID&A*

– *Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação*, n. 5, p. 22-41, 2013.

KESSLER, R. C. et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, v. 35, n. 2, p. 245-256, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>.

LOFFREDO, L. C. M.; ARRUDA MARTINS, M. Ansiedade e aproveitamento acadêmico de estudantes de medicina: revisão sistemática. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, v. 26, n. 2, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2023.v26i2.1609>.

MARZAL, J.; CAPONI, S. A psiquiatrização da vida cotidiana e a construção de neuroidentidades virtuais. *Revista TOMO*, n. 44, e21851, 2025. DOI: <https://doi.org/10.21669/tomo.v44.21851>.

MATTOS, P. et al. Painel brasileiro de especialistas sobre o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 28, p. 50-60, 2006.

SANTOS, L. F. dos; BATISTA, S. L.; MEDEIROS, A. P. Entre posts, likes e sintomas: o impacto das redes sociais no autodiagnóstico de TDAH e TEA. *Revista Aracê*, v. 7, n. 10, p. 1-22, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n10-181>.

SEDGWICK-MÜLLER, Jane A. et al. University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a consensus statement from the UK Adult ADHD Network (UKAAN). *BMC Psychiatry*, v. 22, n. 1, 292, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03898-z>

SONG, Peige; ZHA, Mingming; YANG, Qingwen; ZHANG, Yan; LI, Xue; RUDAN, Igor; GLOBAL HEALTH EPIDEMIOLOGY REFERENCE GROUP (GHERG). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, v. 11, 04009, 2021. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>.

SOUSA, E. M. O dilema do TDAH na era da desinformação. *Debates em Psiquiatria*, v. 14, p. 1-4, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1316>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário inicial de inclusão e exclusão



Questionário inicial

Nome:

Idade:

Gênero:

Composição familiar:

Histórico de atendimento psicológico/psiquiátrico?

Você se considera uma pessoa com TDAH?

Você já recebeu diagnóstico formal de TDAH?

APÊNDICE B- TCLE

Pesquisador Responsável: Profa. Ma. Shirley Rosana Ribeiro de Barros Galhardi
Endereço: Largo Eng. Paulo de Almeida Sandeville, nº 15, Jardim Santo André, São João da Boa Vista - SP
CEP: 13870-377
Fone: (19) 3638-0240
E-mail: shirley.galhardi@prof.fae.br

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa denominada "QUANDO O ALGORITMO DIZ 'VOCÊ TEM TDAH': experiências de autodiagnóstico e verificação de rastreio pelo ASRS-18 em estudantes de medicina.", cujo objetivo é averiguar a relação entre o auto diagnóstico de TDAH e os resultados do rastreio pelo ASRS-18 em estudantes do primeiro ano do curso de Medicina.

A justificativa para este estudo é: investigar como indivíduos constroem sua autopercepção diagnóstica e em que medida ela se relaciona, ou não, com os indicadores formais de avaliação.

A sua participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário sociodemográfico e a um instrumento de rastreio de sintomas relacionados ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), denominado ASRS-18 (Adult Self-Report Scale). Os instrumentos serão respondidos de forma individual e anônima, contendo perguntas sobre características pessoais e sobre comportamentos relacionados à atenção, organização e impulsividade no cotidiano. O tempo estimado para o preenchimento é de aproximadamente 10 a 15 minutos.

A sua participação na pesquisa, poderá ampliar o conhecimento científico sobre a autopercepção de sintomas de TDAH em estudantes universitários e sua relação com instrumentos de rastreio utilizados na área da saúde mental.

Sobre os possíveis desconfortos e riscos, a participação nesta pesquisa apresenta risco mínimo. Entretanto, algumas perguntas presentes nos questionários podem levar o participante a refletir sobre aspectos de sua atenção, organização ou desempenho acadêmico, o que pode gerar leve desconforto emocional ou incômodo momentâneo. Também pode ocorrer cansaço leve, devido ao tempo necessário para responder aos instrumentos. Serão tomadas cautela e providências para evitar as situações que possam causar dano. A participação é totalmente voluntária e o participante poderá interromper ou desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo acadêmico ou pessoal. Os questionários serão respondidos de forma anônima, garantindo o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas. Além disso, caso o participante sinta algum desconforto ao responder às perguntas, poderá deixar de responder qualquer item ou encerrar sua participação. Se necessário, o participante poderá ser orientado a procurar serviços de apoio psicológico disponíveis na instituição ou em serviços de saúde mental.

A sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado, ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo, será mantido em sigilo.

Você poderá recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como após é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da participação.

O(a) Sr.(a) está sendo orientado(a) quanto ao teor de tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela participação.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado, conforme determina a Lei.

Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo deve ligar para o CEP UNIFAE (19)36380240 Ramal 249, ou mandar um email para comite_etica@fae.br. O CEP é um Comitê de Ética em Pesquisa criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de seus padrões éticos.

O Termo de Consentimento será emitido em duas vias, ficando uma em poder do

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

participante e outra do pesquisador.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos do estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

São João da Boa Vista, de de .

	Shirley Rosana Ribeiro de Barros Galhardi
Nome e assinatura do participante	Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es)responsável(responsáveis)

ANEXOS

ANEXO A - ASRS 18

Instruções:

1. Complete as partes A e B do quadro de sintomas marcando o quadrado que melhor representa a frequência da ocorrência do sintoma em questão.
2. Parte A: Se quatro ou mais marcações estiverem na área sombreada (mais escura), os sintomas são altamente compatíveis com um diagnóstico e por isso uma investigação mais precisa deve ser feita. As seis perguntas da parte A são um indicativo maior do transtorno e, portanto, consideradas as mais importantes do exame.
3. A Parte B fornece informações mais minuciosas para auxiliar o diagnóstico de sintomas do paciente, com especial atenção às marcações de áreas sombreadas. Não existe pontuação mínima na parte B.

Parte A	Nunca	Quase nunca	De vez em quando	Quase sempre	Sempre
Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?					
Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?					
Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?					
Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?					
Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?					
Com que frequência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse “com um motor ligado”?					

Parte B	Nunca	Quase nunca	De vez em quando	Quase sempre	Sempre
Com que frequência você comete erros bobos por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?					
Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?					
Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?					
Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?					
Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?					
Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado (a)?					
Com que frequência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?					
Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?					
Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?					
Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?					

Parte B	Nunca	Quase nunca	De vez em quando	Quase sempre	Sempre
Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?					
Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?					

O questionário ASRS-18 é útil para avaliar apenas o primeiro dos critérios (critério A) para se fazer o diagnóstico. Existem outros critérios que também são necessários na avaliação médica.

Critério B: Alguns desses sintomas devem estar presentes desde precocemente (antes dos 12 anos).

Critério C: Se os problemas causados pelos sintomas existem em pelo menos dois contextos diferentes (exemplo: no trabalho, na vida social, na faculdade e no relacionamento conjugal ou familiar).

Critério D: Há problemas evidentes de vida diária por conta dos sintomas.

Critério E: A existência de outro(s) transtorno(s) como depressão, deficiência mental, psicose, etc. Se for o caso, os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente ao TDAH.

Referências

O autoteste foi desenvolvido com a Organização Mundial de Saúde (OMS) pelo grupo que inclui o seguinte time de psiquiatras e pesquisadores:

Lenard Adler, MD – professor associado de psiquiatria e neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Nova York.

Ronald C. Kessler, PhD – Professor do Departamento de Políticas de Cuidado em Saúde da Faculdade de Medicina de Harvard

Thomas Spencer, MD – professor associado de psiquiatria na Faculdade de Medicina de Harvard.

Alguns estudos usados pelos pesquisadores:

Schweitzer JB, et al. Med Clin North Am. 2001;85(3):10-11, 757-777.

Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2nd ed. 1998.

Biederman J, et al. Am J Psychiatry.1993;150:1792-1798.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision.

Washington, DC, American Psychiatric Association. 2000: 85-93.

Fontes: https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ir/adhd/18Q_ASRS_English.pdf

www.tdah.org.br

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – UNIFAE
Largo Engenheiro Paulo de Almeida Sandeville, nº 15
Jd. Santo André / São João da Boa Vista – SP
CEP: 13.870-377

DEMONSTRATIVO DA EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA PARA A PESQUISA

Autorizamos o(a) pesquisador(a) **Profa. Ma. Shirley Rosana Ribeiro de Barros Galhardi** a utilizar a infraestrutura necessária para a realização da pesquisa abaixo mencionada com a garantia de atender eventuais problemas dela resultantes.

Estou ciente que o projeto terá seu início somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante parecer ético consubstanciado. Declaramos que conhecemos as Resoluções 466/12, 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e que seguiremos seus preceitos.

Título da pesquisa: QUANDO O ALGORITMO DIZ 'VOCÊ TEM TDAH': experiências de autodiagnóstico e verificação de rastreamento pelo ASRS-18 em estudantes de medicina.

Equipamentos, laboratórios, salas de aula, que serão utilizados:

1. Sala de estudos disponível.
2. Questionário sociodemográfico breve para coletar as informações básicas para critério de inclusão ou exclusão da pesquisa.
3. Utilização do ASRS-18 para aplicação nos participantes.

São João da Boa Vista, 23 de março de 2026

De acordo,

Profa. Especialista Giseli Silveira Valentim
Profa. Cargo: Coordenadora do Curso de Medicina.

¹ Discente do Curso de Psicologia das Faculdades Associadas de Ensino - FAE em São João da Boa Vista/SP. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3316-5933>

² Possui formação para o Magistério (1992). Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino - FAE (2004). Especialização em "Relações Interpessoais na Escola e a Construção da Autonomia Moral" pela Universidade de Franca - UNIFRAN (2006). Especialização em "Neuropsicologia Aplicada à Neurologia Infantil" pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (2011). Mestrado em Educação, Ambiente e Sociedade pelo Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino - FAE (2014). Doutora em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IP-USP (2023). É Neuropsicóloga habilitada pelo Conselho Federal de Psicologia, com Titulação de Especialista (2014). Possui título de Psicóloga Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia (2018). Atualmente é Psicóloga Clínica - Clínica São Camilo. Docente do Curso de Psicologia, Odontologia e Medicina do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino - UNIFAE. Supervisora de Estágio em Psicologia Hospitalar na Santa Casa de Misericórdia Carolina Malheiros de São João da Boa Vista - UNIFAE. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0676-8646>

³ Mestra em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC- Campinas, especialista em Psiquiatria e Psicologia do Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, psicóloga da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Capivari/SP e professora do Curso de Psicologia das Faculdades Associadas de

Ensino - FAE em São João da Boa Vista/SP. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0001-5022-8693>