

O Exame Neuropsicológico bem fundamentado é de extrema importância para nortear a reabilitação/estimulação cognitiva, bem como auxiliar a outros profissionais nos diagnósticos de suas respectivas áreas de atuação. Por esse motivo, a anamnese e a interpretação dos resultados são descritas de forma detalhada e, por se tratar de documento sigiloso, deve ser repassado, fotocopiado ou discutido com terceiros somente após a autorização dos responsáveis. Para o entendimento do raciocínio clínico, feito durante todo o processo de avaliação, é importante a leitura do documento na íntegra. O uso apropriado das informações deve ser feito de forma ética, de modo que se preserve a integridade socioemocional do examinado, não o expondo, portanto, a qualquer situação de constrangimento ou discriminação

(Código de Ética Profissional do Psicólogo, artigo 1 (g e h)). **Resolução CFP nº 6 - 29 de março de 2019.**

---

## AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

---

### 1. Identificação:

**Nome: Catarina Kethellen Soares de Abreu CPF 043.722.692-18**

**Profissional/Relator: Diogo Henrique de Oliveira Lopes Neuropsicólogo CRP-06/116596**

**Período da avaliação: Fevereiro de 2025.**

### Finalidade:

Avaliação neuropsicológica - análise das funções cognitivas e aspectos comportamentais para composição diagnóstica

### Profissional responsável pela avaliação:

Diogo Henrique de O. Lopes **CRP: 06/116596**

• Graduado em Psicologia,  
Especialista em:

- Neuropsicologia Avaliação/Reabilitação
- Neuropsicopedagogia Clínica
- Psicopedagogia Clínica
- Psicologia Jurídica
- Abordagem em Terapia Cognitiva Comportamental

- Psico-oncologia e Cuidados Paleativos (cursando)

## 2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Destaca prejuízo expressivo em manter o foco atencional ou manter-se intensivamente focado em uma atividade do próprio interesse, dificuldade para se engajar em atividades com alto custo de resposta, alteração da percepção de tempo e inquietação..

## 3. PROCEDIMENTO

Mensuração e análise das funções cognitivas por meio dos testes: Figuras complexas de Rey, G36, SRS 2, ASRS-18, Teste de Atenção concentrada (BPA AC), Teste de atenção alternada (BPA ALT), Teste de atenção dividida (BPA DIV), Ebadep (Escala Baptista de Depressão), Inventário de ansiedade de BECK, Inventário de depressão de Beck, Escala de desesperança de Beck.

## 4. ANÁLISE

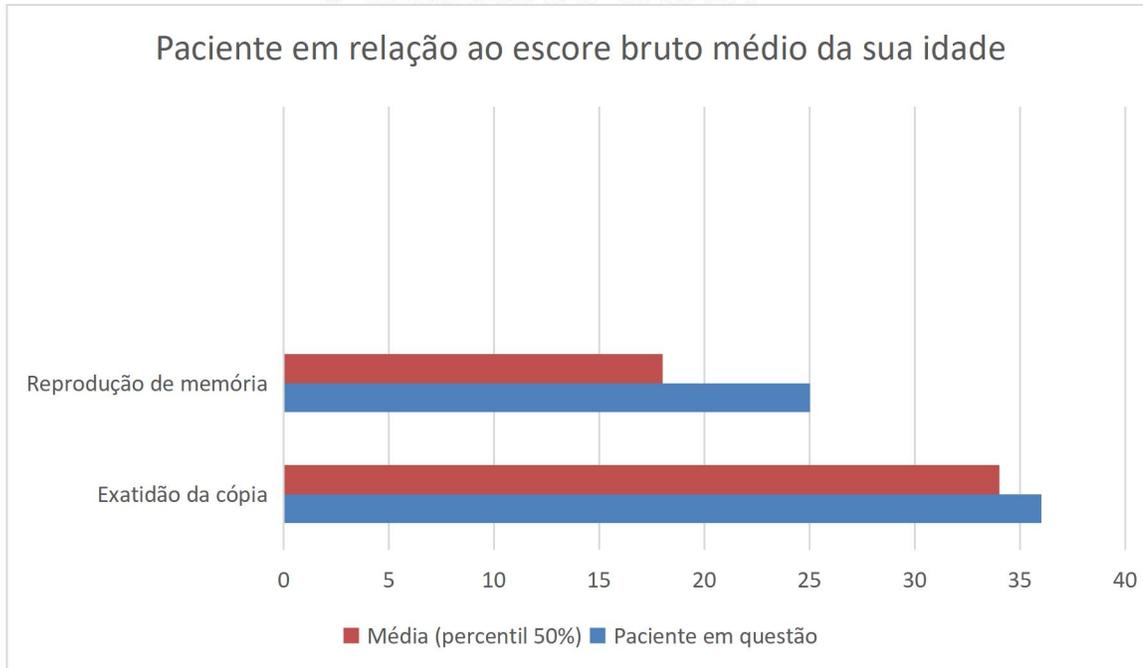
### 4.1 Análise do teste Figuras Complexas de Rey (Figura A)

Exatidão da cópia:

Escore bruto	Percentil
36	90

Reprodução de memória:

Escore bruto	Percentil
25	80

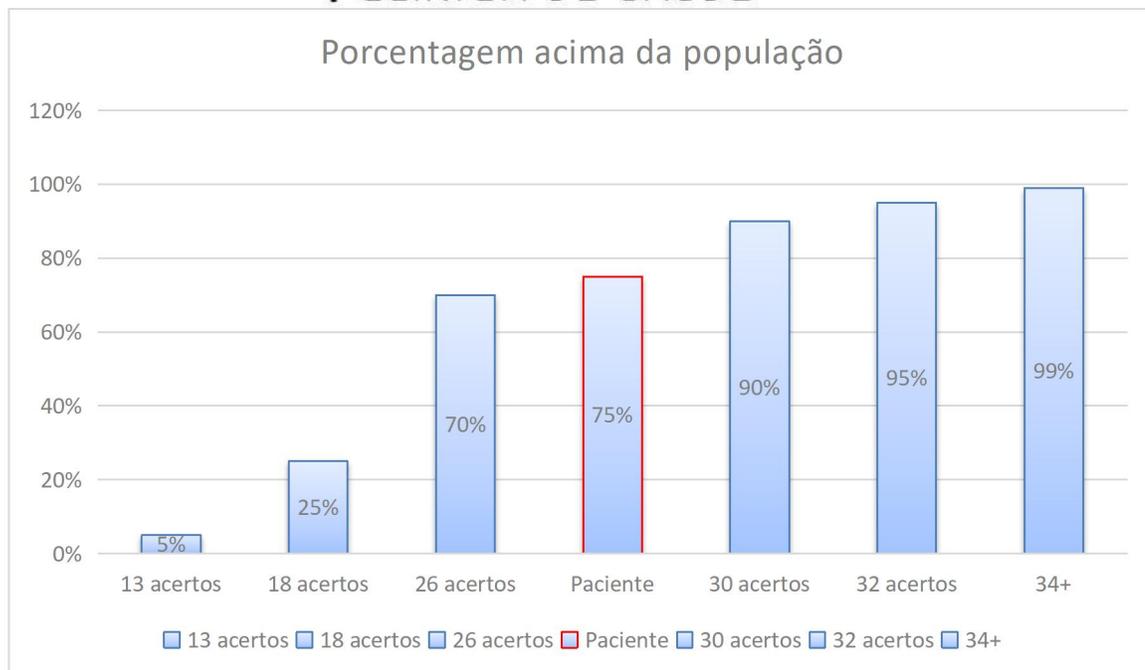


## 4.2 Análise do teste de inteligência G-36

Foi submetido a aplicação do teste G-36, possibilitando verificar a inteligência no que se refere as diversas habilidades que a compõe, de forma ampla e multidimensional (LIMA, 2019). Seguem os resultados:

Acertos	Percentil	Classificação	QI (estimado)
27	75%	Médio superior	118

Ademais, cabe-se ressaltar que a maior parte dos erros foi mediante o tipo B, que configura erro por falta de compreensão do problema.



#### 4.3 Aspectos comportamentais em relação a avaliação

De forma geral, apresentou uma participação satisfatória nas atividades desenvolvidas no decorrer da avaliação de modo colaborativos.

#### 4.4. Sinais e sintomas: (inquéritos, protocolos de observação e entrevistas):

- Desatenção

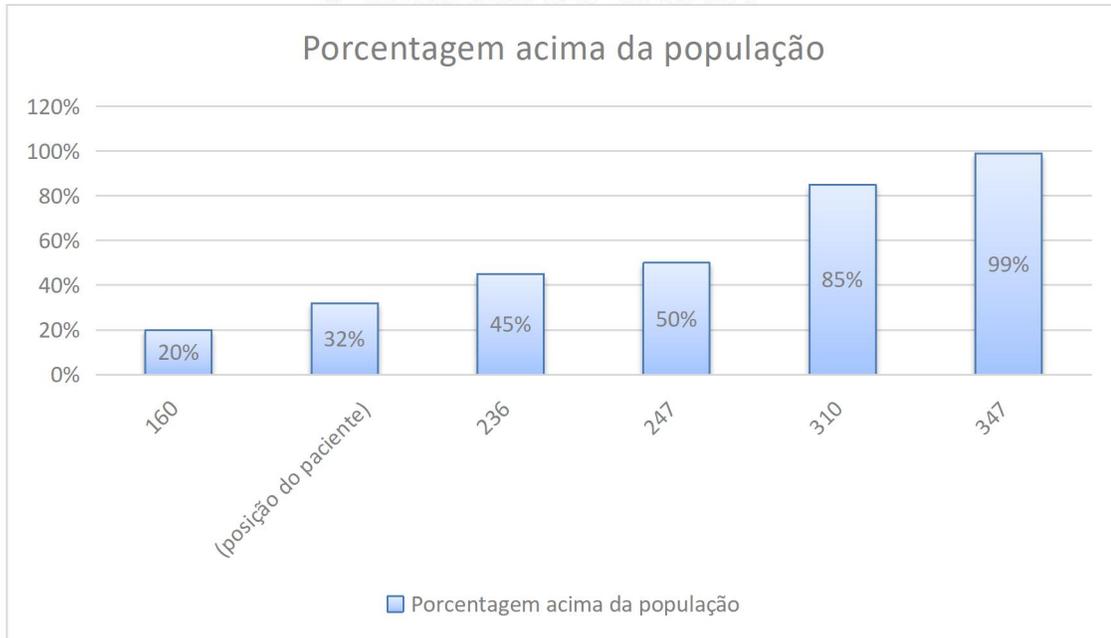
#### 4.5 Análise do teste Escala de autoavaliação de adultos (ASRS-18)

Foi submetido à escala ASRS-18 com o intuito de validar o fator A do diagnóstico do TDAH utilizando como base o manual de doenças DSM.

Apresentou alto risco para desatenção, e risco moderado para hiperatividade/impulsividade mediante os critérios avaliativos protocolados do teste.

#### 4.6 Análise da bateria Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA)

Tipo	AC	AD	AA	Total	Classificação geral
Bruto	81	50	79	210	Médio inferior
Percentil	40	30	40	32	Médio inferior



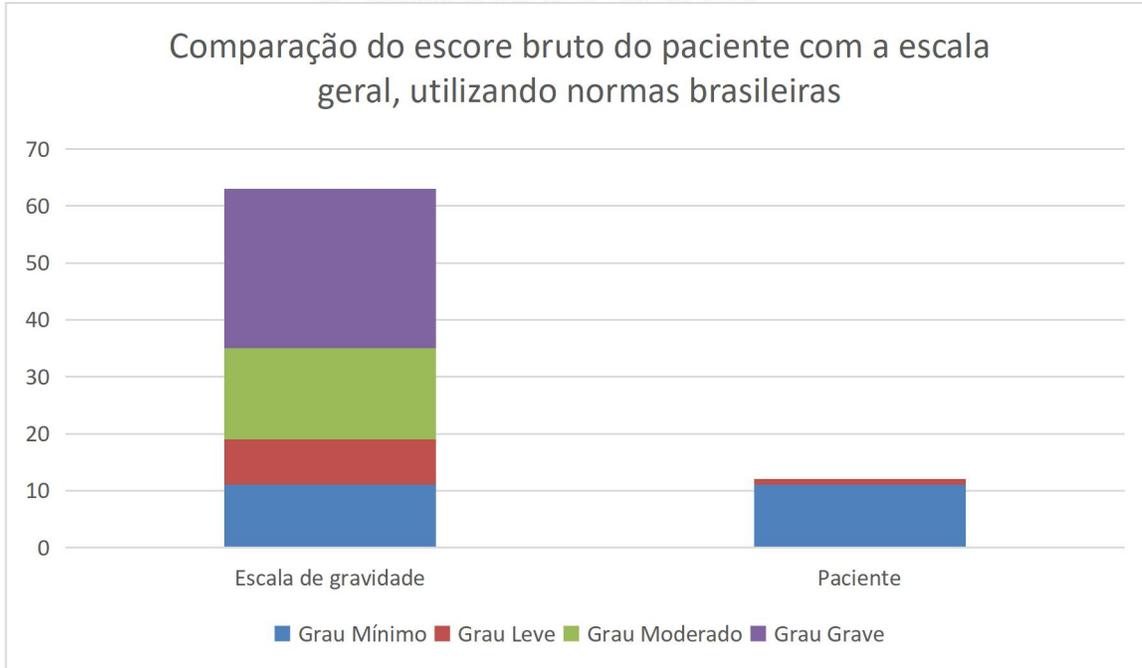
#### 4.7 Análise do teste Escala de responsividade Social (SRS -2)

Mediante uma análise do procedimento supracitado, foi verificado um padrão comportamental **não** compatível com o fator A, B e E do DSM – V no diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA), em escala de intensidade moderada

#### 4.8 Avaliação do inventário de Beck

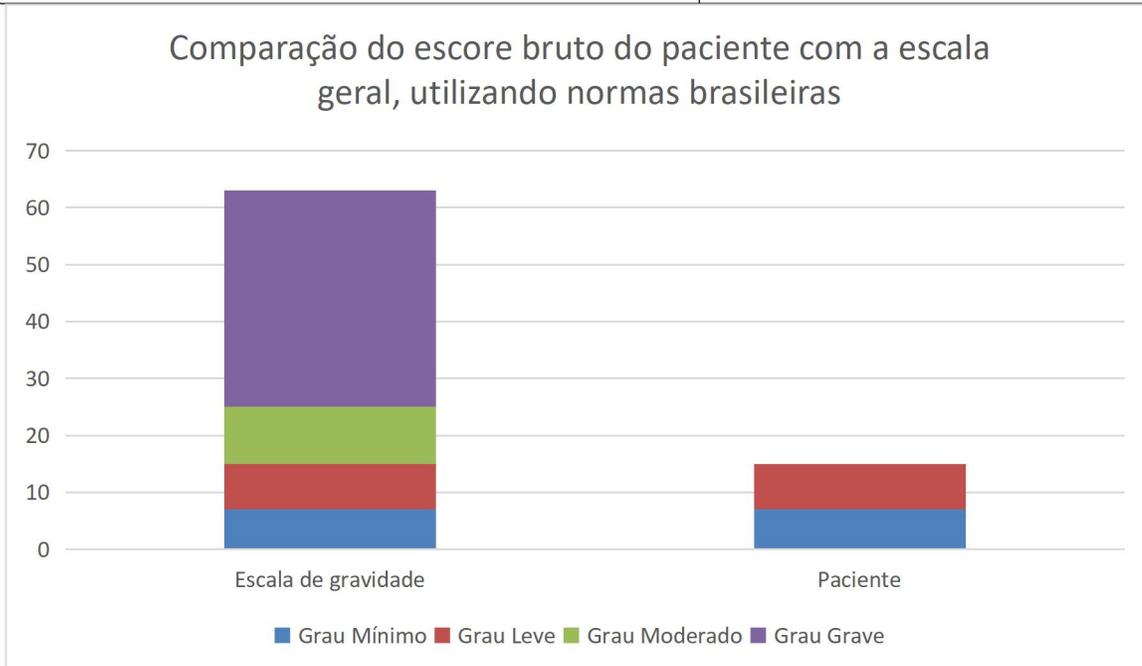
##### 4.8.1 Avaliação do teste Inventário de depressão de Beck (BDI):

Escore bruto	Classificação
12	Grau leve



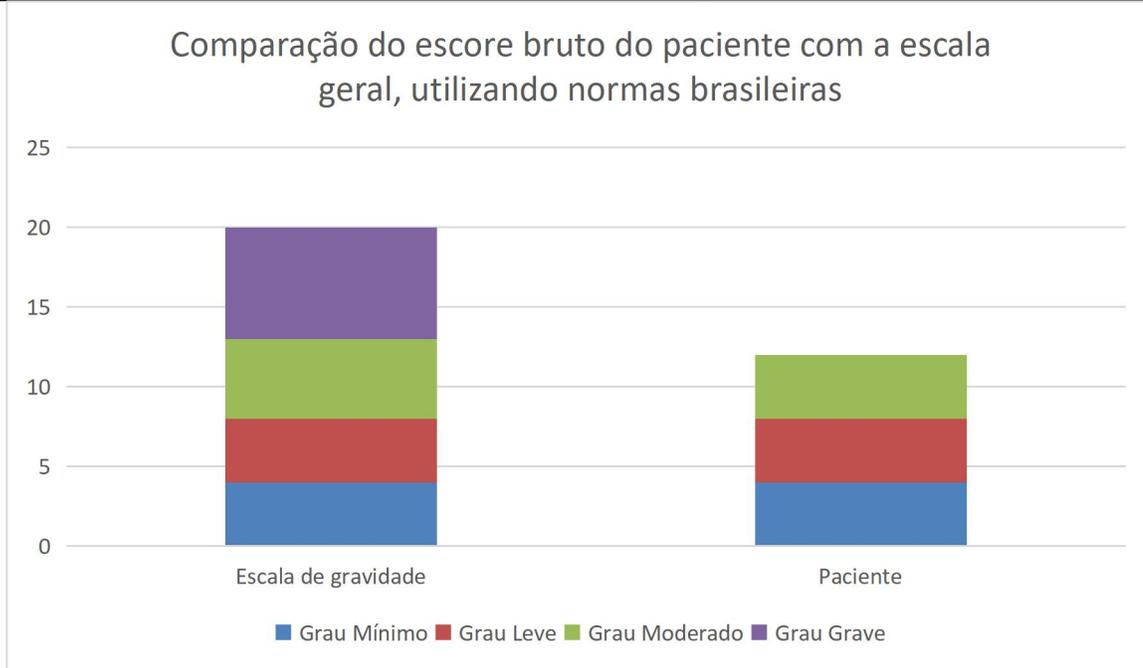
#### 4.8.2 Avaliação do teste Inventário de Ansiedade de Beck (BAI):

Escore bruto	Classificação
15	Leve



#### 4.8.3 Avaliação do teste Inventário de Desesperança de Beck (BHS):

Escore bruto	Classificação
12	Moderado



## 4.9 Análise de testes de caráter complementar

### 4.9.1 Escala Baptista de Depressão para adultos (EBADEP-A)

O indivíduo **não** apresenta sintomatologia geral depressiva pelo teste supracitado.

## 5. CONCLUSÃO

### 5.1 Sintomas clínicos

Em instrumentos de avaliação, com objetivo de medir a intensidade e a frequência de sintomas depressivos, foi possível observar comportamentos que correspondem a um grau moderado de humor misto, ora ansiosa ora deprimida, porém sem gravidade o suficiente para caracterizar um diagnóstico.

Em escalas responsáveis por descrever **sintomas clínicos**:

**Fator desatenção** - Classificação: Superior

**Fator Impulsividade** - Classificação: média

**Fator Hiperatividade** - Classificação média

Em escalas de **avaliação de funções executivas**, apresenta resultados na faixa superior, indicando assim repertório comportamental - relacionado a gerenciamento de tempo, organização/resolução de problemas, autocontrole/inibição, motivação e auto ativação/concentração - comprometido. Os índices também indicaram para perfil cognitivo compatível com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

## **a. Recursos intelectuais**

Apresenta inteligência acima da média, possibilitando mais facilidades que dificuldades em áreas mediante sua familiaridade, com excesso para o polo da facilidade.

## **5.2 Atenção**

A atenção é a capacidade de selecionar e manter controle sobre a entrada de informações. Sem essa capacidade de seleção, a quantidade de dados externos e internos seria enorme, inviabilizando inclusive qualquer atividade mental. A atenção demanda de que uma rede cerebral difusa interaja entre si de modo que se permita selecionar estímulos relevantes e ignorar distratores (ALÉM-MAR; SILVA, 2012).

Mediante os resultados pautados no tópico de análise, concluí-se um desempenho abaixo da média no tocante à atenção de um modo geral, dividindo-a em atenção concentrada, alternada e dividida.

## **5.3 Memória e aprendizagem**

A memória é caracterizada pela capacidade de codificar, armazenar e recuperar diferentes tipos de informações, sendo de fundamental importância à sobrevivência e à formação da identidade (BUENO; BATISTELA, 2015). O registro ocorre por meio do recebimento da informação via modalidade sensorial, verbal, visuoespacial ou motora. A

atenção é uma função fundamental neste processo inicial. Em seguida, os conteúdos são armazenados, permanecendo nesta condição por curto ou longo período de tempo. Posteriormente, ocorre a evocação ou o reconhecimento da informação que é o processo da lembrança do que foi anteriormente armazenado (BADDELEY, 2011).

Em contexto verbal e visual, apresentou um desempenho dentro do esperado em memória de curto prazo, ou seja, tem capacidade para reter pequenas quantidades de informações e de recordá-las imediatamente, sem intervalos.

## **5.4 Aspectos emocionais e comportamentais**

De forma geral, apresenta um funcionamento intelectual com potencial para adaptações a mudanças ambientais inesperadas. No entanto, foi verificado uma

sintomatologia compatível com um quadro **ansioso**.

### 5.5 Conclusão diagnóstica

A análise dos dados obtidos em avaliação neuropsicológica possibilita inferir resultados em processo atencional (*concentrado , sustentado , alternado e dividido*) mnemônicos (*episódico, curto prazo, semântico*), aspectos perceptuais, habilidade visuoespacial (*cópia e construção*), linguagem (*expressão e compreensão oral/escrita*) e funções executivas (*raciocínio lógico, memória operacional, controle inibitório e fluência verbal*).

Os resultados apresentados, por meio da testagem e observação psicológica, denotam oscilação em habilidades atencionais, o que gera prejuízos no manejo da vida prática. **Sendo assim, há critérios suficientes, em frequência e intensidade, o que direciona para Transtorno de Deficit de Atenção, tipo desatento.**

Segundo o DSM-5, o TDAH se classifica entre os transtornos do neurodesenvolvimento, que são caracterizados por dificuldades no desenvolvimento que se manifestam precocemente e influenciam o funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. São cinco os critérios diagnósticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013):

CRITÉRIO A– Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. Em ambos os domínios seis (ou mais) dos seguintes sintomas devem persistir por pelo menos seis meses, em um grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento, e tem um impacto negativo diretamente sobre as atividades sociais e acadêmicas/profissionais. Para adolescentes

e adultos mais velhos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são obrigatórios:  
DESATENÇÃO:

- a) Muitas vezes, deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido na escola, no trabalho ou durante outras atividades.
- b) Muitas vezes tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo, tem dificuldade em permanecer focado durante as palestras, conversas ou leitura longa).
- c) Muitas vezes parece não escutar quando lhe dirigem a palavra (por exemplo, a mente parece divagar, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- d) Muitas vezes, não segue instruções e não termina tarefas domésticas, escolares ou no local de trabalho (por exemplo, começa tarefas, mas rapidamente perde o foco e é facilmente

desviado).

e) Muitas vezes tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade no gerenciamento de tarefas sequenciais, dificuldade em manter os materiais e os pertences em ordem, é desorganizado no trabalho, tem má administração do tempo, não cumpre prazos).

f) Muitas vezes, evita, não gosta, ou está relutante em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (por exemplo, trabalhos escolares ou trabalhos de casa ou para os adolescentes mais velhos e adultos: elaboração de relatórios, preenchimento de formulários, etc.).

g) Muitas vezes perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telefones móveis).

h) É facilmente distraído por estímulos externos.

i) É muitas vezes esquecido em atividades diárias (por exemplo, fazer tarefas escolares, adolescentes e adultos mais velhos: retornar chamadas, pagar contas, manter compromissos).

CRITÉRIO B – Vários sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade devem estar presentes antes dos 12 anos de idade.

CRITÉRIO C – Vários sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade devem estar presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, em casa, na escola ou trabalho, com os amigos ou familiares; em outras atividades).

CRITÉRIO D – Há uma clara evidência de que os sintomas interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

Em conformidade com as observações clínicas e alterações cognitivas em ambiente avaliativo e também com base nos critérios diagnósticos apontados pelos DSM V há compatibilidade com Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) com predomínio da desatenção.

Quanto ao transtorno de ansiedade social e disfunção comportamental de baixa autoestima, ambos podem ser agravados pelas complicações do Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), devido aos prejuízos nas relações sociais.



**habilidades neuropsicológicas avaliadas.** 17f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32838/000787639.pdf?sequence=1> (20 mai. 2021).

BUENO, O. F. A.; BATISTELA, S. Sistemas e tipos de memória. *In*: SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.;

BUENO, O. F. A. **Neuropsicologia hoje.** São Paulo: Artmed, 2015. p.76-82.

COSTA, D. S. et. al. Neuropsicologia do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade. *In*: FUENTES, D. et. al. (Org.) **Neuropsicologia: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2014. p.165-182.

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma explicação analítica comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.** São Paulo. v.5, n.2, p. 167-184, 2003.

DSM V - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SALLES, J. F.; RODRIGUES, J. C. Neuropsicologia do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. *In*: FUENTES, D. et. al. (Org.) **Neuropsicologia: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2014. p.93-102.

UEHARA, E.; CHARCHAT-FICHMAN, H.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Funções Executivas: Um retrato integrativo dos principais modelos e teorias desse conceito. **Revista Neuropsicologia Latino-americana,** Rio de Janeiro, v.5, n.3, p. 25-37, 2012. Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/publication/303989513\\_Funcoes\\_executivas\\_Um\\_retrato\\_integrativo\\_dos\\_principais\\_modelos\\_e\\_teorias\\_desse\\_conceito\\_Executive\\_functions\\_An\\_integrative\\_portrait\\_of\\_the\\_main\\_models\\_and\\_theories\\_of\\_this\\_concept](https://www.researchgate.net/publication/303989513_Funcoes_executivas_Um_retrato_integrativo_dos_principais_modelos_e_teorias_desse_conceito_Executive_functions_An_integrative_portrait_of_the_main_models_and_theories_of_this_concept)>. Acesso em: 15 mai. 2021.

ZUCCOLO, P.F.; RZEZAK, P.; GÓIS, J. Praxia e visuoconstrução. *In*: MALLOY-DINIZ, L. F. et. al. (Org.) **Avaliação Neuropsicológica.** Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 114-122.

010. p. 114-122.