

Laudo Psicológico de Avaliação Neuropsicológica

Laudo realizado de acordo com as resoluções 06/2019, 01/2009 e 09/2018, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), as quais instituem o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica, assim como regras do registro documental elaborado pela(o) psicóloga(o), interpretação e análise dos dados obtidos por meio de métodos, técnicas e instrumentos reconhecidos cientificamente para uso na prática profissional.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Albenice Luísa e Silva Farias de Lima

Psicóloga/Especialista em Neuropsicologia

CRP 03/17486

Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental

Especialista em Educação e Diferença

Especialista em Psicopedagogia

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Louise Pinheiro da Costa Souza

Data de nascimento: 03/08/2018

Solicitante: Dr. Tania Penalva Correia – Neuropediatra – CRM 4097

Finalidade: Diagnóstico diferencial e direcionamento de condutas

Demandas: Comportamento disfuncional, dificuldade de concentração e atenção.

3. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Esta avaliação neuropsicológica foi solicitada pela Neuropediatra em decorrência de queixas de comportamentos disfuncionais, dificuldade na atenção e concentração.

As alterações do comportamento ou de funções cognitivas de crianças e adolescentes, frequentemente passam despercebidas pelos pais ou responsáveis. A maioria dos casos são detectados por profissionais ou na escola, quando aparecem dificuldades de aprendizagens, memorização e evocação de informações anteriormente ensinadas; distração nas tarefas solicitadas por interveniência dos estímulos irrelevantes (desatenção); dificuldade em esperar sua vez para falar e permanecer quieto; fala excessiva e interrupção dos colegas e professores (hiperatividade/impulsividade).

É a avaliação neuropsicológica que permite averiguar a ocorrência de distúrbios cognitivos e mesmo as capacidades de neuroplasticidade do paciente. Por meio dela, também é possível refletir sobre as possibilidades de estratégias intervencionistas para delimitar as modificações ambientais necessárias para a melhor adaptação do paciente às suas condições novas cognitivas.

4. PROCEDIMENTOS

Para uma avaliação neuropsicológica, são utilizados os 4 pilares: aplicação de testes cognitivos, realização de entrevistas, execução de observação comportamental e utilização de escalas e técnicas de avaliação de sintomas. A aplicação dos testes foi realizada em um ambiente sem ruídos e reservado, para que o paciente pudesse se sentir confortável e a vontade. Respeitando estas normativas, esta avaliação foi realizada em 10 atendimentos Presenciais de 50 minutos cada, cuja metodologia utilizada foi:

- Entrevistas e anamnese sobre a queixa, com os genitores;
- Adaptação e vínculo do paciente à Avaliação Neuropsicológica e à terapeuta;
- Rapport e Hora do Jogo: Objetivo: Estabelecer vínculo com o paciente e avaliar, por meio do jogo, aspectos relacionados às funções cognitivas, comportamentais e à afetividade;
- Observação clínica durante as sessões de avaliação;
- Mensuração das funções cognitivas através dos testes e instrumentos listados abaixo;
- Sessões lúdicas;

- Análise dos relatórios e questionários encaminhados pela escola;
- Entrevista devolutiva para explicação dos resultados e entrega do laudo;

Instrumentos Formais (testes favoráveis e instrumentos não privativos a psicólogos):

SON-R – Teste não verbal de inteligência. Karino, C. A.; Jesus, G. R.; Laros, J. A. Tellegen, P. J. (2012). Teste Não-Verbal de Inteligência – SON-R 2½-7[a]. Editora Hogrefe cetapp. São Paulo.

SRS-2 – Responsividade social. Constantino, J. & Gruber, C. (2021). Escala de responsividade social – SRS-2. São Paulo, SP: Hogrefe.

SNAP-IV Questionário de identificação de desatenção e hiperatividade/impulsividade (4 a 17 anos) - primeiras experiências de relacionamentos para Pais (Daniel J. Siegel).

COLUMBIA – Raciocínio e maturidade mental. Burgemeister, B. B.; Scholttfeldt, C. G. F. M.; Lorge, I.; Malloy-Diniz, L. F.; Blum, L. H. (2018). Escala de maturidade mental Colúmbia edição brasileira revisada (CMMS 3). São Paulo, SP: Casapsi Livraria e Editor.

Tabela 1. Relação entre Função Cognitiva e os Testes

Função Cognitiva	Testes e técnicas
Inteligência	Columbia (COLUMBIA)
Memória	Teste Não-Verbal de Inteligência SON-R (SON-R 2-7)
Percepção Visual	Teste Não-Verbal de Inteligência SON-R (SON-R 2-7)
Psicopatologia	Escala de Responsividade Social (SRS-2) Escala SNAP-IV

5. RESULTADOS

5.1. Dados do Desenvolvimento Global

5.1.1. Gestação e parto

Conforme relatado pela genitora, a gravidez não foi planejada, mas aceitou e desejou. Na ordem de gestação é a 2ª filha, a primeira gestação teve aborto espontâneo, tem um irmão caçula, realizou acompanhamento pré-natal, a evolução da gravidez se deu sem intercorrências. Parto normal, ocorreu

com 41 semanas, o trabalho de parto durou 13 horas, saiu de cabeça, precisou de ajuda dos médicos, nasceu roxa. A receptividade familiar foi maravilhosa, sua chegada já era esperada com muito amor e carinho. Atualmente, pais separados, convive com a genitora e seu irmão mais novo, tem contato frequente com o genitor.

5.1.2. Hábitos de Sono e Padrão Alimentar

Apresenta dificuldade em iniciar o sono, se movimenta um pouco e procura o que abraçar durante o sono, mas dorme a noite toda. Mamou durante 07 meses, teve boa aceitação a introdução de alimentos, atualmente se alimenta bem.

5.1.3. Desenvolvimento infantil e Escolarização

Em relação aos dados do Neurodesenvolvimento não apresentou atrasos na linguagem e nem no desenvolvimento neuropsicomotor. A genitora informa que equilibrou o pescoço aos 03 meses, sentou-se aos 06 meses, engatinhou com 07 meses, andou com 09 meses, as primeiras palavras ocorreram aos 11 meses, falou corretamente com 01 ano e 06 meses. Prefere brincar com amigos, familiar, interage com as crianças e tem facilidade em fazer novas amizades. Gosta de ir à escola. Segundo relato da genitora, houve troca de Escola, por esse motivo não conseguiu relatório escolar, mas afirma que a criança é alegre e comunicativa, e apresenta comportamentos disfuncionais, começou a chutar e se jogar dentro do transporte escolar, e todos os dias é notificada pela escola, informando que a criança implica com os colegas, joga sapatos nos colegas. A família auxilia nas atividades escolares.

5.1.4. Atividades básicas de vida diária

A rotina atual consiste em ir à Escola no turno da manhã, de transporte escolar. A tarde após os cuidados de higiene e alimentação, assiste, brinca, merenda e dorme, ao acordar realiza atividade da escola, brinca. A noite dorme mais ou menos 20:30h.

5.1.5. Histórico médico e exames

No momento faz uso de medicação, está sendo acompanhada pela Neuropediatra, Psicóloga, Fonoaudióloga.

5.1.6. Apresentação ao longo da avaliação

A paciente apresentou-se para a avaliação, agiu de forma educada e colaborativa. Realizou as atividades propostas nas sessões, porém, demonstrou inquietação na maioria das vezes, com desatenção por vezes (querendo desfocar da atividade, algumas vezes movimentou-se pela sala).

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Em seguida, foi realizada uma interpretação cuidadosa dos resultados embasando-se na abordagem dinâmica e sistêmica das funções neuropsicológicas desenvolvida por A. Luria, que visa compreender as funções cerebrais como um sistema ativo e integrado, com o objetivo de descrever os sistemas funcionais já desenvolvidos, as funções que estão deficitárias, o que permite a inferência de uma hipótese diagnóstica, melhor definir os encaminhamentos e as intervenções necessárias. Os resultados quantitativos brutos foram interpretados de duas maneiras: 1) através dos cálculos dos Z-scores, e a posterior conversão em percentis através da tabela de Wechsler, que permitiu classificar a pontuação do percentil em categorias e interpretações, como demonstrado na tabela abaixo; 2) por meio da classificação e interpretação oferecida pelo próprio manual que cada teste oferece. Para ambas as circunstâncias, as análises consideraram a paciente de forma nomotética, ou seja, foi realizada uma comparação dela com as demais de sua idade e escolaridade, mas também se configurou uma avaliação ideográfica, em que os resultados da paciente foram comparados de forma dinâmica com ela mesma.

2. Relação entre Percentil, Classificação e Interpretação

Pontuação do Percentil	Classificação	Interpretação
0 a 2	Deficitário	Prejuízo grave
3 a 9	Limítrofe	Prejuízo moderado
10 a 25	Médio Inferior	Prejuízo leve
26 a 74	Médio	Habilidade preservada
75 a 90	Médio Superior	Facilidade
91 a 97	Superior	Habilidade desenvolvida
98 a 100	Muito Superior	Potencialidade

6.1 Funções intelectuais

Os resultados dos testes de inteligência indicam:

Habilidade	Teste	Percentil	Classificação	Interpretação	QI
Maturidade mental	COLUMBIA	75	Médio Superior	Facilidade	110
Inteligência Fluida – ER	SON-R 2-7	97	Superior	Habilidade Desenvolvida	128

Inteligência Cristalizada - EE	SON-R 2-7	23	Médio	Habilidade preservada	89
Quociente Intelectual Total	SON-R 2-7	72	Médio	Habilidade preservada	109

Interpretação dos Resultados:

Maturidade mental nível A do teste **COLUMBIA**: foi possível encontrar um resultado de Classificação Médio Superior, Interpretação como Facilidade, para o domínio Maturidade mental. Esse é um indicador de raciocínio geral não verbal em que é necessário usar a capacidade de atenção visual, discriminação visual, organização viso espacial, capacidade de abstração a fim de realizar a formação de conceitos, que se configura como o reconhecimento de características, padrões e relações diante dos estímulos apresentados.

O SON-R 2 ½ - 7[a] é um teste não-verbal de inteligência que representa a habilidade cognitiva geral da criança relativa à sua idade na faixa etária de 2 anos e meio a 7 anos e 11 meses, resultando em um Coeficiente de Inteligência (SON-QI) com a aplicação de 4 subtestes: Mosaicos e Padrões que fornecem o escore para Escala de Execução (SON-EE); Categorias e Situações para a Escala de Raciocínio (SON-ER).

Em relação ao desempenho:

SON-EE = 89 (Médio)

SON-ER = 128 (Superior)

SON-QI = 109 (Médio)

Base conceitual teórica: De acordo com Laros, Tellegen, Jesus & Karino (2015):

O SON-R 2 ½ - 7 anos é um teste não-verbal de inteligência que representa a habilidade cognitiva geral do indivíduo relativo à sua idade na faixa etária de 2 ½ anos a 7 anos, resultando em um Coeficiente de Inteligência (QI SON) com a aplicação de 4 subtestes: Mosaicos e Padrões que fornecem o escore de habilidade espacial e raciocínio fluido, Categorias e Situações que são testes de raciocínio abstrato. Tais habilidades estão relacionadas com raciocínio fluido (capacidade de raciocinar e achar soluções para problemas novos). QI-SON compreende Inteligência fluida, com raciocínio abstrato e espacial (habilidade de identificar relacionamentos, compreender implicações e extrair inferências dentro de um conteúdo novo). Tal inteligência depende menos do conhecimento adquirido (inteligência

cristalizada). Por ser um teste não-verbal de inteligência, avalia habilidades cognitivas sem envolver o uso de linguagem verbal ou escrita.

Interpretação Descritiva:

Na Escala de Raciocínio (SON-ER) que compreende os subtestes Categorias e Situações e avalia o raciocínio concreto e abstrato, o escore obtido encontra-se com classificação Superior (SON-ER= 128). Ademais, na Escala de Execução (SON-EE) que incorpora as habilidades espaciais, visuomotora e de execução (Mosaicos e Padrões), alcançou escore dentro da média esperada para sua idade (SON-EE = 89). Tais dados indicam que a criança apresentou adequadas habilidades de adaptação, de resolução de problemas e de aprendizado (inteligência fluida). O *Coeficiente de Inteligência Total* está classificado como médio (QI = 109), com Habilidades Preservadas.

Durante a aplicação do teste houve interferência da desatenção e impulsividade. A análise Neuropsicológica revela que não há evidências de comprometimento em funções cerebrais específicas, cognitivo preservado.

6.2. Funções atencionais

A atenção é a capacidade de **selecionar** e **manter controle** sobre a entrada de informações externas necessárias em um dado momento, ou sobre o controle de informações geradas internamente, como nossos pensamentos, memórias e preocupações ou até cálculos mentais. Sem essa capacidade de seleção, a quantidade de informações externas e/ou internas seria enorme, a tal ponto de **inviabilizar** qualquer atividade mental. Para isto, é necessário que redes cerebrais difusas interajam entre si, permitindo que nos ocupemos com eventos relevantes e ignoremos os irrelevantes. A orientação da atenção reflete uma competição entre objetivos internos e demandas externas que podem ser disparadas voluntariamente ou capturadas automaticamente. As redes neurais da atenção envolvem estruturas em todos os lobos do córtex, além de estruturas subcorticais.

Instrumento Complementar:

Os resultados da avaliação das habilidades atencionais indicam:

Respondente	Teste	Desatenção	Hiperatividade Impulsividade	Opositor/Desafiador

Mãe	SNAP-IV	Sintomas Clínicos	Sintomas Clínicos	Sintomas Clínicos
Pai	SNAP-IV	Sintomas Clínicos	Sintomas Clínicos	Sintomas Clínicos
Avó Materna	SNAP-IV	Sintomas Clínicos	Sintomas Clínicos	Sintomas Clínicos

Interpretação dos resultados:

O SNAP-IV é uma escala que contém 26 itens afirmativos em relação ao comportamento da criança e deve ser respondida escolhendo uma das opções que melhor a descreve (nada, um pouco, bastante ou demais). São 9 itens que descrevem comportamento desatento, 9 relacionados a comportamento hiperativo/impulsivo e 8 de comportamento opositor/desafiante. Foi solicitado para a mãe, o pai e a avó materna que respondessem a escala, os resultados dos pais e avó apresentaram Sintomas Clínicos para desatenção, hiperatividade e impulsividade e Sintomas Clínicos para opositor/desafiador.

Observou-se na clínica, uma inquietação e agitação da criança, mexendo em alguns objetos da sala, levantando-se por várias vezes da cadeira, desviando a atenção por várias vezes.

6.3 Percepção Visual

Os resultados da avaliação das habilidades perceptivas mostram:

Habilidade	Teste	Percentil	Classificação	Interpretação
Visuopercepção – ER	SON-R 2-7	97	Superior	Habilidade Desenvolvida
Visuoconstrução – EE	SON-R 2-7	23	Médio	Habilidade Preservada

Descrição do resultado:

Visuopercepção: Esse é um indicador da capacidade de percepção viso espacial, em que se solicita a atenção visual, identificação, reconhecimento, discriminação e análise das partes do objeto e suas localizações, a fim de alcançar a abstração e a síntese visuoespacial e permitir a integração visuomotora. Envolve elementos da atenção visual, memória operacional, velocidade de processamento, visuoconstrução e inteligência fluida.

Visuoconstrução: Esse é um indicador da capacidade viso construtiva, em que é necessário reproduzir a percepção visual através da praxia fina. Envolve a atenção visual, viso percepção, organização, planejamento e velocidade de processamento.

6.4 Psicopatologia

Os resultados da avaliação dos sintomas de psicopatologia mostram:

Habilidade	Teste	Valor da Norma	Interpretação
Cognição Social - Heterorrelato dos pais	SRS-2	57	Sem Sintomas Clínicos
Comunicação e Interação Social - Heterorrelato dos pais	SRS-2	59	Sem Sintomas Clínicos
Comunicação Social - Heterorrelato dos pais	SRS-2	60	Sintomas Clínicos
Motivação Social - Heterorrelato dos pais	SRS-2	51	Sem Sintomas Clínicos
Padrões Restritos e Repetitivos - Heterorrelato dos pais	SRS-2	64	Sintomas Clínicos
Percepção Social - Heterorrelato dos pais	SRS-2	62	Sintomas Clínicos
Cognição social geral - Heterorrelato dos pais	SRS-2	60	Sintomas Clínicos

Base conceitual teórica: A Escala de Responsividade Social, Segunda Edição (SRS-2) tem como objetivo mensurar sintomas associados ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), bem como a classificá-los em níveis leves, moderados ou severos. Sua avaliação se faz de forma global e específica, já que agrupa os sintomas em subcategorias (Escalas Compatíveis ao DSM-5 e Subescalas de Intervenção). Por esse motivo, pode ser utilizada para iniciar processos diagnósticos (rastreio) e para o planejamento de intervenções clínicas e ocupacionais.

Escore-T 59 e abaixo – Dentro dos limites normais as pontuações neste intervalo geralmente não estão associadas ao TEA. Crianças com autismo muito leve podem mostrar pontuações na extremidade superior do nível normal se estiverem bem ajustadas e a sua funcionalidade adaptativa estiver relativamente intacta.

Escore-T entre 60 e 65 – Nível de suporte leve As pontuações neste intervalo indicam prejuízos no comportamento social recíproco que são clinicamente significativos e podem levar a uma interferência de leve a moderada nas interações sociais cotidianas. Essas pontuações são comumente vistas em crianças com condições no espectro do autismo e, ocasionalmente, em crianças que apresentam prejuízos na reciprocidade social relacionados a formas mais severas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Crianças que pontuam dentro ou acima dessa faixa comumente chamam a atenção clinicamente por causa de atrasos na linguagem. Para os pré-escolares, em especial, é importante considerar se o Transtorno Específico de Linguagem (TEL) ou deficiência intelectual contribuem para suspeitas de prejuízo na comunicação social.

Escore-T entre 66 e 75 – Nível de suporte moderado As pontuações nesta faixa da escala indicam prejuízos no comportamento social, recíproco clinicamente significativos que levam a uma interferência substancial nas interações sociais cotidianas. Tais pontuações são típicas em crianças com Transtorno do Espectro Autista de gravidade moderada, incluindo os diagnósticos do DSMIV para Transtorno do Autismo, Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação (TGD SOE) e Transtorno de Asperger, e o diagnóstico DSM-5 estabelecido pelo Transtorno de Comunicação Social e pelo Transtorno do Espectro Autista.

Escore-T 76 e acima – Nível de suporte severo As pontuações nesta faixa da escala indicam prejuízos no comportamento social recíproco que são clinicamente significativos e levam a uma interferência severa nas interações sociais diárias. Essas pontuações estão fortemente associadas aos diagnósticos clínicos de Transtorno do Autismo, Síndrome de Asperger ou casos mais severos de Transtorno Global do desenvolvimento sem outra especificação (TGD-SOE), todos os quais seriam incluídos na categoria diagnóstica de DSM-5 proposta pelo Transtorno do Espectro Autista. Mesmo neste nível, é comum que as pontuações da SRS-2 se atenuem em algum grau durante o período entre a idade pré-escolar e a idade escolar.

Descrição do resultado:

SRS-2 - HETERORRELATO do teste SRS-2: Esse é um indicador global da percepção dos pais sobre a responsividade social, que engloba aspectos das 6 dimensões: percepção social, cognição social, comunicação social, motivação social, padrões restritos e repetitivos e comunicação e interação social. Esses são os resultados baseados nas respostas da Escala Formulário Pré-Escolar, preenchido pela genitora. Análise Neuropsicológica Sintomas Clínicos com Escore Total 60.

TABELA DE RESULTADOS GERAL INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS - CBCL (1-5 anos) Versão brasileira do “Child Behavior checklist for ages 1 ½ -5” traduzido por: EFM Silvares, MM Rocha & MBM Linhares (2010).

COMPORTAMENTOS DA CRIANÇA	TOTAL	NORMATIVO	FRONTEIRIÇO/BORDELINE	CLÍNICO	CLASSIFICAÇÃO
Emocionalmente reativo	9	ATÉ 5	6 a 8	ACIMA DE 9	CLÍNICO
Ansioso/Deprimido	13	ATÉ 6	7 a 8	ACIMA DE 9	CLÍNICO
Queixas somáticas	4	ATÉ 4	5 a 6	ACIMA DE 7	NORMATIVO
Retraído	6	ATÉ 4	5	ACIMA DE 6	CLÍNICO
Problemas com o sono	12	ATÉ 7	8	ACIMA DE 9	CLÍNICO
Problemas de atenção	8	ATÉ 5	6	ACIMA DE 7	CLÍNICO
Comportamento agressivo	30	ATÉ 20	21 a 24	ACIMA DE 25	CLÍNICO
Outros problemas	30				

Gráfico CBCL (1-5 anos)

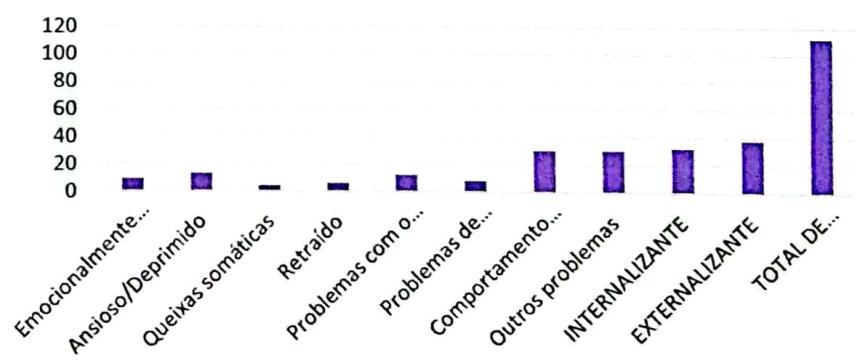


TABELA DE RESULTADOS GERAIS DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

FUNÇÕES COGNITIVAS	ESCORE TOTAL/QI	CLASSIFICAÇÃO	PERCENTIL
MEMÓRIA	110	Médio Superior	75,00%
INTELIGÊNCIA	109	Médio Superior	72,00%
PERCEPÇÃO VISUAL	128	Médio Superior	97,00%
PERCEPÇÃO VISUAL	89	Médio	23,00%
PSICOPATOLOGIA SRS-2	60	Sintomas clínicos	----
PSICOPATOLOGIA SNAP-IV DÉFICIT DE ATENÇÃO		Sintomas clínicos	----
HIPERATIVIDADE / IMPULSIVIDADE		Sintomas clínicos	----
TRANSTORNO DO OPOSITOR DESAFIADOR		Sintomas clínicos	----

7. CONCLUSÃO

Com base nas observações clínicas, entrevistas e aplicação de instrumentos psicológicos, percebe-se que a criança não apresentou prejuízo no marco desenvolvimento infantil. A análise realizada é que o desempenho da avaliando na testagem Neuropsicológica revelou capacidade cognitiva global dentro do esperado para sua faixa etária e Classificação Médio, esse índice de QI (109) obtido apresenta habilidades preservadas, sem prejuízos cognitivos.

Os comportamentos desadaptativos observados e analisados, resultam em prejuízos significativos nas relações e na vida acadêmica, agravando a desatenção, impulsividade e agitação.

Apresentou déficit nas tarefas de atenção e percepção visual, com resultados abaixo do esperado. Na afetividade, foi perceptível sinais emocionais, apresentou humor regulado nos encontros da avaliação.

Impressão diagnóstica: F90.2 Apresentação Combinada – TDAH; F91.3 Classificação Grave; F84.0 Nível de Suporte 1 (DSM 5-TR).

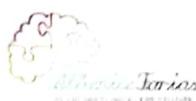
Ressalta-se que, o ser humano possui uma natureza dinâmica; não definitiva e não cristalizada. Sendo assim, os resultados aqui expostos dizem respeito ao funcionamento das funções cognitivas, como também, da personalidade, humor e afetividade de Louise no momento presente, podendo haver alterações posteriores, dependendo das contingências ambientais vivenciadas e/ou do (s) acompanhamento (s) recebido (s). Desaconselha-se o seu uso fora deste contexto para a proteção do próprio paciente.

Albenice Luisa E Silva Farias de Lima

Albenice Luisa E Silva Farias De Lima

Psicóloga Clínica / Neuropsicóloga

CRP 03/17486



Albenice
Albenice L. S. F. de Lima
Psicóloga Clínica
CRP 03/17486
Neuropsicologa

Importante ressaltar que este documento:

1. Não pode ser utilizado para fins diferentes do apontado no item de identificação do documento.
2. Tem caráter sigiloso, extrajudicial, não cabendo a psicóloga responsabilizar-se por seu uso após a entrega do laudo.
3. A análise isolada deste laudo não tem valor diagnóstico se não for avaliado em conjunto com os dados clínicos epistemológicos, exames de neuroimagem e laboratoriais adicionais ao paciente.
4. Para considerar este perfil conclusivo, recomenda-se reavaliação de seguimento em 12 meses ou segundo critério profissional.