

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE DEPARTAMENTO DE
MEDICINA

VINÍCIUS MESQUITA DE OLIVEIRA

**NAVEGANDO A MEDICINA COM UMA MENTE
ATÍPICA: Um Estudo de Caso Autoetnográfico
sobre os Desafios do TDAH na Graduação
Médica da UFSCar**

SÃO CARLOS - SP
2025

VINÍCIUS MESQUITA DE OLIVEIRA

**NAVEGANDO A MEDICINA COM UMA MENTE
ATÍPICA: Um Estudo de Caso Autoetnográfico sobre
os Desafios do TDAH na Graduação Médica da
UFSCar**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Medicina da Universidade
Federal de São Carlos, como parte
das exigências para obtenção do
título de Médico (Lei 1.320/16)

Orientadora: Profa. Dra. Andréa
Aparecida Contini

SÃO CARLOS - SP

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Vinicius Mesquita de, Oliveira

Navegando a Medicina com umamente atípica: Um Estudo de Caso Autoetnográfico sobre os Desafios do TDAH na Graduação Médica da UFSCar / Oliveira
Vinicius Mesquita de -- 2025.
39f.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de São Carlos,
campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Andréa Aparecida Contini

Banca Examinadora: Andréa Aparecida Contini

Bibliografia

1. Narrativa crítico-reflexiva. 2. Neurodivergente. 3. Autoetnográfica. I. Vinicius Mesquita de, Oliveira. II. Título.

Ficha de Aprovação

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado pelo discente Vinicius Mesquita De Oliveira, pertencente ao programa de graduação em Medicina, sob o título "Navegando a Medicina com uma mente atípica: Um Estudo de Caso Autoetnográfico sobre os Desafios do TDAH na Graduação Médica da UFSCar", foi submetido à comissão examinadora e aprovado em sua totalidade no dia: 28/10/2025

Profa. Dra. Andréa Aparecida Contini

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que, como eu, enfrentam batalhas invisíveis todos os dias.

Que esta pequena vitória sirva de inspiração para que nunca desistam de seus sonhos. E à minha família, que me deu o alicerce para sonhar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pela força e resiliência que me permitiram chegar até aqui e por ter me orientado em todos os caminhos e desafios que a vida nos dá!

Agradeço aos meus amigos de turma, em especial a minha eterna dupla Camila Félix e meu eterno trio Miriã Nascimento, pelas inúmeras vezes que me ajudaram a não desistir e a seguir em frente, independente da dificuldade. Elas que nunca permitiram que eu estivesse sozinho e que são um presente para a minha vida. Agradeço ao meu grupo de internato, composto por elas e por Beatriz Carvalho, Isabella Ribeiro, Vitor Rodigheri, Raniel Martinha e Oriana Mariano, que tornaram os dias da graduação mais leves e completos, me ajudando quando mais precisei. Minha eterna gratidão.

À minha família, meu companheiro de vida Guilherme Henrique de Oliveira, que esteve ao meu lado nesses anos todos, me apoiando incondicionalmente e auxiliando dia a dia para que o dia da conclusão do curso chegasse com maestria, sendo meu porto seguro. Agradeço meus pais Sonice Cristina Mesquita de Oliveira e Claudécir Martins de Oliveira, ao meu pai emprestado Maurício Alves e meu irmão Vitor Mesquita de Oliveira, por sempre acreditarem em mim, por me auxiliarem a entender que todos os sonhos são possíveis. E um agradecimento especial a minha mãe que me ensinou que mesmo que o desafio fosse grande, desistir não era uma opção. Agradeço ao meu pai, que até me seu último dia de vida acreditou e não me deixou desistir, estando ao meu lado, hoje de outra forma, me dando forças quando eu acho que já não as tinha. Agradeço por todo o amor, sacrifício, incentivo e por acreditarem no meu sonho desde o primeiro dia. Esta conquista não seria possível sem vocês.

À minha orientadora, Profa. Dra. Andrea Aparecida Contini, agradeço imensamente pela confiança depositada em mim e neste trabalho. Sua orientação segura, acolhedora e paciente foram indispensáveis para a construção deste trabalho. Agradeço, também à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e ao corpo docente do Curso de Medicina, pela excelência na formação que me proporcionaram ao longo destes seis anos. Agradeço àqueles que passaram por minha vida aos longos dos anos, que me ajudaram de forma direta e indiretamente, mostrando que a ajuda pode vir de lugares onde menos esperamos. Ao Professor

Doutor Luis Henrique Oliveira de Moraes agradeço a disponibilidade de ler, entender e auxiliar neste trabalho de forma coesa e carinhosa. E não menos importante, agradeço a uma grande amiga Mariane Medeiro Magalhães pelos ensinamentos que me ajudaram a solidificar quem sou hoje, já que “onça que não se vira, vira “tapeobrigado” por me ajudar a sempre ser onça.

Finalmente, expresso minha gratidão a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta jornada.

EPÍGRAFE

"O paradoxo curioso é que quando eu me aceito como sou, então eu mudo."

— Carl Rogers

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso é uma narrativa crítico-reflexiva, elaborado de acordo com as diretrizes do Projeto Político Pedagógico do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos e tem como objetivo expor a trajetória e as vivências deste aluno-autor durante o curso de graduação em Medicina. A narrativa está organizada de maneira a expor, pela visão e experiência do aluno, de forma autoetnográfica, os desafios de aprendizado de um aluno com diagnóstico tardio de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos. Dentro dos focos deste trabalho, a discussão sobre neurodivergência se faz necessária, visto o enorme desafio que temos, social e pedagogicamente, com essa parcela populacional denominada como neurodivergentes.

Palavras-chave: narrativa crítico-reflexiva; neurodivergente; autoetnográfica

ABSTRACT

This undergraduate thesis is a critical-reflective narrative, prepared in accordance with the guidelines of the Pedagogical Policy Project of the medical program at the Federal University of São Carlos. It aims to present the trajectory and experiences of this student-author during the undergraduate medical course. The narrative is structured as an autoethnography, exposing, from the student's perspective and experience, the learning challenges of a student with a late diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the medical program at the Federal University of São Carlos. Within the scope of this work, a discussion on neurodivergence is essential, given the significant social and pedagogical challenges we face with the population segment referred to as neurodivergent.

Keywords: critical-reflective narrative; neurodivergent; autoethnography

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	
a. neurodivergências e suas diferenças com os indivíduos neurotípicos.....	
b. o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (tdah): uma condição do neurodesenvolvimento na vida adulta.....	
c. o desafio da mente neurodivergente no ensino superior brasileiro.....	
d. o tdah e a formação em medicina.....	
2. OBJETIVOS.....	
a. objetivos gerais.....	
b. objetivos específicos.....	
3. METODOLOGIA.....	
a. definição de autoetnografia.....	
4. NARRATIVA AUTOETNOGRÁFICA.....	
a. desafios enfrentados.....	
i. início da graduação e desafios na aprendizagem.....	
b. permanência dos desafios.....	
c. forma avaliativa: uma vilã ou aliada da mente neurodivergente?.....	
d. o internato e a nova visão sobre si mesmo.....	
e. aprendendo a pilotar o cérebro: o internato pós-diagnóstico (6º ano).....	
5. DISCUSSÃO.....	
6. PROPOSTAS DE APOIO INSTITUCIONAL.....	
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
a. conclusões sobre o estudo, os desafios e as conquistas relatados.....	
b. reflexão pessoal sobre a formação e a futura prática médica.....	
8. REFERÊNCIAS.....	

1. INTRODUÇÃO

a. NEURODIVERGÊNCIAS E SUAS DIFERENÇAS COM OS INDIVÍDUOS NEUROTÍPICOS

Essa narrativa Crítico-reflexiva foi construída de maneira a expor a vivência e a opinião de um aluno de medicina da Universidade Federal de São Carlos sobre os desafios do aprendizado de um aluno neurodivergente no ensino médico desta universidade.

Para iniciarmos essa análise, devemos entender a origem dos conceitos Neurotípico e Neurodivergente. Nas últimas décadas um novo conceito tem ganhado força, não só entre a comunidade intelectual, mas entre toda a sociedade: A neurodiversidade. Nessa perspectiva, as diferentes variações do funcionamento cerebral fazem parte do que conhecemos como diversidade natural da raça humana, e não necessariamente a patologias que necessitam de cura, surgindo assim os termos de “neurotípico” e “neurodivergente”, com objetivo de diferenciar os diversos padrões de funcionamento cerebral (RODRIGUES; NUNES, 2025). Dessa forma, notamos que a ideia de neurodiversidade é abrangente e baseia-se no ideal de diferença do que consideramos pensamento/funcionamento neurotípico. Afinal, o que é um funcionamento neurotípico? O que, ou quem, define o que é ser neurotípico?

Esse questionamento vem sendo realizado desde os primórdios da filosofia antiga, já no período Socrático, ao tomar para si a inscrição délfica “conhece-te a ti mesmo”, Sócrates pode ter iniciado nossa presente discussão. Conforme narrado por Platão em sua Apologia, a busca pelo autoconhecimento era como uma missão divina, um ideal de que a sua abordagem questionadora para com os cidadãos de Atenas era o caminho para o encontro do ser típico dentro de cada um deles (PLATÃO, 2019, p.35). A filosofia continuou com intensidade o desenvolvimento da ideia de ser humano neurotípico, sendo, mais próximo da atualidade, René Descartes, que em sua obra “Meditações Metafísicas” (DESCARTES, 2002) 2002 distinguiu conceitualmente a substância pensante (*res cogitans*) e substância material (*res extensa*), moldando a concepção de corpo e mente como entidades separadas. O que pode ter contribuído de forma indireta para a busca por substratos biológicos para entendermos os conceitos e diferenças cognitivas entre os considerados neurodivergentes e neurotípicos (RODRIGUES; NUNES, 2025).

Ainda dentro dessa análise filosófica temos na obra “Crítica da Razão Pura” (KANT; 1781/2997), do pensador Immanuel Kant, a ideia de que o conhecimento não é apenas a resultante da recepção passiva de dados sensoriais, mas sim uma construção ativa da mente que impõe categorias e formas à experiência, sendo a mente mais próximo a um organizador do que a um recipiente de informações. Visto isso, quando pensamos sobre a normalidade ou em “neurotípico”, devemos entender que o funcionamento cognitivo não se dá, apenas, por dados absolutos, mas sim por uma intersecção entre as estruturas inatas da mente e a sua relação com o mundo percebido. Desse modo, as diferentes formas organizacionais e interpretativas dos diferentes indivíduos possuem variações dentro do próprio espectro cognitivo humano. (RODRIGUES; NUNES, 2025).

Em suma, muito se pensa sobre os conceitos que permeiam a identificação de um padrão de funcionamento neurocognitivo considerado como normal, mas pouco se compreende os variados modelos, formas e ações que somam a diversidade de funcionamentos que a mente humana pode desempenhar. Devemos, assim, considerar que os comportamentos e funcionamentos cognitivos são resultados de uma somatória de fatores neurocognitivos, estruturais, sociais e humanos que, em sua esmagadora maioria, são diferentes para cada indivíduo.

O termo neurodiversidade nasce, assim, em 1999 através da publicação de um texto intitulado como “Por que você não pode ser normal uma vez na vida? De um “problema sem nome” para a emergência de uma nova categoria de diferença” da socióloga Judy Singer, portadora da síndrome de Asperger. Vemos em seu texto, que a autora analisa as formas consideradas como típicas ou normais e percebe que não se encaixa dentro desses padrões impostos socialmente, questionando essa definição de normalidade.

Contudo, ao definir-se neurodiversidade, é proposto uma desconstrução das normas implícitas e à valorização da pluralidade. Dessa maneira, o termo impõe um questionamento válido em relação a homogeneidade que se acredita ser o funcionamento cognitivo e considerar que há múltiplas maneiras de legítimas de ser e de processar informações (RODRIGUES; NUNES, 2025), reconhecendo que a valorização das diversas formas de ser é fundamental para uma sociedade mais inclusiva e preparada para contemplar com todas as neurodivergências.

Dentro dessa perspectiva de neurodiversidade, pode-se entendê-la através da análise socrática, que discute em relação ao autoconhecimento, refletindo

profundamente no caminho do ser humano considerado neurodivergente. Afinal, todo o caminho para o diagnóstico e autoaceitação deve ser visto como uma aplicação prática da maiêutica, onde o sujeito por meio do questionamento do que é socialmente considerado normal, passa a possuir um novo entendimento de si mesmo. Assim, a experiência interna do neurodivergente faz com que ele necessite passear pelo mundo preparado para pessoas neurotípicas, onde seu comportamento e funcionamento divergem desse caminho. Contudo, o pensamento socrático "conhece-te a ti mesmo" faz se um exercício na realizada de uma necessidade para a sobrevivência e o bem-estar do neurodivergente (RODRIGUES; NUNES, 2025),

Retomando a autora Judy Singer em 1998, a neurodiversidade pode ser definida como um conjunto de indivíduos que possuem diferenças neurológicas, ou seja, de funcionamento psíquico, comportamental ou estrutural que não estão em consonância com os padrões sociais considerados como típicos. Eles são entendidos como indivíduos cujo funcionamento cerebral diverge de forma significativa das regras sociais impostas (Singer, 1998). Somado a isso, temos que o autor Walker, em 2013, afirma que a ampla gama de condições que a neurodivergência inclui deve ser reconhecida, valorizada e incluída na sociedade (Walker, 2013).

Com a definição de neurodiversidade, outra necessidade surge: Quem são as pessoas neurodivergentes? Elas são classificadas ou simplesmente reconhecidas? Com esse questionamento, acredita-se que surge no cerne do pensamento neurotípico apenas as pessoas com deficiências visíveis, como a Trissomia do cromossomo 21, a Síndrome de Down. Entretanto, segundo o DSM-V, a neurodivergência vai muito além de apenas uma síndrome dentro de seu espectro. Assim, a neurodivergência é um conceito que abrange condições como Transtorno do Espectro Autista-TEA, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Dislexia, Discalculia, Disgrafia, Transtorno do Processamento Sensorial, Síndrome de Tourette, Transtorno do Espectro de Ansiedade, Transtorno Obsessivo Compulsivo-TOC e entre muitos outros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

b. o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (tdah): uma condição do neurodesenvolvimento na vida adulta

Como recorte na temática, o foco de discussão será o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Segundo a AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, em seu Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM V, o TDAH pode ser definido como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Para o diagnóstico, é necessário que o paciente apresente um número específico de sintomas, e que eles tenham surgido antes dos 12 anos e que causem prejuízo em mais de um contexto de vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Assim, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade será o foco da discussão pela íntima relação com a experiência acadêmica relatada neste trabalho de conclusão de curso. O primeiro passo nesse recorte é entender efetivamente como é a fisiopatologia e o funcionamento social do TDAH.

A fisiopatologia do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é compreendida, atualmente, como multifatorial e complexa, com uma forte base neurológica que resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais. Entretanto, ainda não é possível afirmar que há conhecimento pleno em relação a sua etiologia completa, mas evidências científicas afirmam que há disfunções em circuitos neurais específicos, especialmente aqueles que regulam a atenção, o controle de impulsos e a função executiva (WOLRAICH, 2025).

O peso da genética humana é, se dúvidas, o fator de risco mais importante para o desenvolvimento do TDAH. Quando irmãos gêmeos foram estudados, houve a indicação de que a possibilidade de herdar o TDAH chegava a 74%, sendo um forte indício a favor da predisposição genética (WOLRAICH, 2025). Somado a isso, tem-se que as pesquisas genéticas atuais utilizam-se de sistemas de consideram os neurotransmissores, como o DAT1 (transportador de dopamina) e do DRD4 (receptor de dopamina) para justificar o fator genético do TDAH. Contudo, nota-se que o TDAH tem causa poligênica, sendo causado por múltiplos genes de pequeno efeito, que quando combinados, contribuem para a suscetibilidade ao transtorno (WOLRAICH, 2025).

Além disso, dentro da neurobiologia, a disfunção do sistema catecolaminérgico torna-se a hipótese mais aceita, assim a redução da biodisponibilidade dos neurotransmissores dopamina (DA) e norepinefrina (NE) nos circuitos frontoestriatais - que são substâncias cruciais para a modulação da

atividade do córtex pré-frontal, sendo ela uma área responsável pelas funções executoras, de planejamento, organização, controle inibitório e de memória de trabalho - leva ao déficit de atenção e ao baixo controle de impulsos característicos do TDAH (WOLRAICH, 2025).

Estudos de neuroimagem dão mais força à essa hipótese. A ressonância magnética (RM) tem sido utilizada para avaliação do volume cerebral total e de áreas específicas como cerebelo, córtex pré-frontal e gânglios da base (principalmente o núcleo caudado e o putâmen). Achados de imagem mostram que há uma pequena redução do volume cerebral total e dessas estruturas citadas anteriormente em pessoas com diagnóstico de TDAH. Já nos estudos com neuroimagem funcional, há achados de conectividades atípicas em redes neurais como na rede de modo padrão (default mode network), rede frontoparietais, sendo elas importantes para a regulação da atenção e o processamento de tarefas (WOLRAICH, 2025).

Somado aos fatores genéticos e anatômicos, tem se uma forte influência dos fatores ambientais no TDAH. Os fatores ambientais são analisados desde os primórdios do desenvolvimento individual como os fatores pré-natais e perinatais: exposição ao tabaco, álcool ou outras substâncias durante a gestação, baixo peso ao nascer e prematuridade. Já a exposição às neurotoxinas, como chumbo, na infância pode ser um fator de risco ambiental. Entretanto, não deve se considerar esses efeitos ambientais como uma causa única e direta para o aparecimento do transtorno, mas sim uma forma que quando unida a questões genéticas e neuroanatômicas, aumentam a possibilidade de manifestação do TDAH (WOLRAICH, 2025).

As neurociências têm mostrado que os Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) estão associados a uma alteração do sistema Dopaminérgico e Serotonérgico. Existem na população genes diferentes que controlam a quantidade de produção/recaptação da dopamina e da serotonina. Quando alguns desses genes são transmitidos para um indivíduo, mudam a dinâmica dos sistemas de dopamina e serotonina e acarretam a TDAH. O conhecimento dessa dinâmica ajuda o professor a entender o aluno TDAH o que permite a ele planejar um trabalho efetivo para promover o desenvolvimento escolar dessa criança. Por outro lado, o desconhecimento desses fatos em geral leva à criação de preconceitos com a

criança TDAH (a criança sem limite; mentirosa etc.), que acabam facilitando a evasão escolar. (ROTTA, 2005, p. 11).

Desse modo, conclui-se que a fisiopatologia do TDAH é uma somatória de fatores que unem a predisposição genética, que afetam principalmente os sistemas de dopamina e norepinefrina, fatores ambientais e alterações neuroanatômicas, resultando em alterações no desenvolvimento e funcionamento de circuitos cerebrais críticos para as funções executivas.

c. o desafio da mente neurodivergente no ensino superior brasileiro

O ingresso no ensino superior para um indivíduo neurodivergente é repleta de desafios, e não se encerra após a confirmação da matrícula no curso, muito pelo contrário, a sua permanência no curso e conclusão tendem a ser ainda mais desafiadoras.

Pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), Dislexia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) têm, cada vez mais, feito parte da composição das turmas de graduação pelo Brasil. Sendo este crescimento um reflexo da implantação de políticas públicas que visam a garantia do acesso e permanência do estudante no ensino superior brasileiro. Não basta apenas garantir o acesso, tem se quer garantir, também, a permanência deste estudante dentro da universidade, a fim de que ele consiga concluir sua graduação. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), por exemplo, assegura um sistema educacional inclusivo em todos os níveis, o que impulsionou as universidades a se adaptarem (BRASIL, 2015).

Segundo o Censo da Educação Superior, que é realizado anualmente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), o número de matrículas de estudantes considerados aptos para a educação especial tem aumentado de número, apresentando um crescimento expressivo e contínuo ao longo da última década (INEP, 2023). Este cenário é analisado por pesquisadores da área, que apontam que os desafios se concentram na criação de estratégias pedagógicas e apoios institucionais que garantam a permanência e a conclusão da graduação por esses alunos. Promovendo, assim, uma inclusão de fato, e não apenas de direito (COSTA et al., 2024).

Num momento em que o direito ganha novos espaços e abre novas áreas por meio das grandes transformações pelas quais passa o mundo contemporâneo, é importante ter o conhecimento de realidades que, no passado, significaram e no presente ainda significam passos relevantes no sentido da garantia de um futuro melhor para todos. O direito à educação escolar é um desses espaços que não perderá sua atualidade (CURY, 2002, p. 07).

De acordo com Costa et al. (2024), um dos principais obstáculos enfrentados por estudantes neurodivergentes é a falta de compreensão sobre a neurodiversidade, o que tem sido realizado, de certa forma, após a implementação da Lei da Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Entretanto, tem se um longo caminho a seguir para que as lacunas no entendimento e acolhimento das pessoas neurodivergentes não resultem em experiências acadêmicas negativas, como estresse, desregulação emocional, ansiedade e depressão. Em casos mais graves, a ausência de um suporte adequado pode levar ao abandono do curso, interrompendo o desenvolvimento acadêmico e profissional desses indivíduos.

Este período de transição para a vida acadêmica, vivido pela pessoa neurodivergente, representa um ponto crítico para estudantes com TDAH, sendo ele compreendido não apenas como um transtorno de atenção, mas fundamentalmente como um déficit no desenvolvimento das funções executivas, que são as habilidades de autorregulação necessárias para a autonomia, organização e planejamento (BARKLEY, 2015). A universidade, ao exigir um alto grau de autogestão e diminuir as estruturas de apoio externo antes fornecidas pela família e escola, cria um ambiente de alto desafio para esses indivíduos, tornando-os mais vulneráveis a dificuldades de adaptação (PARKER; HOFFMAN, 2017).

Os desafios acadêmicos enfrentados são, portanto, manifestações diretas desse déficit nas funções executivas. Dificuldades como a procrastinação crônica, a gestão ineficaz do tempo e a dificuldade em iniciar e completar tarefas são sintomas centrais da desregulação inerente ao TDAH (BARKLEY, 2015). Estudos realizados no contexto brasileiro confirmam que essas dificuldades se traduzem em consequências práticas, como desempenho acadêmico irregular, notas mais baixas e taxas de evasão e reprovação significativamente mais altas quando comparados a estudantes neurotípicos (ANDRADE; SALLES, 2020). A sobrecarga cognitiva diante de aulas longas e grande volume de leitura também é um ponto crítico, pois exige

um esforço de atenção sustentada que é particularmente custoso para esses estudantes (PARKER; HOFFMAN, 2017).

A legislação brasileira, como a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.145/2015), garante o acesso e o apoio a esses estudantes. No entanto, apenas a existência desta Lei não é suficiente. É crucial que as instituições de ensino superior se empenhem em criar um ambiente que não apenas reconheça, mas que também apoie ativamente os alunos neurodivergentes. Isso inclui a implementação de práticas pedagógicas inclusivas, a capacitação de professores e funcionários e a criação de uma cultura de respeito e valorização das diferenças.

Em síntese, o estudo de Costa et al. (2024) reforça a necessidade de uma reflexão contínua e da melhoria das práticas educacionais para assegurar um ambiente que promova tanto o aprendizado quanto o bem-estar dos estudantes neurodivergentes. A construção de um ensino superior verdadeiramente inclusivo é um desafio que precisa ser enfrentado por toda a comunidade acadêmica.

É comum que o diagnóstico de TDAH ocorra tardiamente, justamente neste contexto universitário, quando as estratégias compensatórias desenvolvidas ao longo da vida se mostram insuficientes para lidar com o novo nível de exigência.

d. o TDAH e a formação em medicina

Sabe-se que a graduação em Medicina é sinônimo de um ambiente particularmente desafiador para estudantes com TDAH, sendo fortemente corroborada por uma junção de fatores como a estrutura curricular, a quantidade de informações, o ritmo acelerado, a pressão por desempenho e os 6 anos com a rotina intensa e exaustiva colidem diretamente com as vulnerabilidades centrais do TDAH, que são os déficits nas funções executivas (BARKLEY, 2015). Autores como Tuttle et al. (2020) descrevem a educação médica como um ambiente que exige altos níveis de organização, planejamento e atenção, criando uma rede de necessidades que podem sobrecarregar e desregular estudantes cujas funções executivas são atípicas.

Estudos qualitativos internacionais confirmam que graduandos de medicina portadores de TDAH sentem se em constante desvantagem. A percepção de serem "mais lentos" ou menos capazes que os pares neurotípicos é uma queixa comum, que frequentemente leva ao mascaramento dos sintomas (tentativa de esconder as

dificuldades) e ao isolamento, por medo do estigma (O'CALLAGHAN, 2021). Esse estigma é real no meio médico, onde sintomas como desatenção ou procrastinação podem ser erroneamente interpretados por docentes e colegas como falta de disciplina, falta de comprometimento ou falta de vocação médica, gerando um sofrimento mental acentuado e um risco aumentado para ansiedade e depressão (TUTTLE et al., 2020).

Em relação ao Brasil, somos carentes em pesquisas específicas que tratam sobre essa temática. Entretanto, o trabalho realizado por Oliveira e Gagliotti (2021) nos mostram que há uma alta prevalência de TDAH em estudantes de medicina e que esse fato culmina no uso de psicoestimulantes em maior número por esse grupo. Assim, a compreensão de suas narrativas e estratégias de enfrentamento é, portanto, um campo de pesquisa fundamental e pouco explorado no país, crucial para a construção de políticas institucionais de apoio e de uma formação médica mais inclusiva.

Finalmente, a transição para a universidade torna-se um ponto crítico reconhecido, visto que a súbita exigência de autonomia, somada à diminuição das estruturas de apoio familiar e escolar, cria um vácuo no qual as dificuldades de autogestão se tornam mais evidentes e problemáticas (BARKLEY, 2015; PARKER; HOFFMAN, 2017). Fato que contribui para o adoecimento mental destes estudantes.

2. OBJETIVOS

a. objetivos gerais

O problema de pesquisa que norteia este estudo é: Como a trajetória de um estudante de medicina com diagnóstico tardio de TDAH na UFSCar revela os desafios estruturais, pedagógicos e psicossociais do ensino médico para mentes neurodivergentes?

O objetivo geral é relatar e analisar, sob uma perspectiva autoetnográfica, a experiência de um estudante de medicina com diagnóstico tardio de TDAH na Universidade Federal de São Carlos.

b. objetivos específicos

- Descrever a jornada acadêmica e os desafios enfrentados nos âmbitos teórico, prático e psicossocial antes e depois do diagnóstico de TDAH;

- Correlacionar as dificuldades e as estratégias de aprendizagem pessoais com a literatura científica sobre TDAH no ensino superior e na educação médica;
- Analisar criticamente as estruturas de apoio institucional e as práticas pedagógicas da UFSCar sob a ótica da neurodiversidade;
- Propor reflexões e recomendações para a promoção de um ambiente de educação médica mais inclusivo e sensível às diferentes formas de aprender.

3. METODOLOGIA

a. definição de autoetnografia

Para a análise e apresentação do trabalho de conclusão de curso, adota-se a autoetnografia como referencial teórico-metodológico. A autoetnografia é um método de pesquisa e escrita que conecta o pessoal (auto) ao cultural (etno) através da narrativa reflexiva (grafia). Diferentemente de uma autobiografia, que foca primariamente na história de vida do indivíduo, a autoetnografia utiliza a experiência pessoal como uma lente para analisar e criticar crenças, práticas e estruturas culturais mais amplas. Neste trabalho, a experiência do estudante não é meramente descrita, mas é sistematicamente analisada para desvelar as normas, os valores e o "currículo oculto" da cultura da educação médica na UFSCar.

4. NARRATIVA AUTOETNOGRÁFICA

a. desafios enfrentados

i. início da graduação e desafios na aprendizagem

A trajetória no curso de medicina iniciou-se em 2020, após 5 anos de preparação em cursos pré-vestibulares. Como um estudante de 23 anos, do sexo masculino, que ingressou na UFSCar para o curso considerado mais concorrido do país, a sensação era de muito alívio e esperança pelo curso que estava se iniciando. Já nas primeiras semanas de curso foi notória a dificuldade com a metodologia do curso, que na UFSCar é implementado como Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). A título de esclarecimento, o ensino no formato ABP, foi implantado na UFSCar em 2006, sendo estruturado com base em um Projeto Político Pedagógico (PPP) inovador e centrado no estudante. A metodologia

se afasta do modelo tradicional de ensino e se baseia em três pilares principais: a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), em inglês Problem-Based Learning (PBL); um currículo orientado à comunidade; e um currículo em espiral construtivista (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2014).

Assim, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é a espinha dorsal do currículo. Em vez de aulas expositivas tradicionais, o aprendizado é desencadeado por meio da discussão de problemas clínicos ou de saúde em pequenos grupos de alunos, os chamados grupos tutoriais. Nesses encontros, com a mediação de um professor-facilitador, os estudantes analisam o problema, formulam hipóteses e, crucialmente, definem seus próprios objetivos de aprendizado. A partir daí, buscam o conhecimento de forma autônoma para, em um encontro posterior, discutir as soluções para o problema com base nos estudos realizados (LAMPERT et al., 2009). O objetivo é formar um profissional com capacidade de aprender a aprender, com raciocínio crítico e responsabilidade por sua própria formação.

Paralelamente, o currículo orientado à comunidade insere os estudantes no Sistema Único de Saúde (SUS) desde o primeiro ano do curso. Através do "Eixo de Habilidades e Atitudes", os alunos são integrados a Unidades de Saúde da Família (USF), onde desenvolvem competências de comunicação, ética e prática clínica em cenários reais, sempre sob supervisão. Essa imersão precoce visa formar um médico com forte compromisso social e uma compreensão aprofundada da realidade da saúde no Brasil (TURINI et al., 2017).

Finalmente, o currículo em espiral garante que os temas de saúde mais relevantes sejam revisitados ao longo dos seis anos, em níveis crescentes de complexidade, permitindo a integração constante entre os conhecimentos das ciências básicas, clínicas e da saúde coletiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2014).

Com o esclarecimento acima, a dificuldade em aprendizado, organização e gestão da graduação camuflou-se por dois aspectos: o próprio PPP, que com base na espiral construtivista permitia o cultivo da esperança de rever esse assunto e consolidá-lo na posteriori e a pandemia da COVID-19, acontecida em 2020. Em meio a pandemia, toda essa análise da aprendizagem foi substituída pela decepção em enfrentar um Lockdown bem no início da caminhada acadêmica. Os meses foram passando e, após 9 meses, retornamos, de forma online para iniciar a

graduação. Logo de início, foi extremamente difícil aprender a aprender, visto que as palavras escritas nos livros utilizados para estudos, por vezes perdiam significado na mente ou simplesmente não eram portadoras de sentido para aquele que as lia. Foram meses de adaptação e percepção de que os alunos do meu pequeno grupo tinham um potencial de aprendizagem que não era compartilhado por esse autor. Deu-se início as comparações e os primeiros sentimentos ansiosos.

Portanto, nos dois primeiros anos de graduação, o principal desafio residia na estrutura pedagógica diferente do habitual, tornando o ato de aprender a aprender um desafio ainda maior. Como as discussões eram realizadas dentro dos conhecimentos tido como básicos, entendia-se que a falta de participação nas discussões não era fruto de dificuldade de aprendizagem, mas sim de falta de estudos. Aqui tem-se o primeiro problema na graduação em medicina da UFSCar, coloca-se todos os estudantes no mesmo patamar, ignora-se as diferenças neurais que parte dos estudantes podem possuir. Nesses primeiros dois anos, em momento algum foi questionado o meu aprendizado, mas sim a quantidade de horas que eu passava estudando. Como esse questionamento foi realizado por mais de um professor-facilitador, busquei entender com os colegas de turma a quantidade de tempo e forma com que o estudo deles eram realizados. Neste momento, notei que a quantidade de horas que eu passava estudando era, por vezes, até maior do que as de meus colegas e utilizamos das mesmas fontes. Foi nesse momento meu primeiro questionamento em relação ao meu aprendizado, visto que a vida escolar aconteceu sem grandes problemas, entretanto, sempre foi realizada com muito esforço.

Ao ser exposto semanalmente a novos casos clínicos, nota-se a que dificuldade em sustentar a atenção resultava em lacunas no aprendizado e na necessidade de reestudar o conteúdo de forma autônoma, um processo ineficiente e exaustivo. Ao realizar as leituras dos conteúdos era como se a minha mente entendesse momentaneamente o que estava sendo lido, mas não era absorvido e solidificado, de forma com que eu sentisse que dominava aquele conteúdo.

Em avaliações, erros por descuido eram frequentes, não por falta de conhecimento, mas por uma falha em atentar aos detalhes, o que gerava frustração e impactava negativamente as notas. A organização de um cronograma de estudos para abranger o vasto currículo parecia uma tarefa hercúlea, resultando em ciclos de procrastinação seguidos por períodos de hiperfoco intenso e desgastante às

vésperas das provas.

Com a transição para o ciclo clínico, os desafios se transformaram. A agilidade do ambiente ambulatorial e hospitalar exigia uma capacidade de alternar o foco rapidamente entre diferentes tarefas — realizar uma anamnese, executar um exame físico, discutir o caso, estudar a patologia — que se mostrava particularmente difícil. O planejamento de longo prazo para a entrega de trabalhos e a preparação de seminários era constantemente sabotado pela procrastinação, levando a uma qualidade de entrega aquém do potencial. O impacto psicossocial dessa luta silenciosa foi profundo, manifestando-se em ansiedade crônica, uma autocrítica severa e uma persistente síndrome do impostor. A exaustão mental decorrente do esforço para "mascarar" as dificuldades e parecer "normal" levava ao isolamento social e à evitação de atividades em grupo.

b. permanência dos desafios

Com a finalização dos dois primeiros anos de graduação, a adaptação em relação a metodologia estava mais solidificada, já era mais notório que o processo de aprender a aprender havia sido mais bem implementado por mim, para o funcionamento neurodivergente da minha mente, ainda sem diagnóstico.

Contudo, com o passar desses anos, houve o aumento da complexidade dos estudos e surgiu um novo desafio: como conseguir de adaptar novamente? Como adaptar o processo de aprendizagem dentro do funcionamento da minha mente neurodivergente?

Mesmo sem o diagnóstico, havia uma preocupação da minha parte para que o aprendizado fosse realizado de forma eficiente. Do terceiro ao quarto ano, percebi que a espiral construtivista citada pelo Plano Político Pedagógico do curso era uma ferramenta essencial para solidificação do processo de aprender a aprender, revisitar o assunto começou a me mostrar que aprender por repetição também era uma forma justa de aprendizado. Esses anos de graduação começaram a me mostrar a real necessidade de conhecer o seu próprio processo de aprendizado e como isso reflete diretamente no conhecimento necessário para o desenvolvimento da expertise médica.

Aliado a esse fator, outro aspecto do curso de medicina da UFSCar que foi fundamental é a proximidade com os professores-facilitadores, que ao estarem mais próximos, conseguem perceber que não era falta de estudos, mas sim, dificuldade

em absorver o conteúdo. É importante destacar que o departamento do curso de medicina possui mais de 80 docentes, e esse comportamento de percepção individual do aluno permanece restrito a menos de 10% do corpo docente.

A falta de empatia e preparo dos docentes do curso tornou-se ainda mais evidente no quarto ano da graduação, onde os questionamentos sobre os assuntos estavam mais aflorados. Nesse momento, nota-se mais uma dificuldade em relação ao processo de aprender a aprender, no curso de medicina, ao ser questionado as informações não estão evidentes como em uma mente neurotípica, é necessário um gatilho para que aquele assunto já estudado esteja presente em minha mente para que eu possa responder ao questionamento. Nesse ano de graduação foi muito comum escutar que era necessário mais tempo de estudo, e que se não fosse possível, talvez a conclusão do curso poderia não ser uma realidade. Esse discurso marcou meu processo de aprendizado, visto que além de não somar ou ajudar, ele era tipicamente um discurso-gatilho para uma crise de ansiedade ou simplesmente pensamentos intrusivos que continuam pairando pela mente de forma insistente.

c. forma avaliativa: uma vilã ou aliada da mente neurodivergente?

O sistema de avaliação do curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) é desenhado para ser congruente com sua proposta pedagógica inovadora, centrada na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Conforme o Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso, a avaliação é concebida como um processo contínuo e formativo, cujo principal objetivo é fornecer feedback constante ao estudante sobre seu desenvolvimento de competências, e não apenas classificá-lo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2014). Esse pilar avaliativo é fundamental para a construção do aprender a aprender de quem possui uma mente neurodivergente, visto que a forma avaliativa não é baseada apenas em uma prova cognitiva, que irá cobrar o assunto de forma integral e não permitindo erros. Entender que esse pilar era fundamental para eu mostrar que o esforço era constante e diário, me tranquilizou de certa forma e me deixou mais confiante para seguir a graduação com mais tranquilidade.

Dessa forma, a avaliação é estruturada em múltiplos instrumentos que buscam abranger as três esferas do aprendizado: a cognitiva (saber), a de habilidades (saber fazer) e a atitudinal (saber ser). Para isso, o sistema se divide em eixos principais:

- Avaliação nos Grupos Tutoriais: De caráter predominantemente formativo, ocorre ao final de cada problema discutido na ABP. Os estudantes são avaliados tanto individualmente quanto em grupo, considerando critérios como a participação, o raciocínio clínico, a capacidade de formular objetivos de aprendizado, a busca por conhecimento e a colaboração com os pares. Esta avaliação contínua permite que o aluno e o tutor identifiquem precocemente as dificuldades no processo de "aprender a aprender".

Em relação a esse primeiro instrumento de avaliação, o direcionamento do facilitador torna-se fundamental para a evolução pedagógica desse aluno, afinal, juntos podemos pensar em soluções para melhorar as nossas competências e atingir os nossos objetivos, assim, somos de fato incluídos no processo de aprender a aprender.

- Avaliação de Habilidades e Atitudes: Realizada nos cenários de prática, como as Unidades de Saúde da Família (USF) e ambulatorios. São utilizados instrumentos específicos, como o Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise) e checklists de observação, para avaliar competências de comunicação, exame físico e profissionalismo. Ao final de ciclos maiores, os estudantes passam por uma avaliação somativa prática, o OSCE (Objective Structured Clinical Examination), um exame com estações que simulam cenários clínicos para avaliar o desempenho em um ambiente controlado (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2014).

Neste instrumento de avaliação, eu, enquanto aluno, conseguia mostrar as habilidades que foram conquistadas, sem a necessidade de passar por uma prova avaliativa que possivelmente teria meu desempenho prejudicado, visto a forma neural que minha mente funciona. O que junto a avaliação diária, me tranquilizou.

- Avaliação Cognitiva: A aferição do conhecimento teórico acumulado ocorre por meio de provas integradas que refletem a natureza do currículo em espiral. Além das provas ao final dos módulos, o curso utiliza o Teste de Progresso, uma avaliação anual aplicada a todos os estudantes do primeiro ao sexto ano, permitindo que o aluno acompanhe sua evolução cognitiva ao longo do tempo e se compare com uma referência nacional (TURINI et al., 2017).

Aqui é o meu ponto de fragilidade e meu maior desafio durante os 4 primeiros anos de curso. Para um estudante com Transtorno de Déficit de Atenção e

Hiperatividade (TDAH), como eu, a avaliação cognitiva tradicional, como provas escritas de longa duração, representa um desafio que vai muito além da simples mensuração do conhecimento adquirido. Frequentemente, esses instrumentos avaliativos acabam medindo as próprias manifestações do transtorno, e não a real compreensão do aluno sobre o conteúdo. Os desafios são multifacetados e se originam nos déficits nucleares das funções executivas.

Somado a isso, a minha capacidade de manter o foco por longos períodos (atenção sustentada) é um dos meus maiores obstáculos. Em uma prova de três ou quatro horas, a fadiga mental sempre se instala mais rapidamente, levando a uma queda de rendimento, especialmente na segunda metade do exame. Isso resulta em erros por descuido, como ler uma pergunta pela metade, inverter sinais ou esquecer de alguns itens necessários na resposta dissertativa. Adicionalmente, a memória de trabalho, responsável por manter e manipular informações temporariamente, é frequentemente prejudicada. Em questões complexas que exigem múltiplas etapas de raciocínio, o estudante pode "se perder" no meio do caminho, esquecendo o que já havia calculado ou a linha de pensamento que estava seguindo. Um exemplo prático, executava as perguntas a lápis para reescrever a caneta posteriormente para ter certeza de que havia escrito tudo que era necessário para a resposta, entretanto, sempre me prejudiquei com o tempo, e nunca houve tempo adicional, afinal eu não tinha diagnóstico e essa conversa nunca havia acontecido.

Ainda nessa problemática do tempo de prova, vemos que o TDAH está associado a uma percepção atípica da passagem do tempo, por vezes chamada de "cegueira temporal" (time blindness) (BARKLEY, 2015). Isso leva a uma gestão ineficaz do tempo durante a prova. O estudante pode gastar tempo excessivo em questões de baixo valor (um tipo de hiperfoco), deixando pouco tempo para as mais importantes, ou, ao contrário, pode agir com impulsividade, respondendo rápido demais para se livrar da ansiedade, sem revisar ou ponderar adequadamente as alternativas (BARKLEY, 2015).

Dessa forma, o modelo avaliativo da UFSCar busca garantir que o futuro médico seja competente em todas as dimensões necessárias à prática profissional, valorizando tanto o conhecimento adquirido quanto a forma como ele é aplicado e a postura ética adotada, basta apenas incluir as pessoas neurodivergentes e entender quais são as suas necessidades.

d. o internato e a nova visão sobre si mesmo

Com o início do ciclo mais esperado da graduação, houve uma mistura de sentimentos. Ao mesmo tempo em que as expectativas são criadas, a ansiedade fez-se presente. Logo em seu início, nosso primeiro estágio foi a cirurgia, que passamos e foi relativamente tranquilo. Entretanto, na clínica médica a situação mudou, o gatilho para a busca de ajuda profissional surgiu neste estágio do quinto ano, um período de intensa pressão acadêmica e responsabilidade clínica crescente. O acúmulo de feedbacks de preceptores que apontavam uma discrepância entre o conhecimento teórico demonstrado e a performance prática, somado a um estado de esgotamento próximo ao burnout, tornou insustentável a crença de que as dificuldades eram apenas "falhas de caráter" ou "falta de disciplina".

A percepção de que havia algo fundamentalmente diferente entre mim e meus colegas de grupo não foi uma constatação que se solidificou a cada dia de estágio. No ambiente do internato, onde a construção do conhecimento também é colaborativa, ficava evidente que meus processos mentais não seguiam a mesma lógica dos demais. Enquanto eles pareciam construir uma linha de raciocínio linear e organizada para destrinchar o problema e definir os o raciocínio clínico, minha mente operava em um estado de "hiperlinks", saltando entre dezenas de possibilidades, informações correlatas e dúvidas que, para o grupo, pareciam tangenciais. Era como se todos tivessem recebido um manual de instruções sobre como aprender naquele sistema, e eu o tivesse perdido.

Essa sensação de descompasso inevitavelmente me arrastou para um ciclo de comparação constante e corrosivo. Eu observava a aparente facilidade com que meus colegas organizavam seus estudos entre as discussões, a segurança com que apresentavam seus achados no fechamento do raciocínio clínico e a clareza de suas ideias. A cada comparação, a mesma pergunta ecoava internamente: "Por que eu não consigo fazer isso?". O que, no início, era uma dúvida sobre meu método de aprendizado, rapidamente se transformou em um questionamento sobre minha própria capacidade e meu merecimento de estar ali. Essa régua externa, que eu mesmo usava para me medir, tornou-se uma fonte de ansiedade paralisante e de um sentimento avassalador de inadequação.

O resultado foi um paradoxo cruel: a comparação, que nascia da minha dificuldade de aprendizado, tornou-se o principal catalisador para que ela piorasse. O que começou como um desafio neurocognitivo genuíno foi agravado por uma

densa camada de sofrimento psíquico. A ansiedade de desempenho consumia os recursos mentais que eu desesperadamente precisava para aprender, como a memória de trabalho e a atenção sustentada. O medo de parecer "lento" ou "desinteressado" no grupo me fazia hesitar em fazer perguntas, e o ciclo se fechava: a dificuldade gerava a comparação, a comparação gerava a ansiedade, e a ansiedade sabotava qualquer tentativa real de aprendizado.

O diagnóstico e o início do tratamento farmacológico foram, sem dúvida, um divisor de águas. Por meio de uma anamnese detalhada, que reconstruiu a história de vida desde a infância, e da aplicação de escalas de rastreio como a Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), os padrões de desatenção e impulsividade, antes vistos como traços de personalidade, foram recontextualizados como sintomas de uma condição do neurodesenvolvimento. Assim, o medicamento foi como colocar óculos pela primeira vez após anos enxergando o mundo de forma embaçada: de repente, o caos mental diminuiu, o "rádio" interno com várias estações tocando ao mesmo tempo foi silenciado e a capacidade de focar em uma única tarefa tornou-se, pela primeira vez, uma possibilidade real. Acreditei, naquele momento de euforia inicial, que havia encontrado a solução definitiva para todos os meus problemas. Contudo, a clareza recém-adquirida me permitiu enxergar uma verdade desconfortável: o remédio me dava a ferramenta, mas não me ensinava a usá-la. Eu tinha o carro com o tanque cheio, mas não sabia dirigir.

A percepção da necessidade de ajuda psicológica veio quando notei que, mesmo medicado, os velhos hábitos e as feridas emocionais persistiam. A procrastinação não era apenas uma falha de atenção, mas um comportamento complexo, enraizado em anos de ansiedade de desempenho, perfeccionismo e medo da frustração. A minha autocrítica era implacável, e a imagem que eu tinha de mim mesmo — "preguiçoso", "incapaz", "indisciplinado" — não desapareceu com a medicação. Foi nesse momento que entendi que precisava de terapia, especificamente a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), não para "curar" o TDAH, mas para desconstruir as estratégias de sobrevivência disfuncionais que criei ao longo de toda uma vida e substituí-las por sistemas organizacionais e comportamentais que funcionassem para o meu cérebro. A terapia se tornou o "manual de instruções" que me faltava.

Paralelamente, a busca por estabilidade me levou a explorar a conexão entre mente e corpo. Como estudante de medicina, eu conhecia a teoria, mas foi a

experiência prática que solidificou a importância dos exercícios físicos e da alimentação. A atividade física, especialmente os exercícios aeróbicos, tornou-se uma forma de medicação não farmacológica. Percebi que, nos dias em que me exercitava, minha capacidade de atenção era mais robusta, minha inquietação diminuía e minha resiliência emocional para lidar com o estresse do curso aumentava. O exercício funcionava como um regulador natural de dopamina e norepinefrina, afinando o motor cerebral.

Da mesma forma, a alimentação passou de um ato automático para uma ferramenta estratégica. Notei que dietas ricas em açúcares simples e carboidratos refinados geravam picos e vales de energia que desestabilizavam meu humor e minha cognição, exacerbando os sintomas. Adotar uma alimentação mais equilibrada, com proteínas e carboidratos complexos para garantir uma liberação de glicose mais estável, provou ser fundamental para manter um nível de energia e foco mais constante ao longo do dia. Entendi que o cérebro com TDAH é particularmente sensível a flutuações internas, e fornecer o combustível correto era uma parte essencial da autogestão.

Assim, a percepção se consolidou: o tratamento eficaz para o TDAH não era uma única solução mágica, mas uma abordagem multimodal, uma "caixa de ferramentas" onde o medicamento era a peça-chave que permitia que as outras funcionassem. A terapia reconfigurava o "software" comportamental e emocional; o exercício regulava a "energia" do sistema; e a alimentação fornecia o "combustível" de qualidade. A aceitação dessa complexidade foi o verdadeiro ponto de virada, marcando a transição de uma busca passiva por uma cura para um compromisso ativo e diário com o meu bem-estar.

e. aprendendo a pilotar o cérebro: o internato pós-diagnóstico (6º ano)

O início do sexto ano, o Internato, representa o clímax da formação médica. É o momento em que a teoria acumulada ao longo de cinco anos é posta à prova em cenários reais, sob a pressão de responsabilidades crescentes e jornadas exaustivas nos grandes eixos da medicina. Para mim, no entanto, o sexto ano começou com um desafio duplo: além de navegar pelas complexidades da Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Saúde Coletiva, eu precisava aprender a navegar por mim mesmo. Recém-diagnosticado com TDAH e

munido de uma receita de psicoestimulante, eu não estava apenas começando o último ano da faculdade; estava, pela primeira vez, aprendendo a pilotar o meu próprio cérebro.

A fase inicial do tratamento farmacológico foi revolucionária. A metáfora que melhor descreve a sensação é a de colocar óculos de grau após uma vida inteira de miopia severa. O "ruído" mental crônico, aquela estática de pensamentos paralelos e distrações que me acompanhara desde sempre, diminuiu a ponto de se tornar um sussurro. Pela primeira vez, eu conseguia ler uma página de um tratado de medicina sem precisar recomeçar três vezes ou me perder em divagações. Nas discussões de caso, minha mente conseguia reter os detalhes do paciente, formular hipóteses e acompanhar o raciocínio dos preceptores sem se desviar. Foi um período de euforia e alívio profundos, uma "lua de mel" cognitiva onde tarefas antes hercúleas se tornaram, finalmente, possíveis.

Contudo, essa lua de mel revelou uma verdade fundamental: a medicação me deu a chave da ignição e encheu o tanque, mas eu ainda não sabia como conduzir o veículo. Os anos de estratégias de sobrevivência disfuncionais — a procrastinação como mecanismo de defesa contra a ansiedade, o pânico do "tudo ou nada" antes das provas, a desorganização crônica — estavam profundamente arraigados. O remédio me dava o potencial para focar, mas não me ensinava a planejar, a priorizar tarefas ou a gerenciar meu tempo. No ritmo frenético do internato, onde era preciso conciliar o cuidado de múltiplos pacientes, a preparação para as visitas, o estudo para os casos e os plantões, essa lacuna entre o potencial e a habilidade ficou perigosamente exposta.

Foi então que o trabalho de "pilotar" realmente começou. O internato se tornou meu laboratório de autoexperimentação. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tornou-se a minha "aula de pilotagem", onde eu aprendia a identificar os gatilhos da procrastinação e a substituir a autocrítica destrutiva por uma abordagem mais pragmática e gentil. Comecei a externalizar minhas funções executivas de forma sistemática: aplicativos de calendário para gerenciar os horários das rotações e estudos; checklists para os passos da anamnese e do exame físico, garantindo que a desatenção não me fizesse pular etapas cruciais; e o método de dividir grandes temas de estudo em blocos menores e gerenciáveis, com pausas programadas para evitar a sobrecarga cognitiva.

Cada rodízio era um novo terreno de testes. Na Clínica Médica, aprendi a

organizar as informações de múltiplos pacientes em mapas mentais para não me perder durante a visita. Na Cirurgia, a disciplina do centro cirúrgico me forçou a criar sistemas para preparar os materiais e revisar os procedimentos com antecedência. Na Pediatria, a comunicação rápida e a necessidade de acalmar os pais exigiram que eu desenvolvesse roteiros mentais para as orientações. Eu estava, ativamente, construindo o painel de controle do meu cérebro, instalando os instrumentos que me permitiriam navegar com mais segurança.

Esse processo foi sustentado por uma base de bem-estar que eu antes negligenciava. A atividade física deixou de ser uma opção e se tornou uma necessidade, um regulador bioquímico essencial para a minha estabilidade. A atenção à alimentação se provou fundamental para evitar as oscilações de energia que antes sabotavam minha concentração. Entendi que pilotar um cérebro com TDAH exigia manutenção constante e o combustível correto.

Ao final do sexto ano, a transformação era nítida. O sentimento de ser um passageiro à mercê de uma mente caótica e imprevisível deu lugar à identidade de um piloto que, embora ainda aprendendo, conhecia profundamente sua máquina. Eu compreendia suas peculiaridades, seus pontos fortes — como o hiperfoco em temas de interesse e a criatividade para resolver problemas — e suas vulnerabilidades. O internato pós-diagnóstico não foi apenas o fim da minha formação como médico; foi o verdadeiro começo da minha formação como indivíduo, um que aprendeu que a chave não era "consertar" o cérebro, mas sim aprender a pilotá-lo com maestria.

Abaixo, na Tabela 1 temos um comparativo essencial entre os desafios e estratégias da aprendizagem antes e depois do diagnóstico e tratamento para o TDAH.

Domínio	Desafios Pré-Diagnóstico	Estratégias de Sobrevivência (Intuitivas)	Desafios Pós-Diagnóstico	Estratégias de Manejo (Intencionais)
Estudo Teórico	Dificuldade de foco em aulas/livros; Procrastinação;	Estudo em "sprints" pânico; noites;	Sobrecarga de informação; Fadiga decisória sobre o que	Técnica Pomodoro; Mapas mentais; estudo Flashcards; estudo ativo e em grupo.

Domínio	Desafios Pré-Diagnóstico	Estratégias de Sobrevivência (Intuitivas)	Desafios Pós-Diagnóstico	Estratégias de Manejo (Intencionais)
	Memorização falha.	de última hora.	estudar.	
Organização	Perda de prazos; Dificuldade em planejar a longo prazo; ambiente de estudo caótico.	Sistemas complexos insustentáveis; Dependência de alarmes.	Dificuldade em manter consistência com novos sistemas.	Agenda digital integrada; Método GTD ("Getting Things Done"); Checklists diários.
Atividade Prática	Dificuldade em seguir múltiplos passos; Impulsividade em procedimentos.	Observação excessiva de colegas; Ansiedade de desempenho.	Gerenciamento de múltiplos pacientes; Risco de esquecimento em passagens de plantão.	Uso de apps de anotações; Protocolos em checklists; Pausas estratégicas.
Saúde Mental	Ansiedade; Autocrítica; Síndrome do Impostor; Esgotamento.	Isolamento; Evitação de tarefas desafiadoras.	Luto pelas dificuldades passadas; Adaptação à nova identidade.	Psicoterapia; Medicação; Prática de mindfulness; Autocompaixão.

Tabela 1: Comparativo de Desafios e Estratégias de Aprendizagem Pré e Pós-Diagnóstico de TDAH

5. DISCUSSÃO

Este trabalho de conclusão de curso, construído como uma narrativa crítico-reflexiva, teve como objetivo expor a trajetória de um estudante de medicina com diagnóstico tardio de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A análise da experiência vivida, quando posta em diálogo com a literatura científica, permite não apenas validar os desafios subjetivos enfrentados, mas também contextualizá-los dentro de discussões mais amplas sobre neurodiversidade, educação médica e saúde mental.

A percepção inicial de um descompasso fundamental entre mim e meus pares no ambiente de aprendizagem da UFSCar, especialmente nos grupos tutoriais, reflete o conflito entre um perfil neurocognitivo atípico e um modelo pedagógico de alta exigência. O currículo da Medicina UFSCar, pautado na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e na autonomia do estudante (LAMPERT et al., 2009; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2014), demanda precisamente as funções executivas — como planejamento, organização, autogestão e memória de trabalho — que se encontram em déficit no TDAH, conforme extensivamente descrito por Barkley (2015). A estrutura que para muitos é um catalisador do aprendizado, para mim, representou uma "tempestade perfeita" que exacerbou vulnerabilidades, uma experiência corroborada por estudos internacionais com estudantes de medicina com TDAH (TUTTLE et al., 2020).

O ciclo vicioso de comparação social, ansiedade e autossabotagem descrito na narrativa é um reflexo direto das consequências psicossociais do TDAH não diagnosticado. A dificuldade em corresponder às expectativas acadêmicas e sociais leva a uma internalização da falha, atribuindo os desafios a uma suposta falta de capacidade ou disciplina. Este fenômeno é consistente com a literatura que aborda o estigma e o mascaramento de sintomas por estudantes neurodivergentes, que temem o julgamento e o preconceito em um ambiente altamente competitivo (O'CALLAGHAN, 2021). A ausência do diagnóstico correto me deixou sem um referencial para compreender minhas próprias dificuldades, transformando um desafio neurobiológico em uma fonte de sofrimento psíquico.

O diagnóstico tardio, ocorrido no quinto ano, representou o ponto de virada catalisador desta narrativa e é um momento crucial discutido na literatura sobre adultos com TDAH. A subsequente introdução do tratamento farmacológico ilustra tanto o potencial quanto os limites do modelo puramente biomédico. A melhora inicial na atenção e o "silenciamento" do ruído mental, conforme relatado, alinham-se aos conhecidos efeitos dos psicoestimulantes sobre os sistemas dopaminérgico e noradrenérgico (BARKLEY, 2015). Contudo, a constatação de que o medicamento era uma ferramenta, e não uma solução completa, evidencia a necessidade de uma abordagem multimodal. A busca por terapia, estratégias organizacionais, exercícios físicos e adequação alimentar, conforme descrito no capítulo "Aprendendo a Pilotar o Cérebro", é o que a literatura preconiza como o tratamento padrão-ouro para o TDAH em adultos, visando não apenas o manejo dos sintomas, mas a construção

de habilidades e a reestruturação de hábitos (PARKER; HOFFMAN, 2017).

Finalmente, esta autoetnografia contribui para preencher uma lacuna notável na literatura científica brasileira. Enquanto estudos nacionais têm se concentrado em dados de prevalência de TDAH em estudantes de medicina e no uso de psicoestimulantes (OLIVEIRA; GAGLIOTTI, 2021), são escassos os trabalhos qualitativos que exploram a experiência subjetiva e as estratégias de navegação desses indivíduos dentro das faculdades de medicina do país. Ao detalhar a interação entre o perfil neurodivergente e as especificidades de um currículo inovador como o da UFSCar, este trabalho oferece um relato que humaniza as estatísticas e fornece subsídios para a reflexão de educadores, gestores e, principalmente, de outros estudantes que possam estar enfrentando uma jornada semelhante.

Embora se reconheça a limitação de uma análise baseada em uma única trajetória, a profundidade do relato autoetnográfico permite gerar insights que estudos quantitativos não alcançam. A jornada aqui descrita, de um passageiro de uma mente caótica a um piloto consciente de seu funcionamento, reforça que a verdadeira inclusão de estudantes neurodivergentes no ensino superior (COSTA et al., 2024) vai além do acesso, demandando uma cultura de compreensão, flexibilidade e apoio que permita a cada cérebro encontrar sua melhor forma de aprender e prosperar.

6. PROPOSTAS DE APOIO INSTITUCIONAL

A jornada em busca de diagnóstico e suporte revela o papel ambivalente que a instituição de ensino pode desempenhar. Por um lado, a estrutura rígida e a falta de conscientização podem funcionar como barreiras, intensificando o sofrimento do aluno. Por outro, a existência de serviços de apoio pode ser um fator decisivo para o sucesso acadêmico e o bem-estar do estudante.

A Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) possui estruturas de apoio relevantes, como a Coordenadoria de Acompanhamento Acadêmico e Pedagógico para Estudantes (CAAPE), que realiza o acompanhamento de estudantes com transtornos funcionais, incluindo o TDAH, e serviços de psicologia nos campi. A existência de um Portal de Acessibilidade e de grupos de trabalho focados no tema demonstra um compromisso institucional com a inclusão. No entanto, a experiência relatada sugere que a eficácia desses serviços depende de sua visibilidade e da

proatividade do aluno em buscá-los. Muitas vezes, o estudante que mais precisa de ajuda é o que tem mais dificuldade em navegar a burocracia para obtê-la.

Portanto, é imperativo que as instituições não apenas ofereçam suporte, mas também trabalhem ativamente na capacitação de seu corpo docente e na disseminação de uma cultura de acolhimento à neurodiversidade. A implementação de um fluxo claro e simplificado para a solicitação de adaptações, a formação de professores para identificar sinais de dificuldade e para aplicar práticas pedagógicas inclusivas, e a promoção de um diálogo aberto sobre saúde mental são passos essenciais para transformar a universidade de um potencial barreira em uma verdadeira facilitadora do desenvolvimento de todos os seus estudantes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

a. conclusões sobre o estudo, os desafios e as conquistas relatados

O presente trabalho buscou explorar a complexidade da neurodivergência, com foco no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a partir de uma perspectiva multidisciplinar que integra filosofia, ciência e educação. O objetivo central foi utilizar a compreensão da base neurobiológica do TDAH para analisar e contextualizar os desafios enfrentados por estudantes neurodivergentes no âmbito do ensino superior brasileiro, um ambiente tradicionalmente formatado por padrões neurotípicos de aprendizado e avaliação.

A jornada investigativa iniciou-se com uma incursão na filosofia clássica, onde o imperativo socrático "conhece-te a ti mesmo" e a Alegoria da Caverna de Platão foram apresentados como poderosas metáforas para a jornada de autodescoberta e para a distinta percepção da realidade vivenciada pelo indivíduo neurodivergente. Esta abordagem humanística foi, então, ancorada na definição clínica e objetiva do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), que estabeleceu os critérios formais para o diagnóstico, transitando do campo conceitual para a caracterização nosológica.

A análise aprofundou-se ao detalhar a fisiopatologia do TDAH, fundamentada em uma robusta base de evidências que apontam para uma interação entre predisposição genética e fatores ambientais, resultando em uma arquitetura cerebral com particularidades na regulação de neurotransmissores como a dopamina e a norepinefrina. Demonstrou-se que as manifestações

comportamentais de desatenção, hiperatividade e impulsividade não são falhas de caráter ou de esforço, mas sim a expressão de uma neurobiologia funcionalmente distinta, centrada em disfunções nos circuitos do córtex pré-frontal.

Com base nesse entendimento, o estudo atingiu seu objetivo principal ao concluir que os desafios enfrentados pelo estudante com TDAH no ensino superior não configuram um déficit intrínseco de capacidade intelectual, mas emergem de um profundo descompasso entre seu modo de funcionamento cognitivo e uma estrutura acadêmica rígida e pouco inclusiva. O modelo pedagógico passivo, a exigência de autogestão de longo prazo e os métodos de avaliação padronizados criam barreiras sistêmicas que penalizam as funções executivas atípicas desses estudantes. Respondeu-se, assim, à questão central deste trabalho, evidenciando que a dificuldade não está no aprendiz, mas na inflexibilidade do sistema.

Reconhece-se que este estudo possui limitações, sendo uma revisão de natureza teórica e bibliográfica. O foco no TDAH como principal exemplo de neurodivergência, embora necessário para a profundidade da análise, não abarca a totalidade das experiências de outras condições, como o Transtorno do Espectro Autista ou a dislexia. Ademais, a ausência de pesquisa de campo, como entrevistas ou estudos de caso com estudantes de universidades brasileiras, restringe a análise à aplicação da literatura existente.

Diante do exposto, sugere-se para futuras pesquisas a realização de estudos qualitativos que deem voz às experiências de estudantes neurodivergentes em diferentes instituições de ensino superior no Brasil, a fim de mapear as barreiras e as estratégias de superação em seus próprios termos. Recomenda-se, ainda, a investigação sobre a eficácia de políticas de inclusão e de práticas pedagógicas específicas, como o Desenho Universal para a Aprendizagem (DUA), na promoção da equidade e na permanência bem-sucedida desses alunos. A continuidade da pesquisa nesta área é fundamental para transformar o ensino superior em um espaço verdadeiramente acessível e acolhedor para a diversidade de mentes.

b. reflexão pessoal sobre a formação e a futura prática médica

Para pesquisas futuras, sugere-se a realização de estudos de métodos mistos na UFSCar, combinando levantamentos quantitativos para estimar a prevalência de TDAH não diagnosticado no curso de medicina com pesquisas

qualitativas (entrevistas, grupos focais) que explorem as experiências de um grupo mais amplo de estudantes neurodivergentes. Estudos de intervenção que avaliem a eficácia das estratégias de apoio institucional também seriam de grande valia.

Em última análise, este trabalho defende que acolher a neurodiversidade é mais do que uma obrigação ética ou uma questão de acessibilidade. É uma oportunidade para enriquecer a própria medicina. Ao criar um ambiente que permite que mentes atípicas não apenas sobrevivam, mas prosperem, formamos médicos que, por terem navegado suas próprias vulnerabilidades, desenvolvem uma capacidade ampliada de empatia, criatividade e resiliência — qualidades essenciais para o cuidado compassivo e eficaz do outro.

8. REFERÊNCIAS

1. AGRELA RODRIGUES, Fabiano de Abreu; DA SILVA NUNES, Flávio. A Contribuição da Filosofia nas Nomenclaturas Neurotípicos e Neurodivergentes à Luz do Pensamento de Grandes Filósofos. *I+D Internacional Revista Científica y Académica*, v. 4, n. 1, p. 120–129, 2025. DOI: 10.63636/3078-1639.v4.n1.32. Disponível em: <https://revistaid.org/index.php/intenacional/article/view/32>. Acesso em: 20 set. 2025.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; Revisão técnica: Miguel R. Jorge. Porto Alegre: Artmed, 2014.
3. ANDRADE, E. P.; SALLES, J. F. de. Desempenho acadêmico de universitários com e sem Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 36, e3631, 2020.
3. BARKLEY, R. A. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 4. ed. New York: Guilford Press, 2015.
4. BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 jul. 2015.
5. COSTA, S. R. V.; GUIMARÃES, D. H. da S.; SOARES, L. Ávila; SONOBE, G. S. F.; OLIVEIRA, P. A. D. Desafios de estudantes neurodivergentes no ensino superior. *Revista do CROMG*, v. 23, n. Supl.1, 2024. DOI: 10.61217/rcromg.v23.652. Disponível em: <https://revista.cromg.org.br/index.php/rcromg/article/view/652>. Acesso em: 2 out. 2025.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Censo da Educação Superior 2022: resumo técnico. Brasília, DF: INEP, 2023.
6. KANT, Immanuel. *Crítica da razão pura*. Tradução de Valerio Rohden e Udo Baldur Moosburger. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
7. LAMPERT, J. B. et al. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 1, p. 97-105, 2009.
8. O'CALLAGHAN, P. 'I was just so scared of being kicked out': a qualitative study of medical students with dyslexia and ADHD. *BMC Medical Education*, v. 21, n. 1, p. 556, 2021.

9. OLIVEIRA, J. G. de; GAGLIOTTI, D. A. M. Prevalência de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e uso de psicoestimulantes em estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, n. 1, e023, 2021.
10. PARKER, D. R.; HOFFMAN, S. F. The impact of ADHD on college students. In: DEPAUL, G. J.; PFISTER, S. R. (ed.). *ADHD in college: research and practice*. New York: Springer, 2017. p. 3-20.
11. PLATÃO. *Apologia de Sócrates*. Tradução de Maria Lacerda de Moura. São Paulo: Martin Claret, 2019.
12. ROTTA, N. T. O trabalho do professor com o aluno TDAH. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, Campo Grande, MS, v. 9, n. 1, p. 11-28, 2005.
13. SINGER, Judy. *NeuroDiversity: the birth of an idea*. 1998. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais com Honras) - Faculdade de Humanidades e Ciências Sociais, University of Technology, Sydney, 1998.
14. TURINI, B. et al. Dez anos do curso de medicina da Ufscar: uma avaliação do currículo e do processo de ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 4, p. 550-560, 2017.
15. TUTTLE, L. I. et al. The experience of medical students with ADHD: a qualitative study. *Academic Medicine*, v. 95, n. 5, p. 768-774, 2020.
16. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. *Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina*. São Carlos: UFSCar, 2014.
17. WALKER, Nick. Jogando o Jogo do Telefone. In: *Autismo em Tradução*. [S. l.], 20 jul. 2021. Tradução de: *Telephone Game*, 2013. Disponível em: <https://autismoemtraducao.com/jogando-o-jogo-do-telefone/>. Acesso em: 30 set. 2025.
18. WOLRAICH, Mark L. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-pathogenesis>. Acesso em: 2 out. 2025.