

LAUDO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICO



1- Dados de Identificação

Paciente: ARTHUR BALLESTÁ GREGÓRIO

CPF: 12647490902

Nascimento: 17/04/2006

Solicitante: Arthur Ballestá Gregório

Profissional: Ionita Salete Iannaconi Falopa

Neuropsicóloga/Psicóloga – CRP 12/23820

2- Descrição da Demanda, Procedimento e Análise

Paciente Arthur, 18 anos, procurou por atendimento em psicologia, Avaliação Neuropsicológica para possíveis Transtornos do Neurodesenvolvimento, TDAH -Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, e TEA – Transtorno do Espectro Autista. Arthur vem em acompanhamento com psiquiatra e fazendo uso de medicações: Eszopiclona para dormir. Relatou se sentir agitado, com dificuldades para executar as tarefas do dia a dia, entre elas as atividades em casa como lavar louças e limpeza do quarto e banheiro; assim como dificuldade para manter o foco na execução das atividades incluindo as acadêmicas. Relatou ainda ter dificuldade para administrar o tempo, sendo recorrente as perdas de horário para voltar para casa e atrasos com os compromissos. Relatou também dificuldade com a socialização e o cansaço emocional que sente após tais eventos, que por vezes fica preso em determinados assuntos, tendo pensamentos com aspectos obsessivos. Descreveu ter momentos de crise disruptivas/crise de ansiedade, e muita dificuldade para comunicar o que sente e se explicar; ter necessidade de

atenção e ter dificuldade para comunicar tais necessidades também. Se sente, por vezes, incompreendido pela família e amigos e tem dificuldades para se fazer compreender. Relatou ainda se sentir ansioso mentalmente, pensando em muitas coisas; e que os amigos já disseram que ele tem aspectos estranhos, dificuldade para entender as brincadeiras e piadas, dificuldade para entrar em sintonia numa conversa e dificuldade para entender qual é a sua vez de falar e esperar.



A Avaliação Neuropsicológica da Arthur foi composta por 6 sessões com duração de 60 minutos cada. Foram aplicados: Entrevista de Anamnese; Observação Psicológica durante as sessões; Sessão com a mãe Triana; Escala SNAP – IV, Escala ETDAH CriAD - Versão para Crianças e Adolescentes; Teste Figuras Complexas de Rey -Teste de Cópia e de Reprodução de Memória de Figuras Geométricas Complexas; Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção - BPA 2; e SRS -2 - Escala de Responsividade Social, segunda edição.

A Neuropsicologia ocupa-se das correlações das alterações do cérebro com mudanças nas funções comportamentais. Dentre as funções cognitivas, estão a atenção, memória, funções executivas, processamento visuoespacial e linguagem. As funções cognitivas estão distribuídas no córtex cerebral que é dividido em 4 regiões: o lobo frontal, que está envolvido com o planejamento e movimento voluntário; o lobo parietal, com as sensações da superfície corporal e percepção espacial; o lobo occipital, com a visão; e o lobo temporal, com a audição, a percepção visual e a memória. Os processos mentais constituem os fundamentos da percepção, da atenção, da motivação, da ação, do planejamento e do pensamento, além do próprio aprendizado e memória (OLIVEIRA e RIGONI 2014).

A Escala SNAP – IV, um questionário que foi construído a partir dos sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística – IV Edição (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiátrica, apresentou com resultado:



SNAP - IV	Resultado	Interpretação
DA – Déficit de Atenção	8 itens	Preenche os critérios
H/I – Hiperatividade e Impulsividade	4 itens	Não preenche os critérios

A Escala ETDAH CriAd tem como objetivo trazer o entendimento dos possíveis prejuízos e intensidades a cerca do Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade.

FATORES	PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Fator I – HI	38	MÉDIA SUPERIOR
Fator II- DA	24	SUPERIOR
Escore Geral	72	MÉDIA SUPERIOR

Para o diagnóstico do TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, segundo o DMS -V, 2014; precisa se observar alguns critérios:



Critérios Diagnósticos

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais: (os itens em negrito são os persistentes na vida do Arthur)

a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).

b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).

c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p.ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).

d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).

e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).



f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).

g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).

h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).

i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais: (os itens em negrito são os persistentes na vida do Arthur):

a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.

b. Frequentemente se levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).

c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)

d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.

e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).



f. Frequentemente fala demais.

g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).

h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).

i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade devem estar presentes antes dos 12 anos de idade; estar presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades); e precisa haver evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

A memória refere-se à aquisição, formação, conservação e evocação de informações: a aquisição está diretamente associada a aprendizagem, pois só se registra ou “se grava” conteúdos que foram aprendidos e só se evoca ou lembra ou que foi “gravado” ou aprendido. A memória pode ser dividida em: memória imediata (ou de curto prazo); memória de trabalho (memória de longo prazo). Memória imediata refere-se ao conteúdo que pode ser mantido de forma ativa na mente, começando no momento em que a informação é recebida; essa informação representa o foco da atenção atual e que ocupa a corrente de pensamento do momento. Memória de trabalho refere-se ao armazenamento da informação nova, a qual possui uma capacidade limitada

de armazenamento e conserva. Memória de longo prazo oferece maior capacidade de armazenamento, a informação permanece de maneira mais estável e permanente, sendo o esquecimento mais lento (OLIVEIRA e RIGONI 2014).



O Teste Figuras Complexas de Rey -Teste de Cópia e de Reprodução de Memória de Figuras Geométricas Complexas, é amplamente usado para explorar a memória não verbal.

O resultado foi:

DESCRIÇÃO	RESULTADO
TIPO DE CÓPIA = I, construção a partir da armação	RACIONAL +
PERCENTIL DE CÓPIA	40 = Classificação MÉDIA INFERIOR
PERCENTIL DE CÓPIA TEMPO (em minutos)	25 = dentro do esperado
PERCENTIL DE MEMÓRIA	40 = Classificação = MÉDIO INFERIOR
PERCENTIL DE MEMÓRIA TEMPO (em minutos)	20 = abaixo do esperado

CÓPIA, percentil classificação MÉDIA INFERIOR, demonstra em declínio na capacidade de percepção visual, podendo prejudicar a capacidade de interpretação; o que vem de encontro com o déficit de atenção.

MEMÓRIA, percentil classificação MÉDIO INFERIOR, demonstra em declínio na capacidade de percepção visual, podendo prejudicar a capacidade de interpretação; o que vem de encontro com o déficit de atenção.

TEMPO, percentil abaixo do esperado, demonstrando dificuldade para administrar o tempo para execução das atividades.



BPA 2- Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção. Resultado:

ATENÇÃO	PONTOS	PERCENTIL	CLASSIFICAÇÃO
AC – Atenção Concentrada	115	90	SUPERIOR
AD – Atenção Dividida	86	50	MÉDIA
AA- Atenção Alternada	117	90	SUPERIOR
TOTAL	318		

Arthur apresentou dificuldade com AD – Atenção Dividida demonstrando sua dificuldade na organização para execução das atividades, se mostrando perdida frente as diversas demandas solicitadas a ele.

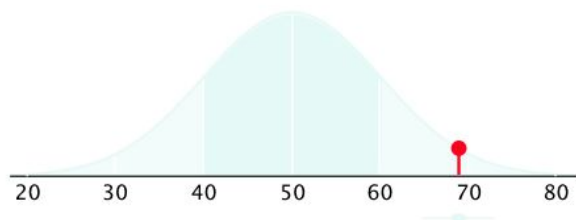
SRS – 2 Escala de Responsividade Social é uma escala destinada a mensurar sintomas associados ao TEA – Transtorno do Espectro Autista, assim como classificá-los em níveis leves, moderados ou severos. O TEA tem sido tradicionalmente visto com diagnóstico categórico, no entanto atualmente existe um corpo substancial de evidências que os traços autistas são comuns e continuamente distribuídos na população em geral, a SRS-2 foi projetada para medir rápida e facilmente tanto sintomas do autismo como os traços do autismo (BORGES, 2020). **O resultado foi escore total 69, AUTISMO suporte I.**



Escore Total

Adulto Autorrelato - Escore T (50+10z)

Pontuação bruta	109
Valor da norma	69
Respostas faltantes (missing)	0
Intervalo de confiança	[65 - 73]



Escore-T entre 66 e 75 – Nível moderado

As pontuações neste nível da escala indicam prejuízos no comportamento social recíproco que são clinicamente significativos e levam a uma interferência substancial nas interações sociais cotidianas. Essas pontuações são típicas em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista de gravidade moderada, incluindo os diagnósticos DSM-IV para Transtorno do Autismo e para Síndrome de Asperger e os diagnósticos DSM-5 estabelecidos para Transtorno de Comunicação Social e Transtorno do Espectro Autista. As pontuações nesta escala também são comuns para indivíduos com Transtorno de Personalidade Esquizoide.

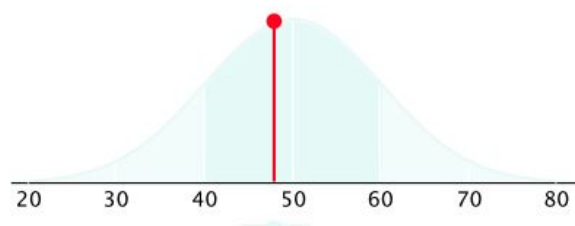


Detalhes da escala

Percepção Social

Adulto Autorrelato · Escore T (50+10z)

Pontuação bruta	7
Valor da norma	48
Respostas faltantes (missing)	0
Intervalo de confiança	[44 - 52]

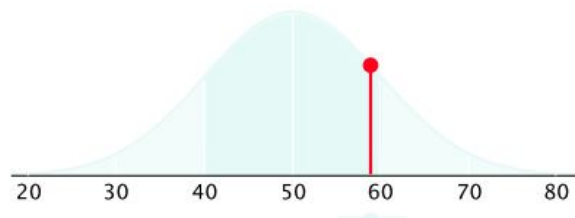


A Subescala de Intervenção de Percepção Social mede a capacidade de reconhecer pistas sociais e lidar com os aspectos da percepção do comportamento social recíproco.

Cognição Social

Adulto Autorrelato · Escore T (50+10z)

Pontuação bruta	14
Valor da norma	59
Respostas faltantes (missing)	0
Intervalo de confiança	[55 - 63]



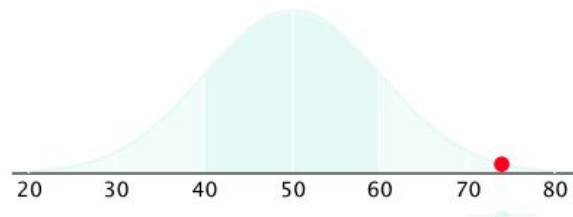
A Subescala de Intervenção Cognição Social refere-se à capacidade de interpretar as pistas sociais após reconhecê-las e lidar com o aspecto cognitivo-interpretativo do comportamento social recíproco.



Comunicação Social

Adulto Autorrelato - Escore T (50+10z)

Pontuação bruta	46
Valor da norma	74
Respostas faltantes (missing)	0
Intervalo de confiança	[70 - 78]

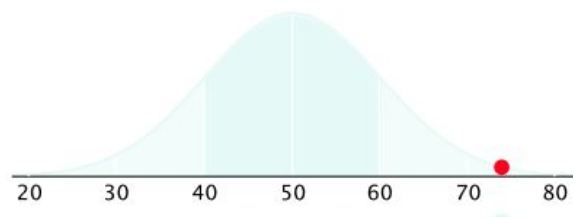


A Subescala de Intervenção Comunicação Social mede a capacidade de comunicação expressiva, lidando com os aspectos motores do comportamento social recíproco. Esta categoria representa os aspectos "motorizados" do comportamento.

Motivação Social

Adulto Autorrelato - Escore T (50+10z)

Pontuação bruta	24
Valor da norma	74
Respostas faltantes (missing)	0
Intervalo de confiança	[70 - 78]



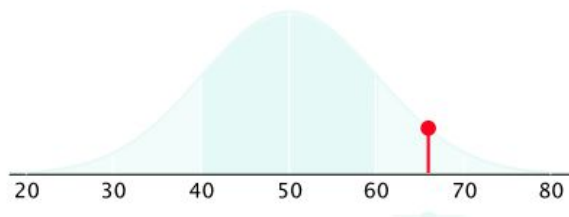
A Subescala de Intervenção Motivação Social refere-se ao grau em que as pessoas geralmente são motivadas a se engajar em comportamento sócio interpessoal. Elementos de ansiedade social, inibição e orientação empática estão incluídos entre esses itens.



Padrões Restritos e Repetitivos

Adulto Autorrelato - Escore T (50+10z)

Pontuação bruta	18
Valor da norma	66
Respostas faltantes (missing)	0
Intervalo de confiança	[62 - 70]



Padrões Restritos e Repetitivos encontra-se tanto nas subescalas de intervenção quanto nas escalas compatíveis ao DSM-5. Esta categoria mede a presença de comportamentos estereotípicos característicos de TEA e áreas de interesse muito limitadas.

3- Conclusão e Orientações

Arthur, a partir da sua queixa manifesta e queixa latente, apresentou resultados nas escalas de avaliações que condizem com o TEA – Transtorno do Espectro Autista “exigindo apoio”, sem deficiência intelectual CID F84.0, apresentando prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e na interação social, e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Assim como para o TDAH - Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade com a predominância em DÉFICT DE ATENÇÃO, sendo que os sintomas estão trazendo impacto negativo nas atividades acadêmicas e profissionais CID F90.0. Portanto, a paciente precisa manter-se constantemente em psicoterapias, para o desenvolvimento de habilidades e estratégias compensatórias para os sintomas manifestos do TDA – Transtorno do Déficit de

Atenção e ANSIEDADE; assim como para o desenvolvimento de habilidades cognitivas socioemocionais e flexibilização cognitiva. Ter regularmente acompanhamento com Psiquiatra ou Neurologista para completar este Diagnóstico, assim como a avaliação da inclusão medicamentosa para o TDAH e ansiedade e acompanhamento da medicação.



- 1) Acompanhamento psicológico para reabilitação neuropsicológica, metodologia ABA – Análise Aplicada do Comportamento;
- 2) Acompanhamento com o Psiquiatra ou Neurologista;
- 3) Atividades acadêmicas e profissionais adaptadas, quando necessário.

Orientações Acadêmicas:

O paciente tem dificuldade com a leitura em material digital, necessitando o material físico.

Oriento também a aplicação do teste psicológico WAIS – III – Escala Wechsler de Inteligência para Adultos.

Este documento tem carácter sigiloso, extrajudicial, não cabendo a psicóloga responsabilizar-se por seu uso após a entrega do Laudo



Florianópolis, 12 de agosto de 2024



Documento assinado digitalmente
IONITA SALETE IANNACONI FALOPA
Data: 12/08/2024 11:06:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ionita Salete Iannaconi Falopa

Neuropsicóloga/Psicóloga/Especialista em ABA – Autismo; CRP 12/23820