LAUDO EM NEUROPSICOLOGIA

O retrato do raciocínio clínico









Natalie Banaskiwitz
Gean Antonio de Paula
Mônica Kerr

clincog

Natalie Helene van Cleef Banaskiwitz
Psicóloga formada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (CRP: 06/76389)
Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP
Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP
Especialista em Neuropsicologia pelo CFP
Coordenadora e ministrante em cursos de aprimoramento em neuropsicologia pela CLINCOG MAIS, São Paulo, SP.

Gean Antônio de Paula
Psicólogo (CRP 08/20781)
Neuropsicológo pelo Depto. de Neurologia HCFMUSP
Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e Saúde Mental
Pesquisador Voluntário em Investigações Neuropsicológicas e de Neuroimagem do Departamento de Neurologia do HCFMUSP
Coordenador e ministrante em cursos de aprimoramento em neuropsicologia pela CLINCOG MAIS, São Paulo, SP.

Mônica Kerr
Fonoaudióloga formada pela UNIFESP-EPM (CFFa: 02/15290)
Mestre em Linguística Clínica pela UCP-PT
Especialista em Neuropsicologia pelo CFFa
Fundadora da Rede Afasia Brasil.
Coordenadora e ministrante em cursos de aprimoramento em neuropsicologia pela CLINCOG MAIS, São Paulo, SP.

LAUDO EM NEUROPSICOLOGIA

O Retrato do raciocínio clínico



Clincog Mais

São Paulo
2020

Autores:

Natalie Helene van Cleef Banaskiwitz
Gean Antonio de Paula
Mônica de Souza Kerr

E-BOOK ELABORADO PELA EQUIPE CLINCOG MAIS

A Clincog Mais é uma plataforma de cursos online na área de neuropsicologia, que nasceu após anos de promoção de treinamentos presenciais na nossa clínica em São Paulo. Agora apresentamos este e-book, desenvolvido pela nossa equipe de profissionais. É um complemento aos temas dos nossos cursos, bem como um novo canal aberto entre nós e profissionais de saúde de todo o Brasil.

Ao longo do ano de 2021 a Clincog Mais irá estreitar o seu vínculo com o ensino de qualidade através do curso de Proficiência em Neuropsicologia. Um pequeno e seleto grupo será selecionado para participar deste curso voltado exclusivamente a neuropsicólogos. Através de aulas aprofundadas, atendimentos especializados e discussões de casos clínicos, o profissional irá adquirir experiência e conhecimento para desenvolver o raciocínio clínico e a expertise que só ganhamos após anos de atuação. Você pode obter mais informações na nossa plataforma www.clincogmais.com.br

REGISTRO DE OBRAS
SEU TALENTO PROTEGIDO
N.: 312238661
WWW.REGISTRODEOBRAS.COM
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

OBRA LITERÁRIA
NÚMERO DE REGISTRO: 312238661
TIMESTAMP: 2020-08-05 14:49:31 GMT
TÍTULO DA OBRA: LAUDOS EM NEUROPSICOLOGIA - O RETRATO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO
ARQUIVO DA OBRA: livro-na-final.pdf[20200805_144931].zip
TIPO DA OBRA: LIVRO
ANO DE CONCLUSÃO: 2020
IDIOMA: PORTUGUÊS [BR]
AUTORES:
NATALIE HELENE VAN CLEEF BANASKIWITZ
GEAN ANTONIO DE PAULA
MONICA DE SOUZA KERR

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 7

O TÍTULO 12

A IDENTIFICÃO 12

A DESCRIÇÃO DA DEMANDA 13

OS PROCEDIMENTOS 14

AS INFORMAÇÕES PRELIMINARES 17

AS OBSERVAÇÕES DO COMPORTAMENTO 19

OS RESULTADOS E INTERPRETAÇÕES (ANÁLISE) 22

AS IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS / CONCLUSÃO 42

AS RECOMENDAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS 48

AS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 49

DOIS MODELOS DE LAUDO 51

INTRODUÇÃO

A **elaboração do laudo** é um dos principais **desafios** do neuropsicólogo. Trata-se de um documento com o objetivo de descrever todo o processo de avaliação neuropsicológica, incluindo dados da anamnese, observação clínica, investigação de aspectos de personalidade, das emoções e do humor, resultados quantitativos e qualitativos obtidos pela aplicação dos instrumentos selecionados e as interpretações resultantes de todas estas etapas. É, portanto, fundamental realizar a integração de todo esse leque de informações para que possamos compreender como, de fato, o indivíduo avaliado está funcionando do ponto de vista cognitivo e comportamental. Esse é possivelmente o nosso maior propósito e nos proporciona diferenciar os bons laudos, daqueles considerados "incompreensíveis".

O laudo escancara o raciocínio utilizado pelo profissional. É no seu conteúdo e na maneira como ele é redigido, que podemos perceber como o profissional tratou a vasta quantidade de informações coletadas. O leitor precisa chegar ao final do laudo compreendendo, de forma objetiva, o que está ocorrendo com o indivíduo avaliado, o que pode ajudar a explicar as queixas trazidas, quais as habilidades preservadas, quais as dificuldades primárias e secundárias, de que maneira elas afetam ou são resultantes do seu comportamento, da sua personalidade e humor. Além disso, o laudo precisa enquadrar os achados clínicos e o raciocínio produzido na interação de informações contextuais e dados do ambiente em que esse indivíduo se encontra, justificando as orientações e encaminhamentos realizados.

Para que este raciocínio aconteça, é primeiramente necessário que os dados coletados na entrevista clínica inicial nos guiem para a criação de uma ou várias hipóteses diagnósticas ou de funcionamento neuropsicológico daquele indivíduo. Com essas hipóteses em mãos delineamos os recursos necessários para testá-las. Os resultados dessas investigações podem confirmar as hipóteses ou refutá-las. E conforme novos dados vão sendo coletados e revelados, novas hipóteses podem surgir e devem ser testadas para que então seja possível determinar um ponto de vista mais verossímil sobre o indivíduo avaliado.

Esse raciocínio clínico deve estar no laudo de forma evidente, para que o leitor entenda todo o processo de pensamento crítico e científico realizado pelo profissional, tornando sua conclusão a mais confiável e justa possível. Ou seja, qual (ou quais) hipótese(s) foram criadas, como foram testadas e quais resultados foram encontrados que corroboram ou discordam dela(s).

O laudo pode ter diversos fins, como auxílio diagnóstico, documento para causas judiciais, auxílio para determinação de cirurgias ou mesmo servir como instrumento de avaliação evolutiva após tratamentos. Em todas essas situações, podemos pensar que as informações e conclusões oferecidas serão importantíssimas e poderão determinar intervenções, decisões legais, prescrições

médicas de fármacos e mudanças significativas na dinâmica familiar, tornando-o um documento que exige **extrema responsabilidade** por parte do autor.

A CLINCOG MAIS produziu este livro com o objetivo de discutir os principais elementos do laudo, auxiliar quanto à sua elaboração e escrita, assim como oferecer à nossa imensa comunidade de neuropsicólogos, propostas e alternativas para a melhor construção do seu raciocínio clínico. Esperamos que você aproveite ao máximo e que esta ferramenta seja útil na sua prática profissional.

Por que é tão difícil realizar uma avaliação neuropsicológica e elaborar um laudo?

A avaliação neuropsicológica tem característica transdisciplinar, exigindo conhecimento de diversas áreas como neurologia, psiquiatria, geriatria, psicologia, psicometria, estatística, fonoaudiologia, pedagogia, dentre outras. Tal característica torna nossa atuação complexa, levando a uma **sensação contínua de ausência de conhecimento**. Contudo, acreditamos que essa sensação deva ser encarada de maneira positiva, não como geradora de ansiedade e sensação de incapacidade no profissional. Dificilmente teremos em mente todo o conhecimento necessário para uma boa avaliação neuropsicológica, principalmente em casos mais complexos ou raros, e por este motivo, o estudo e a atualização serão constantes, já que **a abordagem de cada paciente é um estudo de caso.**

Laudo psicológico ou neuropsicológico?

Atualmente no Brasil, os conselhos federais das classes de psicologia e fonoaudiologia consideram a neuropsicologia uma especialidade. Entretanto, é possível que outros profissionais atuem na neuropsicologia, mesmo não sendo considerados oficialmente "especialistas". O conhecimento neuropsicológico não é exclusivo da psicologia ou da fonoaudiologia, sendo inclusive estudado e enriquecido por cientistas de várias outras áreas. Entretanto, há instrumentos considerados exclusivos da psicologia (aqueles avaliados e considerados favoráveis pelo SATEPSI – Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos / CFP – Conselho Federal de Psicologia), que não podem ser utilizados por profissionais de outras formações.

Mas, como já descrevemos, a avaliação neuropsicológica é um processo complexo composto por várias técnicas distintas, onde utilizamos os testes psicológicos como uma das ferramentas para acessar e testar nossas hipóteses,

e não como a mais importante de todo o processo. Desta forma, **não faz sentido defendermos que somente psicólogos podem realizar avaliação neuropsicológica.**

Gostamos muito de uma ideia em nosso campo de atuação, de que não existem testes neuropsicológicos, mas sim o nosso olhar neuropsicológico sobre estes instrumentos. E esse olhar neuropsicológico está presente também ao interpretar as informações oferecidas na anamnese, em um jogo, em uma brincadeira, em uma interação ou até mesmo observando os tipos de erros e a forma como o indivíduo chega a um resultado pretendido. Assim, **se não tivermos conhecimento sobre os fenômenos neuropsicológicos, não basta aplicarmos testes para acharmos que estamos fazendo uma boa avaliação e escrevendo um bom laudo.**

Quando a avaliação neuropsicológica é realizada por um psicólogo, faz sentido que este documento receba o título de **Laudo Psicológico**, tornando claro que foi realizado por um psicólogo e não por um outro profissional. Contudo, podemos especificar que este laudo tem um **enfoque neuropsicológico.**

Existe um único modelo? Existe certo e errado?

Existem algumas regras que devemos seguir ao elaborar um laudo psicológico. Há também aspectos que não são considerados obrigatórios, certos ou errados, mas podem favorecer ou dificultar o seu objetivo principal, que é torná-lo de fácil compreensão para o leitor. Estes aspectos serão discutidos nos tópicos a seguir.

Confira todas as recomendações da **RESOLUÇÃO Nº 6, DE 29 DE MARÇO DE 2019** no site do Conselho Federal de Psicologia (CFP) pelo endereço - https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-6-2019-institui-regras-para-a-elaboracao-de-documentos-escritos-produzidos-pela-o-psicologa-o-no-exercicio-profissional-e-revoga-a-resolucao-cfp-no-15-1996-a-resolucao-cfp-no-07-2003-e-a-resolucao-cfp-no-04-2019?origin=instituicao&q=laudo.

Quais os principais objetivos de um laudo com enfoque neuropsicológico?

Os propósitos gerais de um laudo de avaliação neuropsicológica são variados, podem servir para responder às perguntas da demanda da forma mais explícita possível, fornecer à fonte do encaminhamento informações adicionais quando for relevante, criar um registro da avaliação para uso futuro e recomendar um curso de ação específico.

Para alcançar estes propósitos, as principais **funções do autor** no laudo seriam gerar hipóteses sobre a pessoa que está sendo avaliada, apoiar ou refutar essas hipóteses com informações qualitativas e dados quantitativos dos testes utilizados, bem como propor recomendações relacionadas ao encaminhamento inicial.

Tipos de laudo neuropsicológico

O'Neil (1995) identificou três tipos de laudos, envolvendo níveis diversos de interpretação clínica:

1 O primeiro tipo seria o laudo **concreto**. Neste tipo, os laudos são escritos sem tirar conclusões além das pontuações dos testes/instrumentos. A ênfase é dada na descrição das várias pontuações obtidas. Por exemplo: *"No teste Figura Complexa de Rey, que avalia praxia construtiva, processamento visual, memória visual e planejamento, o rendimento se mostrou abaixo da média, com percentil 5".*

2 O segundo tipo seria o laudo **mecânico**, que se concentra nas variações entre as pontuações obtidas. Por exemplo: *"Observa-se discrepância entre as habilidades verbais e não verbais de raciocínio e abstração, podendo indicar um quadro compatível com transtorno de linguagem".*

3 O terceiro tipo seria o laudo **individualizado** que não se baseia apenas na pontuação obtida. Ele é focado no indivíduo, tirando conclusões a partir da integração de informações da história de vida, do comportamento e da forma como o indivíduo realizou determinada tarefa/teste/instrumento. Estes laudos são explicativos e incluem informações qualitativas. Por exemplo: *"João apresentou perda de rendimento em tarefas que demandavam atenção seletiva (inibição de distratores) e alternância (flexibilidade para engajar e desengajar o foco da atenção sem perder rendimento), juntamente com baixa velocidade para "tempo de reação", sugerindo lentidão na percepção do estímulo e na iniciação da resposta. Estes prejuízos justificam as queixas de desatenção trazidas pela mãe e corroboradas pela escola, indicando que João pode perder produtividade e qualidade diante de tarefas que exijam habilidades mais complexas de atenção".*

Um bom laudo é aquele que compreende o funcionamento do indivíduo e não o perde de vista, sendo construído num nível individualizado.

Coesão e organização do laudo

Existem alguns componentes que são encontrados em laudos típicos, como:

- Título
- Identificação
- Descrição da demanda
- Informação preliminares
- Procedimentos
- Observações comportamentais
- Resultados e interpretação dos testes
- Conclusão
- Encaminhamentos
- Referências bibliográficas

Embora pouco encontrado em laudos típicos, mas muito útil, um tópico denominado **"Resumo"** pode ser incluído logo antes da conclusão. Este tópico teria como objetivo resumir os achados e evitaria um **erro comum, que é transformar a conclusão em um resumo de resultados, que já foram expostos em seções anteriores.**

Alguns laudos podem conter uma seção chamada **"Apêndice"**, que inclui folhetos e leituras adicionais compartilhadas pelo avaliador afim de auxiliar na implementação das suas recomendações. Um exemplo seria um texto informativo sobre determinado tratamento terapêutico no Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) ou a descrição de uma técnica específica benéfica para crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Destes tópicos, a Resolução 06/2019 do CFP considera fundamentais: **identificação, descrição da demanda, procedimento, análise, conclusão e referências bibliográficas.**

Regra de ouro:

Para que o laudo seja coeso e organizado, os tópicos devem ser apresentados em uma **sequência lógica** e é preciso ter cuidado para não integrar descobertas de uma seção posterior a uma seção anterior. Enquanto descreve as informações preliminares, por exemplo, evite comentar sobre comportamentos observados em sessão. Por outro lado, quando estiver descrevendo os comportamentos observados, é fundamental ter em mente a demanda da avaliação e os dados preliminares, como por exemplo, citar o que observou da atenção de uma criança onde a demanda da avaliação é investigar a capacidade atencional e onde as queixas estão diretamente relacionadas à perda de foco e à dificuldade em se manter atento nas atividades.

1 - TÍTULO

Como citado anteriormente, o resultado de uma avaliação psicológica deve ser nomeado como laudo, não como relatório. Para que o título seja mais específico, podemos usar “Laudo Psicológico, com enfoque neuropsicológico” ou ainda “Laudo Psicológico dentro de uma abordagem neuropsicológica”.

LAUDO PSICOLÓGICO
com enfoque neuropsicológico

Figura 1: Exemplo de título

2 - IDENTIFICAÇÃO

Esta seção deve conter o nome da pessoa atendida, do solicitante da avaliação, e do profissional responsável pela avaliação, que é o autor do documento.

Além do nome completo, coloque a data de nascimento e idade no período da avaliação, data(s) da avaliação, nível de escolarização e lateralidade do avaliado. No caso de crianças é importante determinar o tipo de escola (privada ou pública) e o nome dos responsáveis. No caso de avaliação com adultos, descreva a ocupação laboral e em idosos, se está ou não aposentado, bem como a ocupação prévia.

Os dados do autor geralmente se encontram no final do laudo, mas podem ser apresentados logo após os dados de identificação da pessoa atendida, como no exemplo da Figura 2.

Nome: Layla Helene Simões
Data de nascimento: 03/04/2009
Escolaridade: 5º ano do ensino Fundamental II
Responsável: Olga Helene e Gerardus Simões
Solicitante: Dr. Marcos Felix Lara

Idade na avaliação: 10 anos e 8 meses
Data de avaliação: dezembro/2019
Tipo de escola: privada
Lateralidade: destra

Dados de identificação do Autor:
Nome do Autor: Fernando Saba Rodrigues **CRP:** 06/00000

Qualificações: Psicólogo formado pela Universidade Presbiteriana Mackenzie: Especializado em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Psicologia; Mestre em Ciências pela Divisão de neurologia da Faculdade de Medicina da USP e Doutor pela Faculdade de Psicologia da USP.

Figura 2: Exemplo de como descrever a seção Identificação.

3 - DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Este tópico descreve o motivo da avaliação, determina o seu foco e fornece a justificativa para a sua realização e para a escolha dos procedimentos que serão adotados. Esta seção precisa ser descrita de forma objetiva, porque a **demanda precisa nortear** toda a elaboração técnica e discursiva do laudo.

A demanda justifica os procedimentos: se a queixa de uma criança está relacionada a um problema comportamental, deveremos incluir nos procedimentos uma observação do comportamento em ambiente escolar, por exemplo. Se a demanda da avaliação está relacionada a dificuldades de aprendizagem, não focaremos apenas na compreensão comportamental, mas essencialmente nos aspectos cognitivos que possam estar interferindo na queixa de aprendizagem.

A demanda também deve ser lembrada ao descrever o comportamento observado em sessão. Se a demanda for de desatenção, impulsividade, comportamento inadequado, dificuldade de memória, confusão mental, será importante a descrição qualitativa de observações clínicas relacionadas a estas queixas. Se a queixa é de desatenção, por exemplo, o que observamos da sua capacidade atencional? Manteve-se atento? Precisava de auxílio externo para se manter engajado? Perdia o foco com facilidade? Inibia distratores?

Da mesma forma, ao descrever e interpretar os resultados dos testes/instrumentos, é preciso ter a **demanda em mente**, pois as perguntas precisam começar a ser compreendidas neste tópico, e totalmente respondidas na conclusão.

Seguem alguns exemplos de "Descrição da demanda":

A Billie foi encaminhado para avaliação neuropsicológica com objetivo de verificar a sua evolução após um ano de intervenção individualizada com fonoaudióloga e psicopedagoga, assim como avaliar o seu desenvolvimento atual. No último ano ele foi incluído nas salas de apoio após apresentar dificuldades na aprendizagem. Tanto sua professora do 5º ano, Melissa, quanto seus pais expressaram preocupação com seu desenvolvimento motor geral, particularmente com sua letra, e querem saber maneiras de ajudá-lo.

B Laila foi encaminhada para avaliação neuropsicológica pela coordenadora de sua escola, Luiza, com objetivo de verificar se o seu diagnóstico psiquiátrico (Transtorno de Ansiedade Generalizado) é fator determinante para a sua dificuldade

de aprendizagem, ou se existe algum outro transtorno associado. Além disso, espera-se que os resultados desta avaliação forneçam informações para auxiliar na determinação de técnicas de intervenção eficazes que possam ser utilizadas pelos professores em sala de aula e sala de recursos".

Cadamastor tem se queixado de dificuldades na memória para fatos recentes nos últimos 3 anos. Descreve um início insidioso, juntamente com o falecimento do irmão Tom. Fez tratamento para sintomatologia depressiva, percebendo melhora do humor, mas sem percepção de melhora dos processos mnésticos. Encaminhado para avaliação neuropsicológica com objetivo de determinar se as dificuldades de memória fazem parte do envelhecimento típico, se possuem relação com os sintomas depressivos ou se pode fazer parte de um quadro involutivo do envelhecimento".

QUADRO 1: Exemplos sobre como **não** seria recomendável descrever esse tópico:

EXEMPLOS	COMENTÁRIO
Objetivo do Exame: Investigação do funcionamento cognitivo atual.	Nestes exemplos, não fica claro o propósito da avaliação. Se não temos uma ideia do que está acontecendo e qual foi a motivação do solicitante, torna-se mais complicado determinar as técnicas que serão empregadas para responder a uma pergunta, que não sabemos qual é exatamente. Está correto intitular a seção como "Demanda da avaliação" ou "Objetivo do Exame", mas é fundamental descrever o motivo da avaliação.
Demanda da avaliação:: Investigar o perfil neuropsicológico	

4 - PROCEDIMENTO

Neste tópico, é feita a descrição de todas as técnicas utilizadas na avaliação. Inicie com a descrição da(s) entrevista(s) (especificando com quem coletou os dados de anamnese, se com os pais, professores ou psicopedagoga, por exemplo), como foi realizada a observação clínica (tanto durante a testagem, quanto em outros ambientes, como o escolar), apresentação do rol de testes e instrumentos específicos para uso do psicólogo (reconhecidos pelo SATEPSI) e de recursos complementares (instrumentos com estudos preliminares não restritos ou apenas qualitativos) que se fizeram fundamentais para a investigação da demanda.

Segundo a Resolução 06/2019 do CFP, é preciso apresentar o raciocínio técnico-científico que justifica o processo de avaliação, e os recursos utilizados neste processo, assim como o referencial teórico metodológico que fundamentou as suas análises, interpretações e conclusões.

QUADRO 2: Exemplo de como **não** seria recomendável descrever a seção Procedimento.

EXEMPLO	COMENTÁRIO
Procedimentos: Foram avaliadas as seguintes funções cognitivas: 1. Desempenho Intelectual Global 2. Funções Executivas (a) fluência verbal, (b) atenção, (c) rastreio cognitivo, (d) planejamento (e) flexibilidade mental 3. Memória longo prazo verbal e visual 4. Visuoconstrução e Visuopercepção 5. Habilidades Acadêmicas (a) Linguagem (b) Habilidade matemática 6. Aspectos psicológicos / Emocionais	Neste exemplo, o tópico "Procedimentos" foi utilizado para a descrição das funções cognitivas avaliadas. Contudo, o procedimento se trata das técnicas utilizadas para se avaliar e testar determinada hipótese diagnóstica, e não ao(s) objeto(s) da avaliação.
Procedimentos: Para investigação da inteligência foi utilizada a Escala Weschsler de Inteligência para Crianças e Adolescentes – 4ª Edição (WISC-IV). Composta por diversos subtestes, que tem por objetivo avaliar o processo de resolução de problemas e a capacidade intelectual em crianças. De maneira geral, esta escala avalia um conjunto de funções cognitivas essenciais e que estruturam a inteligência, incluindo entre outras: a atenção e memória auditiva verbal e visual, memória de trabalho (operacional), funções executivas, praxias, funções visuoespaciais e visuoconstrutivas, compreensão de regras e normas sociais, aprendizagem e velocidade de processamento. **Subtestes utilizados:** • **Cubos:** organização perceptual, função visuoespacial, visuoconstrutiva, motora e praxia; • **Semelhanças:** compreensão e formação de conceitos verbais por comparações verbais abstratas; • **Dígitos:** atenção e percepção auditiva verbal, memória de curto prazo e memória operacional; • **Conceitos Figurativos:** capacidade de organização perceptual, estabelecer relações lógicas e formar conceitos não verbais ou de categorias; • **Código**: atenção e percepção visual, coordenação visuomotora e velocidade de processamento; • **Vocabulário:** compreensão verbal e linguagem expressiva baseada no aprendizado; • **Sequência de Números e Letras:** atenção e percepção auditiva verbal e memória de trabalho • Raciocínio Matricial: organização perceptual, raciocínio abstrato; • Compreensão: raciocínio, compreensão verbal e capacidade de juízo social. • **Procurar símbolos:** função visual seletiva, rastreamento visual e velocidade de processamento. • **Aritmética:** raciocínio matemático (cálculos aritméticos mentais) e resolução de problemas".	Por que sugerimos evitar que se faça conforme este exemplo dado? Porque não faz parte do laudo descrever o instrumento, oferecendo informações detalhadas sobre o que ele avalia em cada etapa. É necessário que o neuropsicólogo tenha este conhecimento, mas não é preciso prová-lo ou ensiná-lo ao longo do laudo. Além disso, este tipo de descrição pode confundir o leitor, que ao ver um desempenho rebaixado em um determinado teste, passa a acreditar que tudo o que aquele instrumento avalia estaria comprometido. Também faltou ao autor, citar as pessoas ouvidas no processo de avaliação, as informações objetivas, o número de encontros e o tempo de duração do processo realizado. Por fim, não foi apresentada a referência bibliográfica da escala Wechsler utilizada.

QUADRO 3: Um exemplo de como escrever a seção Procedimento:

3. PROCEDIMENTO:
Foram realizadas oito sessões divididas em anamnese, sessões de avaliação e devolutiva. Os encontros ocorreram nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, com duração de aproximadamente uma hora cada. Os procedimentos adotados estão descritos abaixo. As pontuações quantitativas serão classificadas conforme proposto por Guilmette T.J et al, 2020 (detalhado na seção dos Resultados).

3.1 Anamnese semi dirigida
Anamnese realizada com Christine, mãe de João.

3.2 Aplicação de testes psicológicos (favoráveis, conforme avaliação do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI - www.satepsi.cfp.org.br)
Escala Wechsler de Inteligência para Crianças 4ª Ed. (WISC IV)[1]
Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT)[2]
Bateria Psicológica de Atenção (BPA) [3]
Figura Complexa de Rey (FCR) [4]
Teste dos Cinco Dígitos (FDT) [5]
Bateria neuropsicológica NEPSY – II (Normas baseadas em amostra populacional americana - Resultados quantitativos serão interpretados em conjunto com outros dados) [6]
Teste de Atenção Visual - 4ª edição (TAVIS - 4) [7]

3.3 Instrumentos para verificação de habilidades cognitivas com estudos preliminares de padronização para a população brasileira, instrumentos não restritos ao uso de psicólogos e tarefas qualitativas
Tarefa Fluência Verbal [8]
Teste de Desempenho Escolar II (TDE II)[9]

3.4 Aplicação de escalas/inventários/questionários
EBADEP-IJ (Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil) [10]
SCARED (Triagem para distúrbios emocionais relacionados à ansiedade infantil)
ETDAH-Criad (Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade em Ambiente Familiar – Versão para Crianças e Adolescentes)[11]
ETDAH (Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade em Ambiente Familiar – Versão para Pais) [11]

3.5 Observação clínica

5 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

Esta seção tem o objetivo de expor os resultados da avaliação em um contexto pertinente, destacando a história pessoal do avaliado. Esta história é frequentemente resumida cronologicamente, mas também pode ser apresentada na forma de tópicos. Neste caso, você pode dividi-lo em: histórico de desenvolvimento neuropsicomotor, histórico médico, histórico educacional, composição familiar, histórico laboral (se for relevante), relacionamentos sociais, afetividade e os resultados de avaliações anteriores ou exames relevantes.

EXEMPLO 1:
INFORMAÇÕES PRELIMINARES (oferecidas pela mãe de João, Christine):

Gestação e parto: *A gestação de João foi a segunda numa hierarquia de duas gestações, não foi planejada, mas bem aceita. Houve acompanhamento pré-natal e assim como o parto (a termo, cesáreo) não apresentou intercorrências. Ao nascer, pesou 3,650 kg e mediu 49 cm. Recebeu alta hospitalar junto com a mãe.*
Desenvolvimento Neuropsicomotor: Alcançou os marcos do desenvolvimento dentro do esperado, sem indícios de atraso.

Escolarização: *Não apresentou dificuldades na alfabetização. Recentemente fez exame do Processamento Auditivo Central (PAC) devido as queixas de desatenção em sala de aula, e os resultados acusaram alterações. Fez acompanhamento fonoaudiológico e obteve melhora expressiva. O novo exame de PAC se mostrou normalizado. João foi diagnosticado com Disgrafia por equipe multidisciplinar (fonoaudióloga, neuropsicóloga e psicopedagoga). Costuma se esquivar de atividades que exijam escrita. Tem apresentado queixas relacionadas a dificuldade na compreensão leitora.*

Humor, comportamento e emoções: *Sempre se mostrou uma criança sensível e facilmente irritável. Perde o foco durante lição de casa e frustra-se com facilidade diante de qualquer situação que o contrarie. Costuma falar sem ter cuidado com o que diz, não percebendo quando está sendo inadequado. Mostra-se desorganizado, sem capricho e perde os objetos pessoais com frequência.*

João relata que frequentemente se distrai durante a aula, mas refere que "finge estar escrevendo" (sic). Sua mãe acredita que por este motivo, as professoras não apresentam queixa. Durante o dever de casa a mãe o acompanha, e precisa constantemente reengajar a atenção de João.

Socialização e relacionamentos: *A partir dos relatos da mãe, João parece ter adequada capacidade de socialização e relacionamentos, sendo seletivo nas amizades, com*

temperamento genioso e dizendo tudo o que pensa. Contudo, apresenta boas e duradouras amizades.

Histórico clínico: *Diagnosticado com disgrafia (2018); alteração no PAC no primeiro exame realizado em 2018; refez o exame de PAC em 2019, e este mostrou-se normalizado.*

Antecedentes familiares: *Christine refere que quando criança apresentava comportamento desatento muito semelhante ao de João, pois precisava estudar mais do que os colegas para acompanhar o conteúdo. Afirma que o avô materno de João sempre refere que não parava quieto em sala de aula".*

EXEMPLO 2:
"Foram realizadas entrevistas clínicas com Júlio Ignácio, sua mãe Paula e seu padrasto Rogério, as quais foram extraídas as seguintes informações:

(A) Sintomas e queixas relatadas: *dificuldades em acompanhar o conteúdo de conversas informais; dificuldade em focar a atenção com relato de dispersão mais presente e concorrência com sensações dolorosas); irritabilidade acentuada com a condição clínica atual;*

(B) Humor e comportamento: *sensação de irritabilidade contínua diante da situação pós-traumática, humor deprimido basal, sensações de medo acentuadas quando exposto a demandas de performance acadêmica, isolamento social com atividades restritas no domicílio e diminuição do contato com pessoas alheias à família;*

(C) História pregressa e desenvolvimento neuropsicomotor: *nascimento a termo, sem complicações e com normalidade no alcance de marcos do neurodesenvolvimento; apresentação de situações de desatenção em ambientes doméstico e escolar evidenciadas aos 9 anos, dando início a acompanhamento médico para tais dificuldades;*

(D) História acadêmica e ocupacional: *desempenho acadêmico acima da média, sem repetências e com maior interesse em disciplinas e conteúdos relacionados a manipulações visuoespaciais e raciocínio matemático; tem fluência em língua inglesa desde os 13 anos; trabalhou por 2 anos em regime de estágio não obrigatório no ramo de administração financeira.*

(E) Composição familiar e antecedentes geracionais: *Júlio Ignácio reside com Paula (mãe, 41 anos), Rogério (padrasto, 45 anos) e Érika (irmã, 16 anos), tendo ainda mais um irmão, Lucas (23 anos). Seu pai biológico, Celso, faleceu há 17 anos, vítima de acidente de trânsito, quando Júlio tinha 4 anos. Não há histórico de morbidades psiquiátricas ou neurológicas em sua família;*

(F) Histórico clínico: *Júlio Ignácio faz acompanhamento multiprofissional (psicologia e medicina psiquiátrica) para TDAH desde os 9 anos, com histórico de uso de diversos psicofármacos estimulantes, obtendo os resultados mais satisfatórios com a dosagem atual de Venvanse® (70mg/dia). Em julho de 2018, sofreu queda em altura (10m aproximadamente), dando entrada em serviço de emergência médica com GCS (Glasgow Coma Scale) 9, com gravidade moderada – na continuidade dos primeiros cuidados e internamento, o paciente permaneceu em unidade de terapia intensiva e, segundo avaliação de amnésia pós-traumática baseada na escala GOAT (Galveston Orientation Amnesia Test), Júlio Ignácio não apresentou mais a referida amnésia transitória, desde seu 3º dia de internamento. Em decorrência do acidente, apresentou lesão medular em nível da 9ª vértebra torácica – lesão com possibilidade de reversão, mediante acompanhamento fisioterápico – com membros inferior paréticos, espasticidade muscular na região e controle esfincteriano comprometido. Em exame de tomografia cerebral por contraste (realizado em 11 de agosto de 2018), Júlio Ignácio apresentou lesões axonais difusas em substância branca, com focos de hiperssinal circunscrito ao núcleo talâmico esquerdo".*

É fundamental incluir apenas aquilo que se faz relevante. Caso contrário esta seção pode ficar demasiadamente longa. Informações como faltas frequentes na escola, acidente de motocicleta resultando em ferimento na cabeça, uso de substâncias, quadro depressivo, podem ser fundamentais para se compreender as situações presentes.

É importante também destacar a fonte das informações (quem relatou determinado fato) e, quando diversas fontes são consultadas, devemos relacionar a informação à sua fonte, bem como o que é consistente e o que é contraditório entre os relatos delas.

6 - OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Uma vez que a testagem demora várias horas ou dias, o comportamento do paciente durante esse período, proporciona informações valiosas sobre o seu funcionamento.

Fatores como aparência pessoal, pontualidade, cooperação, relacionamento com o examinador, abordagem a tarefas novas ou de rotina, maneirismos não usuais, humor, estratégias para resolução de problemas, compreensão de instruções, nível de ansiedade, reação ao fracasso, persistência, fadiga, velocidade de resposta, controle emocional e grau de esforço devem ser avaliados.

Se o indivíduo foi observado em outro ambiente (por exemplo, em uma sala de aula, em um parquinho ou em casa), essas observações também podem ser incluídas nesta seção. **Explique se esses comportamentos foram consistentes com aqueles observados durante as sessões de avaliação com você.** Também é possível comparar os comportamentos observados em possíveis avaliações anteriores com os que foram relevantes no momento presente.

Devemos, portanto, observar, documentar e comparar qualquer comportamento que possa influenciar na interpretação dos dados dos testes, no desempenho do avaliado e na validade das suas respostas.

Na descrição deste tópico considere o motivo de encaminhamento e as informações preliminares. Por exemplo, podemos encontrar na descrição da demanda, o seguinte: "Wilson, um estudante do ensino fundamental, foi encaminhado pela coordenadora da escola devido às queixas frequentes de desatenção. A atenção limitada de Wilson foi descrita como um problema importante tanto pela sua mãe, como pelo seu professor". Desta forma, ao descrever os comportamentos durante testagem, dê exemplos específicos observados durante as sessões, que possam dialogar com o que foi elencado na demanda – "Wilson tinha de ser continuamente reengajado para as tarefas pois perdia o foco com excessiva facilidade".

Em geral, revise a queixa (desatenção, no caso de Wilson) e determine se os comportamentos atuais são consistentes ou inconsistentes com as queixas:

- **Se consistentes,** observe exemplos específicos de desatenção;
- **Se inconsistente,** observe as diferenças entre os comportamentos relatados e aqueles que foram realmente observados.

As informações preliminares mencionadas anteriormente podem ser discutidas na seção de "Observação Comportamental", mas não devemos fornecer resultados de teste nesta seção. Lembre-se de que o **laudo precisa obedecer a um sequenciamento lógico de informações;** assim a seção **"**Observação Comportamental" dialoga com a seção "Informações Preliminares", mas não dialoga com fatores que ainda serão apresentadas nos tópicos posteriores.

Outro cuidado importante que devemos ter nessa seção é em relação à **forma de descrever tais comportamentos**. Por exemplo, não devemos apenas dizer que a criança estava ansiosa em sessão. É preciso pensar na maneira como a criança se comportou, que nos levou a interpretar que ela estava ansiosa.

Apresentamos alguns exemplos no quadro a seguir:

QUADRO 4: Exemplos de como descrever comportamentos observados em seção:

Comportamento observado	Interpretação	Como descrevê-los
Respondia antes de o avaliador terminar de falar a instrução; interrompia a fala do avaliador a todo tempo; dava respostas rápidas sem refletir; tirou o material da mão do avaliador em alguns momentos	Falha no controle inibitório.	Fernando apresentou comportamentos frequentes onde interrompia a fala do avaliador, não o esperava terminar de oferecer as instruções, respondia de forma rápida e pouco reflexiva a algumas atividades, sugerindo um comportamento impulsivo por provável falha no controle inibitório.
Pés e mãos inquietas, sudorese, mexia constantemente no cabelo e perguntava se estava indo bem ao final de cada tarefa.	Ansiedade de desempenho	Olga se mostrou ansiosa ao longo de todo o processo de avaliação. Mexia constantemente no cabelo, principalmente quando acreditava que a tarefa era demasiadamente difícil, verbalizando que não saberia responder. Pedia constante feedback do avaliador.
Fala fora de contexto, muda de assunto com frequência, pede para repetir as instruções, para o que está fazendo quando a avaliadora se mexe na cadeira, mesmo que de maneira sutil.	Desatenção	Qualitativamente foi possível observar que Chris demonstrou dificuldade de atenção durante as sessões de avaliação, uma vez que se distraía com facilidade, desengajando o foco da tarefa frente a mínimos movimentos da avaliadora; falava assuntos fora de contexto, indicando possível perda de foco (não inibia pensamentos ou memórias); pedia frequentemente para a avaliadora repetir as instruções, sugerindo uma baixa amplitude atencional.

Exemplo de descrição da Observação do Comportamento:

Felipe demonstrou satisfatório vínculo terapêutico. Em todo o tempo programado das sessões, manteve atitude colaborativa e dedicação na realização das atividades propostas, apresentando, em alguns momentos, distratibilidade e comportamento dissociativo –este último ocorrendo principalmente diante de tarefas mais complexas, similares às apresentadas no contexto escolar. Apresentou-se com humor eutímico, boa capacidade de entendimento da execução das atividades, sensopercepção (entrada das informações) adequada, autocuidados preservados e juízo de realidade sem alterações.

Quando perguntado se sabia por que estava em avaliação, respondeu saber

alguns dos motivos, em especial aqueles voltados ao seu atual baixo rendimento escolar. Quando se envolvia com a atividade, demonstrava se sentir desafiado e não se preocupava com o gerenciamento do tempo gasto na tarefa. Tinha sempre respostas precisas e assertivas a perguntas informais. Muitas vezes, se colocou de forma insegura quanto a sua capacidade intelectual, mas quando fazia vínculo com a tarefa ou com o avaliador, reagia positivamente.

Ao término das sessões avaliativas, observou-se maior deferência ao pai, que sempre estava presente para levá-lo embora. Tal deferência demonstrava relação muito próxima e necessidade de aprovação paterna frente às tarefas executadas na sessão.

7 - RESULTADOS E INTERPRETAÇÕES (Análise)

Chegamos na seção do laudo onde percebemos as **maiores dificuldades** na sua elaboração.

Nesta seção, temos que ter em mente, que os resultados não devem ser olhados somente do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo.

Como organizar esta seção do relatório?

Devemos fazer uma exposição descritiva, metódica, objetiva e coerente de todos os dados colhidos. Muito frequentemente esta seção é dividida em tópicos, por função cognitiva. Também podemos incluir tópicos para descrever o humor e o comportamento, a personalidade, funcionalidade e o comportamento adaptativo, por exemplo.

Faz sentido sempre começarmos pelos resultados obtidos no domínio da eficiência intelectual, seguido das habilidades atencionais para então descrevermos o que cabe ao restante das funções cognitivas. Esta ordem é coerente quando pensamos que o **funcionamento intelectual é uma forma de mapearmos o quão preservadas ou não estão as funções cognitivas de forma global**. As habilidades atencionais, quando muito comprometidas, poderão interferir no funcionamento cognitivo global. Com isso, se descrevemos estes tópicos inicialmente, ficará mais fácil correlacionar a inteligência e a atenção com os demais resultados.

No caso de idosos pode-se descrever inicialmente os seus resultados em escalas de rastreio, para depois destrinchar seu funcionamento em cada uma das funções cognitivas.

O que seria um resultado qualitativo, e como descrevê-lo?

Uma análise qualitativa é baseada na forma como o paciente realizou a tarefa. Como ele realizou? Quais erros ele cometeu? O que este erro **significa** para o paciente, dentro da sua história de vida e ambiente em que está inserido?

Um dos grandes desafios é o fato de não termos instrumentos "puros". Isso quer dizer **que nenhum instrumento, tarefa, atividade ou teste avalia uma única função cognitiva**. Além disso, muitas variáveis internas e externas também podem interferir e justificar alguns desempenhos, como desmotivação, desengajamento, falta de sono, dor e ansiedade.

Por exemplo, o teste "Figuras Complexas de Rey" se propõe a avaliar a memória visual. Contudo, durante a cópia da figura, o paciente é exigido a perceber o estímulo visualmente, criar estratégias, planejar a sua cópia e ainda ter a praxia construtiva preservada para efetivar a cópia de maneira correta. Por fim é solicitado que o paciente desenhe o que lembra. Um possível desempenho ruim nesta etapa, quer dizer que ele tem uma dificuldade de memória visual?

Não necessariamente!

Precisamos entender se o paciente não evocou por ter esquecido o estímulo aprendido, ou se, nem chegou a apreender o estímulo, evidenciando, por exemplo, interferência do planejamento na codificação da informação. O que vemos em muitos laudos é o autor **associar o mau desempenho em um instrumento a um déficit em todas as habilidades envolvidas naquele instrumento.** Esse erro é gravíssimo, pois demonstra que o profissional não compreendeu o que, de fato, pode estar alterado no funcionamento cognitivo deste paciente.

Podemos ter duas crianças do mesmo gênero, mesma idade, mesmo tipo de escola, com ambientes muito parecidos, que obtiveram os mesmos desempenhos ranqueados no percentil 5, no subteste "Cubos" da escala Wechsler de Inteligência para Crianças 4ª Ed. (WISC-IV). Entretanto, podemos interpretar que a criança "A" teve uma dificuldade de raciocínio, enquantoque a criança "B" teve uma dificuldade no processamento visual. A forma como ela responde à tarefa, os erros e os tipos de erros irão nos ajudar a interpretar o que de fato está acontecendo do ponto de vista cognitivo.

O que seria um resultado quantitativo, e como descrevê-lo?

Nesta seção, para se ter clareza dos resultados quantitativos é preciso ter conhecimento sobre psicometria e estatística, caso contrário inúmeros erros de interpretação serão cometidos.

Neste livreto não temos o intuito de sanar estas questões, mas sugerimos a leitura do livro “Psicometria e estatística aplicadas à neuropsicologia clínica (Coleção Neuropsicologia na Prática Clínica)”, escrito pela neuropsicóloga Laiss Bertola, obra fundamental para qualquer neuropsicólogo.



Figura 3: Imagem da capa da obra de Laiss Bertola

É importante destacarmos que o resultado quantitativo tem como objetivo comparar o desempenho do paciente com um determinado grupo, que pode ser um grupo da mesma idade do paciente, mesma escolaridade, mesmo gênero ou da mesma região demográfica, por exemplo. A pergunta é: qual o desempenho do avaliando quando o comparamos com um determinado grupo normativo? Aqui é sempre importante entendermos **se este grupo representa realmente o paciente**. Por exemplo: temos um paciente que obteve um desempenho ranqueado no percentil 50 em uma tarefa que avalia a habilidade de vocabulário e o comparamos aos dados de uma tabela que controla a variável “idade”. Quando olhamos as características da população amostral contida nesta tabela, observamos que 30% possui ensino fundamental, 50% ensino superior e apenas 20% têm pós graduação. Poderíamos considerar que o rendimento do paciente está dentro do esperado, contudo, se o paciente é um escritor, com escolaridade no nível de pós doutorado, este percentil 50 demonstraria fidedignamente seu funcionamento neste domínio? Não esperaríamos um rendimento melhor? Esta tabela não estaria sendo facilitadora demais para as características do paciente serem comparadas às dela?

Por este motivo temos que **tomar cuidado ao comparar resultados quantitativos entre diferentes testes, com amostras que podem ser muito distintas entre si.** Desta forma, um percentil 90 em uma tabela, pode ter o mesmo peso que um percentil 30 em outra tabela. Tudo depende das características controladas para a elaboração destas tabelas e as características do paciente.

Outra questão a se considerar é que os **resultados quantitativos devem também ser comparados dentro de uma análise intraindividual.** Ou seja, um desempenho classificado no percentil 30 está dentro da grande variação da média e pode ser um bom resultado para um paciente que possui uma capacidade cognitiva global mediana. Contudo, este mesmo percentil 30 pode ser um resultado ruim para um paciente que tem o seu funcionamento cognitivo global acima da variação da média, como também pode ser a melhor pontuação de outro paciente, que tem o seu desempenho dentro de um rendimento global abaixo da variação da média, podendo caracterizar sua fortaleza.

Devemos ainda ter conhecimento sobre o perfil cognitivo encontrado em transtornos, síndromes e quadros estudados. O conhecimento sobre o perfil das pontuações de crianças com dislexia na WISC-IV, por exemplo, pode nos auxiliar a criar ou fechar hipóteses diagnósticas. Obviamente, precisamos unir estes dados com as informações da história clínica do paciente e dos demais testes e instrumentos aplicados. Estudos desta natureza determinam o perfil de desempenho em determinada condição clínica para um determinado teste ou instrumento e auxilia na compreensão do funcionamento cognitivo destes pacientes.

Se entendemos que a nossa avaliação já se inicia na anamnese, onde criamos nossas hipóteses iniciais, e continua por meio da observação clínica, aplicação de testes, escalas, inventários e análise quantitativa e qualitativa destes resultados, **por que a maioria dos laudos focam somente na descrição quantitativa das pontuações?** Ao descrever sobre velocidade de processamento, precisamos trazer dados da anamnese, da observação e dos instrumentos. E esses dados devem ser consistentes, fazer sentido para todo o contexto daquele paciente. Vamos considerar que o nosso paciente apresenta uma pontuação rebaixada no "Índice de Velocidade de Processamento" (IVP) da WISC-IV, mas não tem queixas familiares ou escolares de lentidão (não demora para fazer lição de casa ou copiar da lousa, por exemplo). Além disso, durante a avaliação deste paciente observamos bom resultado em outras provas cronometradas. Com estes dados em mãos não devemos interpretar que este paciente apresenta prejuízo em velocidade de processamento de informações, certo? Parece óbvio, mas falta este tipo de integração em muitos dos laudos neuropsicológicos.

É preciso procurar consistências nos padrões de pontuação e comportamentos relatados e observados. Nossas inferências devem ser baseadas em mais de uma fonte de dados. Se apenas uma pontuação do subteste for baixa, é preciso encontrar outros dados para apoiar ou refutar a importância dessa descoberta.

Resumidamente, devemos integrar todos os dados colhidos e verificar se eles são consistentes com o que estamos inferindo sobre o funcionamento deste paciente, para que posteriormente possamos concluir determinada hipótese.

O quadro abaixo apresenta alguns exemplos:

QUADRO 5: Exemplos de análise de consistência.

Resultados de testes		Fonte de informação 1		Fonte de informação 2		Interpretação
Bia tem um baixo escore em um teste de velocidade de processamento	+	A professora se queixa de lentidão para copiar a lousa	+	A mãe refere que Bia passa a tarde inteira para realizar os deveres de casa	=	Três informaões suportam uma hipótese de baixa velocidade no processamento das informações
Laila apresentou alteração em prova de processamento fonológico	+	Não há queixas escolares frente a alfabetização	+	Nenhum outro dado	=	Dados insuficientes para suportar a hipótese de perfil de risco para Transtorno de Aprendizagem
Lorenzo tem uma pontuação baixa em um teste de processamento visual	+	A professora entrega um relatório aos pais descrevendo a preocupação em relação aos desenhos de Lorenzo, que não tem conseguido fazer cópias já esperadas para a sua idade, e tem demonstrado dificuldade no reconhecimento do alfabeto	+	Não há queixas dos pais que sugiram deficits no processamento visual	=	Duas informações suportam uma hipótese de alteração no processamento visual

E quando não há essa consistência? Nestes casos, devemos observar variáveis internas e externas, além de outras dificuldades que possam justificar aquele resultado rebaixado (lembrem-se que nossos instrumentos não são “puros”). Ele pode ter perdido rendimento no Índice de Velocidade de Processamento da WISC-IV por desmotivação, pelo fato das tarefas exigirem baixa demanda de recursos mais complexos, por exemplo. Ou o paciente pode ter uma dificuldade atencional, que o fez perder o foco e com isso, lentificar. Ele pode ter uma dificuldade no processamento visual ou ainda ficar ansioso em tarefas cronometradas, levando-o a perder rendimento.

QUADRO 6: Exemplos de como **não** seria recomendável descrever esse tópico:

EXEMPLOS	COMENTÁRIOS
Funções visuoperceptivas, espaciais e visuo-construtivas: • Função visuo-espacial: preservado (Figura de Rey) • Função visuo-construtiva: preservado (Cubos – WISC-IV) • Função visuoperceptiva: preservado (Conceitos Figurativos – WISC-IV) **Funções Executivas:** • Dificuldade grave em controle inibitório (Stroop Test) • Dificuldade moderada em fluência verbal nominal (FAS) • Dificuldade leve em fluência verbal categórica (Fluência- animais) • Preservado em velocidade de processamento (Códigos – WISC-IV)	Neste exemplo o autor resume o teste a uma função, e ao classificar a pontuação, já automaticamente classifica a função cognitiva associada ao instrumento. Neste caso poderemos cometer erros gravíssimos de interpretação já que, como descrevemos, os instrumentos não são puros. É preciso entender a forma como o paciente realizou as tarefas e como chegou àquele resultado, unirmos este dado com desempenhos obtidos em outros instrumentos que avaliam a mesma função. A seguir integrar esses achados às observações clínicas e aos dados da anamnese, para só então, inferirmos se aquela determinada função está preservada ou comprometida.
Funções Executivas: Controle inibitório: resultados dentro da média (FDT – Processos Controlados: Escolha e Inibição: Percentis 39, 46; Neupsilin Inf. – Go-no-go: Percentil 53; Stroop: Percentis 89, 66 e 84). • Flexibilidade Cognitiva com demandas de respostas verbais: dentro da média (FDT – Processos Controlados: Alternância e Flexibilidade: Percentis 50 e 60; Fluência Verbal: Percentil 90). • Flexibilidade Cognitiva com demandas de respostas grafomotora: inferior (Trilhas B: Percentil <0,1). • Planejamento: inferior (Fig. Complexa de Rey: Percentil 20) • Memória operacional: dentro da média (Wisc – IMO: Percentil 66; Dg indireto: Percentil 37; SNL: Percentil 84; AR: Percentil 95).	Neste exemplo, o autor também associa o instrumento a uma função, não considerando as outras habilidades envolvidas. Além disso, ele faz associações entre resultados de mais de um instrumento, mas não aborda qualquer dado ou informação sobre o contexto e queixas do paciente a fim de analisar se esses resultados fazem sentido para compreender o funcionamento do avaliado.

EXEMPLOS	COMENTÁRIOS
Linguagem • Nomeação (Boston Naming Test): esta tarefa consiste na habilidade de nomear as figuras à medida que vão aparecendo no livro de estímulos. Alberto não apresentou dificuldades. • Nos itens verbais Vocabulário, onde é medido o conhecimento de palavras e a formação de conceitos, Alberto não apresentou dificuldades nesta modalidade, obtendo resultados dentro da média. • Fluência verbal Fonológica (produção espontânea de palavras que começam com letras específicas – F, A e S – sob regras como não dizer nomes próprios e derivações): Alberto apresentou baixo rendimento. • Fluência Semântica – categoria animais: os resultados obtidos apesar de estarem dentro da média, apresentaram-se de forma pouco consistente. • Compreensão: responder perguntas com base em seu entendimento dos princípios gerais e vivência social: apresentou nível dentro da média nesta modalidade. • Semelhanças, abstração verbal de dois conceitos: apresentou resultado na média.	Neste exemplo, os instrumentos são descritos separadamente e o autor realiza uma associação direta entre pontuação e rendimento na função, baseando-se exclusivamente nos resultados quantitativos dos instrumentos, esquecendo da análise qualitativa da forma como se chegou a esse resultado e da integração com outros dados. Outro alerta vai para a frase "(...) os resultados obtidos apesar de estarem dentro da média, apresentaram-se de forma pouco consistente". Não é possível compreender o que o autor quis dizer com esta frase já que não há uma interpretação dos resultados. Outra reflexão se trata do quanto é relevante a descrição do instrumento, como no trecho "(...) produção espontânea de palavras que começam com letras específicas – F, A e S (...)". Quando descrevemos a tarefa acabamos por ensinar como ela é realizada e com isso podemos acabar por permitir que pessoas se prepararem para uma avaliação. Afinal, **o papel do laudo é o de retratar o funcionamento cognitivo do indivíduo ou é apenas uma mera descrição da tarefa utilizada e o desempenho obtido nela?**
Percepção e Praxia: Apresentou facilidade na capacidade de perceber estímulos visualmente, com adequada habilidade em prestar atenção a detalhes, bem como boa capacidade visuconstrutiva. Nas Figuras Complexas de Rey, em cópia, verificou-se que se empenha em fazer um trabalho minucioso, com facilidade para planejar e construir em um tempo abaixo da média, sugerindo boa habilidade de velocidade de processamento para tarefas com demanda visual. Este dado é corroborado com os resultados obtidos no subteste Cubos e Completar figuras, que exigem tempo e velocidade, e seu rendimento se situou acima da média esperada.	Aqui podemos verificar novamente erros já citados anteriormente. Observa-se uma análise puramente mecânica, onde há uma interpretação e uma correlação de diferentes instrumentos, mas sem relacionar estes dados à análise qualitativa, contexto e história de vida do paciente. Além disso, a descrição do desempenho aborda outras funções cognitivas que não as de "Percepção e Praxias", podendo confundir o leitor.

EXEMPLOS	COMENTÁRIOS
Funções Visuoperceptivas e Visuoconstrutivas (praxia construtiva): • Em Completar Figuras (WISC-IV), em que se avalia percepção e organização visual, concentração, memória de longo prazo e reconhecimento dos detalhes essenciais dos objetos, seu desempenho foi classificado limítrofe. Em tarefa tridimensional com maior exigência de praxia, subteste Cubos (WISC-IV), apresentou desempenho médio inferior.	
Funções Visuoespaciais e Visuconstrutivas: • Em teste que exigiu acuidade visual, capacidade de raciocínio sobre material visual (raciocínio não-verbal) e julgamento prático e conceitual apresentou um desempenho médio inferior ao esperado para a sua idade. Teve performance média inferior que representa dificuldade em conseguir estabelecer relações lógicas e formar conceitos não-verbais ou de categorias. Porém, no que envolve habilidade fluida para processamento da informação visual e planejamento, previsão, coordenação visual e perceptivo motora, capacidade de atenção, concentração, classificação e raciocínio em série foi evidenciado uma facilidade do paciente, classificando-se em média superior ao esperado em sua idade.	Devemos nos focar à descrição da função referente ao tópico. Nestes casos, os autores fogem do proposto e passam a descrever outras funções cognitivas, tornando o texto confuso e dificultando a compreensão do leitor sobre o desempenho do avaliado naquela função cognitiva.

EXEMPLOS	COMENTÁRIOS
Inteligência: O WISC-IV oferece medidas mais específicas que são apresentadas a seguir: • **Índice de Compreensão Verbal** (ICV 88; P=21%) – capacidade de formação de conceitos e raciocínio verbal, na qual apresentou desempenho médio inferior; • **Índice de Organização Perceptual** (IOP 98; P=45%) - raciocínio não verbal e fluído, organização perceptual e integração visuomotora, na qual apresentou desempenho na faixa média; • **Índice de Memória Operacional** (IMO 66; P=1%) – capacidade de manipular mentalmente informações a partir de gradiente atencional, na qual apresentou desempenho limítrofe. • **Índice de Velocidade de Processamento** (IVP 95; P=37%) – atenção, concentração e velocidade para processar a informação visual, na qual apresentou desempenho dentro da média.	Este exemplo é frequentemente visto nos laudos. Aqui, só encontramos uma descrição de cada índice oferecido pelas escalas Wechsler, de maneira isolada e sem qualquer integração entre eles. Restam perguntas. Há discrepância? Se sim, o que ela significa em termos de funcionalidade? Como o paciente funciona não apenas em comparação à norma, mas também quando relacionamos o seu desempenho em diferentes tarefas? O que pode justificar índices de baixo rendimento? Tudo o que aquele índice avalia está alterado?

EXEMPLOS	COMENTÁRIOS
Funções viso-construtivas: • Em relação às funções viso-construtivas, apresentou desempenho classificado na faixa Limítrofe em relação ao esperado para a idade tanto na tarefa em que era solicitada a cópia de uma figura complexa e que envolve capacidade de organização perceptivo-motora, apreensão dos dados perceptivos, motricidade, além das habilidades de planejamento, e resolução de problemas, assim como, na atividade que se refere à reprodução de figuras do plano bidimensional para o tridimensional e que avalia a habilidade de analisar e sintetizar estímulos visuais abstratos, capacidade de planejamento viso-espacial, velocidade perceptual e organização, apresentou desempenho classificado na faixa Limítrofe.	Neste exemplo o autor tenta correlacionar o resultado de dois instrumentos por meio de uma análise mecânica, demonstrando haver consistência entre eles, mas não integra essa informação com outros dados (como observação clínica, queixas e histórico pessoal). Outro ponto que merece reflexão é a descrição dentro do tópico "Funções Visuoconstrutivas" onde o autor apresenta outros aspectos avaliados com aquele instrumento. Devemos apenas evidenciar o que os testes conseguiram nos mostrar sobre aquela função. Por exemplo, a "Figura Complexa de Rey" avalia organização e planejamento mental, percepção visual, praxia construtiva, memória visual e atenção. **Podemos tirar informações sobre vários aspectos do funcionamento cognitivo a partir deste instrumento, mas precisamos colocar essas informações no local correto.**

EXEMPLOS	COMENTÁRIOS
Memória: • Memória de Longo Prazo Episódica Verbal de Evocação Imediata: Desempenho moderadamente abaixo da média. Sugestivo de Dificuldade Moderada (%ile= 7). • Memória de Longo Prazo Episódica Verbal de Evocação Tardia: Desempenho na média. Padrão Sugestivo de Preservada (%ile= 27). • Memória de Longo Prazo Episódica Verbal de Reconhecimento: Desempenho significativamente abaixo da média. Sugestivo de Dificuldade Grave (%ile<1). • Memória de Longo Prazo Episódica Não Verbal de Evocação Imediata: Desempenho acima da média. Padrão sugestivo de Preservada (%ile= 79). • Memória de Longo Prazo Episódica Não Verbal de Evocação Tardia: Desempenho acima da média. Padrão sugestivo de Preservada (%ile= 84). • Memória de Longo Prazo Episódica Não Verbal de Reconhecimento: Desempenho na média. Padrão sugestivo de Preservada (%ile>16). • Em relação às praxias, viso-percepção e viso-construção: Apresentou desempenho preservado no subteste da cópia da Figura Complexa de Rey (%ile= 80-100) -Superior.	Esta descrição é exclusivamente psicométrica, sem correlação entre os resultados, e sem integração com os demais dados do avaliado. Também não é feita nenhuma análise quanto à diferença de resultado entre a memória verbal e não verbal. Caro leitor, que perguntas relevantes não estão respondidas neste exemplo?

Em nenhum dos exemplos citados acima os autores se preocuparam em descrever de que maneira aquele déficit estaria impactando ou poderia impactar a vida do avaliado, tornando os resultados poucos compreensíveis no contexto da vida real. Ou seja, o que esta dificuldade, ou até mesmo esta facilidade individual pode representar na vida desta pessoa?

Apresentamos a seguir dois exemplos de como podemos descrever esta seção de resultados quantitativos:

EXEMPLO 1

6.1 Atenção e Funções executivas

Subteste Códigos (WISC IV)	24 pontos	Ponto Ponderado 6	Percentil 9
Subteste Procurar Símbolos (WISC IV)	18 pontos	Ponto Ponderado 10	Percentil 50
Subteste Dígitos (WISC IV) – Pontuação Ordem Direta	7 pontos	Ponto Ponderado 9	Percentil 37
Subteste Dígitos (WISC IV) – Pontuação Ordem Inversa	5 pontos	Ponto Ponderado 7	Percentil 16
Subteste Dígitos (WISC IV) – Span Ordem Direta	5 pontos	Escore z -0,45	Percentil 32
Subteste Dígitos (WISC IV) – Span Ordem Inversa	3 pontos	Escore z -0,60	Percentil 27
Subteste Dígitos (WISC IV) – Diferença Span OD e OI	2 pontos	Escore z -0,09	Percentil 46
Subteste Sequência de Números e Letras (WISC IV)	15 pontos	Ponto Ponderado 10	Percentil 50
FDT Leitura	33 segundos	-	Percentil 5 – 25
FDT Contagem	47 segundos	-	Percentil 5 – 25
FDT Escolha	90 segundos	-	Percentil < 5
FDT Alternância	117 segundos	-	Percentil < 5
FDT Inibição	57 segundos	-	Percentil 5
FDT Flexibilidade	84 segundos	-	Percentil < 5
Teste AC (45 acertos e 22 erros)	23 pontos	Escore z -2,57	Percentil 1
Figura complexa de Rey – tipo de cópia	Tipo IV	Frequência acumulada de 0%	

TAVIS			
TAREFA	ESCORE	PERCENTIL	
Tempo de Reação Tarefa Seletividade	0,682	0 a < 2	
Tempo de Reação Tarefa Alternância	1,039	0 a < 2	
Tempo de Reação Tarefa Sustentação	0,890	0 a < 2	
TAREFA	ESCORE	% INDIVÍDUOS COM MAIS ERROS	% DE INDIVÍDUOS COM MESMOS ERROS
Erros por Omissão Tarefa Seletividade	1	35,60	30,10
Erros por Omissão Tarefa Alternância	7	0,00	0,00
Erros por Omissão Tarefa Sustentação	0	0,00	100,00
TAREFA	ESCORE	% INDIVÍDUOS COM MAIS ERROS	% DE INDIVÍDUOS COM MESMOS ERROS
Erros por Ação Tarefa Seletividade	3	12,30	11,00
Erros por Ação Tarefa Alternância	5	21,60	7,80
Erros por Ação Tarefa Sustentação	1	14,10	12,70

Qualitativamente João se mostrou atento e engajado ao longo das sessões, com clara inquietação diante de tarefas mais longas e que exigiam esforço mental prolongado. Os resultados revelam adequada capacidade de amplitude atencional (amplitude de sua capacidade de perceber estímulos do ambiente) e oscilação na memória operacional (capacidade de manipular mentalmente as informações). João apresentou rendimento dentro da média diante de tarefas mais simples (com baixa demanda) e rendimento rebaixado em tarefas mais complexas, que exigiam a manipulação de uma maior quantidade de informações. Estes resultados são corroborados com as queixas trazidas pelos pais, onde estes afirmam que João não é capaz de realizar comandos com mais de três etapas, esquecendo do que precisava fazer.

Apresentou perda de rendimento em tarefas que demandavam atenção seletiva (inibição de distratores) e alternância (flexibilidade para engajar e desengajar o foco da atenção sem perder rendimento), juntamente com baixa velocidade para "tempo de reação", sugerindo lentidão na percepção do estímulo e na iniciação da resposta. Estes prejuízos justificam as queixas de desatenção trazidas pela mãe e corroboradas pela escola, e indicam que João pode perder produtividade e qualidade diante de tarefas que exijam habilidades mais complexas de atenção.

Diante da inibição de distratores, comete mais erros por ação do que seria esperado, podendo sugerir baixa capacidade de inibir distratores (atenção seletiva e controle inibitório), o que se mostra consistente com o comportamento de interromper a avaliadora antes que sua fala fosse finalizada, observado em sessão. Diante da capacidade de alternância, comete muitos erros de omissão e ação em uma tarefa, e aumento demasiado de tempo em outra tarefa (para que conseguisse alternar o foco entre um estímulo e outro), indicando dificuldade nesta habilidade, e justificando a queixa de demora para engajar a atenção no início das aulas.

Frente a tarefas que dimensionam a capacidade de sustentação da atenção, apresenta aumento de tempo e quantidade grande de erros por omissão (com aumento dos erros conforme passagem de tempo), indicando fragilidade em sua habilidade para concentrar e manter a concentração com qualidade após esforço mental prolongado (o que foi corroborado com o comportamento observado em sessão).

Demonstrou velocidade de processamento de informações oscilante: diante de tarefas que envolviam uso de cronômetro e velocidade João ora se mostrava capaz de realizar a atividade de maneira rápida e precisa, ora perdia rendimento e lentificava. Essa oscilação pode ser explicada por uma interferência do controle inibitório na velocidade de processamento; como perde o foco por não inibir distratores, acaba demorando mais tempo na realização de algumas atividades.

Demonstrou ainda um prejuízo na capacidade de organização e planejamento de ações, com rendimento muito abaixo do que seria esperado para a sua idade.

EXEMPLO 2:
Linguagem

Processo Envolvido	Tarefa	Pontuação Bruta	Percentil
Formação de Conceitos Verbais	Índice de Compreensão Verbal (WISC-IV)	111 (pontos compostos)	77
Fluência Verbal	Palavras Geradas Livremente	42	25
	Palavras Geradas em Restrição Fonêmica	17	50
	Palavras Geradas em Restrição Semântica	24	75
Processamento Sintático	Parte A – Erros (Hayling)	13,6s	5 – 25

Durante todo o processo da avaliação neuropsicológica, Alexandre demonstrou possuir discurso coerente, com prosódia adequada, bem como adequação sintática e uso pragmático em conformidade com a situação. Sua exposição e encadeamento de ideias respeitou uma sequência lógico-temporal. Não houve indícios de alteração de forma do discurso, entretanto seu curso, por vezes, se mostrou hesitante, em automonitoramento verbal constante. Em diversas tarefas verbais, o uso de inquérito para dirimir possíveis confusões argumentativas, foi benéfico a Alexandre, que soube reformular a ideia inicialmente verbalizada.

Não houve alterações significativas em termos de compreensão da linguagem. Alexandre demonstrou pleno entendimento de sentenças simples e complexas em todas as etapas da avaliação neuropsicológica.

Devemos colocar os resultados quantitativos no relatório?

Não há consenso em relação a isso. Muitos psicólogos acreditam que os resultados quantitativos são informações exclusivas do profissional responsável pela avaliação, e que ao disponibilizarmos estas informações, outros profissionais ou até mesmo os familiares e pacientes poderão interpretar de forma errônea aqueles dados. Já outros acreditam que, assim como os exames médicos sempre são disponibilizados, os resultados quantitativos de uma avaliação neuropsicológica também o devem ser, como direito do paciente.

Da mesma maneira que quem interpreta um resultado de exame de neuroimagem ou uma alteração no hemograma é o médico, com sua expertise, correlacionando a idade do paciente, antecedentes clínicos e familiares, além de resultados de outros exames, nós neuropsicólogos também fazemos o mesmo. E se pensarmos dessa forma, faz sentido que os resultados quantitativos estejam ali, até para que nossas interpretações tenham maior credibilidade.

Também acreditamos que os resultados quantitativos são fundamentais em casos como o de uma reavaliação. Em muitas situações, a reavaliação é fundamental (como acompanhamento evolutivo de idosos com Transtorno Neurocognitivo Leve, após neurocirurgias, após programas de intervenção) e, por inúmeras razões, podem não ser realizadas pelo mesmo profissional. Nestes casos, a reavaliação só pode ser correlacionada com achados anteriores se os dados quantitativos estiverem presentes no relatório.

Devemos calcular o escore z em todas as tarefas?

O escore z, calculado a partir de uma média e de um desvio padrão, pode ser calculado quando entendemos que aquele instrumento apresentou uma distribuição paramétrica, distribuição normal de Gauss. Contudo, a maioria dos nossos instrumentos não possuem esta distribuição normal, sendo mais indicado o uso do percentil, que é uma métrica que "corrige" esta distribuição não normal. Aqui mais uma vez cabe recomendarmos o livro elaborado pela neuropsicóloga Laiss Bertola, citado anteriormente.

Como classificar estes resultados?

As classificações das pontuações apresentam grande variabilidade entre autores e instrumentos. O percentil 20, por exemplo, pode ser classificado como "inferior" no teste "Bateria Psicológica da Atenção" (BPA), enquanto em um subteste da WISC-IV pode ser classificado como "média inferior" e em uma prova multidisciplinar concebida por Fernando Capovilla e Alessandra Seabra, por exemplo, pode ser considerado como "média". Qual está correto?

Todos estão.

As classificações são variáveis e determinadas também de acordo com o propósito do instrumento. **Nem todo instrumento tem um objetivo clínico**, como no caso da grande maioria dos testes que dimensionam a atenção, por exemplo. Considerar percentil 40 como "média inferior", como no caso da BPA, não tem uma finalidade clínica, mas possivelmente de concurso ou processo de seleção de pessoal.

Estas classificações descritivas das pontuações dos testes são componentes críticos na comunicação entre os resultados de diferentes testes. No entanto, não existe um sistema universalmente aceito para atribuir descritores qualitativos a essas pontuações. Também observamos que estas classificações das pontuações acabam sendo interpretadas pelos médicos e outros interessados de forma errônea, criando confusão aos leitores.

Em um esforço coletivo de diminuir esses ruídos de comunicação dos resultados de um processo avaliativo, especialistas em avaliação neuropsicológica e psicológica clínica e forense se reuniram em uma conferência de consenso na Reunião Anual de 2018 da Academia Americana de Neuropsicologia Clínica (AACN). Nesta conferência, estes profissionais sugeriram um sistema de classificação qualitativa

para descrever resultados de testes baseados no desempenho com distribuições normais e não normais (Guilmette *et al*, 2020). A proposta está descrita a seguir:

Pontuação Padrão	Percentil	Classificação das pontuações
≥ 130	≥ 98	Pontuação excepcionalmente alta
120 – 129	91 – 97	Pontuação acima da média
110 – 119	75 – 90	Pontuação média superior
90 – 109	25 – 74	Pontuação média
80 – 89	9 – 24	Pontuação média inferior

Percentil	Classificação das pontuações
> 24	Dentro das expectativas normais ou dentro dos limites normais
9 – 24	Pontuação média inferior
2 – 8	Pontuação abaixo da média
< 2	Pontuação excepcionalmente baixa

Devemos usar tabelas e gráficos?

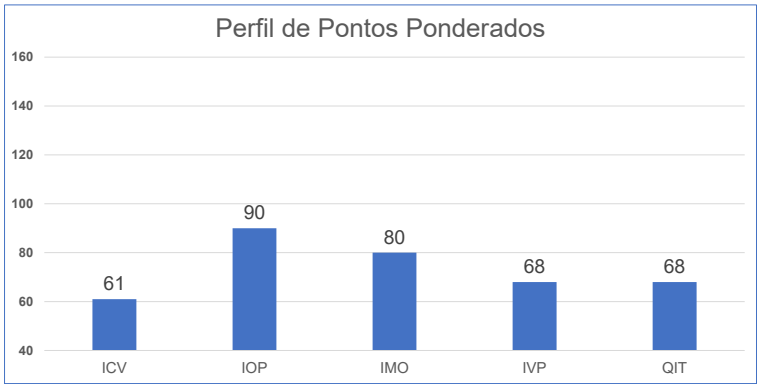
Sim, desde que eles auxiliem a compreensão dos leitores. A utilização de gráficos e tabelas pode facilitar a compreensão dos dados por parte dos leitores. Pode tornar a leitura do laudo mais didática.

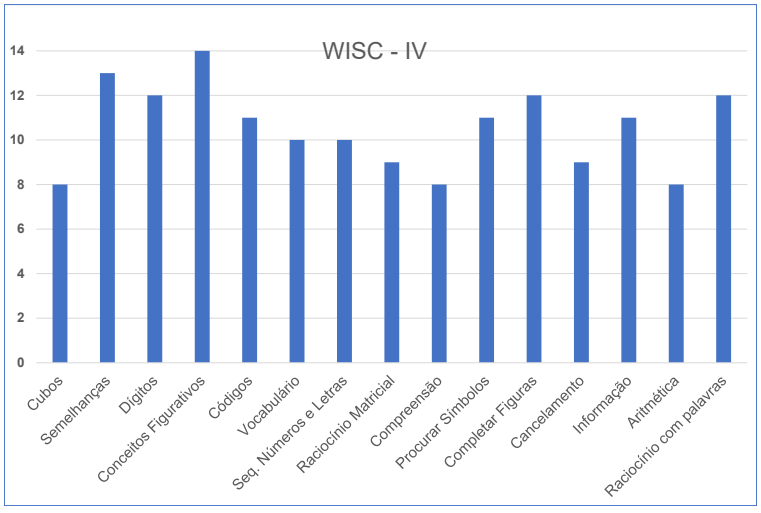
Contudo, os gráficos e tabelas devem ser **autoexplicativos,** e devem passar informações **relevantes**. Além disso, devemos tomar cuidado com a configuração e a imagem.

Vejam alguns exemplos de como **não** seria recomendável fazer, e sugestões de como fazer.

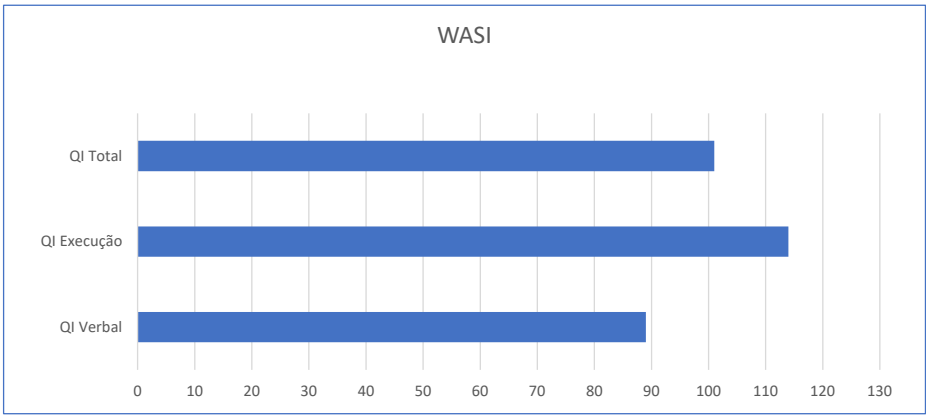
Escala Wechler de Inteligência para crianças - WISC - IV			
Índices	**Valor (pto. composto)**	**Rank Percentil**	**Classificação**
Compreensão Verbal (ICV)	82	12	Média inferior
Organização Percentual (IOP)	130	98	Muito superior
Índice de Memória Operacional (IMO)	74	4	Lmítrofe
Velocidade de processamento (IVP)	95	37	Média
QI Total	96	39	Média

Aqui a grade está em negrito, e a leitura fica “pesada”.

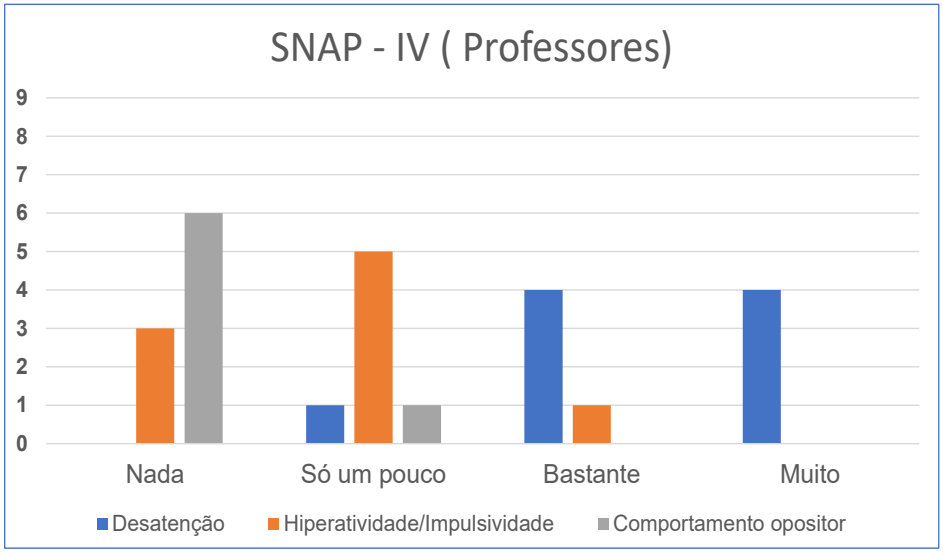




Nestes gráficos, o leitor consegue visualizar a pontuação, mas não consegue entender se há algum declínio ou facilidade. No eixo y do último gráfico, a pontuação ponderada aparece como indo até o número 14, quando na verdade sua pontuação máxima seria o 19. Com isso, uma pontuação 11, por exemplo, claramente na média, parece tão próxima da pontuação máxima que acaba confundindo o leitor.



Neste exemplo a referência do eixo x também não está adequada, pois a pontuação composta tem sua referência máxima no 160. Como o intervalo vai de 0 a 130 neste gráfico feito pelo autor, as pontuações 89 e 101, que são consideradas Média Inferior e Média, respectivamente, ocupam mais da metade do gráfico, dando a sensação de estarem acima da média, confundindo o leitor. Uma sugestão seria transformar o eixo X em percentil, passando a impressão de que o resultado 101 está localizado no percentil proximo ao 50, estando no meio da figura.



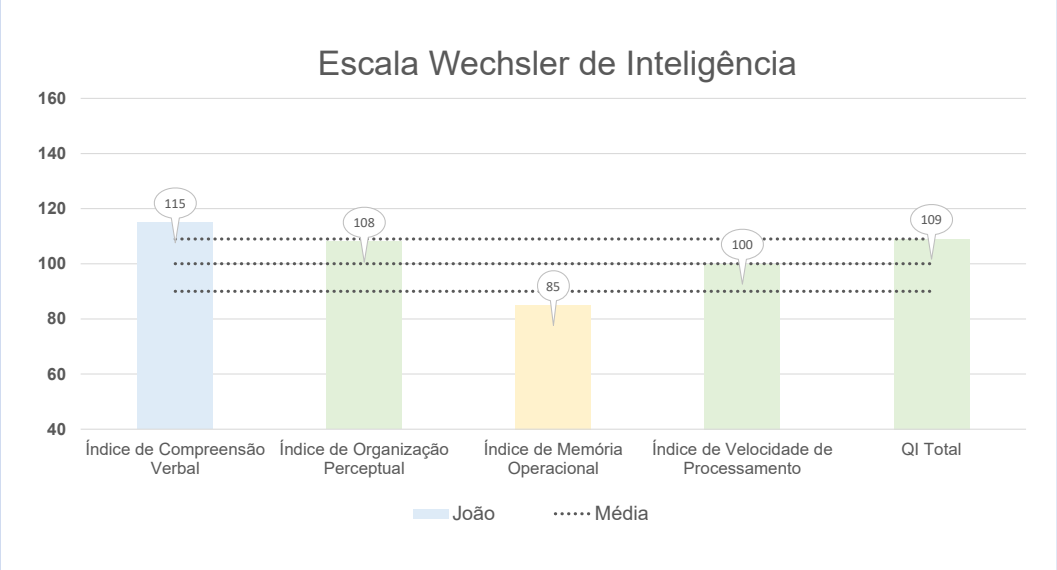
Já este gráfico é confuso e não fica claro se o paciente preenche ou não o critério A para os critérios diagnósticos do TDAH em ambiente escolar, segundo o DSM-5.

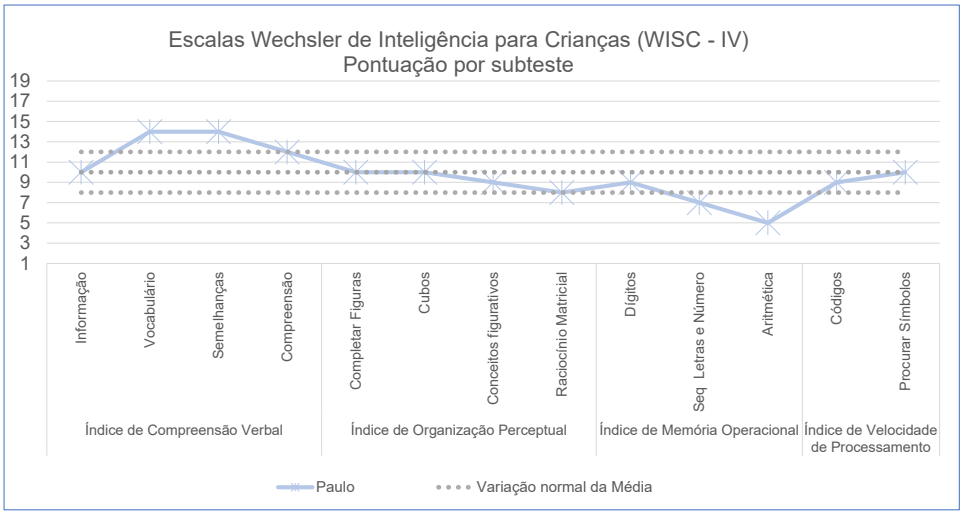
Sugestões de como fazer:

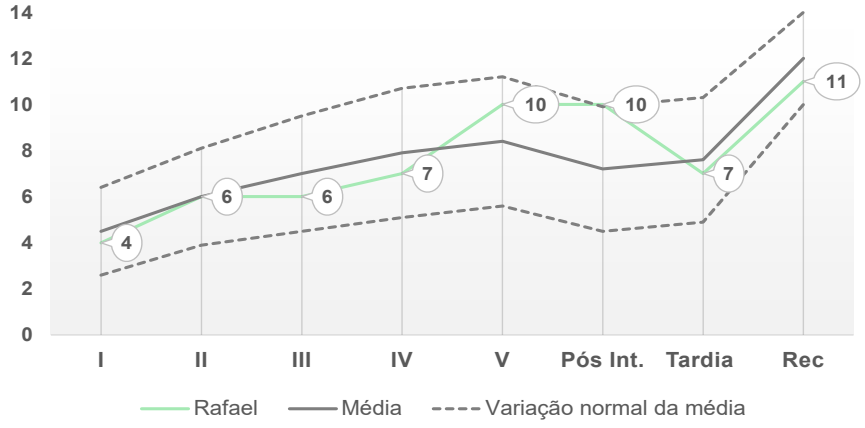
WISC IV (Escala Wechsler de Inteligência para crianças 4ª Ed)			
Escala	**Ponto Composto QI**	**Percentil**	**Classificação da pontuação**
Índice Compreensão Verbal (ICV	123	94	Acima da média
Índice Organização Percentual (IOP)	118	88	Média superior
Índice de Memória Operacional (IMO)	83	13	Mádia Inferior
Índice Velocidade de processamento (IVP)	83	13	Mádia inferior
QI Total	107	68	Média
Índice de habilidades Gerais (GAI)	124	95	Acima da média
Índice de Proficiência Cognitiva (CPI)	80	9	Mádia inferior

Escala Wechsler de Inteligência para crianças - WISC - IV			
Índices	**Valor (ponto composto)**	**Rank Percentil**	**Classificação**
Compreensão Verbal (ICV)	82	12	Média inferior
Organização Percentual (IOP)	130	98	Muito superior
Índice de Memória Operacional (IMO)	74	4	Lmítrofe
Velocidade de processamento (IVP)	95	37	Média
QI Total	96	39	Média

WISC IV (Escala Wechsler de Inteligência para crianças 4ª Ed)			
Escala	**Ponto Composto QI**	**Percentil**	**Classificação**
Índice Compreensão Verbal (ICV)	103	58	Média
índice Organização Percentual (IOP)	108	70	Média
Índice de Memória Operacional (IMO)	91	22	Média
Índice Velocidade de processamento (IVP)	92	42	Média
QI Total	101	53	Média







Nestes exemplos há cores que podem auxiliar o leitor a entender diferenças de resultados. Em todos os exemplos há clareza nas informações e traços suaves.

Ao colocarmos resultados em gráficos, é importante termos a referência do que seria esperado, a fim de que o leitor consiga entender se aquele resultado se encontra dentro, acima ou abaixo da variação normal da média.

8 - IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS / CONCLUSÃO

O objetivo desta seção é o de responder às questões principais (demanda) pelas quais o paciente foi encaminhado para a avaliação.

A conclusão do laudo não é o resumo de todos os resultados, mas sim a visão do profissional frente a eles. Caso o profissional sinta a necessidade de ter um

tópico com o resumo de todos os achados, podemos incluir uma seção anterior à conclusão intitulada “Resumo”.

Se as principais seções do relatório forem bem redigidas, é fácil escrever um resumo, já que as ideias principais de cada seção poderão ser reunidas, transmitindo os pontos principais.

Alguns avaliadores **não** incluem um Resumo, por algumas razões: (1) incentiva o leitor a ignorar o corpo do relatório, (2) é redundante e (3) torna os relatórios desnecessariamente mais longos.

A seção “Conclusão” pode incluir uma breve atualização do histórico do avaliado, os principais achados neuropsicológicos e uma opinião diagnóstica, quando possível. **Forneça dados suficientes para apoiar as conclusões. Retome a demanda, e responda!**

Se uma hipótese diagnóstica formal não for possível de ser incluída, **indique uma impressão clínica evidente**. Os resultados podem indicar que a pessoa não atende aos critérios para o diagnóstico de uma condição específica, mas mostra a necessidade de apoios específicos. Por exemplo, o avaliador pode escrever *“Embora o perfil de funcionamento cognitivo de João não contemple integralmente aos critérios da hipótese diagnóstica de Transtorno Específico da Aprendizagem, seu funcionamento intelectual na faixa média inferior, em conjunto a um histórico de faltas frequentes na escola e a um ambiente familiar pouco estruturado, podem explicar as dificuldades importantes no processo formal de aprendizagem, sugerindo que o mesmo receba apoio psicopedagógico para suprir as lacunas neste processo”.*

Em algumas situações, **o avaliador pode descartar condições**, **em vez de chegar a um diagnóstico definitivo.** A demanda pode se concentrar em saber se a pessoa tem ou não um transtorno específico. Por exemplo: “*os pais de Rosa e o professor da escola observaram dificuldades de relacionamento e certo isolamento social. A mãe de Rosa leu recentemente um artigo sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e temia que Rosa pudesse ter esse diagnóstico. Os resultados da avaliação e as impressões clínicas indicaram, no entanto, que Rosa apresenta leve ansiedade social, mas não apresenta outras características ou sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEA”.*

Já em outras situações, **um avaliador pode apoiar uma impressão clínica em detrimento de outra.** Por exemplo: *“Amanda, uma menina da primeira série do ensino fundamental, foi encaminhada devido à sua má caligrafia. Sua professora*

sentiu que Amanda tinha um problema grave com as habilidades motoras finas. Sua mãe, no entanto, acreditava que sua letra era ruim porque ela está sempre com pressa de realizar as tarefas e só consegue focar sua atenção por breves períodos. Em exame mais aprofundado das questões quantitativas e qualitativas, foi observado que Amanda possuí habilidades motoras adequadas. Em testes cronometrados, a escrita de Amanda se mostra pouco legível, mas em tarefas não programadas, sua letra melhora de forma significativa. Esta observação, juntamente com outros dados obtidos de seu funcionamento cognitivo e comportamental corroboraram que a má caligrafia de Amanda parece reflexo de sua impulsividade".

É importante também determinar se você está ou não qualificado para fazer um diagnóstico. Sempre considere que tipos de diagnósticos, sua função e treinamento profissional o qualificam. Como regra geral, quando você perceber que os sintomas e características apresentadas pelo indivíduo, estão fora do seu domínio de conhecimento e experiência, não faça um diagnóstico; apenas descreva o que você observou e sugira a necessidade de um encaminhamento ao especialista apropriado. Nos casos em que os avaliadores descrevem o que observaram, **estas informações no laudo podem ser usadas por outro profissional como uma peça de evidência que contribui para a formulação de uma impressão diagnóstica precisa.**

Por fim, lembre-se de que as impressões de diagnóstico são exatamente isso: **impressões.** Sua avaliação fornece uma captura instantânea de uma pessoa em um recorte temporal, durante um período de desenvolvimento. Avaliações futuras podem fornecer suporte adicional às suas conclusões ou sugerir que as descobertas do passado não são mais precisas ou aplicáveis.

Dois exemplos de escrita nesta seção:

EXEMPLO 1:

CONCLUSÃO: Olga, uma menina de 8 anos de idade, cursando o 3º ano do ensino fundamental, recebeu diagnóstico prévio de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Deficiência Intelectual (DI). Desde a primeira infância Olga apresentou atraso na aquisição da linguagem, comportamento hiperativo e desatento, dificuldade de aprendizagem e recentemente realizou exame do processamento auditivo central, que acusou alterações. Passou recentemente com psiquiatra que solicitou nova avaliação por não concordar com o diagnóstico anterior de DI.

A avaliação realizada através da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças

(WISC-IV) demonstrou uma significativa variação na pontuação dos índices da escala, fazendo com que o QI total não represente de forma fidedigna o seu funcionamento intelectual global. Olga demonstrou rendimento dentro da média diante de tarefas cujo estímulo era apresentado visualmente, tanto diante da atenção quanto diante da capacidade de raciocínio e abstração. Já diante de estímulos auditivo verbais, demonstrou perda de rendimento tanto em tarefas com demanda de raciocínio quanto com demanda atencional e de memória operacional (com rendimento variando de limítrofe a média inferior). Estes resultados podem ser, ao menos em parte, justificados pela alteração no processamento auditivo central, verificada em exame prévio.

Apesar de ter feito uso de cloridrato de metilfenidato durante o processo de avaliação, Olga perdeu muito rendimento em tarefas que exigiam habilidades atencionais, assim como necessitou de apoio da avaliadora para manter-se engajada, focada e motivada. Mostrou-se excessivamente queixosa e resistente em tarefas que exigiam esforço mental. Estas dificuldades são percebidas pela própria Olga, que demonstrou pontuação positiva para problemas de desatenção e hiperatividade/impulsividade em questionário para avaliação dos sintomas.

Estes resultados são compatíveis com o diagnóstico de TDAH. Apesar do paciente estar sendo medicado para este propósito, alguns sintomas, como a desatenção, parecem continuar a interferir de forma importante no funcionamento do paciente.

Juntamente com os resultados que apontam uma discrepância entre as tarefas verbais e não verbais da WISC-IV, que podem ser em parte justificados pela alteração no processamento auditivo central, há também um comprometimento nas habilidades de leitura e escrita que não parecem ser totalmente explicados por este processamento auditivo alterado ou até mesmo pela desatenção. Olga demonstra as habilidades de leitura e escrita muito aquém de seu funcionamento intelectual. Apresenta, ainda, baixa velocidade de nomeação e alteração na consciência fonológica. Este perfil de rendimento parece caracterizar um quadro compatível com Transtorno de Aprendizagem (Dislexia e Disortografia).

É fundamental que Olga realize intervenção para o tratamento do processamento auditivo central, além de acompanhamento com psicopedagoga com enfoque nas habilidades de escrita e leitura, e, conforme sua evolução, será possível verificar se as suas dificuldades são compatíveis com um Transtorno ou com apenas com uma dificuldade de aprendizagem (secundária à alteração do processamento auditivo e ao quadro de TDAH)".

EXEMPLO 2:

Ana Maria de Sanctis, 54 anos, psicóloga especialista em Terapia Cognitivo Comportamental, foi submetida a avaliação neuropsicológica em resposta à demanda apresentada de dificuldades atencionais, e queixas subjetivas de declínio mnéstico. Assim, a partir das informações obtidas nas entrevistas clínicas, na observação comportamental, no resultado de testes e recursos multidisciplinares próprios da expertise neuropsicológica e do uso de escalas comportamentais, permite-se inferir no atual recorte de tempo que Mara possui eficiência intelectual preservada, em nível superior à variação média quando comparada a seus pares, com constância e estabilidade entre todos os subdomínios verbais e não verbais.

No que diz respeito a sua capacidade de aprender, Ana demonstra aquisição preservada de novos conteúdos, e mesmo com o impacto de distratores e de passagem de tempo mais prolongada (maior do que 20 a 30 minutos em média), a consolidação e evocação de informações previamente aprendidas se mostrou satisfatória, tanto do ponto de vista verbal, quanto visual.

Ana conseguiu demonstrar satisfatória amplitude atencional e manipulação mental de informações mantidas em curto prazo na sua memória, com o adequado manejo da ansiedade e estimulação constante por parte do examinador. Também performou de forma segura e preservada em tarefas com exigência de flexibilidade cognitiva, raciocínio dedutivo e visuoconstrução – cabe salientar este último domínio cognitivo como sendo uma habilidade robusta e eficaz no rol da paciente.

Em relação a aspectos de sua personalidade e verificação de sintomas psicopatológicos de ordens diversas, Ana não apresenta disfuncionalidade executiva ou prejuízos funcionais decorrentes de uma hipotética desatenção basal. A hipótese suspeitada pela paciente de que possui Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade parece não se sustentar com os achados desta avaliação. Entretanto, em autorrelato a paciente demonstrou presença de sinais moderados de alteração de sono, irritabilidade, concentração e autoestima, decorrentes da ação de humor deprimido. Aliado a necessidades psicológicas evidenciadas pela paciente de autonomia, exibição e mudança, este suposto humor deprimido pode acarretar impressões subjetivas de falhas mnésticas e sobrecarga de demandas alheias a serem respondidas com afinco e presteza.

Desta forma, momentaneamente, Ana pode apresentar perfil compatível com hipóteses diagnósticas para transtornos relacionados a alteração de humor do tipo depressivo, com presença de ansiedade moderada frente a estressores ambientais, que no momento, estão em maior intensidade e frequência".

QUADRO 7: Exemplos de como **não** seria recomendável descrever esse tópico:

EXEMPLO	COMENTÁRIOS
CONCLUSÃO: De acordo com a escala Wechsler Abreviada de Inteligência, Alex apresentou uma eficiência intelectual na faixa médio superior (QIT 118), onde se pode perceber preservação na área cognitiva. Em tarefas que se avaliam o raciocínio abstrato e flexibilidade mental apresentou eficiência melhorada ao longo de categorias consecutivas, principalmente devido a aprendizagem. Apresentou capacidade de gerar palavras por comando dentro de um período de tempo fixo. Nas tarefas onde avaliam memoria apresentou um resultado deficitário na preservação a longo prazo, teve dificuldade na evocação imediata de estímulos verbais e visuais. O conteúdo verbal e visual aprendido não foi armazenado, após interferência e intervalo de tempo. Em questionários para avaliação do humor Alex apresentou pontuação leve para ansiedade e mínima para sintomas de depressão. Dentro do que foi observado sugere uma Deficiência Cognitiva Leve (DCL). Sugere-se retestagem neuropsicológica após intervalo de aproximadamente 8 a 10 meses, como forma de avaliar evolutivamente as queixas e o perfil cognitivo atual.	Neste exemplo, o autor faz um resumo dos achados psicométricos, sem fazer qualquer correlação destes achados com a queixa, história de vida do paciente e do seu contexto. Da mesma forma, não há referência à demanda. O avaliador conclui uma hipótese cujo nome está errado (provavelmente quis se referir ao Transtorno Neurocognitivo Leve, anteriormente descrito como Comprometimento Cognitivo Leve). Por fim, não descreveu os demais critérios relacionados aos quadros de Transtorno Neurocognitivo Leve e Maior, que leva em consideração a funcionalidade nas atividades de vida diária, como critério diagnóstico diferencial entre eles.

EXEMPLO	COMENTÁRIOS
CONCLUSÃO: De acordo com os resultados da avaliação, entende-se que parte das dificuldades de Elizabeth encontram-se na área da Linguagem. Sugere-se que o reforço escolar seja mantido. É importante construir e nutrir a auto confiança da paciente, para mantê-la motivada mesmo diante de tarefas mais complexas. Diante de instruções é essencial ter certeza que Elizabeth compreendeu a instrução toda, principalmente se depender de sua própria leitura. Também sugere-se permanecer em acompanhamento tanto fonoaudiólogo quanto neuropsicológico para discernir se as dificuldades escolares apresentadas são de aspecto atencional ou do processamento auditivo.	A conclusão não deixa claro quais aspectos da linguagem se encontram alterados. No decorrer da conclusão o autor dá a entender que a dificuldade está nas habilidades acadêmicas e não em aspectos globais da linguagem. No final o autor descreve que o acompanhamento com fonoaudiólogo e neuropsicólogo é o que irá discernir sobre se a dificuldade se trata de um déficit atencional ou de uma eventual alteração no processamento auditivo. Mas ainda nos restam perguntas: a atenção não foi avaliada? O que o avaliador concluiu de sua capacidade atencional? O autor fala da importância de se nutrir a auto confiança do avaliado para que este se mantenha motivado. Trata-se de uma sugestão, mas o que foi avaliado para que o autor fizesse tal sugestão? Este exemplo de conclusão mistura dúvidas e sugestões e perde o foco principal do tópico: responder a demanda. Por fim, o autor aborda as possíveis dificuldades escolares e compreensão leitora, mas não levanta a possibilidade de um transtorno de aprendizagem, e sim de uma dificuldade secundária à desatenção ou processamento auditivo. Que achados levaram o autor a excluir estas hipóteses?

EXEMPLO	COMENTÁRIOS
CONCLUSÃO: Os dados obtidos através da avaliação neuropsicológica apontam que a eficiência intelectual se situou na faixa Média (QIT = 101). Á partir dos aspectos neuropsicológicos avaliados foi possível observar rendimento adequado nas tarefas de memória, abstração visioespacial e aprendizagem, dificuldade leve em tarefas atencionais, organização perceptual, sequenciamento de raciocínio durante exposição oral, na fluência semântica e na capacidade de abstração. Mostrou acentuada dificuldade em tarefas que exigem rastreio visual e para alternar continuamente conceitos distintos.	Neste exemplo a conclusão se resume a descrever os achados psicométricos e não ao real funcionamento cognitivo do avaliado. Não há qualquer relação dos achados com a queixa, história de vida e contexto do avaliado. Quanto aos aspectos psicométricos, também não é possível identificar quais déficits são primários e secundários ou comórbidos. Além disso, a conclusão não se preocupou em responder a nenhuma demanda.

9 - RECOMENDAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

Assim como as avaliações são solicitadas por várias razões, exigem também diferentes recomendações.

O neuropsicólogo deve estar familiarizado com as técnicas de reabilitação, terapias e procedimentos básicos de gestão na sua área de especialização, bem como com os recursos locais disponíveis para prestar estas assistências.

Nomes e números de telefone das instituições de tratamento, de formação ou de apoio específico, podem ser incluídos como apêndices ou fornecidos como documentos separados durante a sessão de devolutiva.

Você pode ainda fornecer aos pais documentos informativos sobre os serviços locais disponíveis e seus benefícios. Pode também incluir as suas recomendações para direcionar melhor os seus clientes, os pais ou professores, a recursos específicos, como livros, organizações ou sites.

A seguir, exemplos deste tipo de recomendação:

- *Para obter mais informações sobre o gerenciamento do TDAH, considere ingressar em "Centro de crianças e adultos com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade" (CCATDAH). (0800-000-00-00, www.ccatdah.org). Esta organização fornece recursos valiosos para crianças e adultos.*
- *Como Mel foi identificada com Transtorno da Deficiência Intelectual, sugere-se acompanhamento na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), telefone 2222-2222, situada na Rua Antures, 3000, São Paulo, SP.*

Outras recomendações incluem dicas práticas para o paciente e o cuidador para a gestão de suas dificuldades, implicações em sua vida diária, ocupacional e educacional, e, em alguns casos, uma estimativa de quando a reavaliação deve ser agendada para dimensionar o progresso ou o declínio futuro.

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Nesta sessão devemos colocar a referência bibliográfica de todos os instrumentos/testes utilizados, incluindo estudos preliminares com amostras populacionais brasileiras publicados em artigos científicos.

Nos casos em que é possível sustentar hipóteses diagnósticas baseadas em uma nosologia (como, por exemplo, funcionamento neuropsicológico compatível com o perfil esperado para o Transtorno Específico da Aprendizagem da Leitura - Dislexia), devemos elucidá-las citando a nossa fonte de conhecimento. Quando os critérios diagnósticos das versões correntes da CID e do DSM são utilizados para tal intento, esses manuais também devem ser referenciados.

FORMA ALTERNATIVA E TAMBÉM CORRETA DE SE ESTRUTURAR O LAUDO

Há uma maneira interessante de estruturar o laudo: é possível utilizar a seção "Resultados" para descrever as pontuações dos testes e instrumentos aplicados, e incluir uma seção posterior de Análise ou Interpretação. Nesta seção é realizada a integração de todos os resultados quantitativos e qualitativos, dados de anamnese, histórico clínico e contexto do avaliado, interpretando todos os achados coletados.

NUMERAÇÃO DE PÁGINA

A numeração garante que, se uma página estiver ausente, danificada ou com algum tipo de erro, isso possa ser identificado pelo leitor

INDICAR A VALIDADE DA AVALIAÇÃO

Segundos normas do conselho de psicologia, no último parágrafo do laudo devemos incluir o seu prazo de validade, que deve levar em consideração a normatização vigente, a natureza dinâmica do trabalho realizado, além da necessidade de atualização contínua das informações. A validade também vai ao encontro da hipótese diagnóstica levantada, da progressão do possível transtorno/déficit verificado, e do tempo de ação necessários para que uma recomendação feita possa ser observada no funcionamento cognitivo do paciente. A validade da avaliação também é definida pelas conclusões e recomendações que apontamos.

Exemplo de como descrever:

Ressalta-se que, o ser humano possui uma natureza dinâmica; não definitiva e não cristalizada. Sendo assim, os resultados aqui expostos dizem respeito ao desempenho das funções cognitivas, como também, da personalidade, humor e afetividade, de Eleonora no momento presente, podendo haver alterações posteriores, dependendo das contingências ambientais vivenciadas e/ou do(s) acompanhamento(s) recebido(s).

A avaliação neuropsicológica é um exame complementar e deve ser interpretado à luz de outras informações clínicas.

LAUDO PSICOLÓGICO
com enfoque neuropsicológico

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Naomi Algort Dommet
Data de nascimento: 02/10/2010
Escolaridade: 4 o. ano do Ensino Fundamental II
Responsáveis: Olga Helene e Gerardus Simões
Solicitante: Dr.Marcos Felix Lara

Idade na avaliação: 9 anos e 2 meses
Data da avalição: dezembro/2019
Lateralidade: destra

Dados de Identificação do Autor:
Nome do autor: Fernão Rodrigues Simões **CRP: 06/00000**
Qualificações: Psicólogo formado pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, especialista em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Psicologia, Mestre em ciência pela Divisão de Neurológica da Faculdade de Medicina da USP e Doutor em Psicologia pela Faculdade de Psicologia da USP.

2. DEMANDA:

Queixas de comportamento desatento, impulsivo e opositor. Estudava em período integral e as queixas escolares eram frequentes, sem muita percepção familiar. Contudo, há um ano mudou para meio período na escola, ficando mais tempo com a mãe, que passou a notar as dificuldades de Naomi. Consultou com neurologista, que solicitou uma avaliação neuropsicológica.

3. PROCEDIMENTOS:

Foram realizadas oito sessões divididas em anamnese, sessões de avaliação e devolutiva. Os encontros ocorreram nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, com duração de aproximadamente uma hora cada. Os procedimentos adotados estão descritos abaixo. As pontuações quantitativas serão classificadas conforme proposto por Guilmette T.J et al (2020), detalhado na seção dos Resultados.

3.1 Anamnese semidirigida
Anamnese realizada com a mãe de Naomi, Júlia.

3.2 Aplicação de testes psicológicos
Escala Wechsler de Inteligência para Crianças 4ª Ed. (WISC IV) [1]
Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT)[2]
Figuras Complexas de Rey (FCR) [3]
Teste dos Cinco Dígitos (FDT) [4]

[1] WECHSLER, D. Escala de Inteligência Wechsler para crianças (WISC-IV). Padronização Brasileira: Fabián Javier Marín Rueda; Ana Paula Porto Noronha; Fermino Fernandes Sisto; Acácia Aparecida Angeli dos Santos; Nelimar Ribeiro de Castro. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2013.
[2] O teste de aprendizagem auditivo-verbal de Rey: normas para uma população brasileira/ The Rey auditory-verbal learning test: norms for a braziliam sample. Fonte: revista Brasileira Neurologia; 36(3):79-83, maio-junho.2000 graf.
[3] REY, A. Figuras Complexas de Rey – Teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas. Adaptação Brasileira: Margareth da Silva Oliveira e Maisa dos Santos Rigoni, Casa do Psicólogo, 2010.
[4] SEDÓ, M. Teste dos cinco dígitos – FDT. Padronização Brasileira: Jonas Jardim de Paula, Leandro F. Malloy-Diniz, São Paulo, Editora Hogrefe-CETEPP, 2015

Teste de Atenção Visual (TAVIS-4) [5]
Subtestes da NEPSY–II (normas baseadas em amostra populacional americana – os resultados quantitativos serão interpretados em conjunto com outros dados) [6]

3.3 Tarefas para verificação de habilidades cognitivas com estudos preliminares de padronização para a população brasileira e tarefas qualitativas
Tarefa de fluência verbal [7]
Teste de Desempenho Escolar (TDE- II) [8]

3.4 Aplicação de escalas
EBADEP-IJ (Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil) [9]
Scared (Questionário de Ansiedade) [10]
ETDAH - Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade em Ambiente Familiar – Versão para Pais [11]

4. INFORMAÇÕES PRELIMINARES (oferecidas pela mãe de Naomi):

Gestação e parto: A gestação de Naomi foi a segunda de duas gestações, não sendo planejada, mas bem aceita. Houve acompanhamento pré-natal e assim como o parto (a termo, cesáreo) não apresentou intercorrências. Ao nascer, pesou 3,650 kg e mediu 49 cm. Escore Apgar foi de 9 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto. Recebeu alta hospitalar junto com a mãe;

DNPM: Alcançou os marcos do desenvolvimento dentro do esperado, sem indícios de atraso;

Escolarização: Naomi ingressou na escola aos três anos de idade e permaneceu na mesma instituição até final de 2018. Segundo a coordenadora, era uma sala atípica, com crianças muito agitadas. Todas queriam se destacar e chamar a atenção. Este ano (2019) iniciou em nova escola, meio período. A sala de aula é maior que da escola anterior, e parece, por enquanto, ser uma sala mais tranquila. É uma sala que foi formada com alunos de outras escolas. Ninguém se conhecia e Naomi demonstrou excelente adaptação. Apresenta ótima socialização, desde pequena. Nunca apresentou dificuldades relacionadas à aprendizagem. Contudo, ainda comete erros na escrita, realizando trocas de letras que já não seriam esperadas para a idade, como trocar “ão” por “am”. Na época da alfabetização os pais e avós perceberam que ela estava mais atrasada do que os colegas, apesar de a escola não apresentar queixas. Nas férias a avó estudou com Naomi, através do método fônico de alfabetização e ela evoluiu muito bem.
A escola sempre relatou que Naomi é uma criança carinhosa, mas que frequentemente briga e se desentende com as outras crianças, principalmente quando contrariada. Após as brigas costuma pedir desculpas e mostrar arrependimento. Naomi apresenta ainda comportamento de chamar a professora a todo momento e pedir ajuda mesmo quando é capaz de realizar a tarefa sozinha, além de demorar para copiar a lousa. Este comportamento sempre esteve presente (na escola anterior, e na atual).
Não tem boa fluência de leitura, assim como demonstra dificuldade na compreensão de textos. Quando outra pessoa lê, sua capacidade de compreensão não parece melhorar. Na nova escola os

[5] COUTINHO, G.; ABREU, N.; MATTOS, P. & ERTHAL, P. (2018). Teste de Atenção Visual – TAVIS 4 (TAVIS 4). Centro de Neuropsicologia Aplicada CNA.
[6] KORKMAN, M., KIRK, U., KEMP, S. NEPSY – II. Tradução de Transperfect. São Paulo, Editora Pearson, 2019.
[7] OLIVEIRA, R.M. et al. Normative Data and Evidence of Validity for the Rey Auditory Verbal Learning Test, Verbal Fluency Test, and Stroop Test With Brazilian Children. Psychology & Neuroscience, v.9, n. 1, p. 54–67, 2016.
[8] ILNITSKY, L., GIACOMONI, C. H., FONSECA, R. P. Teste de desempenho escolar – TDE-II (2º edição). São Paulo, Editora Vetor, 2019.
[9] BAPTISTA M.N. Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (ABADEP-IJ). Hogrefe, 2018.
[10] ISOLAN L., SALUM G.A., OSOWSKI A.T., AMARO E., MANFRO G.G. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents Journal of Anxiety Disorders 25 (2011) 741–748
[11] BENCZIK, E.B.P. Escala de. Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade em Ambiente Familiar – Versão para Pais, São Paulo, Editora Memnon, 2018.

textos estão muito grandes e ela tenta se esquivar, chamando a mãe ou professora constantemente para que leiam para ela.
Os pais percebem que Naomi apresenta uma boa memória.

Comportamento, relacionamentos e humor: Naomi é uma criança comunicativa e muito carinhosa com todos. Todavia, tem recebido queixas de comportamento da escola desde os quatro anos de idade. Demonstra comportamento agitado e impulsivo e muita dificuldade em lidar com frustrações. Quando Naomi não concorda com alguma situação, costuma confrontar: aumenta o tom da voz e discute sem respeitar figuras de autoridade. Apesar de os pais tentarem castigá-la tirando tablet, computador, deixando de levá-la em lugares e eventos que gosta, nada parece abalá-la. Muitas vezes não lembra o que ela mesma falou durante as brigas. Mãe acredita que Naomi é tão impulsiva, que só percebe como agiu depois da reação dos pais. Não costuma ser assim com outras pessoas.
Em casa costuma pedir constantemente a ajuda da mãe para as tarefas escolares. Quer que leia para ela e a ajude em todas as tarefas. Contudo, a mãe não cede e isso faz com que Naomi se descontrole e chore muito, chegando a soluçar. Este comportamento é diário e tem acontecido há pelo menos dois anos. A mãe de Naomi relata que vai dando sinais de que está ficando brava, mas ela parece não perceber, continua agindo de forma a se esquivar de tarefas que acredita serem longas/desgastantes/difíceis. Fica muito brava, chora, e depois de muito tempo se acalma e faz a lição, de forma correta e independente. Estes comportamentos têm sido diários. Logo depois age como se nada tivesse acontecido.

Naomi se mostra muito desorganizada e bagunceira. Costumava perder os objetos pessoais com frequência.

É preciso pedir várias vezes para que faça alguma coisa; quando os pais perdem a paciência, então ela faz. Parece não ter consciência de que está fazendo algo errado e se prejudicando.
Naomi foi submetida a acompanhamento psicoterápico por um ano (entre 2018 e 2019), onde recebeu o diagnóstico de Transtorno Opositivo Desafiante. Entretanto, os pais não perceberam mudanças em seu comportamento, e os hábitos de confrontar e não seguir regras impostas pelos pais continuaram.

Não gosta de brincar sozinha e prefere interagir com outras crianças. Não faz atividades de quebra-cabeça, não brinca quietinha com suas coisas. Fica por tempo prolongado com o irmão, mas logo brigam. Se pudesse, ficaria a tarde toda entretida no tablet/celular.
Bastante espontânea. Fala demasiadamente.

Atualmente a mãe está ficando mais tempo com Naomi devido às mudanças na carga horária da escola. Tem percebido as dificuldades de Naomi, principalmente quando precisa realizar as lições de casa.

Realizaram consulta com o neurologista, que solicitou a avaliação neuropsicológica.

Histórico clínico: Sem informações relevantes.

Antecedentes familiares: O pai, Gerardus, acredita que o comportamento desatento e a esquiva em relação a lição de casa apresentado por Naomi é muito semelhante ao que sua irmã (tia de Naomi) apresentava na infância.

5. OBSERVAÇÕES CLÍNICAS:

Naomi se mostrou receptiva ao contato e cooperou durante todo o processo de avaliação. Contudo, demonstrou clara inquietação e dificuldade em manter-se engajada em atividades mais

longas e que demandavam esforço mental prolongado. De maneira consistente interrompia a fala da avaliadora, não esperando a conclusão das instruções.

Compreendeu as instruções simples e complexas oferecidas ao longo das sessões.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Avaliação feita por meio de testes específicos para cada função cognitiva conforme normas éticas propostas pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia), além de instrumentos com estudos preliminares na população brasileira e tarefas qualitativas para a complementação da investigação e junção destes resultados com os dados da história de vida do paciente e comportamento em sessão.

Utilizaremos neste laudo um sistema de classificação qualitativa para descrever resultados de testes baseados no desempenho com distribuições normais e não normais conforme proposto por especialistas em avaliação neuropsicológica e psicológica clínica e forense em uma conferência de consenso na Reunião Anual de 2018 da Academia Americana de Neuropsicologia Clínica (AACN), (Guilmette et al, 2020). A proposta está descrita a seguir:

Classificação das pontuações padrões e percentis para testes com distribuições normais, conforme proposta de Guilmette et al (2020) [12]

Pontuação padrão	Percentil	Classificação das oportunidades
≥ 130	≥ 98	Pontuação excepcionalmente alta
120 – 129	91 – 97	Pontuação acima da média
110 – 119	75 – 90	Pontuação média superior
90 – 109	25 – 74	Pontuação média
80 – 89	9 – 24	Pontuação média inferior
70 – 79	2 – 8	Pontuação abaixo da média
< 70	< 2	Pontuação excepcionalmente baixa

Classificação dos percentis para testes com distribuições não normais, conforme proposta de Guilmette et al. (2020)[12]

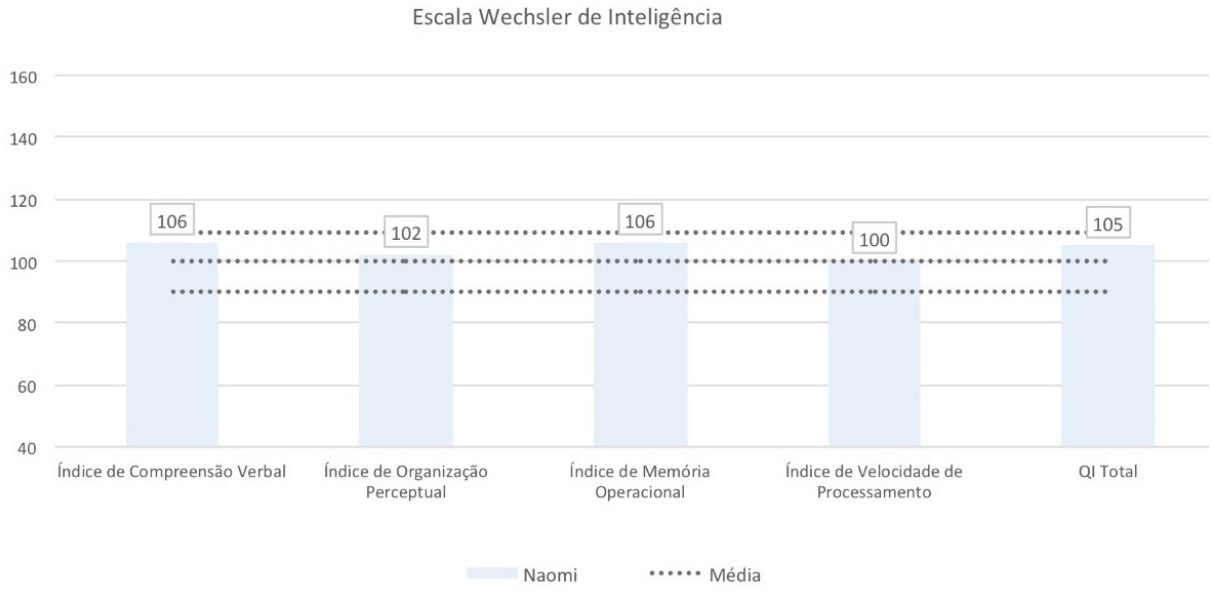
Percentil	Classificação das pontuações
> 24	Dentro das expectativas normais ou dentro dos limites normais
9 – 24	Pontuação média inferior
2 – 8	Pontuação abaixo da média
< 2	Pontuação excepcionalmente baixa

[12] GUILMETTE T.J., SWEET J.J., HEBBEN N., KOLTAI D., MAHONE E.M., SPIEGLER B.J., STUCKY K., WESTERVELD M. & Conference Participants (2020) American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on uniform labeling of performance test scores, The Clinical Neuropsychologist, 34:3, 437-453, DOI: 10.1080/13854046.2020.1722244

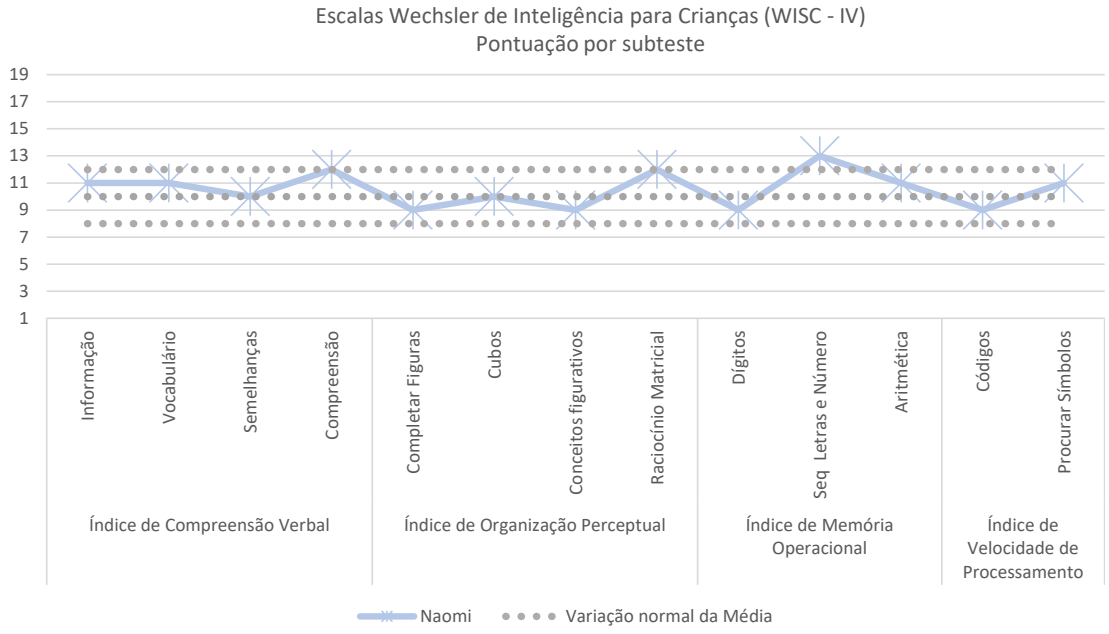
6.1 Inteligência:

WISC IV (Escala Wachsler de inteligência para crianças 4ª Edição)			
Escala	Ponto composto QI	Percentil	Classificação
Índice de Compreensão Verbal (ICV)	106	66	Média
Índice de Organização Perceptual (IOP)	102	55	Média
Índice de Memória Operacional (IMO)	106	66	Média
Índice de Velocidade de Processamento (IVP)	100	50	Média
QI Total (QIT)	105	63	Média

Naomi foi submetida a aplicação dos subtestes da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças - 4ª Edição (WISC-IV), a partir dos quais foram derivados os seus Pontos Compostos. O QI Total (QIT) é derivado da combinação de pontuações em 10 subtestes e é considerado a estimativa mais representativa do funcionamento intelectual global. O QIT de Naomi se encontra na classificação média, superando aproximadamente 63% de outras crianças de sua mesma faixa etária.



Ao compararmos os diferentes índices da escala entre si, dentro de uma análise intraindividual, observa-se rendimento homogêneo entre as habilidades avaliadas (raciocínio verbal e não verbal, manipulação mental de informações – controle mental e velocidade de processamento).



6.2 Atenção e Funções Executivas

Subteste Dígitos (WISC IV)	12 pontos	Ponto ponderado 9	Percentil 37
Dígitos Ordem Direta (WISC IV)	6 pontos (span 4)	Ponto ponderado 8	Percentil 25
Dígitos Ordem Inversa (WISC IV)	6 pontos (span 3)	Ponto ponderado 10	Percentil 50
Diferença de Span entre OD e OI	1 ponto	Escore z 0,66	Percentil 74
Subteste Aritmética (WISC IV)	20 pontos	Ponto ponderado 11	Percentil 63
Subteste Seq. de Núm e Letras (WISC IV)	18 pontos	Ponto ponderado 13	Percentil 84
Subteste Códigos (WISC IV)	30 pontos	Ponto ponderado 9	Percentil 37
Subteste Procurar Símbolos (WISC IV)	19 pontos	Ponto ponderado 11	Percentil 63
Inibindo Respostas – Nomeação Tempo (NEPSY II)*	85 segundos	Ponto ponderado 3	Percentil 1
Inibindo Respostas – Nomeação Autocorreção (NEPSY II)*	0 erros	-	Percentil > 75
Inibindo Respostas – Nomeação Erros não corrigidos (NEPSY II)*	0 erros	-	Percentil 51 – 75
Inibindo Respostas – Nomeação Escore Combinado (NEPSY II)*	-	Ponto ponderado 8	Percentil 25
Inibindo Respostas – Inibição Tempo (NEPSY II)*	122 segundos	Ponto ponderado 4	Percentil 2
Inibindo Respostas – Inibição Autocorreção (NEPSY II)*	7 erros	-	Percentil 2 – 5
Inibindo Respostas – Inibição Erros não corrigidos (NEPSY II)*	0 erros	-	Percentil > 75
Inibindo Respostas – Inibição Escore Combinado (NEPSY II)*	-	Ponto ponderado 5	Percentil 5
Inibindo Respostas – Mudança Tempo (NEPSY II)*	146 segundos	Ponto ponderado 7	Percentil 16
Inibindo Respostas – Mudança Autocorreção (NEPSY II)*	23 erros	-	Percentil < 2
Inibindo Respostas – Mudança Erros não corrigidos (NEPSY II)*	2 erros	-	Percentil 51 – 75
Inibindo Respostas – Mudança Escore Combinado (NEPSY II)*	-	Ponto ponderado 7	Percentil 16

FDT – Leitura	34 segundos	-	Percentil 5 – 25
FDT – Contagem	48 segundos	-	Percentil 5 – 25
FDT – Escolha	86 segundos	-	Percentil 5 – 25
FDT – Alternância	92 segundos	-	Percentil 5 – 25
FDT – Inibição	52 segundos	-	Percentil 5 – 25
FDT – Flexibilidade	58 segundos	-	Percentil 5 – 25
Figura complexa de Rey – tipo de cópia	Tipo IV	Frequência acumulada de 6%	

* Os resultados quantitativos foram comparados com a amostra americana e serão interpretados juntamente com outras informações.

TAVIS 4			
TAREFA	ESCORE	PERCENTIL	
Tempo de Reação Tarefa Seletividade	0,673	0 a < 2	
Tempo de Reação Tarefa Alternância	0,966	2 a < 9	
Tempo de Reação Tarefa Sustentação	1,309	0 a < 2	
		% INDIVÍDUOS	% INDIVÍDUOS
TAREFA	ESCORE	COM MAIS ERROS	COM MENOS ERROS
Erros por Omissão Tarefa Seletividade	8	0,00	0,00
Erros por Omissão Tarefa Alternância	11	0,00	0,00
Erros por Omissão Tarefa Sustentação	0	0,00	100,0
		% INDIVÍDUOS	% INDIVÍDUOS
TAREFA		COM MAIS ERROS	COM MENOS ERROS
Erros por Ação Tarefa Seletividade	2	36,4	16,9
Erros por Ação Tarefa Alternância	4	51,1	19,1
Erros por Ação Tarefa Sustentação	2	5,4	12,2

Os resultados quantitativos indicam adequada capacidade de amplitude atencional e vigilância, mostrando-se atenta aos novos estímulos do ambiente. Sua capacidade de memória operacional (controle mental) se mostrou igualmente preservada, sendo capaz de manter e manipular informações mentalmente, sem perder o rendimento. Esta habilidade, quando preservada, proporciona capacidade para resolução de problemas, raciocínio e abstração.

Demonstrou dificuldade na capacidade de inibição de distratores (seletividade/controle inibitório), com rendimento abaixo da média, indicando superar apenas 5% de outras crianças de sua mesma idade. Nesta tarefa, foi possível observar um aumento expressivo de autocorreções por não inibir a resposta automática. Apresentou sete autocorreções, interferindo diretamente em seu tempo de execução. Somente 2 a 5% das crianças de sua mesma idade possuem a mesma quantidade de autocorreções que Naomi, sugerindo dificuldade no controle inibitório (apesar do bom automonitoramento). Em outra atividade, que não mensura as autocorreções, apenas o tempo de execução, o seu rendimento fica entre média inferior e abaixo da média (percentil entre 5 e 25). Estas dificuldades, juntamente com relatos da família e da escola sobre a presença de comportamento impulsivo, assim como a observação comportamental durante a presente avaliação (interrompia a fala da avaliadora, não esperando a conclusão das instruções) se mostram consistentes e sugerem uma dificuldade em sua capacidade de controle inibitório.

A falha no controle inibitório também pode explicar a baixa capacidade de regular (controlar) suas emoções, frustrando-se facilmente e apresentando comportamentos explosivos. Da mesma forma, Naomi pode não ser capaz de inibir distratores como pensamentos, memórias e barulhos, tornando-a desatenta em muitos momentos.

O mesmo pode ser observado diante de tarefas que exigiam a flexibilidade cognitiva. O tempo de execução se mostra levemente rebaixado, contudo, a quantidade de autocorreções é extremamente elevada (vinte e três, ocorrendo em menos do que 2% da amostra normativa). Realiza as atividades rapidamente, contudo comete muitos erros; percebe o erro (bom automonitoramento) e se autocorrige. Apesar do bom automonitoramento (que permite a autocorreção), não consegue, novamente, inibir a resposta automática. Este resultado indica, além da falha no controle inibitório, baixa capacidade de flexibilizar o pensamento.

Apresenta boa velocidade de processamento (rapidez com que processa as informações mentalmente), contudo este resultado não é consistente. Ou seja, apresenta perda de rendimento e maior lentidão em algumas atividades, possivelmente devido a falha de controle inibitório (inibição de distratores). Ao não inibir um distrator (pensamento, lembrança, estímulo externo etc.), perde o foco e precisa retomar o que estava fazendo, lentificando a execução em algumas atividades. Esta dificuldade na seletividade atencional pode justificar o comportamento desatento em sala de aula, a lentidão na execução das lições de casa e na cópia da lousa.

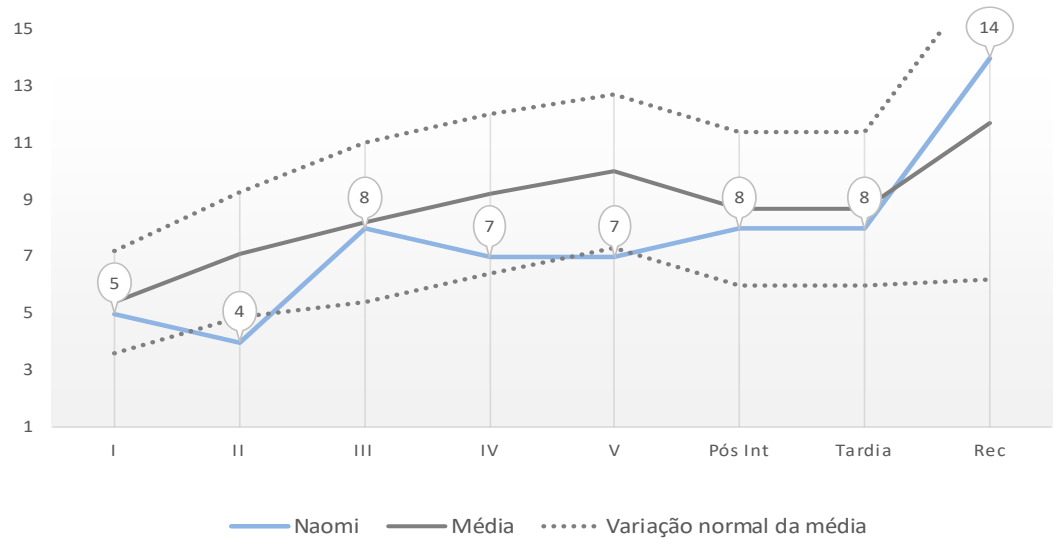
Foi possível ainda observar capacidade de planejamento abaixo do esperado. Naomi parece não planejar antes de agir, apesar de ter uma boa capacidade de criar estratégias (inteligência preservada). A falha no planejamento pode, mais uma vez, ser explicada pelo baixo controle inibitório (realiza rapidamente, sem “parar e pensar”, interferindo diretamente na sua habilidade de organização e planejamento). No seu dia-a-dia, mostra-se desorganizada.

Frente a capacidade de sustentar o foco atencional, Naomi apresenta tempo de reação lento, e comete mais erros do que seria esperado (somente 17,6% das crianças cometem igualmente ou mais erros que ela). Da mesma maneira, frente a atenção seletiva e alternada, apresenta tempo de reação comprometido e muitos erros de omissão, indicando que não foi capaz de selecionar o alvo adequadamente assim como alternar entre um estímulo e outro.

6.3 Memória e Aprendizagem

Teste de Aprendizagem Auditivo Verbal de Rey (RAVLT)			
	Categorias	Pontuação	Percentil
Primeiras etapas de aprendizagem	A1	5	50
	A2	4	5
	A3	8	25-50
	A4	7	5-25
	A5	7	5-25
Distrator	B1	5	50
Evocação imediata	A6	8	25-50
Evocacão tardia	A7	8	25-50
Reconhecim,ento	Reconhecimento	14	50
Índices de aprendizagem	Escore Total	31	5-25

Teste de Aprendizagem Auditivo Verbal de Rey (RAVLT)			
	Aprendizagem ao longo das tentativas(ALT)	7	25
Índice de retenção	Velocidade de Esquecimento(VE)	1	50
Índices de Interferência	Interferência Proativa(ITP)	1	50-75
	Interferência Retroativa(ITR)	1,14	75-95



Os resultados sugerem que Naomi apresenta uma evocação imediata dentro da média, demonstrando adequada capacidade de evocar os estímulos imediatamente após terem sido apresentados (RAVLT + Cluster Memória de Curto Prazo – WISC-IV). Sua curva de aprendizagem é ascendente, sugerindo-se beneficiar-se das repetições sucessivas para a aprendizagem das informações. Entretanto, há evidente oscilação durante a aquisição, indicando provável interferência negativa da atenção no processo de "entrada" destas infromações (inicia com percentil 50, cai para 5 e após a 4ª e 5ª evocações atinge percentil de 5 – 25). Após interferência e passagem de tempo resgata grande parte do conteúdo anteriormente aprendido, demonstrando adequado armazenamento e resgate livre tardio das informações. Este resultado é corroborado com o obtido no cluster de Memória de Longo Prazo (WISC- IV).

MEMÓRIA VISUAL			
Figura Complexa de Rey – Cópia	Ponto bruto 31	-	Percentil 60
Figura Complexa de Rey – Evocação Imediata	Ponto bruto 18	-	Percentil 75
Figura Complexa de Rey – Evocação Tardia	Ponto bruto 18	-	Resgate de 100%
Subteste Faces Imediata (NEPSY II)*	Ponto bruto 11	Ponto Ponderado 10	Percentil 50
Subteste Faces Tardia (NEPSY II)*	Ponto bruto 12	Ponto Ponderado 11	Percentil 63

* Os resultados quantitativos foram comparados com a amostra americana e serão interpretados juntamente com outras informações.

MEMÓRIA VERBAL			
Cluster Memória de Curto Prazo (Dígitos e SNL) – WISC IV	Ponto bruto 22	Ponto Composto 104	Percentil 62
Cluster Memória de Longo Prazo (Vocabulário e Informação) – WISC IV	Ponto bruto 22	Ponto Composto 105	Percentil 65

Diante da aprendizagem e armazenamento de informações em tarefas que avaliam a memória semântica para informações adquiridas no ambiente familiar e escolar o seu rendimento se mostra dentro da média.

Quanto às habilidades visuais de memória, Naomi demonstrou adequada aprendizagem (codificação) de conteúdo, com capacidade de resgate livre imediato e tardio preservados, chegando a evocar 100% do conteúdo aprendido em uma das atividades, o que sugere preservada capacidade de memória e aprendizagem visual.

6.4 Percepção Visual e Visuoconstrução

FUNÇÕES PERCEPTIVAS, VISIOCONSTRUTIVAS E MOTORAS			
Figura Complexa de Rey – Cópia	Ponto bruto 31	-	Percentil 60
Custer processamento Visual (Cubos e Complementar Figuras) - WISC IV	Ponto bruto 18	Ponto composto 97	Percentil 43
Subteste Flexas (NEPSY II)*	Ponto bruto 11	Ponto Ponderado 10	Percentil 50
Subteste Faces Tardia (NEPSY II)*	Ponto bruto 12	-	Percentil 25-75

Apresentou rendimento preservado em todas as tarefas que demandavam habilidades visuoconstrutivas. Preservação das habilidades perceptivas (orientação de linhas, entendimento das relações visuoespaciais e direcionalidade).

Adequada destreza motora fina.

6.5 Linguagem e habilidades acadêmicas

LINGUAGEM E HABILIDADES ACADÊMICAS			
Subteste Vocabulário (WISC IV)	Ponto bruto 29	Ponto Ponderado 11	Percentil 63
Subteste Semelhanças (WISC IV)	Ponto bruto 14	Ponto Ponderado 10	Percentil 63
Fluência Verbal Semântica	13 pontos	Escore z 0,00	Percentil 63
Subteste Aritmética (WISC IV)	Ponto bruto 20	Ponto Ponderado 11	Percentil 63
TDE – II (Leitura)	Ponto bruto 35	-	Percentil 63
TDE – II (Tempo total de leitura)	39 segundos	-	Percentil 63
TDE – II (Escrita)	Ponto bruto 37	-	Percentil 63
TDE – II (Tempo total de escrita)	310 segundos	-	Percentil 63
TDE – II (Aritmética)	Ponto bruto 26	-	Percentil 63
TDE – II (Tempo total de aritmética)	650 segundos		Percentil 63

Naomi apresentou adequada capacidade de compreensão de todas as instruções oferecidas ao longo da testagem, assim como foi capaz de se expressar adequadamente e com presença de vocabulário adequado para a sua idade. Estes resultados indicam capacidade receptiva e expressiva

da linguagem preservadas.

As habilidades acadêmicas se mostraram preservadas, com boa escrita, leitura fluente e com boa compreensão leitora, e capacidade de realizar cálculos e operações matemáticas de maneira adequada para a idade e escolaridade.

6.6 Humor, Emoções e Comportamento

Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade em Ambiente Familiar – Versão para Pais			
FATORES	PONTUAÇÃO BRUTA	PERCENTIL	CLASSIFICAÇÃO
Regulação Emocional	61	80	Média Superior
Hiperatividade / Impulsividade	50	80	Média Superior
Comportamento Adaptivo	72	> 95	Superior
Atenção	53	> 95	Superior

De acordo com a escala , escores altos no fator Atenção “refletem prejuízos em vários subdomínios de funções executivas, tais como iniciativa para agir em direção a um determinado objetivo, permanecer alerta para cumprir as exigências de uma situação e de engajar-se em uma tarefa e persistir no esforço, mantendo e regulando a motivação até finalizá-la. Também representam dificuldade em realizar atividades que exijam atenção sustentada, bem como dificuldade em memória para reter na mente informações importantes. Pode-se observar que os prejuízos decorrentes do fator Atenção são considerados prejuízos funcionais e refletem baixo desempenho no desenvolvimento e na finalização de tarefas, com aparente falta de responsabilidade e com procrastinação. Esses itens são consistentes com a apresentação dos sintomas de Desatenção descritos no DSM-5”.

Escores altos no fator Co**mportamento Adaptativo** podem indicar um comportamento pouco prudente, tendência a correr riscos, dificuldade na compreensão de princípios gerais e das situações sociais, no julgamento e na maturidade social e em se submeter a normas, com acentuada dificuldade na aprendizagem social de regras e na adaptabilidade a contextos. Também refletem prejuízo para automonitorar o comportamento, agindo de forma inadequada, impulsiva, com tendência a quebrar regras, demonstrando pouca preocupação com as dificuldades que o seu comportamento pode causar nos outros, caracterizando um comportamento desadaptativo.

Com relação ao Fator **Regulação Emocional**, escores altos neste fator dizem respeito a um manejo deficiente da frustração diante das situações em que se sinta frustrado e desapontado, na dificuldade para uma adequada autorregulação emocional e para modular o afeto. E, quando acontece algo que considere um problema, tende a reagir com hipersensibilidade emocional, exibindo uma resposta emocional forte ou imatura, ou até mesmo agressiva, tendo em vista maior tendência a vivenciar estados emocionais negativos em tais circunstâncias. Pode se tornar temperamental, hostil, irritável e exageradamente emotivo, com alteração brusca de humor ou com um padrão de humor mais negativo, instabilidade emocional, com maior propensão a ter menor controle sobre os próprios impulsos. Pode aparecer também, neste fator, comportamento opositor, dificuldade nos relacionamentos interpessoais e falta de empatia, os quais promovem impacto negativo no ambiente familiar e social.

Com relação ao Escore **Hiperatividade / Impulsividade**, escores altos neste fator dizem respeito a um comportamento com ritmo acelerado e apressado, excesso de movimentação corporal, ação sem reflexão anterior, prejuízo no sistema inibitório, levando a comportamentos inconsequentes e imprudentes e, às vezes, levando a criança ou o adolescente a ser considerado inconveniente e inadequado socialmente. Há a tendência a persistir diante de uma ideia, com pouca capacidade de flexibilização mental. Este fator parece ser consistente com a apresentação dos sintomas de HIPERATIVIDADE / IMPULSIVIDADE propostos pelo DSM-5.

Os resultados desta escala refletem a percepção dos pais frente ao comportamento de Naomi. Quantitativamente demonstrou maior prejuízo na atenção e no comportamento adaptativo, com resultados na classificação "Superior", o que indica presença de comportamento muito acima do esperado quando comparada com outras meninas de sua mesma faixa etária. Os fatores hiperatividade/impulsividade e regulação emocional apresentam uma classificação "Média Superior", indicando mais prejuízo do que as outras meninas de sua mesma idade. Estes resultados vão ao encontro do relatado em anamnese, pois refletem justamente as queixas percebidas pelos pais.

SCARED - Escala de transtornos relacionados à ansiedade infantil (Pais)			
Fatores	**Notas de corte**	**Escore bruto**	**Interpretação**
Pânico/Sintomas Somáticos	7	2	assintomática
Ansiedade Generalizada	9	3	assintomática
Ansiedade de Separação	5	2	assintomática
Fobia Social	8	0	assintomática
Evitação Escolar	3	0	assintomática
TOTAL	25	7	assintomática

Naomi apresentou pontuação negativa para sintomas significativos de ansiedade e depressão, medidos por meio de questionários específicos (EBADEP-IJ e SCARED).
EBADEP – IJ com pontuação de 9 pontos, indicando ausência de sintomatologia depressiva.

Escala de avaliação para sintomas desafiantes e de oposição: pontuação 5 (nota de corte 4), demonstrando sintomatologia positiva.
- frequentemente argumenta desnecessariamente com adultos;
- frequentemente responsabiliza os outros por seus erros ou comportamentos inadequados;
- frequentemente desafia ou se recusa a concordar com opiniões ou regras dos adultos;
- temperamento explosivo facilmente;
- deliberadamente aborrece as pessoas.

7. CONCLUSÃO

Naomi é uma menina de 9 anos de idade que veio encaminhada para avaliação neuropsicológica a pedido de seu neurologista devido a queixas de comportamento opositor, impulsivo e desatento.

A avaliação realizada através da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC IV) demonstrou rendimento preservado, com classificação dentro da média nas habilidades de raciocínio, abstração verbal e capacidade visuoespacial.

De acordo com os resultados obtidos no processo de avaliação, foi possível verificar dificuldade nas habilidades atencionais e executivas, principalmente diante da capacidade de inibir distratores (atenção seletiva) e respostas automáticas (controle inibitório), alternar o foco da atenção sem perder rendimento (alternância/flexibilidade), planejar e organizar-se mentalmente. Estes resultados são consistentes com as queixas trazidas pelos pais e professores, e pelos resultados obtidos em questionários específicos, que apontam presença de comportamento desatento, hiperativo/impulsivo e dificuldade no controle emocional, levando a um comportamento desadaptado e disfuncional em alguns contextos.

A preservação intelectual, piores rendimentos diante de testes de atenção e função executiva, presença de um padrão de comportamento mais inquieto/impulsivo e desatento e a pontuação positiva para sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade em questionário específico para avaliação do perfil comportamental, sugerem um quadro compatível com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade do Tipo Combinado (TDAH)[13] .

Junto a isso, Naomi apresenta um padrão de comportamento onde frequentemente argumenta desnecessariamente com adultos (principalmente os pais), responsabiliza os outros por seus erros ou comportamentos inadequados, desafia ou se recusa a concordar com opiniões ou regras dos adultos, apresenta um temperamento explosivo e deliberadamente aborrece as pessoas. Este padrão sugere um quadro compatível com o Transtorno Opositivo Desafiante (TOD). Muito frequentemente indivíduos diagnosticados com TDAH apresentam o TOD como uma das comorbidades[14] .

Sugere-se avaliação médica frente as hipóteses diagnósticas e acompanhamento psicoterápico, preferencialmente na abordagem Cognitivo-Comportamental, que tem se mostrado eficiente para crianças com o mesmo perfil cognitivo e comportamental de Naomi[15] . A prática de mindfulness também tem se mostrado eficiente para a melhora dos sintomas em pacientes com TDAH, podendo ser benéfico para Naomi .

Coloco-me à disposição para quaisquer outros esclarecimentos,
São Paulo, 16 de junho de 2020

_____

Fernão Rodrigues Simões
Psicólogo
CRP 06/11111

Ressalta-se que, o ser humano possui uma natureza dinâmica; não definitiva e não cristalizada. Sendo assim, os resultados aqui expostos dizem respeito ao desempenho das funções cognitivas, como também, da personalidade, humor e afetividade, de Eleonora no momento presente, podendo haver alterações posteriores, dependendo das contingências ambientais vivenciadas e/ou do(s) acompanhamento(s) recebido(s).

A avaliação neuropsicológica é um exame complementar e deve ser interpretado à luz de outras informações clínicas.

[13]Associação Psiquiátrica Americana (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5º edição, Porto Alegre, Artmed, 2014.
[14]Associação Psiquiátrica Americana (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5º edição, Porto Alegre, Artmed, 2014.
[15] GOERTZ-DORTEN, A.; BENESCH, C.; HAUTMANN, C.; BERK-PAWLITZEK, E.; FABER, M.; LINDENSCHMIDT, T.; STADERMANN, R.; SCHUH, L.; DOEPFNER, M. Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders/Conduct Disorders. Psychother Res ; 27(3): 326-337, 2017 05.
[16] SIEBELINK, N.M.; KAIJADOE, S.P.T.; VAN HORSSEN, F.M.; HOLTLAND, J.N.P.; BÖGELS, S.M.; BUITELAAR, J.K.; SPECKENS, A.E.M. & GREVEN, C.U. Mindfulness for Children With ADHD and Mindful Parenting (MindChamp): A Qualitative Study on Feasibility and Effects. J Atten Disord; 1087054720945023, 2020 Jul 29.

EXEMPLO DE LAUDO 2

LAUDO PSICOLÓGICO POR MEIO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA
de uso privado e confidencial

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Paciente
JÚLIO IGNÁCIO TREIWEILLER
Idade
21 anos e 4 meses
Data de Nascimento
14/06/1997
Sexo
MASCULINO
Escolaridade
13 ANOS (Ens. Superior em andamento – Administração)
Lateralidade
DESTRA

Fonte de Encaminhamento (solicitante)
MARCOS ALEXANDRE TWARDOWSCHY, médico neurologista, CRM/ZZ 2233334
Hipótese Diagnóstica
Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (CID 10: F90.0)
Síndrome Pós-Concussional (CID 10: F07.2)
Medicações em uso
VENVANSE® 70mg/dia (Lisdexanfetamina); WELLBUTRIN® 300mg/dia (Bupropiona); Gabaneurin® (Gabapentina) 300mg/dia
Avaliação feita sob uso de medicações citadas?
SIM
Período da avaliação neuropsicológica

18/07/2019 a 05/09/2019

Responsável pela avaliação e autoria do laudo:
Fernão Rodrigues Simões, psicólogo, CRP 99/44779
Qualificações: Psicólogo formado pela Universidade de Santa Genoveva; Especialista em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Psicologia; mestre em Ciências pela Divisão de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade Ribeiro Cunha (URC) e doutor em Psicologia pela Faculdade de Psicologia da URC.

1. PROPÓSITO DA AVALIAÇÃO

Mapeamento de perfil neuropsicológico do paciente para elencar recursos disponíveis e dificuldades acentuadas após traumatismo cranioencefálico (TCE) fechado. Apresenta dificuldades em acompanhar o conteúdo de conversas informais, dificuldade em focar a atenção com relato de dispersão mais acentuado e irritabilidade reiterada com a condição clínica atual.

2. PROCEDIMENTOS ADOTADOS

A avaliação foi realizada na residência do paciente, ao longo de dez sessões de 60 minutos de duração, além de um encontro para entrevista com os pais de Júlio e um último encontro programado para devolutiva. Foram utilizados testes psicológicos adequados para a faixa etária, escolaridade e fundamentados no objetivo da avaliação. bem como recursos multidisciplinares específicos a cada domínio neuropsicológico avaliado, com estudos científicos preliminares realizados com a população brasileira. Todos os procedimentos adotados seguem as orientações descritas na Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 09/20181. As técnicas utilizadas estão descritas junto à Tabela 1 e a literatura referencial para a aplicação e correção dos resultados destes procedimentos estão arrolados na 8ª seção do presente laudo, em “Referências Bibliográficas”.

Tarefa	Classificação da tarefa
Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI)2	Teste (aprovado pelo SATEPSI*)
Escala Wechsler de Avaliação de Inteligência em Adultos (WAIS III) – Subtestes COMPLETAR FIGURAS, DÍGITOS e VOCABULÁRIO3	Teste (aprovado pelo SATEPSI)
Figuras Complexas de Rey4	Teste (aprovado pelo SATEPSI)
Teste de Cancelamento dos Sinos (TCS-1/TCS-2)5	Teste (aprovado pelo SATEPSI)
Color Trail Test (CTT)6	Teste (aprovado pelo SATEPSI)
Cubos de Corsi7	Recurso multidisciplinar
Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT)8	Teste (aprovado pelo SATEPSI)
Brief Visuopatial Memory Test – Revised (BVMT-R)9	Recurso multidisciplinar
Stroop Test – Versão Duncan10	Recurso multidisciplinar
Teste de Atenção Concentrada (AC-15)11	Teste (aprovado pelo SATEPSI)
Teste dos Cinco Dígitos (FDT)12	Teste (aprovado pelo SATEPSI
Geração Aleatório de Números (GAN)13	Recurso multidisciplinar
Hayling Test14	Recurso multidisciplinar
Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST)15	Teste (aprovado pelo SATEPSI)
Iowa Gambling Task (IGT)16	Recurso multidisciplinar
Eyes Test17	Recurso multidisciplinar
Teste Faux Pas Recognition18	Recurso multidisciplinar
Tarefa de Fluência Verbal (Livre, Fonêmica e Semântica)19	Recurso multidisciplinar
Teste de Nomeação de Boston (BNT)20	Recurso multidisciplinar
Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação (MAC)21	Recurso multidisciplinar
Inventário de Personalidade NEO Revisado (NEO-PI-R)22	Teste (aprovado pelo SATEPSI)

* SATEPSI: Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos/Conselho Federal de Psicologia

3. ANAMNESE

Foram realizadas entrevistas clínicas com Júlio Ignácio, sua mãe Haydé e seu padrasto, Rogério, as quais foram extraídas as seguintes informações:

(A) **Humor e comportamento:** sensação de irritabilidade contínua diante da situação pós-traumática, humor deprimido basal, sensações de medo acentuadas quando exposto a demandas de performance acadêmica, isolamento social com atividades restritas ao domicílio e com diminuição do contato com pessoas fora do núcleo familiar;

(B) **História pregressa e desenvolvimento neuropsicomotor:** nascimento a termo, sem complicações e com normalidade no alcance de marcos do neurodesenvolvimento; apresentação de situações de desatenção em ambientes doméstico e escolar aos 9 anos, dando início a acompanhamento médico para tais dificuldades;

(C) **História acadêmica e ocupacional:** desempenho acadêmico acima da média, sem repetências e com maior interesse em disciplinas e conteúdos relacionados a manipulações visuoespaciais e raciocínio matemático; tem fluência em língua inglesa desde os 13 anos; trabalhou por 2 anos em regime de estágio não obrigatório no ramo de administração financeira.

(D) **Composição familiar e antecedentes geracionais:** Júlio Ignácio reside com Haydé (mãe, 41 anos), Rogério (padrasto, 45 anos) e Érika (irmã, 16 anos), tendo ainda mais um irmão, Lucas (23 anos). Seu pai biológico, Celso, faleceu há 17 anos, vítima de acidente de trânsito, quando Júlio tinha 4 anos. Não há histórico de morbidades psiquiátricas ou neurológicas em sua família;

(E) **Histórico clínico:** Júlio Ignácio faz acompanhamento multiprofissional (psicologia e medicina psiquiátrica) para TDAH desde os 9 anos, com histórico de uso de diversos psicofármacos estimulantes, obtendo os resultados mais satisfatórios com a dosagem atual de Venvanse® (70mg/dia). Em fevereiro de 2019, sofreu queda em altura (10m aproximadamente), dando entrada em serviço de emergência médica com GCS (Escala de coma Glasgow) 9, com gravidade moderada – na continuidade dos primeiros cuidados e internamento, o paciente permaneceu em unidade de terapia intensiva e, segundo avaliação de amnésia pós-traumática baseada na escala GOAT23, Júlio Ignácio não apresentou mais o quadro transitório desde seu 3º dia de internamento. Em decorrência do acidente, apresentou lesão medular em nível da 9ª vértebra torácica – lesão com possibilidade de reversão, mediante acompanhamento fisioterápico – com membros inferior paréticos, espasticidade muscular na região e controle esfincteriano comprometido. Em exame de tomografia cerebral por contraste (realizado em 11 de maio de 2019), Júlio Ignácio apresentou lesões axonais difusas em substância branca, com focos de hiperssinal circunscrito ao núcleo talâmico esquerdo.

4. COMPORTAMENTOS OBSERVADOS NA AVALIAÇÃO

Todas as sessões foram feitas na residência do paciente a fim de evitar desgastes com deslocamento externo. Júlio Ignácio estabeleceu vínculo terapêutico com o psicólogo examinador no decorrer do processo avaliativo, na medida em que foi se assegurando do resguardo dos aspectos sigilosos da avaliação. Tal delimitação se fez essencial para que o paciente pudesse expressar na 5ª sessão sobre os fatos relacionados ao seu acidente. Segundo Júlio Ignácio, o referido acontecimento foi autoprovocado, classificado como uma tentativa de suicídio motivada por humor deprimido intensificado e dificuldades de relacionamento no ambiente familiar. Com o fortalecimento da relação do paciente com o examinador, sua postura diante das tarefas propostas foi se modificando, deixando de aparentar aspectos de desengajamento para aparente ansiedade de performance, em busca de obter o melhor resultado possível.

Durante todo o processo de avaliação neuropsicológica, Júlio Ignácio apresentou formulações argumentativas hesitantes, com respostas verbais imprecisas tanto em tarefas estruturadas, quando em discurso conversacional. Tais hesitações, por vezes, o deixaram ansioso e inquieto em busca das palavras que pudesse melhor definir o que ele desejava expressar, além de consumir tempo demasiadamente prolongado. Seu controle atencional foi mantido sem erros de julgamento, mas sob alto custo temporal de resposta.

5. RESULTADOS OBTIDOS EM AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Para a descrição dos resultados quantitativos de Júlio Ignácio, bem como para a adequada e homogênea classificação da sua performance nesta avaliação, as Tabelas 2 e 3 discriminam o sistema utilizado. Ele se baseia no desempenho com distribuições normais e não normais, conforme proposto por especialistas em avaliação neuropsicológica e psicológica clínica e forense, a partir de discussões realizadas na Reunião Anual de 2018 da Academia Americana de Neuropsicologia Clínica (AACN), (Guilmette et al, 2020)[24]. A proposta está descrita a seguir:

Tabela 2: Classificação das pontuações padrões e percentis para testes com distribuições normais, conforme proposta de Guilmette et al (2020)[24]

Pontuação padrão	Percentil	Classificação
≥ 130	≥ 98	Pontuação excepcionalmente alta
120 – 129	91 – 97	Pontuação acima da média
110 – 119	75 – 90	Pontuação média superior
90 – 109	25 – 74	Pontuação média
80 – 89	9 – 24	Pontuação média inferior
70 – 79	2 – 8	Pontuação abaixo da média
<70	<2	Pontuação excepcionalmente baixa

Tabela 3: Classificação dos percentis para testes com distribuições não normais, conforme proposta de Guilmette et al (2020)[24]

Percentil	Classificação
>24	Dentro das expectativas/limites normais
9 – 24	Pontuação média inferior
2 – 8	Pontuação abaixo da média
<2	Pontuação excepcionalmente baixa

A seguir, são expostos os resultados quantitativos do desempenho obtido por Júlio Ignácio ao longo da avaliação neuropsicológica, divididas por domínios neuropsicológicos.

5.1 Eficiência Intelectual

Em bateria[2] de testes para apuração de eficiência intelectual e medição de quociente intelectual (QI), padronizada para a população brasileira, Júlio Ignácio apresentou um QI total de 126 pontos, classificando a sua capacidade intelectual global com uma pontuação acima da média. É muito provável (95%) que o verdadeiro QI total do paciente se encontra entre o intervalo de 119 a 131 pontos. Seu QI total está classificado no percentil 96, indicando que ele obteve desempenho superior a 96% das pessoas de mesma faixa etária em amostra de padronização. Observou-se que Júlio Ignácio apresentou resultados mais satisfatórios em tarefas com exigências visuoconstrutivas, de processamento visual e de uso de raciocínio fluído (QI de Execução – 126 pontos compostos/desempenho com pontuação acima da média) .

5.2 Processos Atencionais

Júlio Ignácio foi submetido a diversos paradigmas dedicados a avaliação da atenção sustentada, concentrada, seletiva e alternada. Dentre os resultados obtidos na avaliação de atenção sustentada, com envolvimento de processos cognitivos mais automatizados, como velocidade de nomeação de cores[10], o paciente apresentou desempenho com pontuação excepcionalmente baixa, consumindo tempo demasiadamente maior do que pessoas de mesma faixa etária integrantes da amostra normativa. Em tarefa que requer capacidade concentrada de manter foco atencional e selecionar estímulos idênticos ao longo de 15 minutos de execução[11], Júlio Ignácio obteve desempenho com pontuação excepcionalmente baixa – aqui, ressalta-se a perda de rendimento na análise dos estímulos no terço final da tarefa.

Em tarefas que recrutam seletividade atencional[5,12], Júlio Ignácio obteve desempenho com pontuação

excepcionalmente baixa. Mais uma vez, o paciente demonstrou boa acurácia na seleção dos estímulos-alvo, não cometendo erros de imperícia. Entretanto, consumiu tempo maior que prejudicou a eficácia do seu desempenho. Tal perfil de funcionamento também foi característico em tarefa de atenção alternada com resposta verbal[12]. Já em tarefa de alternância atencional com resposta motora6, seu desempenho foi com pontuação média.

5.3 Visuopercepção e Visuoconstrução

Em atividades relacionadas à percepção e rastreio visual[3,5,6,] bem como organização visuoespacial[4,5] e praxia visuoconstrutiva[2,4,] Júlio Ignácio demonstrou capacidades preservadas. Apresentou pontuação máxima em tarefa de reconhecimento de figuras e percepção visual integrada[3]. Em tarefa que exige praxia visuoconstrutiva tridimensional mediante modelo[2], o paciente obteve desempenho preservado de forma acima da média, quando comparado com pessoas de mesma faixa etária.Em tarefas cuja função principal é avaliar processos atencionais, mas que dependam de rastreio visual como condição necessária[5,6], Júlio Ignácio apresentou boa acurácia na discriminação e busca dos estímulos-alvo, mas necessitou de tempo demasiadamente maior do que pessoas de mesma faixa etária.

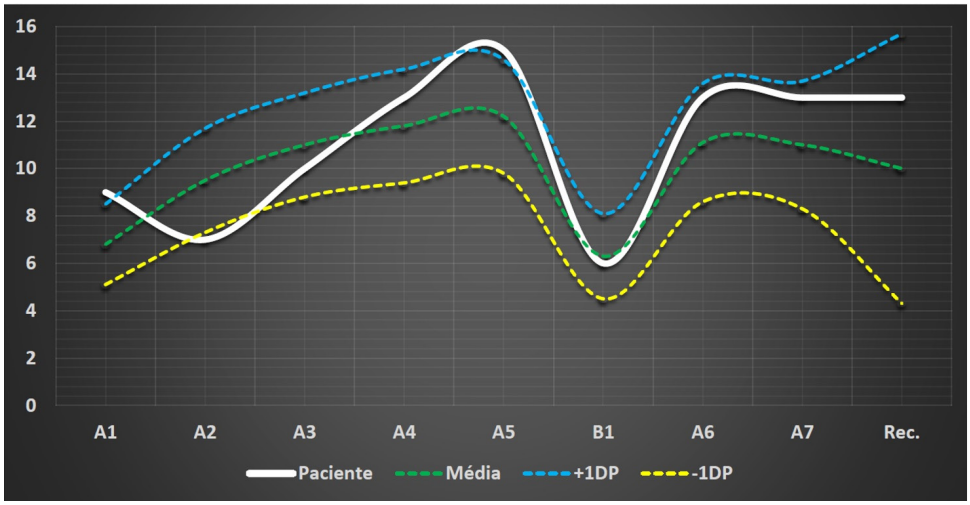
5.4 Memória

5.4.1 Memória imediata

Júlio Ignácio obteve desempenho classificado com pontuação média para memória imediata em entrada verbal de informações (tarefa de repetição de dígitos na mesma ordem que apresentado[3]). A medida de amplitude atencional (span) foi de 5 dígitos. Quando a entrada de informações se deu na forma visuoespacial[7], Júlio Ignácio apresentou desempenho com pontuação média superior, atingindo uma amplitude atencional de 7 dígitos.

5.3.2 Memória episódica verbal

Em teste que permite verificar o desempenho em termos de aprendizagem verbal, codificação, armazenamento e evocação (espontânea e por pistas), bem como os efeitos de interferência de um novo conteúdo sobre o material supostamente aprendido e o tempo de exposição a este material[8], Júlio Ignácio obteve desempenhos com pontuações médias na maior parte dos quesitos avaliados. Os resultados do paciente permitem inferir que o mesmo, apesar de oscilar levemente o controle atencional ao longo das etapas de aprendizagem, memorizou 67% de todo o conteúdo possível de ser aprendido (“Aprendizagem Total”) e apresentou capacidade de discriminar uma palavra-alvo (pertencente à lista A para aprender) de uma palavra distratora, em 96% dos itens. A evocação do conteúdo aprendido, tanto após conteúdo distrator, quanto após passagem de tempo de 30min, foi classificado com um desempenho com pontuação média superior. O resultado mais comprometido do paciente neste paradigma



foi o de interferência de um conteúdo aprendido anteriormente sobre a aprendizagem de um novo conteúdo, classificado como desempenho com pontuação média inferior.

O gráfico ilustra tal desempenho do paciente em termos de número de palavras evocadas a cada exposição de aprendizagem (A1 a A5), número de palavras evocadas do conteúdo distrator (B1), palavras evocadas após a interferência dos distratores (A6), palavras evocadas após intervalo de tempo de 30min da etapa de aprendizagem (A7) e palavras reconhecidas corretamente em 50 pistas dadas (Reconhecimento). O desempenho de Júlio Ignácio é comparado a pessoas de mesma faixa etária que obtiveram resultados médios, acima da média em até 1 desvio-padrão e abaixo da média em até 1 desvio-padrão.

5.3.3 Memória episódica visuoespacial

No plano visuoespacial, em recurso multidisciplinar que se utiliza de tentativas envolvendo figuras geométricas[9], os desempenhos de memória episódica de evocação imediata e tardia de Júlio Ignácio se mostraram com pontuações médias. Quando se expôs a reprodução após 3 minutos da apresentação inicial de figura geométrica complexa sobreposta[4], o desempenho também foi dimensionado com pontuação média.

5.3.4 Memória semântica

Na memória especializada em reter informações gerais, envolvendo conhecimento adquiridos e inteligência cristalizada[2] (subteste "Vocabulário), Júlio Ignácio obteve desempenho com pontuação média superior. De forma qualitativa, foi proposto ao paciente o mesmo subteste oriundo de bateria neuropsicológica similar[3] com adaptações necessárias para que as respostas fornecidas não precisariam ser emitidas por saída verbal, mas apenas apontando a alternativa de resposta julgada como correta para cada item pedido. Nesse paradigma ecológico, o desempenho de Júlio Ignácio obteve um aproveitamento de 95% de acerto (contra 79% de acerto em subteste similar em bateria neuropsicológica abreviada[2], mas com exigência de resposta verbal).

5.4 Funções Executivas

Em tarefas que exigiram retenção imediata de informações verbais[3] e visuoespaciais[7] a fim de manipulá-las conforme a demanda ambiental, Júlio Ignácio apresentou desempenho com pontuação média. Sua amplitude atencional após manipulação de informações chegou a 5 elementos memorizáveis para conteúdo verbal e a 6 elementos para conteúdo visuoespacial.

Em paradigma de memória operacional, cujo melhor desempenho se ampara em mais eficiente velocidade de processamento[13], o paciente obteve desempenho com pontuação abaixo da média para produção de números aleatórios e não repetíveis em intervalos de 2s. Quando esse tempo se reduz para intervalos de 1s, seu desempenho ficou com pontuação excepcionalmente baixa. Júlio Ignácio não produziu desempenho satisfatório de produção de números aleatórios, apresentando maior ansiedade em relação ao controle de tempo e praticando omissões de respostas em grau elevado. Ressalta-se, porém, que o paciente não incorreu em erros de perseverações de dígitos, demonstrando capacidade de manutenção satisfatória de dígitos gerados em sua memória operacional a fim de não os repetir na sequência.

No que diz respeito aos recursos dependentes de controle inibitório e flexibilidade cognitiva, Júlio Ignácio apresentou desempenho com pontuação abaixo da média, quando exposto a estímulos simples para nomeação (números)[12], apresentou desempenho com pontuação excepcionalmente baixa quando inquirido a emitir respostas verbais peculiares em detrimento de outras automaticamente esperadas14 – nesta tarefa, além de consumir tempo maior do que outras pessoas de mesma escolaridade e faixa etária, o paciente cometeu erros de execução, não conseguindo inibir a resposta automatizada.

Os domínios de categorização (visuoespacial e verbal), tomada de decisão e automonitoramento, concernentes ao espectro das funções executivas, foram desempenhados com pontuações médias nos

paradigmas propostos[2,15,16]. Já no domínio correspondente à iniciação de resposta verbal a uma determinada demanda14, o paciente performou com pontuação excepcionalmente baixa em termos de tempo gasto e de adequação da resposta dada. Por fim, no domínio de planejamento para execução mais eficiente de paradigmas atencionais5 e de visuoconstrução4, Júlio Ignácio performou de forma mais incomum, desorganizada e que comprometeu os resultados finais atingidos.

5.5 Cognição Social

Em paradigmas propostos para avaliar processamento e reconhecimento de emoções[17,] bem como de julgamento de atribuição de intenções, crenças e identificação de gafes em situações sociais[18], Júlio Ignácio não apresentou comprometimentos.

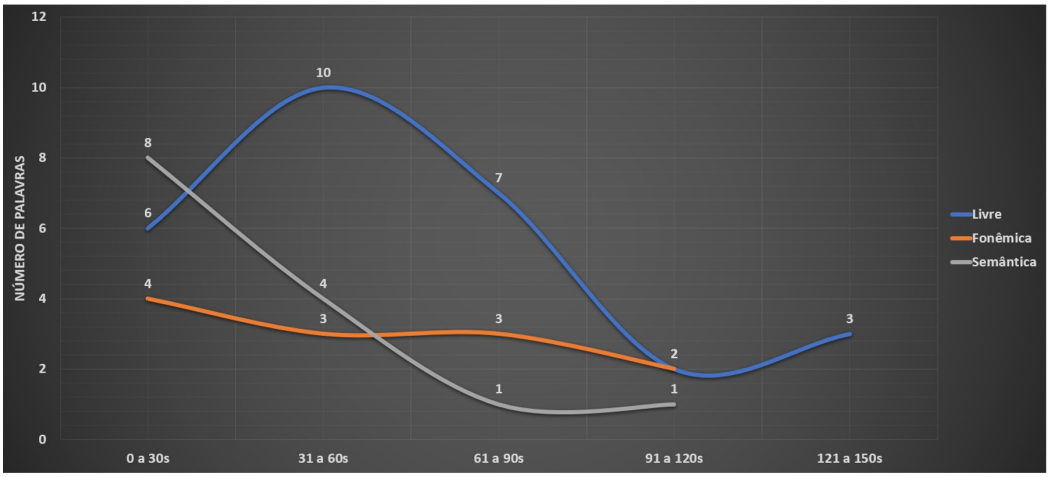
5.6 Linguagem

Diante do quadro apresentado após acidente, das queixas apresentadas em anamnese e dos dados observacionais coletadas durante a avaliação neuropsicológica, Júlio Ignácio foi submetido a diversas tarefas para aferição de suas capacidades linguísticas de compreensão, acesso lexical, elaboração discursiva, uso pragmático da comunicação, semântica e prosódia. Inicialmente, em tarefa que recruta como componente acessório, o uso adequado de processamento sintático a fim de completar frases14, o paciente apresentou um padrão excepcional de erros, obtendo uma performance com pontuação excepcionalmente baixa.

Em tarefa de fluência verbal[19], nos paradigmas livre e fonêmico, seu desempenho ficou com pontuações abaixo da média, no que diz respeito à produção total de palavras certas e à flexibilidade cognitiva para migrar de uma estratégia de fluência a outra. O tamanho de agrupamentos de palavras emitidos nestes dois paradigmas – que avalia a capacidade do sujeito explorar determinada categoria semântica ou fonêmica de palavras – obteve desempenho com pontuação média superior. Todavia, no paradigma da fluência verbal semântica, em que Júlio Ignácio foi inquirido a produzir o maior número de palavras de uma determinada categoria, seu desempenho ficou com pontuação abaixo da média, com reduzida capacidade de busca de estratégias para agrupamentos temáticos ou fonêmicos. Quando se analisa seu desempenho ao longo da tarefa, em divisão temporal por blocos de 30 segundos, percebe-se que o paciente perde a capacidade de produção de palavras, passando de 8 respostas no primeiro bloco para 1 resposta no terceiro e quarto blocos. Percebe-se também o uso de palavras com alta frequência no léxico português, com pouca utilização de termos mais específicos ou abstratos, bem como o aumento substancial de tempo para emitir palavras quando Júlio Ignácio troca de agrupamento, em especial no paradigma semântico – tal desempenho é ilustrado no gráfico abaixo, que compara o total de palavras produzidas por bloco temporal em cada um dos paradigmas da tarefa.

Em tarefa de acesso lexical para nomeação por confronto de imagens[20], Júlio Ignácio apresentou desempenho com pontuação média inferior, acertando 37 de 60 itens possíveis.

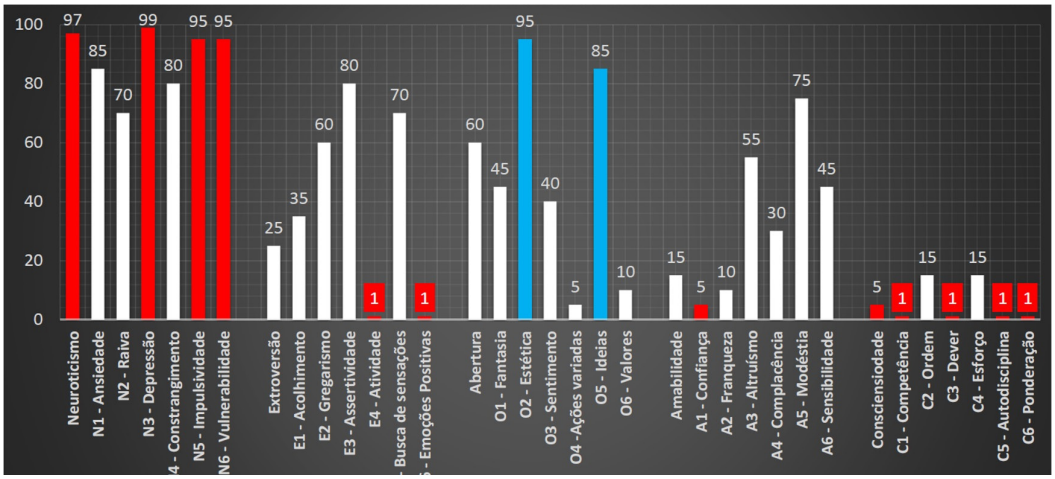
Foi utilizado também bateria de avaliação de aspectos discursivos, pragmáticos, semânticos e prosódicos[21]. Nesta bateria, em subteste que examina o discurso conversacional (capacidade de acompanhar o raciocínio lógico construído ao longo de uma conversa informal sobre determinados temas no que diz respeito à compreensão e expressão da linguagem), Júlio Ignácio apresentou desempenho com pontuação excepcionalmente baixa. No que tange aos atos de fala indireto, relacionados a capacidade de inferir as intenções do falante e seu efeito no interlocutor, Júlio Ignácio performou com pontuação média inferior. Esta performance também se repetiu em subtestes que se propuseram a avaliar os aspectos prosódicos da linguagem, em especial na repetição e produção – este domínio se refere a capacidade de diferenciar expressões linguísticas que transmitem uma ação ou sentimento. Nos demais aspectos avaliados pela referida bateria (análise de metáforas, discurso narrativo, evocação lexical e julgamento semântico), o desempenho de Júlio Ignácio ficou com pontuações médias, quando comparado a pessoas de mesma escolaridade e faixa etária.



5.7 Personalidade

Em teste de avaliação autodescritiva da personalidade[22], Júlio Ignácio apresenta altos escores no domínio do neuroticismo (**percentil 97**). Sobressai nesse aspecto a incapacidade de lidar com situações estressoras diárias, a falta de perspectivas mais esperançosas e a baixa tolerância à frustração. Chamam a atenção os altos escores nos construtos da vulnerabilidade (**percentil 95**) e depressão (percentil 99). Seus recursos para lidar com tais situações podem advir do seu apurado senso de estética (**percentil 95)** e sua maior abertura para situações que impliquem desafios mentais e elaboração filosófica de argumentos em relação às situações da vida (**percentil 85**). Neste mesmo teste, o paciente pontua baixos escores em confiança dirigida aos outros (**percentil 5)** e em senso de autocompetência (**percentil 1**). Infere-se no domínio da conscienciosidade (**percentil 5**) que Júlio Ignácio se percebe como desencorajado frente às demandas ambientais e, por vezes, apresenta conflitos em relação a sua autoimagem e ao conceito que constrói de si. Seu senso de dever e esforços por realizações parecem se esbarrar em comportamentos procrastinadores e uma alta percepção de vulnerabilidade emocional. O gráfico abaixo ilustra os resultados em todos os domínios de personalidade avaliados pelo instrumento – os resultados estão expostos por percentil.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS



A partir das informações obtidas nas entrevistas clínicas, na observação comportamental, no resultado de testes e recursos multidisciplinares próprios da expertise neuropsicológica e do uso de escalas comportamentais, permite-se inferir no atual recorte de tempo que Júlio Ignácio possui sofisticados recursos cognitivos de nível superior, tanto aqueles mediados pela linguagem compreensiva quanto os não verbais. Sua eficiência intelectual, excluindo-se demandas de velocidade de processamento, a partir da análise do intervalo de confiança dos resultados, pode ser condizente com um perfil de funcionamento de altas habilidades, com proeminente uso de recursos de resolução de problemas a partir de pistas visuais e sem o uso de conhecimento anteriormente adquirido. Sua estratégia de organização mental de informações ampara-se fortemente em inferências corretas de regras subjacentes, cristalizando de forma robusta o conhecimento adquirido e dando-lhe ferramentas para planejar respostas satisfatórias e criar estratégias eficazes frente a novas demandas ambientais.

Dois dos subtestes que compõem o dimensionamento do QI total a partir do instrumento utilizado2 são "Vocabulário" (subteste dedicado a avaliação de compreensão, julgamento e exposição verbal de conhecimento, por meio de definição de palavras) e "Raciocínio Matricial" (subteste dedicado a avaliação de capacidade de raciocínio fluído, indução de regras não verbais e processamento de estímulos visuais complexos). Em uma análise qualitativa mais pormenorizada do desempenho de Júlio Ignácio nestas duas tarefas, observou-se que o tempo médio de respostas gasto para cada item do subteste "Vocabulário" foi de 16,24s e o tempo médio de respostas do subteste "Raciocínio Matricial" foi de 8,57s – tal comparação permite aferir que o paciente obteve desempenho mais eficiente para solucionar os problemas não verbais (89% menor consumo de tempo para responder corretamente) do que demandas mediadas pela linguagem.

Entretanto, muito em função da hipótese diagnóstica apresentada já de longa data (TDAH), Júlio Ignácio apresenta dificuldades importantes em executar seu planejamento e sua resolução refinada de problemas quando se depara com restrições de tempo e com demandas exigentes de rapidez. Júlio Ignácio utiliza-se de um tempo marcadamente maior do que outras pessoas de sua mesma faixa etária e escolaridade para realizar a contento uma determinada atividade, por mais fácil e palatável que seja a ele. Suas respostas não incorrem em erros de execução, mas são produzidas após exaustiva análise e perseveração de etapas para se chegar a tomada de decisão.

Outro ponto nodal desta avaliação culmina nas capacidades linguísticas, em especial, expressivas de Júlio Ignácio – situações cujas ocorrências se deram após evento físico traumático. Sua linguagem expressiva apresenta comprometimentos importantes em termos de acesso lexical, fluência discursiva, processamento sintático e encadeamento lógico de ideias. Tal situação pode resultar em instabilidade de redes semânticas já cristalizadas e criar empecilhos na continuidade da aquisição de novos conteúdos. A velocidade de processamento de informações mais lenta do que o esperado e a dificuldade linguística já apontada culmina em respostas verbais e argumentação lógica menos fluidas e com afrouxamento de ideias. Contudo, com o investimento do interlocutor em pedir-lhe maior aprofundamento do raciocínio verbal envolvido e o oferecimento de outras estratégias de expressão, como pistas visuais, Júlio Ignácio sente-se motivado e beneficiado em melhorar qualitativamente o encadeamento lógico de suas ideias.

Outro fator que corrobora para o impedimento de uma plena eficiência intelectual nas demandas da vida diária por parte de Júlio Ignácio, reside em um autoconceito extremamente punitivo, com autoimagem distorcida em termos de competências funcionais, bem como em um humor notadamente deprimido, que oferece a Júlio Ignácio profundas inseguranças emocionais em interações afetivas, vulnerabilidade acentuada frente a situações estressoras e desregulação emocional, podendo resultar em comportamentos autodestrutivos. O paciente sugere apresentar comportamentos de submissão e complacência, sob risco de apaziguar situações conflituosas e de obter apreço e melhor qualidade relacional com pessoas notáveis do círculo afetivo. Além disso, diante da nova situação física em que se encontra, Júlio Ignácio apresenta sinais

de luto mal elaborado em relação a sua imagem corporal anterior ao acidente descrito, culminando em deterioração momentânea de sua autoimagem e autoconceito.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Júlio Ignácio Treiweiller, 21 anos, submetido a esta avaliação neuropsicológica para investigação de recursos disponíveis e dificuldades acentuadas em seu perfil cognitivo após evento físico traumático, bem como queixas de desatenção, discurso conversacional impreciso e irritabilidade, apresentou robusta preservação das capacidades de resolução de problemas independentes da linguagem e de uso efetivo de ampla bagagem de conhecimento formal cristalizado. Contudo, a expressão verbal do seu conhecimento apresenta notável dificuldade, que culmina em argumentação hesitante, insegurança no uso da linguagem expressiva e acesso lexical impreciso e desgastante – desta forma, a habilidade conversacional torna-se desafiadora e geradora de maior irritabilidade e senso de ineficácia no paciente. Outro aspecto cognitivo que resulta em maior extenuação e disfuncionalidade a Júlio Ignácio é a sua velocidade de processamento mental de informações, marcadamente reduzida quando comparada a seus pares.

Além do perfil cognitivo mencionado, Júlio Ignácio apresenta humor deprimido de longa data, acentuado após evento traumático e que, associado a maior insegurança e ambivalência emocional, está servindo de entrave ao seu desenvolvimento pessoal. A hipótese diagnóstica de Transtorno Depressivo Recorrente (CID-10: F33), associadas às hipóteses já listadas e fortemente amparadas de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e de Síndrome Pós-Concussional, se faz importante de ser destacada e avaliada longitudinalmente. Também, diante dos achados em exame de neuroimagem e do desempenho linguístico do paciente com alterações léxico-semânticas, redução da fluência e preservação da compreensão, se faz necessário levantar a hipótese diagnóstica de afasia subcortical talâmica – esta nosologia ainda está sob estudos médicos preliminares, mas com fortes indícios de caracterização de um transtorno específico no leque das afasias adquiridas[25].

Deste modo, faz-se necessário recomendar as seguintes medidas:

1. Continuidade do acompanhamento psicológico: Júlio Ignácio pode se beneficiar fortemente do acompanhamento em psicoterapia para lidar de maneira mais saudável e adaptada com as exigências sociais que enfrenta, com a necessidade de criação e fortalecimento de vínculos afetivos e seguros com outras pessoas, com o manejo da ansiedade frente a situações que lhe causam desconforto e performance linguística
2. Continuidade de acompanhamento psiquiátrico e neurológico: o manejo de controle sintomático do quadro de TDAH e os desdobramentos de uma possível síndrome pós-concussional em Júlio Ignácio é essencial para que o mesmo adquira formas mais adaptáveis e eficazes de processar informações em tempo apropriado, sem perda de foco e de qualidade do produto final; também se faz necessária avaliação psiquiátrica mais apurada para manejo de sintomas de possível etiologia depressiva – o humor deprimido verificado, aliado a crenças disfuncionais de autoconceito prejudicado e desamparo, corrobora para diminuição de eficácia funcional e intelectual de Júlio Ignácio, principalmente no que diz respeito a projeto de vida e adaptação a situações estressoras;
3. Avaliação situacional e sistêmica para possível acompanhamento psicoterápico familiar: Júlio Ignácio parece apresentar comportamentos restritivos do ponto de vista emocional fortemente amparados por um ambiente familiar coercitivo e invalidante de experiências emocionais. Sugere-se distanciamento emocional e trocas afetivas empobrecidas entre os membros familiares de Júlio Ignácio. Assim, recomenda-se avaliação sistêmica para o paciente e sua família, a fim de verificar necessidade de acompanhamento familiar por profissional especializado em demandas afetivamente coletivas.
4. Avaliação e acompanhamento fonoaudiológico: pela possibilidade do caráter transitório dos prejuízos

adquiridos em termos de linguagem expressiva, faz-se importante oferecer a Júlio Ignácio alternativas de reabilitação fonoaudiológica, a fim de o paciente adquirir recursos mais eficazes para a produção de linguagem e acesso lexical mais eficiente.

Por fim, saliento que este laudo psicológico tem natureza dinâmica, não definitiva. E que a correta interpretação dos resultados desta avaliação depende de outros dados clínicos que o médico solicitante, bem como demais profissionais que acompanham Júlio Ignácio de longa data possuem. Para considerar este perfil conclusivo, recomenda-se reavaliação de seguimento em 12 meses ou segundo critério profissional.
Sem mais, fico à disposição para os esclarecimentos que se fizerem pertinentes.

_____

Fernão Rodrigues Simões
Psicólogo – CRP 99/44779

São Paulo, 05 de setembro de 2019

8 SUMÁRIO DE RESULTADOS QUANTITATIVOS

A seguir, são discriminados todos os resultados quantitativos obtidos pelo paciente, uniformizados por medidas de percentil. A medida de percentil se refere a posição que o paciente obteve na curva de distribuição normal da população de mesma faixa etária e escolaridade dele. Por exemplo, o percentil 25 significa que, naquela tarefa ou processo, o paciente foi melhor do que 25% das pessoas de mesma faixa etária e escolaridade; também significa que foi pior do que 75% das pessoas de mesma faixa etária e escolaridade

Quanto mais à esquerda, estiver localizado o desempenho do paciente, mais comprometida terá sido sua performance, o que sugere pontos de alerta para fraquezas e dificuldades de Júlio Ignácio. Quanto mais à direita, estiver localizado o desempenho do paciente, mais preservada terá sido sua performance, o que sugere pontos de recursos e facilidades de Júlio Ignácio. Os resultados estão classificados por cores e suas correlações estão explanadas nas Tabelas 2 e 3 deste laudo.

Percentil	<2	2-8	9-24	25-74	75-90	91-97	≥ 98	

Instrumento	Etapa/Processo	Pto bruto	Percent	Domínio
WASI [2]	Semelhanças	75		Eficiência Intelectual
	Raciocínio Matrical	28	99	
	Escala Vertical	120 (pond.)	91	
	Escala de Execução	126 (pond.)	96	
	QIT-4	126 (pond.)	96	
	QIT-2	129 (pond.)	97	
WAIS III [3]	Completar Figuras	25	88	Visuoconstrução e Visuopercepção
WASI [2]	Cubos	66	85	
Fig Rey [4]	Cópia	34	40	
WAIS III[3]	Dígitos OD Span	5	47	Memória
Corsi [7]	Dígitos OD Span	7	88	
WASI [2]	Vocabulário	69	79	
RAVLT [8]	A1-Aprend.	9	75	
RAVLT [8]	A1 - Aprend.	9	75	
	A2 – Aprend.	7	5	
	A3 – Aprend.	10	25	
	A4 – Aprend.	13	50	
	A5 – Aprend.	15	95	
	B1 – Distrator	6	50	
	A6 – Evoc. Imed.	13	75	
	A7 – Evoc. Tar.	13	75	
	Reconhecimento	13	50	

Percentil	<2	2-8	9-24	25-74	75-90	91-97	≥ 98	

Instrumento	Etapa/Processo	Pto bruto	Percent							Domínio
RAVLT[8]	Aprend. Total	54				50				Memória
	ALT	9		5						
	Retenção	1				50				
	Interf. Proativa	0,67		5						
	Interf. Retroativa	0,87				25				
BVMT-R[9]	Evoc. Total Imediata	28				50				
	Evoc. Tardia	9				30				
	Reconhecimento	12				65				
Figura de Rey[4]	Evocação 3 min	17,5				30				
FDT[12]	Tempo de leitura	23s				25				Processos Atencionais
	Tempo em Contagem	23s				50				
	Tempo em Escolha	44s		3						
	Tempo em Alternância	79s	<1							
Stroop[10]	Cartão 1	23s	<1							
	Cartão 2	18s		6						
	Cartão 3	23s				25				
CTT[6]	Trilha 1	34s					76			
	Trilha 2	89s				48				
AC-15[11]	Pontuação	132	<1							
TCS[5]	TCS-1	285s	<1							
	TCS-2	285s	<1							
WCST[10]	Rupturas	0				>16				Funções Executivas
	Respostas Perseverativas	8,6%					79			
	Nível Conteitual	77,8%				66				
FDT[12]	Inibição	21s								
	Flexibilidade	56s	<1							
Hayling[14]	Parte A - Tempo	158s	<1							
	Parte B - Tempo	79s		2						
	Parte B - Erros	9	<1							
	Parte B -Erros Categorização	32	<1							
IGT[16]	Jogadas	16					41			
WASI[17]	Semelhanças	39					75			

Percentil	<2	2-8	9-24	25-74	75-90	91-97	≥ 98	

Instrumento	Etapa/Processo	Pto bruto	Percent							Domínio
Eyes Test[17]	Acertos	25				45				Cognição social
FVL[19]	Switches	5			9					Linguagem
	Tamanho clusters	3,17					78			
	Cluster TE	6				58				
	Cluster FON	0			16					
	Palavras evocadas	28		8						
FVF[19]	Switches	2			16		79			
	Tamanho Clusters	2								
	Cluster TE	0				37				
FVF[19]	Cluster FON	3				31				
	Palavras evocadas	12		7						
FVS[19]	Switches	1		5						
	Tamanho Clusters	1,5				62				
	Clustr TX	2			11					
	Cluster FON	0			11					
	Palavras evocadas	14		7						
BNT[20]	Acertos espontâneos	37			10					
MAC[21]	Discurso convencional	23	<1							
	Metáforas	28				50				
	Prosódia emocional - Repetição	11				67				
	Discurso narrativo - Reconto	8				50				
	Prosódia emocional - produção	6			10					
	Atos de fala	13			10					
	Julgamento Semântico	11				69				

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga as Resoluções n° 002/2003, nº 006/2004 e n° 005/2012 e Notas Técnicas n° 01/2017 e 02/2017. RESOLUÇÃO Nº 9, DE 25 DE ABRIL DE 2018. Disponivel em: http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf

[2] TRENTINI, C.M. YATES, D. B. HECK, V. S. (2014). Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI): Manual profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo.

[3] SILVA, M.C.V.M. (2017). Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – 3ª edição (WAIS III). David Wechsler. São Paulo: Pearson Clinical Brasil.

[4] OLIVEIRA, M.S. Figuras Complexas de Rey: teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017.

[5] FONSECA, R.P. CARDOSO, C.O. ORTIZ, K.Z. PARENTE, M.A.M.P. GAUTHIER, L. JOANETTE, Y. Teste de Cancelamento dos Sinos (TCS-1/TCS-2). São Paulo: Vetor, 2018.

[6] RABELO, I.S. PACANARO, S.V. ROSSETTI, M.O. LEME, I.F.A.S. Teste de Trilhas Coloridas (CTT). São Paulo: Casa do Psicólogo 2010.

[7] MELLO, R.D. (2016). Avaliação das relações entre a memória de trabalho verbal e visuoespacial de adultos saudáveis. Dissertação (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Recuperado a partir de https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/45783/R%20-%20D%20-%20RAEL%20DILL%20DE%20MELLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[8] MALLOY-DINIZ, LF. PAULA, JJ de. Teste de aprendizagem auditivo-verbal de Rey (RAVLT). São Paulo: Vetor, 2018.

[9] MIOTTO, E.C. CAMPANHOLO, K.R. RODRIGUES, M.M. SERRAO, V.T. LUCIA, M.L.C.S. SCAFF, M. (2012). Hopkins verbal learning test-revised and brief visuopatial memory test-revised: preliminar normative data for the Brazilian population. Arq Neuropsiquiatr, 70 (12), 960-966. https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2012001200014

[10] CAMPANHOLO, K. R. et al. (2014). Perfomance of an adult Brazilian sample on the Trail Making Test and Stroop Test. Dementia & Neuropsychologia, 8(1), 26-31. http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642014DN81000005

[11] BOCCALANDRO, E.R. Teste de Atenção Concentrada – AC15. São Paulo: Vetor, 2003.

[12] SEDÓ, M. MALLOY-DINIZ, LF. PAULA, JJ de. O teste dos cinco dígitos (FDT). São Paulo: Hogrefe, 2015.

[13] VIAPIANA, V.F. PUREZA, J.R. HOLZ, M.R. FONSECA, R.P. Geração aleatória de números: adaptação e normas brasileiras para adultos. In: ZIMMERMANN, N. FONSECA, RP. Avaliação de linguagem e funções executivas em adultos. São Paulo: Mennon, 2017.

[14] ZIMMERMANN, N. CARDOSO, C. O. KRISTENSEN, C. H. FONSECA, R. P. (2017) Brazilian norms and effect of age and education on the Hayling and Trail Making Tests. Trends Psychiatry and Psychotherapy, 39(3), 188-195. http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0082

[15] HEATON, R.K. Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST). Adaptação e padronização brasileira de Jurema Alcides Cunha et al. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

[16] ROCHA, F. FILARDI, A.N.B. MALLOY-DINIZ, L. CORRÊA, H. (2011). Decision-making impairment in obsessive-compulsive disorder as measured by the Iowa Gambling Task. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 69(4), 642-647. https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2011000500013.

[17] BARON-COHEN, S. (2015). The "Reading the Mind in the Eyes" Test: Complete Absence of Typical Sex Difference in ~400 Men and Women with Autism. PLoS ONE, 10(8). http://doi.org/10.1371/journal.pone.0136521.

[18] STONE V.E. BARON-CONHEN, S. KNIGHT R.T. Frontal lobe contributions to theory of mind. J Cogn Neurosci. 1998;10(5):640-56.

[19] HERMES-PEREIRA, A. Análises de clustering and switching em tarefas de fluência verbal livre, fonêmica e semântica: dados normativos em adultos. In: ZIMMERMANN, N. FONSECA, RP. Avaliação de linguagem e funções executivas em adultos. São Paulo: Mennon, 2017.

[20] MANSUR L.L. (2006). Teste de nomeação de Boston: desempenho de uma população de São Paulo. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, 18(1), 13-20.

[21] FONSECA, R.P. PARENTE, M.A.M.P. CÔTÉ, H. SKA, B. JOANETTE, Y. Bateria MAC- Montreal de Avaliação da Comunicação. Barueri, SP: Pró-fono, 2008.

[22] NUNES, C.H. FLORES-MENDONZA, C.E. NASCIMENTO, E. PRIMI, R. (2008) Inventário de Personalidade NEO Revisado (NEO PI-R). São Paulo, Vetor.

[23] LEVIN, H.S. O'DONELL, V.M. GROSMANN, R.G. The Galveston Orientation and Amnesia Test: a practical scale to assess cognition after head injury. J Nerv Ment Dis. 1979;167 (11):675-84.

[24] GUILMETTE T.J. SWEET J.J. HEBBEN N. KOLTAI D. MAHONE E.M. SPIEGLER B.J. STUCKY K. WESTERVELD M. & Conference Participants (2020) American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on uniform labeling of performance test scores, The Clinical Neuropsychologist, 34:3, 437-453, DOI: 10.1080/13854046.2020.1722244.

[25] MENDONÇA, L. I. Z. (2010). Considerações sobre as relações córtico-subcorticais na fala e linguagem. Neuropsicologia Latinoamericana, 2(2), 1-10.

Referências Bibliográficas:

- Guilmette T.J., Sweet J.J., Hebben N., Koltai D., Mahone E.M., Spiegler B.J., Stucky K., Westerveld M. & Conference Participants (2020) American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on uniform labeling of performance test scores, The Clinical Neuropsychologist, 34:3, 437-453, DOI: 10.1080/13854046.2020.1722244.

- O'Neill, A. M. (1995). Clinical inference: How to draw meaningful conclusions from psychological tests. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing

clincog

clincogmais.com.br

clincog

@clincogmais

@clincogmais

clincogmais@gmail.com