

LAUDO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E DE INDICADORES NEUROPSICOLÓGICOS

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ana Luisa Felisberto de Amorim	Idade: 21 anos e 01 mês
Data de Nascimento: 01/12/2000	Escolaridade: ensino superior incompleto (em curso – 5 período)
Profissão/Ocupação: Estudante	Período da Avaliação: janeiro e março de 2022
Encaminhamento: Dra. Maria Augusta Mansur (psicóloga)	

2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA: MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

2.1 Demanda de encaminhamento

Avaliação de indicadores cognitivos, neuropsicológicos e emocionais para compreensão de dificuldades comportamentais e sintomas psiquiátricos, propor encaminhamentos pertinentes para reabilitação e auxiliar no diagnóstico médico diferencial.

2.2 Síntese das informações apresentadas na entrevista inicial e dados de anamnese

Aspectos Gerais: Ana recebe acompanhamento psicológico e psiquiátrico de longa data para sintomas relacionados a fobia social, manejo da ansiedade e depressão e outras manifestações de humor. Recebeu o diagnóstico de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão. Durante o curso da psicoterapia foi se evidenciando a persistência das dificuldades sociais e se evidenciando alterações sensoriais. Questionou-se a hipótese de transtorno de humor bipolar e marcadores que podem estar relacionados à manifestação leve do espectro do autismo. Ana relata seu pouco interesse em socializar, sensação de não pertencimento social, confusão do pensamento, dificuldade de compreender situações comunicativas, presença de sintomas ansiosos quando exposta a situações coletivas e sobrecarga de estímulos sensoriais. A paciente referiu uma clara diferença no interesse que tem quando comparado aos pares de mesma idade, atribuindo a si mesma gostos e interesses mais infantis, pouca necessidade social, que não sente interesse em compartilhar com os o que ocorre em sua vida. Desde criança, há relato de evitação do contato físico com outras pessoas, hipersensibilidade à barulhos e sons altos, evitação em usar roupas coloridas e incômodo marcante quando percebe objetos fora do lugar que costuma estabelecer. Ana relata ter pouca flexibilidade às situações em geral, prefere rotinas. Relata uma possível "ardência" quando é tocada fisicamente e tem percebido ao longo dos anos uma menor tolerância à certas texturas. Em relação à estímulos sonoros, relata momentos de desorganização emocional quando exposta à algumas situações com sons muito altos. Em termos motores, a paciente referiu-se com "desajeitada". Socialmente, tem poucos amigos, refere ter de realizar muito esforço para novas aproximações, apresenta uma característica expressiva mais direta, que costuma ser percebido como falta de "tato social". Quando opta por participar de eventos sociais, Ana manifesta que investe tempo e esforço na busca de pensar e planejar como deve proceder e cansa-se facilmente da exposição social. Atualmente, a paciente cursa Design de Produto em uma instituição de ensino superior pública e diz que optou pelo curso de forma aleatória, mas reitera que o curso escolhido contempla o âmbito das exatas e arte, que acaba sendo atrativo. Durante o ensino fundamental e médio, Ana relembra dificuldade de relacionamentos, o que gerava esquivas e sentimento de estranheza. A paciente refere ter bom relacionamento com os pais (mora com a mãe e tem menor contato com o pai que reside fora do país). Ana se descreve como fechada, introvertida, com dificuldade de assertividade social, com certa dificuldade de compreender enredos sociais que envolvem ironia e percepção mais refinada de eventos. Em termos psiquiátricos, já fez uso de diferentes fármacos da classe dos antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos e estabilizadores de humor. Atualmente diz não se sentir muito bem e questiona o quanto é auxiliada pelos fármacos. Retoma um constante sentimento de insatisfação, inadequação. Relata uma percepção de confusão quanto a si mesma e retoma a necessidade da avaliação para entender se há algo para melhorar ou terá que se esforçar para gerenciar a condição apresentada. Diz perceber pensamentos, por vezes, descontextualizados ao que está vivenciando e esforça-se para compreender tais apresentações. Desconforto subjetivo continuado e, por vezes, busca esquivar-se das manifestações mentais para realizar atividades mais recreativas. Em termos de humor, sente a que a depressão está aumentando muito, relata desânimo, fraqueza física, pensamentos sem sentidos e, ocasionalmente, desejo em morrer. Ana relata situações que consideram ser compatíveis à intenção de suicídio: a primeira

delas aos 18 anos quando ingeriu uma dose elevada de clonazepam e outro episódio que buscou uma tesoura para cortar os pulsos. Quando questionada sobre possíveis fatores desencadeantes de tais eventos, a paciente refere cansaço por não conseguir mudar ao longo dos anos, sentimento de inadequação, tristeza, desesperança e uma apatia continuada que identifica desde a infância e se mantém até o momento presente. Percebe que essa apatia, por vezes desdobra-se em tristeza enquanto em outros momentos sente algo que refere como “uma desconexão emocional” e dificuldade de contato emocional. Diz manifestar muita ansiedade quando está em contato social e que percebe que não está conseguindo acompanhar o fluxo da conversa ou reconhecer possíveis emoções nos outros para antecipar sua ação. Ana refere ser mais fácil manter rotinas previsíveis e, na falta de previsibilidade e ocorrência de desorganização emocional e comportamental, sente-se cansada e buscar retirar-se dos ambientes e dormir. Quando criança, Ana refere episódios de fixar o olhar para pontos e parecer se desconectar, mas atualmente, tal situação ocorre com menos frequência. Tem dificuldade para compartilhar atenção concomitante à diferentes estímulos. Atualmente, percebe que quando algo é do seu interesse investe tempo e foco considerado excessivo por familiares, mas não se desconecta da realidade. Em tais situações experimenta excessivo foco, diz não conseguir flexibilizar-se para ir ao banheiro, comer até a conclusão de tal atividade e nesses momentos é percebido esgotamento físico e mental.

3. PROCEDIMENTOS: MÉTODOS E TÉCNICAS UTILIZADAS

A presente avaliação psicológica e de indicadores neuropsicológicos foi realizada em seis consultas de 45 minutos que incluíram entrevista inicial, sessões de entrevistas clínicas e consulta devolutiva. Durante as consultas foram empregados os seguintes procedimentos: entrevistas clínicas, aplicação de testes psicológicos, neuropsicológicos e uso de tarefas cognitivas, comportamentais e emocionais aprovados e indicados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). De forma complementar, fez-se o emprego de escalas e questionários comportamentais não-restritas a psicólogos (com estudos de validação e procedimentos documentados em periódicos científicos e publicações especializadas, apresentadas na seção de referência desse laudo). As tarefas não-restritas foram avaliadas em caráter qualitativo para auxiliar à interpretação clínica profissional. O processo avaliativo se encerrou com a entrevista devolutiva para a apresentação de resultados e sugestão e encaminhamentos formalizados no presente laudo, conforme preconizado pela Resolução CFP 06/2019. Os procedimentos adotados durante o processo avaliativo são regulamentados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) a partir das resoluções CFP 09/2018 (que estabelece as diretrizes do Sistema SATEPSI) e CFP 06/2019.

3.1 Métodos de Anamnese¹

Entrevistas com a paciente para identificação das queixas atuais e levantamento de histórico de vida.

3.2 Instrumentos de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica (validados pelo SATEPSI-CFP)¹

APM RAVEN – Matrizes Progressivas de Raven (Nunes & Nunes, 2015): teste de avaliação intelectual, raciocínio lógico e matricial usado para a estimativa breve de potencial cognitivo global.

PIRÂMIDES COLORIDAS – Pirâmides Coloridas de Pfister (Vilemôr, 2005): tarefa projetiva para a inferência de possíveis marcadores psicológicos gerais, aspectos da organização da personalidade, estilo de funcionamento psicológico geral, regulação emocional e indicadores de presença de sintomas psiquiátricos subjacentes com a eleição de método para elaboração de pirâmides a partir de estímulos coloridos.

T.A.T. – Teste de Apercepção Temática (Murray; Silva, 2003): tarefa projetiva que utiliza estímulos visuais a partir de cenas em que o paciente é incitado a organizar um enredo narrativo que se possa deflagrar aspectos psicológicos e emocionais gerais, características comportamentais, perfil interpretativo de situações e mecanismos pelos quais o(a) paciente gerencia com as demandas subjetivas e contextuais.

HTP – Desenho Casa, Árvores, Pessoa (Alves & Tardivo, 2004): tarefa que avalia indicadores projetivos da personalidade, mecanismos de defesa, aspectos emocionais e funcionamento psicológico global através de tarefa de expressão gráfica e inquérito.

¹ Referências das testagens aprovadas pelo SATEPSI, das técnicas complementares e de demais procedimentos encontram-se na seção 8 deste documento.

- FDT – Teste Dos Cinco Dígitos** (Sedó & Malloy-Diniz, 2015): tarefa que mensura a velocidade de processamento cognitivo, capacidade de focar e de reorientar a atenção, gerenciar interferências a partir de 4 subtestes que envolvem estímulos visuais de complexidade crescente.
- IFP-II – Inventário Fatorial da Personalidade** (Alves, et al., 2013): inventário de personalidade que avalia diferentes domínios a partir da resposta do paciente quanto ao valor que estima de determinadas situações e tem por objetivo traçar o perfil de personalidade do indivíduo, com base em 13 necessidades ou motivos psicológicos: Assistência, Inibição, Afeto, Autonomia, Deficiência, Afiliação, Dominância, Desempenho, Estabilidade, Agressão, Ordem, Persistência e Mudança.
- BFP – Bateria Fatorial de Personalidade** (Pinjas, Hutz & Neves, 2008): instrumento psicológico construído para avaliação da personalidade a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores e inclui as dimensões Neuroticismo, Extroversão, Socialização, Realização e Abertura.
- BDI-II – Escala Beck de Depressão** (Werlang et al., 2010): escala para a avaliação de sintomas depressivos a partir de 53 domínios.

3.3 Questionários e escalas complementares para análise qualitativa²

- SRS-2 – Escala de Responsividade Social, Segunda Edição** (Constantino & Gruber, 2007): escala que investiga dimensões do comportamento interpessoal, comunicação e comportamento repetitivos e padrões rígidos potencialmente relacionados ao transtorno do espectro do autismo.

3.4 Outros Procedimentos³

- Entrevistas clínicas:** observações clínicas, observação de habilidades gerais (regulação emocional, habilidades comportamentais, interesse social, características comunicativas, psicomotoras) e entrevistas clínicas a partir de critérios do DSM-5.
- Observação clínica e entrevistas não-estruturadas com o paciente**
- Contato com psicóloga e psiquiatra.**
- Entrevista devolutiva com paciente e elaboração de laudo:** procedimento que conclui o processo de avaliação psicológica, preconizada pelo Art. 16 da Resolução CFP 06/2015.

4. ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DO PACIENTE DURANTE A AVALIAÇÃO

Ana fez bom vínculo com o profissional. Buscou aderir a todas as solicitações realizadas. Iniciou o processo de avaliação de forma mais desinibida. Fazia trocar comunicativas espontâneas, com marcadores leves de possível prolixidade. Trazia diferentes assuntos durante os encontros, muito deles pertinentes ao contexto comunicativo, já outros de forma mais descontextualizada, inclusive durante a realização das tarefas propostas. Não foram identificados marcadores de dificuldades de manutenção do foco atencional ou aspectos relacionados a fuga de ideias. Ana realizou com destreza todas as das atividades. Foi percebido uma certa incongruência entre a o conteúdo do relato apresentado e a modulação afetiva correspondente. Apresentava uma linguagem clara e facilidade em explorar os assuntos em pauta. Mostrou-se cordial e receptiva às intervenções sem denotar comportamento agressivo, opositor ou irritabilidade.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICODIAGNÓSTICA E NEUROPSICOLÓGICA

5.1 Indicadores psicológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais (Instrumentos SATEPSI)

APM Form	Classificação/ Análise Qualitativa
	Percentil 75 – Desempenho médio superior
<p>Técnicas Projetivas: Figuras de Miller, C.A.T. – A e Entrevistas clínicas</p> <p>Na tarefa de construção de enredos (T.A.T.) apresentou um desempenho levemente aquém do esperado para o nível de desenvolvimento, predomínio de processos mais descritivos e eventuais fechamentos mais fantasiosos, com marcadores de prolixidade e momentos de fuga do tópico abordado. Expressividade simbólica presente, evitação de temáticas mais conflitivas, características mais egocêntricas, marcadores de ansiedade, vulnerabilidade, insegurança, desejo de satisfação imediata das necessidades e alguns marcadores de tristeza e frustração. Contudo, evidenciou-se, esporadicamente, esquivas das situações problemáticas sugerindo mecanismos de evitação e formação reativa (ou produto de feitas empáticas leves). Em alguns momentos foi identificado conteúdos relacionados à instabilidade de humor, comportamento aderente e menor capacidade de resolução de problemas quando o esperado para a idade da paciente. Por vezes, foi percebido a tendência de não fechamento dos enredos. Vocabulário adequado, por vezes, com o uso de termos mais cultos e pouco coloquiais, pode denotar tendência a formalidade e rigidez do pensamento. Em sua maioria, os enredos não apresentaram um processo resolutivo, encerrando</p>	

² Referências das testagens aprovadas pelo SATEPSI, das técnicas complementares e de demais procedimentos encontram-se na seção 8 deste documento.

características mais descritivas. Indicadores de criatividade e inteligência se mostram marcantes em delimitações momentos da resolução da tarefa. Enredos centrados na percepção subjetivo de um dos personagens em menor tendência ao envolvimento sistêmico (interpessoal) denota características mais autocentradas e egocêntricas. Títulos das histórias sugeriram certa excentricidade, seja pela expressividade de viés insultado (marcador de inteligência), seja por percepção não habitual ao observado em pessoas com mesmo nível de desenvolvimento.

Itens Histórias de Piaget e HTP, houve marcadores ansiedade, imaturidade, insegurança, busca constante pelo equilíbrio, reduzida expansividade, indicadores de impulsividade, marcadores de dificuldades psicológicas do desenvolvimento (dado que deve ser correlacionado à outros achados clínicos), menores condições para gerenciar stress quando esperado para a idade. Foram evidenciados também processos defensivos, como repressão de sentimentos frente à conflitos e mecanismos projetivos. Tendência à rigidez e inibição emocional. Características obsessivas. Indicadores de sentimento de não ser compreendida. Durante as entrevistas clínicas foi percebido um perfil relacionado a ansiedade, angústia, tristeza, dificuldade de modulação das emoções e reduzida reciprocidade social. Em alguns momentos, houve sugestiva tendência de desorganização do pensamento (considerando os dados históricos). Sentimento de insatisfação continuada parece não estar relacionada diretamente à sintomas de humor. O relato de apatia trazido pela paciente parece não ser congruente à sua expressão (seja por um viés mais descritivo que Ana utiliza, seja por menor modulação afetiva e empática global). Tendências mais rígidas, por vezes, obsessivas. Boa expressividade comunicativa (em termos expressivos). Sentimento de insegurança e, por vezes, desamparo manifestaram-se em contradição com o desejo expresso de isolamento. Ana parece não ter refletido ainda sobre desdobramentos de sua vida futura, seja no âmbito profissional ou íntimo. Notou-se momentos de dificuldades de julgamento crítico que parecem comprometer o desempenho de Ana em situações sociais e realização de atividades esperadas ao nível de desenvolvimento. Cordialidade e reciprocidade potencialmente adequados podem ser um facilitador no manejo das situações sociais. Indicadores de baixa tolerância à frustração que podem se desdobrar em episódios de irritação, esquiva e comportamentos opostores. Dificuldades moderadas de habilidades comportamentais (autonomia e autogestão) e sociais quando o que esperado para a idade permearam toda avaliação, verificado, mais enfaticamente, nos momentos iniciais do processo avaliativo (anamnese). Baixa motivação para atividades que envolvam esforço mental continuado quando o assunto seja fora do tópico do próprio interesse. Emocionalmente, há indicadores de imaturidade, condições psicológicas levemente abaixo do esperado para a idade e menor capacidade de suportar situações condizentes para o nível do desenvolvimento. Condições de self um pouco abaixo do esperado para a idade (menor habilidade de gestão) se denota pouca tolerância para suportar frustrações e na insistência na busca de satisfação imediata de suas necessidades. Socialmente, nota-se um perfil mais inibido, mas com tendência de controle do comportamento dos pares. Há indicadores de alterações do campo do neurodesenvolvimento (incluindo comunicação, regulação da atenção, motricidade, entre outros) que devem ser melhor investigados no contexto médico (diagnóstico diferencial).

BDI-II – Escala de Depressão

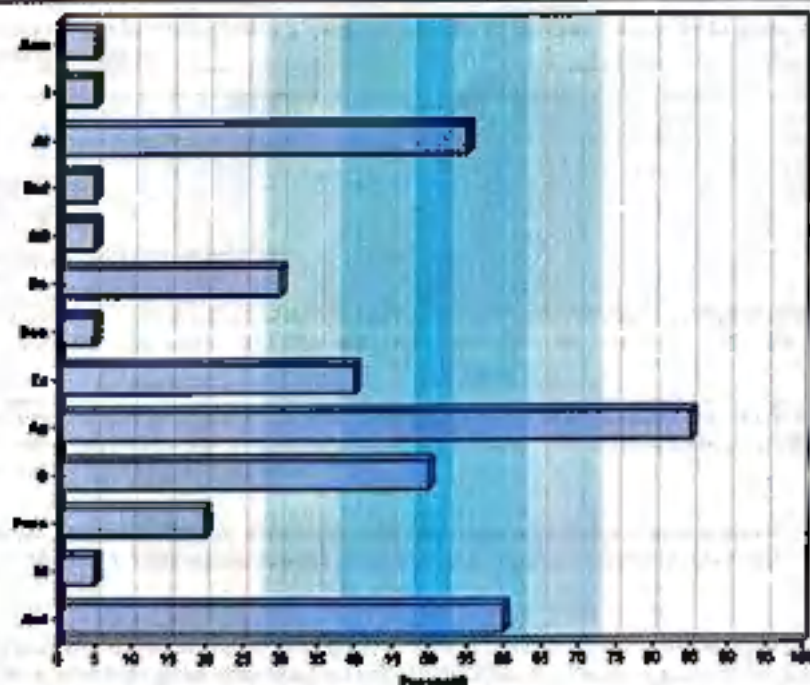
Indicadores de depressão moderada.

FDT – Teste dos Cinco Dígitos

Processos Automáticos - Lettura
Processos Automáticos - Contagem
Processos Controlados - Escolha
Processos Controlados - Alternância

Percentil 75 – Desempenho médio superior
Percentil 50 – Desempenho médio
Percentil 15 – Desempenho médio inferior
Percentil 5 – Desempenho deficitário

HTP-II – Inventário Fatorial da Personalidade



Auxiliância: Apresenta percentil extremamente baixo, sugerindo significativo abaixamento ou ausência de sentimentos de empatia, bem como, expressões de compaixão e simpatia. Vontade reduzida de dar apoio ou suporte emocional a outros.

Intração: Apresenta percentil extremamente baixo sugerindo pouca tendência a fantasiar ou agir de forma mais imaginativa, indicando um sujeito de julgamentos imparciais, baseados em fatos concretos e de decisões mais práticas, conclusivo e pragmático em suas observações.

Afeto: Sugere modesta busca de apoio por parte de terceiros e solicitação por proteção.

Deferência: Apresenta percentil extremamente baixo, o que indica ausência de reverência, bem como, de desejo de dar suporte a um superior.

Afiliação: Apresenta escore extremamente baixo, podendo indicar significativo rebuliamento de desejo de dar e receber afeto de amigos. Pessoas com este tipo de classificação nesta faceta tendem a ter menor necessidade de amigos.

Dominação: Baixa presença de sentimento de autoconfiança e do desejo de controlar os outros através de sugestão, persuasão ou comando.

Desempenho: Forte tendência a apresentar percepções desfavoráveis a respeito de sua capacidade, bem como, a agir de maneira mais passiva na busca de seus objetivos pessoais e profissionais, apresentando baixa ambição e empenho.

Exibição: Apresenta percentil médio fraco, o que sugere pouca presença de vaidade, do desejo de impressionar, ser ouvido e visto. O gosto pelo fascínio encontra-se reduzido.

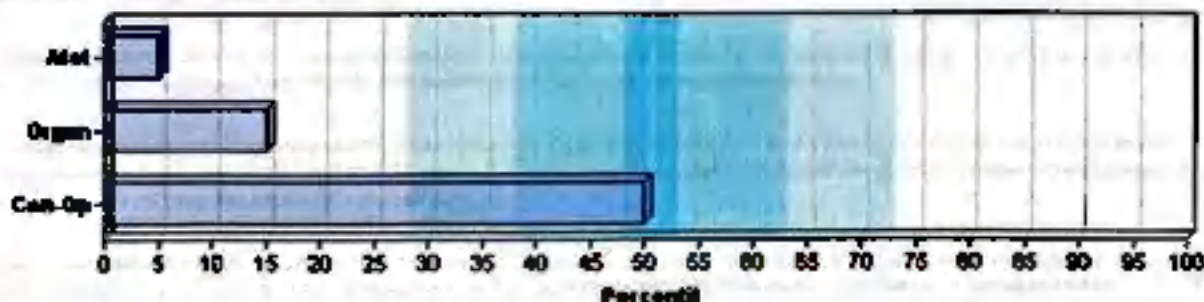
Agressão: Necessidade de superar com vigor e impor sua vontade. Tende a ser irritável, nervoso e com variações de humor, com dificuldades para controlar seus sentimentos negativos, além de baixa tolerância à frustração e tendência a agir impulsivamente.

Ordem: Apresenta percentil dentro da média no que se refere em colocar todas as coisas em ordem, manter limpeza e organização, equilíbrio e precisão não são características predominantes desse sujeito.

Persistência: Tendência a negligenciar detalhes na execução de atividades e baixa confiança em sua capacidade ou nível de exigência pessoal, sugerindo dificuldades em levar a cabo trabalhos iniciados ou a iniciar outras atividades antes de concluir as que já estão em andamento.

Mudança: Pouca capacidade adaptativa, gostar e lidar bem com atividades rotineiras e ligações permanentes a lugares, objetos ou pessoas.

Autonomia: Busca pela liberdade de suas escolhas e resistir à coerção e oposição de terceiros. Tendem a não gostar de executar tarefas impostas pela autoridade. Busca de padrão não convencional.



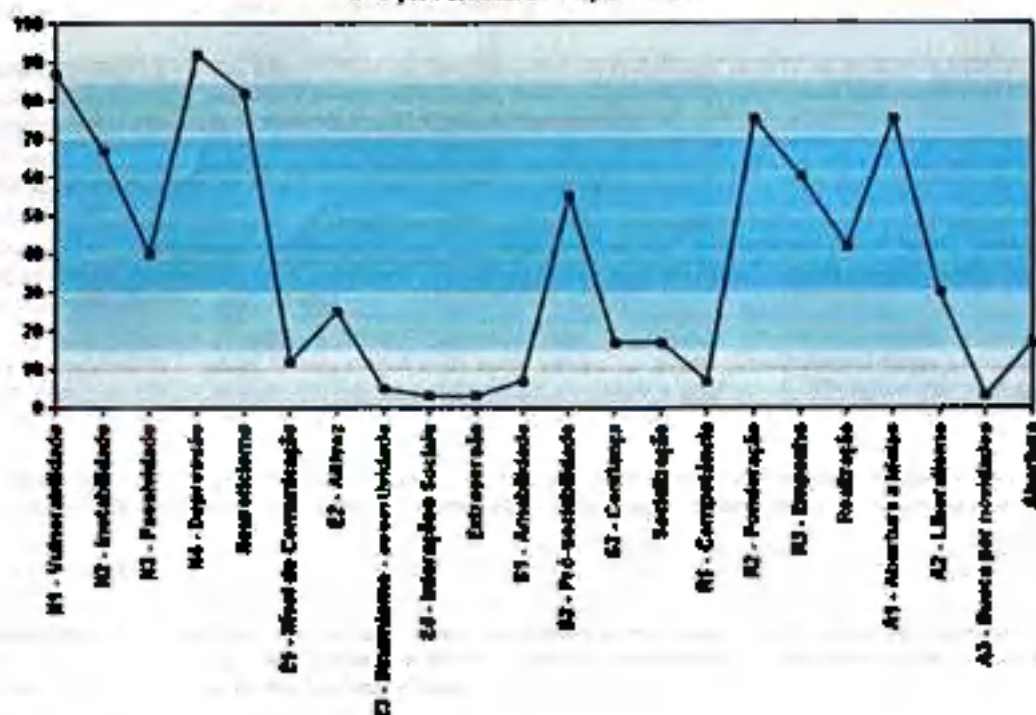
Necessidades Afetivas: Sugere pouca necessidade de apego afetivo aos amigos, de proteção, suporte, respeito, admiração ou obediência, mesmo àquelas que considere importante. Costumadamente não espera ter seus desejos satisfeitos por outras pessoas. Tende a não ser conduzido por sentimentos, fantasias e imaginação. Pode apresentar preferência por atividades rotineiras.

Necessidades de Organização: Indica possível ausência de ambição em realizar algo importante, de forma empenhada e em levar seus projetos até o fim. Pode vir a apresentar dificuldades em trabalhar de forma organizada e sem depender de outras pessoas, indicando baixo desejo em se destacar por conta do próprio esforço.

Necessidades de Controle e Oposição: Encontra-se dentro da média observada na amostra normativa, indicando desejo de ser notado pelas pessoas, estabelecendo controle e influência sobre o comportamento de quem o cerca [comportamento oposto ou pouca flexibilidade social]. Pode agir de modo mais livre e agressivo seguindo seus impulsos. Nesse sentido, tende a não gostar de executar tarefas ou atividades impostas.

Obs.: Os resultados descritivos do IPF-II são gerados automaticamente pelo sistema de correção informatizada e as considerações apresentadas devem ser lidas a partir do funcionamento global do paciente através de análise de clínica. Não se configuram manifestações estáticas e devem ser consideradas durante o processo comportamental em plena análise e discussão dos pontos que, porventura, convergem ou divergem da realidade do paciente. Os aspectos que convergem que acenam para dificuldades sociais ou de autorregulação são gerais que podem ser úteis como base da construção de plano de trabalho que vise a atenuação de tais dificuldades.

Posição Percentil da Resposta



FACETAS DO FATOR NEUROTICISMO

N1 - Vulnerabilidade Percentil > 85 = Muito Alto: Escores muito altos nessa faceta podem representar baixa autoestima e grande medo de que pessoas importantes os deixem em decorrência de seus erros. Relatam insegurança, muita dependência das pessoas próximas e muita dificuldade em tomar decisões, mesmo em situações triviais do dia a dia. Baixa autonomia para a resolução de problemas.

N2 - Instabilidade Percentil > 65 = Médio: Escores médios nessa faceta indicam um padrão comportamental dentro da média no que se refere a como cada pessoa se percebe irritável e nervosa, apresentando poucas variações de humor em determinadas situações.

N3 - Perseverância Percentil 40 = Médio: Escores médios nessa faceta indicam um padrão comportamental dentro da média no que se refere ao nível de atividade das pessoas e seu empenho para resolver situações rapidamente. Tal faceta também se relaciona à velocidade de decisão quando elejam algo. Tão prontidão pode não ser observada em situações contrárias à sua vontade.

N4 - Depressão Percentil > 90 = Muito Alto: Escores muito altos nessa faceta indicam uma forte tendência a relatar expectativas negativas em relação ao futuro e a ter uma vida monótona e sem emoção. Além disso, tendem a sentir-se solitários, sem objetivos claros e consideram-se incapazes de lidar com as dificuldades do cotidiano.

FACETAS DO FATOR EXTROVERSÃO

N5 - Nível de Comunicação Percentil > 60 = Muito Baixo: Escores muito baixos nessa faceta sugerem pessoas que preferem não se expressar em público, apresentam forte tendência a se contrair em situações de exposição e raramente falam sobre si mesmas.

N6 - Altruísmo Percentil 25 = Baixo: Pessoas que apresentam escores baixos nessa faceta também não se vangloriam por seus bens e capacidades pessoais, além de apresentarem pouca necessidade de chamar a atenção dos outros para si. Podem apresentar alguma dificuldade em se perceber como pessoas capazes e de valor.

E3 - Dinamismo - assertividade Percentil 5 = Muito Baixo: Escores muito baixos nessa faceta revelam tendência a se concentrar em um pequeno número de atividades simultâneas e não precisar estar constantemente envolvido em atividades para sentir-se bem. Além disso, pessoas com esse perfil podem demorar mais para colocar suas ideias em prática e baixa iniciativa para realizar certas ações.

E4 - Interações Sociais Percentil < 5 = Muito Baixo: Pessoas que apresentam escores muito baixos nessa faceta geralmente preferem ficar sozinhas ou em grupos pequenos e demoram mais para desenvolver novas relações sociais. Tendem a apresentar uma necessidade reduzida de viver situações mais intensas, de frequentar lugares mais ricos em termos de estímulos e possibilidades de contatos sociais.

FACETAS DO FATOR SOCIALIZAÇÃO

S1 - Amabilidade Percentil > 5 = Muito Baixo: Escores muito baixos nessa faceta revelam pouca disponibilidade para os demais, autocentrismo e indiferença quanto às necessidades alheias. Demonstram pouca preocupação em promover o bem-estar dos outros, podendo dirigir-se a eles de forma pouco cuidadosa, tratando de assuntos delicados de forma pouco sensível.

S2 - Pro-socialidade Percentil 33 = Médio: Escores médios nessa faceta indicam um padrão comportamental dentro da média no que se refere a comportamentos de risco, concordância ou confronto com leis e regras sociais, moralidade e agressividade. Não apresentam tendência a manipulação das pessoas ao seu redor, nem hostilidade em demasia, responsável acerca das regras e leis sociais.

S3 - Confiança Percentil > 15 = Baixo: Escores baixos nessa faceta indicam que a pessoa possui tendência a perceber os outros de maneira persecutória, como se eles quisessem prejudicá-la. Podem ser um pouco cientes em suas relações afetivas, apresentando mais dificuldade para se tornarem íntimos dos demais.

FACETAS DO FATOR REALIZAÇÃO

R1 - Competência Percentil > 5 = Muito Baixo: Escores muito baixos nessa faceta sugerem pouca disposição para atingir objetivos e indicam pessoas que facilmente desistem frente a obstáculos ou necessidade de fazer sacrifícios. Também revelam percepção distorcida sobre a própria capacidade, evitando atividades complexas e desafiantes e a falta de objetivos bem definidos.

R2 - Ponderação Percentil 75 = Alto: Pessoas que apresentam escores altos nessa faceta apresentam tendência a ponderarem mais as suas atitudes, evitando ser impulsionados ao resolverem problemas.

R3 - Empenho

Percentil 66 = Médio: Escores médios nessa faceta indicam um padrão comportamental dentro da média no que se refere ao nível de exigência pessoal em relação à qualidade das tarefas. Pessoas com esse perfil investem mais energia em algumas atividades do que em outras.

FACETAS DO FATOR ABERTURA

A1 - Abertura a Ideias Percentil 75 = Alto: Escores altos nessa faceta indicam pessoas mais abertas a novos conceitos e opiniões; demonstram mais curiosidade pelo novo. Pessoas com esse perfil costumam usar mais a imaginação, interessando-se mais por atividades que propiciem discussões filosóficas e que envolvam ideias abstratas.

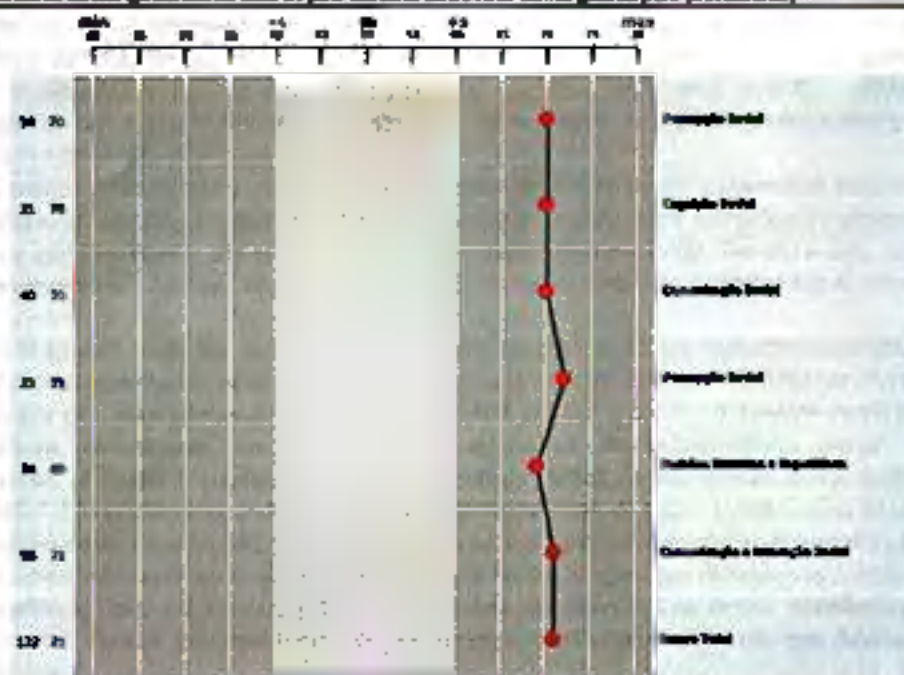
A2 - Liberalismo Percentil 30 = Médio: Escores médios nessa faceta indicam um padrão comportamental dentro da média no que se refere à forma de lidar com diferentes valores morais e sociais e a noção de que estes podem ser relativizados, que podem mudar ao longo do tempo e ser diferentes em várias culturas e regiões.

A3 - Inibição por novidades Percentil < 5 = Muito Baixo: Pessoas que apresentam escores muito baixos nessa faceta relatam sentir-se desconfortáveis com a quebra de rotina, possuem pouco interesse para fazer coisas que nunca fizeram antes, de conhecer lugares novos e de se colocarem em situações diferentes às que vivem usualmente.

Obs.: Os resultados descritivos do BFP são gerados automaticamente pelo sistema de correção informatizada e as considerações apresentadas devem ser lidas a partir do funcionamento global do paciente através de análise de clínica. Não se configuram manifestações estáticas e devem ser consideradas durante o tratamento comportamental em plano análise e discussão dos pontos que, porventura, convergem ou divergem da realidade do paciente. Os ítemos que convergem que acenam para dificuldades sociais ou de autorregulação em geral que podem ser eleitos como base de construção de plano de trabalho que vise a atenuação de tais dificuldades.

5.3 Análise qualitativa das escalas comportamentais e técnicas de uso complementar

SRS-2 – Escala de Responsabilidade Social (preenchido com os pais durante entrevista clínica guiada pelo profissional)



Escala de Percepção Social

Escala de Cognição Social

Escala de Comunicação Social

Escala de Motivação Social

Escala de Padrões Repetitivos e Repetitivos (Critério B DSM-5)

Escala de Comunicação e Interação Social (Critério A DSM-5)

Escore Total

Intervalo de Confiança [66-74]: IC sugestivo de limites clínicos.

Intervalo de Confiança [66-74]: IC sugestivo de limites clínicos.

Intervalo de Confiança [66-74]: IC sugestivo de limites clínicos.

Intervalo de Confiança [66-74]: IC sugestivo de limites clínicos.

Intervalo de Confiança [65-73]: IC sugestivo de limites clínicos.

Intervalo de Confiança [67-75]: IC sugestivo de limites clínicos.

Intervalo de Confiança [67-75]: IC sugestivo de limites clínicos para o Transtorno do Espectro do Autismo.

Interpretação: valor de Confiança com Escore T 29 ou superior podem ser sugestivos de limites clínicos. Esses resultados devem ser correlacionados à funcionalidade global do paciente e histórico de prejuízos nos marcos de desenvolvimento, bem como, estimulação/reabilitação oferecida.

6. CONCLUSÕES

Ana apresenta capacidade intelectual global classificada como médio superior quando considerada as normas esperadas para o seu nível de desenvolvimento. Contudo, a funcionalidade global pode sugerir dificuldades leves na autonomia, autogestão e intercâmbio social, dado o curso clínico psiquiátrico da paciente.

Os aspectos emocionais antes descritos apresentam indicadores que podem sugerir marcadores compatíveis com transtornos neuropsiquiátricos. Sugere-se aos profissionais, médicos psiquiatras e psicólogos, com posse dos dados de desenvolvimentos e aspectos funcionais gerais de Ana venham realizar diagnóstico diferencial para transtornos do neurodesenvolvimento, buscando excluir hipóteses como o Transtorno do Espectro do Autismo, mesmo que de apresentação leve, comórbido ou não à outras condições.

Salienta-se que os dados obtidos nessa avaliação, por vezes, parecem cumprir critérios para transtorno de humor, principalmente, aqueles com manifestação mais evidente de instabilidade. Contudo, a apresentação de sintomas mais evidentes no campo da ansiedade deve ser considerada e pode resultar de uma menor capacidade emocional e psicológica geral da paciente para manejar com as situações de seu dia-a-dia. Salienta-se esse aspectos por ter sido evidenciado uma menor capacidade global da paciente em fazer a gestão da expressividade emocional, seja ela dentro variação típica quanto a patológica ao longo de sua vida. Assim, sintomas de menor impacto clínico podem

comprometer o funcionamento global de Ana devido à redução marcante de recursos de self que suportem estressores já esperados para o nível de desenvolvimento da paciente.

Em termos comportamentais foram percebidas alterações no repertório de habilidades sociais que devem continuar no foco da intervenção psicoterápica. Acredita-se que as estratégias até então utilizadas tem refletido positivamente na capacidade de Ana suportar e gerenciar sua vida, ainda mais quando considerada a hipótese de sintomas compatíveis com o transtorno do neurodesenvolvimento (associados aos episódios de instabilidade de humor verificadas no curso de vida).

Uma menor flexibilidade social e cognitiva geral foi verificada desde a anamnese até em provas cognitivas e neuropsicológicas empregadas. A redução da flexibilidade tende a dificultar a identificação precoce de manifestações mais graves, seja por familiares, por profissionais como pela própria paciente. Devido a isso, cabe cautela frente à cenários que possam exigir manejo emocional maior por parte da paciente e demandar o uso de estratégias mais diretas.

Salienta-se que, uma vez endossado a hipótese de transtorno do neurodesenvolvimento (TEA) a leitura interpretativa dos instrumentos de personalidade deve ser realizada com cautela, compreendendo que a falha empática possa ser a geradora de marcadores descritivos que, quando em outra condição, podem sinalizar até a presença de sintomas negativos comumente encontrados em diagnósticos de outra esfera. Nesse âmbito, as falhas sociais/interpessoais (empatia e esquivas sociais), comunicativas (déficit do ato comunicativo) pode ser confundidores clássicos e de difícil diferenciação quando eleito hipóteses diagnósticas de maior incidência na população.

Resalta-se que a avaliação transcorreu em um período em que a paciente estava clínica assistida tanto por manejo psicoterápico adequado ao quadro de falha social e farmacológico que refletiu positivamente na estabilização do humor. Acredita-se que no contexto de menor assistência terapêutica outras manifestações podem ter se evidenciado com mais clareza, principalmente ao nível da organização do pensamento que deve ser acompanhado no curso de vida de Ana.

Os instrumentos de personalidade e de investigação de transtornos do neurodesenvolvimento dependem da avaliação subjetiva da própria paciente. Logo, vieses são esperados. Entre eles, acredita-se que a intensidade dos sintomas verificados pelo instrumento de sinaliza TEA parece ter sido mais intenso do que o nível de comprometimento previsto pela avaliação clínica do profissional responsável pela avaliação. Acredita-se que a intensidade dos sintomas seja menor ao constatado na testagem pertinente (SRS-2), contudo, excluindo a magnitude, a apresentação destes parece ser corroborada.

Pacientes com TEA leve quando adultos apresentam redução de interesse social, sensação de insatisfação continuada (que muitas vezes pode ser confundido com quadros de humor entristecido). A falta de satisfação nas atividades de vida de diário contribui para esse fenômeno. A falha de modulação emocional e déficit das habilidades comunicativas mais refinadas, somado à imaturidade mesmo num contexto de potencial cognitivo adequado tem sido marcadores enfatizados tanto pela literatura quando pela experiência empírica no acompanhamento de tais pacientes.

Estratégias cognitivo-comportamentais, treino empático, exposições, consolidação de rotina que contemple a funcionalidade do paciente estão na base do tratamento, medidas essas que parecem ter sido empregadas de longa data segundo o relato da paciente a certamente vem contribuindo positivamente para o manejo do caso em questão e redução marcante do prejuízo funcional de Ana. A baixa resposta aos fármacos é observado no relato de pacientes adultos leves, contudo, muitas vezes, amparar-se apenas à avaliação subjetiva dos mesmos (relatos) que acabam por não ser critérios confiáveis para avaliação da terapêutica empregada. Para isso, a participação da família e rede de apoio mostra-se crucial em determinados momentos.

Ênfatiza-se, mais uma vez, que pacientes leves apresentam compensação das dificuldades pelos recursos então preservados, o que acaba por dificultar a conclusão diagnóstica precisa. Assim, a acomodação familiar, como fenômeno complexo se mostra como um dos alvos da intervenção. Preparação para mercado de trabalho, aumento da autonomia e interlocução social permeiam constantemente o foco do tratamento.

Mesmo assim, reitera-se da necessidade de um olhar criterioso, cauteloso e continuado sobre as hipóteses evidenciadas nessa avaliação.

Para as demandas emocionais, comportamentais e sociais, indica-se a manutenção do acompanhamento psicoterápico, enfocando as medidas de ampliação da habilidades sociais, capacidade de resolução de problemas, desenvolvimento de repertório comportamental compatível com a idade e nível de desenvolvimento de Ana. A educação parental em geral e estratégias de treino de pais em específico se mostram também como alvo primário a ser

contemplado ao longo do tratamento da paciente. Em termos emocionais, a psicoterapia mostra-se como uma medida efetiva para o desenvolvimento psicológico global enquanto a psiquiatria oferece a base para a gestão de sintomas mais evidentes.

7. INDICAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS SUGERIDOS

- Continuidade do atendimento médico psiquiátrico
- Continuidade da psicoterapia individual no modelo até então eleito e consideração do emprego de gestão familiar e treino de habilidades comportamentais
- Reavaliação psicológica e neuropsicológica complementar em um tempo igual ou superior a 12 meses após o início dos encaminhamentos recomendados ou no caso de intercorrências
- Enfoque para a preparação para o trabalho (inserção social, capacidade dirigida na área de formação da paciente)

8. OBSERVAÇÕES

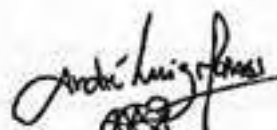
- 1) O conteúdo deste documento é sigiloso conforme o Código de Ética do Psicólogo e deve ser utilizado por profissionais envolvidos no manejo do(a) paciente (psicólogo, médicos e outros profissionais da área da saúde) conforme indica o artigo 06/2005 do Código de Ética Profissional do Psicólogo. Quando houver necessidade de uso desses dados para o contexto acadêmico (escola, faculdades ou outras instituições de ensino) ou de trabalho (particularmente no caso de adultos), sugere-se supervisão e orientação de profissionais da área da saúde para a proteção do próprio paciente.
- 2) Os resultados dessa avaliação referem-se ao momento presente, são de caráter dinâmico e não se desconsidera o efeito de variáveis intervenientes sobre o comportamento do(a) paciente que, porventura, possa ter gerado impacto durante o processo de investigação psicológica e enviesado, mesmo que parcialmente, os resultados da avaliação. Dada a ocorrência de dificuldades evidenciadas explicitamente que pudessem gerar impacto na avaliação estas foram descritas no item 4 do presente relatório.
- 3) As informações oferecidas sobre a queixa principal que motivou a procura da avaliação e informações que constituem o processo de anamnese estão sintetizadas na seção 2 (subitens 2.1 e 2.2.) desse documento. Aconselha-se aos participantes da entrevista de anamnese analisar a síntese apresentada e questionar o profissional responsável qualquer discordância sobre os dados descritos. Sugere-se que o presente relatório seja encaminhado para outros profissionais após a concordância dos dados contidos na seção 2.
- 4) O presente relatório é entregue diretamente para o(a) paciente (no caso de adultos) ou para os seus responsáveis (no caso de crianças, adolescente ou pacientes adultos formalmente tutelados ou legalmente incapacitados). Cabe, exclusivamente aos pacientes ou seus responsáveis o encaminhamento deste documento para outros profissionais.
- 5) A classificação de desempenho quantitativos dos instrumentos psicológicos e neuropsicológicos apresentados nas seções anteriores foram realizados a partir dos dados de normalização contidos em seus manuais. Optou-se, em determinados momentos, por padronizar os resultados quantitativos em percentis apresentados das normas de classificação de cada teste ou pela tabela de conversão praticada internacionalmente (de pontos ponderados, escores z e t para percentis) disponível em Miotto, E., Lucia, M., & Scalf, M. (2017). *Neuropsicologia Clínica*. São Paulo: Editora Roca, 2ed. Para os dados quantitativos foram utilizadas as normas dos instrumentos psicológicos padronizados ou as diretrizes presentes na publicação de seus estudos. Todos os indicadores foram interpretados clinicamente pelo profissional responsável a partir da inferência à funcionalidade adaptativa geral do(a) paciente seja nas esferas do comportamento, da cognição ou da regulação emocional.
- 6) O processo de avaliação foi estabelecido a partir da eleição de um protocolo de técnicas e procedimentos descritos na seção 3 deste documento. O emprego ou não de determinadas técnicas fez-se a partir das particularidades do caso conforme demandas trazidas nas entrevistas iniciais ou percebidas ao longo do processo de avaliação. Foram utilizados somente instrumentos e tarefas que o profissional responsável apresenta conhecimento na administração e interpretação dos resultados. Foram empregados instrumentos complementares que apresentam estudos científicos publicados em periódicos de avaliação psicológica, neuropsicologia, neurociência, ciências médicas em geral (principalmente psiquiatria e neurologia) ou divulgação em livros técnicos que sejam de domínio público.
- 7) Todo material produzido ao longo da avaliação fica arquivado durante um prazo específico previsto pelo CPF. Transcorrido o mesmo é mantido apenas a cópia virtual do parecer (relatório) final da avaliação que foi elaborado à partir das Resoluções CPF 02/2003, CPF 09/2018 e resolução CPF 10/2005.

9) Avaliação foi seguida a partir das premissas das Resoluções 09/2018 e 06/2019.

10) Esse documento é composto de 11 (onze) laudas.

9. DATA E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Porto Alegre-RS, março de 2022.



André Luiz Moraes
Psicólogo
Cognitiva

André Luiz Moraes
Psicólogo (CRP 07/18916)
Mestrado em Psicologia (UFRGS)
Esp. Neuropsicologia (FMUSP-USP)
Esp. Neuropsicologia e Comportamento (PUC-RS)
Esp. Terapia Familiar Sistêmica (CEFF/FACED) (em curso)
Esp. Terapia Cognitivo-Comportamental – Infância e Adolescência (INTCC)
Formação Terapia Cognitiva (WP-POA)
Formação e Aperf. Terapia de Modos e Esquemas (WP-POA / ISST New York USA)