



# **CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005*  
*ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL*

Érica Araújo Gomes

TDAH: um estudo de caso coletivo de crianças atendidas no Serviço de  
Psicologia (SEPSI) em Palmas/TO

Palmas – TO

2017

Érica Araújo Gomes

TDAH: um estudo de caso coletivo de crianças atendidas no Serviço de Psicologia  
(SEPSI) em Palmas/TO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
elaborado e apresentado como requisito  
final para obtenção do título de bacharel  
em Psicologia pelo Centro Universitário  
Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. M.e Mayra Danielle  
Dias Tavares.

Palmas – TO

2017

Gomes, Erica Araújo

G633t TDAH: um estudo de caso coletivo de crianças atendidas no Serviço de Psicologia (SEPSI) em Palmas/TO / Erica Araújo Gomes – Palmas, 2017  
73fls.; il. 29 cm.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Me; Mayra Dias Tavares  
TCC (Trabalho de Conclusão de Curso).  
Psicologia - Centro Universitário Luterano de Palmas.  
2017

1. TDAH. 2. Avaliação neuropsicológica. 3. Serviço de Psicologia. I. Tavares, Mayra Dias. II. Título III. Psicologia.

CDU: 159.9

Érica Araújo Gomes

TDAH: um estudo de caso coletivo de crianças atendidas no Serviço de Psicologia  
(SEPSI) em Palmas/TO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
elaborado e apresentado como requisito  
final para obtenção do título de bacharel  
em Psicologia pelo Centro Universitário  
Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. M.e Mayra Danielle  
Dias Tavares.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Me. Mayra Danielle Dias Tavares

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Profa. M.e Nara Wanda Zamara Hernandez

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof. Esp. Hudson Eygo Soares Mota

Serviço de Psicologia – SEPSI

Palmas – TO

2017

Dedico este trabalho a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram como inspiração para meu crescimento pessoal. Ao meu amado filho, minha maior motivação. Aos meus queridos pais, que me apoiaram por toda minha trajetória acadêmica e me instruíram com tamanha sabedoria sobre o fato da zona de conforto, na verdade, não ser confortável. Ao meu esposo que depositou confiança e incentivo tanto nos bons momentos quanto nas crises existenciais.

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”

***Mahatma Gandhi***

## RESUMO

Este trabalho refere-se a um Estudo de Caso Coletivo envolvendo a análise documental dos laudos neuropsicológicos de 4 (quatro) crianças com hipótese diagnóstica de TDAH. Objetiva analisar como as principais práticas em Avaliações Neuropsicológicas para o psicodiagnóstico de TDAH se aplicam aos casos atendidos no SEPSI, no período de 2015 e 2016. Para tanto, utilizou-se de pesquisa de campo com análise qualitativa dos dados e como instrumento de pesquisa foram utilizados os laudos neuropsicológicos. A seleção dos dados ocorreu no mês de abril e maio de 2017 e os resultados estão organizados em tabelas de modo a facilitar a compreensão das informações. A partir deste delineamento, foi possível observar que as avaliações neuropsicológicas foram abrangentes em termos técnicos, instrumentais e multidisciplinares para os participantes da pesquisa, dessa forma, apresentou-se como um potencial processo psicodiagnóstico para casos de TDAH. Por outro lado, devido à complexidade que envolve o transtorno e seu tratamento, percebeu-se a necessidade de difundir o conhecimento acerca desse quadro clínico, nesse íterim, sugeriu-se possibilidades de intervenções e de estudos futuros na área de confluência entre TDAH e Avaliação Neuropsicológica.

Palavras-chave: TDAH. Avaliação neuropsicológica. Serviço de Psicologia.

## **ABSTRACT**

This work refers to a Collective Case Study involving the documentary analysis of neuropsychological reports of 4 (four) children with a diagnostic hypothesis of ADHD. It aims to analyze how the main practices in Neuropsychological Assessments for the psychodiagnosis of ADHD apply to the cases treated in the SEPSI, in the period of 2015 and 2016. For that, field research was used with qualitative analysis of the data and as research instrument were Neuropsychological reports. The data were selected in April and May 2017 and the results are arranged in tables to facilitate the understanding of the information. From this design, it was possible to observe that the neuropsychological evaluations were comprehensive in technical, instrumental and multidisciplinary terms for the participants of the research, in this way, it was presented as a potential psychodiagnostic process for ADHD cases. On the other hand, due to the complexity involved in the disorder and its treatment, we perceive the need to spread knowledge about the pathology, in the meantime, it was suggested possibilities of interventions and future studies in the area of confluence between ADHD and Neuropsychological Assessment.

Keywords: ADHD. Neuropsychological evaluation. Psychology Service.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Regiões anatômicas e subdivisões funcionais relacionadas ao TDAH. ..21	
Fluxograma 1 - Fluxograma dos casos incluídos no estudo e as categorias de análise .....32	
Quadro 2 – Caracterização dos participantes do estudo.....33	
Figura 1 – Cartilhas sobre o TDAH. ....45	

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios Diagnósticos do TDAH conforme o DSM-V, adaptado pela autora. .....	7
Tabela 2 – Continuação da Tabela 1, referente aos Critérios do DSM-V.....	12
Tabela 3 – Sub-domínios das funções executivas e os possíveis déficits associados. .....	22
Tabela 4 – Testes Neuropsicológicos para avaliação de domínios específicos em TDAH .....	25
Tabela 5 – Dados referentes a anamnese dos participantes. ....	37
Tabela 6 – Exames neurológicos e resultados.....	37
Tabela 7 – Resultados da Escala de TDAH aplicada com os professores.....	39
Tabela 8 – Resultados dos Testes de Inteligência Não Verbal Raven e R2. ....	41
Tabela 9 – Resultados dos Testes WISCIII e WISC IV dos Participantes.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA	Associação Brasileira do Déficit de Atenção
ANP	Avaliação Neuropsicológica
CEDOC	Centro de Documentação
CEPCEULP/UIbra	Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
LAMAP	Laboratório das Medidas Psicológicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
SEPSI	Serviço de Psicologia
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso para Utilização de Dados
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH).....</b>	<b>4</b>
1.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DO TDAH .....	5
1.2 TIPOS DE TDAH .....	6
1.3 POSSÍVEIS CAUSAS.....	8
1.4 PREVALÊNCIA .....	9
1.5 COMORBIDADES .....	9
1.6 O PROCESSO DIAGNÓSTICO .....	10
1.7 FALSOS POSITIVOS.....	12
1.8 TRATAMENTO.....	13
<b>CAPÍTULO II – SERVIÇO DE PSICOLOGIA (SEPSI) .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO III – AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E TDAH .....</b>	<b>19</b>
3.1 PERFIL DE DÉFICITS NEUROPSICOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS .....	20
3.2 INSTRUMENTOS.....	24
3.2.1 Manual da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: versão para professores.....	26
3.2.2 RAVEN – Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven.....	27
3.2.3 WISC III e IV – Manual de Instruções para Aplicação e Avaliação .....	28
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>53</b>
APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	55
APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	57
APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE...	58
APÊNDICE D – TERMO DE DISPENSA DA APLICAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....	59
<b>ANEXOS.....</b>	<b>60</b>
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ou TDAH apresenta três características básicas: a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. O aumento significativo de diagnósticos impulsionou a ampliação de estudos sobre esse transtorno, que é apontado pela literatura como uma das principais causas de procura de serviços de saúde mental (MISSAWA & ROSSETTI, 2014).

O Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC/ANVISA) afirma que o TDAH afeta entre 8 a 12% das crianças no mundo, sendo um dos transtornos neurológicos do comportamento mais presente na infância, e os seus dados indicam uma propensão ao uso crescente do fármaco Metilfenidato<sup>1</sup> (Ritalina) no Brasil (SNGPC, 2012).

Conforme Caliman (2008), a prática diagnóstica e terapêutica do TDAH é bastante complexa, e defender a essência biológica do transtorno bem como privilegiar a terapêutica medicamentosa não eximem os profissionais da área da saúde ou da educação de ponderar todos os aspectos, individuais, econômicos, sociais e morais envolvidos, sendo esses profissionais responsáveis por difundir a discussão neuroética em torno do TDAH.

A avaliação neuropsicológica nem sempre é incluída nos protocolos de avaliação clínica e nos estudos científicos para esse público, mas por meio dessa avaliação é possível identificar e avaliar os déficits neuropsicológicos mais associados ao TDAH (GONÇALVES *et al.*, 2013). Para o autor, as funções mais comprometidas são: atenção, memória de trabalho e componentes de funções executivas.

Para Wagner, Rohde e Trentini (2016) os escores dos testes neuropsicológicos não são suficientemente sensíveis e específicos para realizar a avaliação diagnóstica, porém, quando incluídos à avaliação clínica podem ter um papel crucial tanto para o diagnóstico quanto para o processo de reabilitação do paciente.

O objetivo essencial de uma avaliação neuropsicológica envolve outros fatores importantes, como investigar as condições psicológicas, familiares, acadêmicas e sociais, ou seja, a avaliação não se limita em determinar a existência ou não do transtorno (GRAEFF & VAZ, 2008).

---

<sup>1</sup> Psicoestimulante do Sistema Nervoso Central, código ATC: N06BA04. Nomes comerciais no Brasil: Concerta, Ritalina e Ritalina LA. Ano de aprovação para comercialização no Brasil: 1998 (Ritalina) e 2002 (Concerta).

**Fonte:** <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim\\_sngpc\\_2\\_2012\\_corrigeido\\_2.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigeido_2.pdf)>

O conjunto de instrumentos utilizados permite uma compreensão global das capacidades da criança, bem como das dificuldades enfrentadas cotidianamente, esses instrumentos são: entrevistas, escalas objetivas de aplicação na escola, avaliação neurológica e testagem psicológica (ROHDE *et al.*, 2000). Esses instrumentos compõem as etapas do processo psicodiagnóstico.

A popularização das informações referentes ao TDAH, não garantiu um consenso e muitos ainda desconhecem ou tem pouco conhecimento acerca do transtorno. Desse modo, se faz necessário uma avaliação cautelosa do sujeito com hipótese diagnóstica de TDAH, afim de poupar falsos positivos, como também, evitar que o portador passe despercebido sem o tratamento adequando (GRAEFF & VAZ, 2008).

O Serviço de Psicologia (SEPSI), enquanto unidade suplementar do curso de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), tem por finalidade viabilizar atividades práticas aos alunos da graduação e oferecer atendimento à comunidade (REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA, 2015).

. O TDAH, nesse estudo, é contextualizado nas avaliações neuropsicológicas realizadas nesse serviço nos anos de 2015 e 2016.

Com relação ao exposto, o objetivo geral é analisar como as principais práticas em Avaliações Neuropsicológicas para o psicodiagnóstico de TDAH se aplicam aos casos atendidos no SEPSI, no período de 2015 e 2016.

Desse modo, o trabalho se desenvolve a partir da seguinte problemática: como as principais práticas em Avaliações Neuropsicológicas para o psicodiagnóstico do TDAH se aplicam aos casos atendidos no SEPSI, no período de 2015 e 2016?

No intuito de alcançar uma análise qualitativa dos casos, foram adotados os seguintes **objetivos específicos**:

- Identificar dentre os casos de TDAH a amostragem selecionada de forma intencional para este estudo;
- Apresentar os critérios diagnósticos do DSM-V, técnicas e instrumentos que norteiam o processo psicodiagnóstico para casos com hipótese diagnóstica de TDAH;
- Analisar se as Avaliações Neuropsicológicas realizadas no SEPSI, para casos de hipótese diagnóstica de TDAH, atende às especificidades descritas no DSM-V e na literatura científica.

Conforme Missawa e Rossetti (2014), o TDAH já é estudado de forma sistemática na área das ciências médicas, tendo em vista a predominância da terapêutica medicamentosa. Porém, devido à complexidade do transtorno é importante considerar outros aspectos para além de uma explicação biológica de causa-efeito, o que indica a relevância de ampliar os estudos também no campo da Psicologia.

A relevância social do trabalho envolve a complexidade do transtorno e a quantidade de variáveis relacionadas tanto ao processo psicodiagnóstico quanto ao impacto desse transtorno para o portador, para a família e para o meio em que está inserido. Dessa forma, Campezatto e Nunes (2007) apontam que estudos realizados em clínicas-escola podem auxiliar no aprimoramento das práticas e intervenções já realizadas, bem como, na construção de novas estratégias de intervenções que contribuam com a ampliação do serviço e reforcem a qualidade do atendimento oferecido à comunidade.

O próximo capítulo diz respeito ao referencial teórico deste estudo, o qual será apresentado em três capítulos; Capítulo I – apresenta uma visão geral do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade, abordando questões importantes para a compreensão ampla do transtorno, como: Breve Contexto Histórico, Tipos de TDAH, Comorbidades, Prevalência, Processo Diagnóstico e Tratamento; Capítulo II – discorre sobre o Serviço de Psicologia (SEPSI) do CEULP/ULBRA, que é o campo deste estudo, elucidando sua relevância para os acadêmicos e para a comunidade, ao proporcionar aos acadêmicos o contato com a prática clínica, ao passo que, a comunidade se beneficia com os atendimentos gratuitos em diversas modalidades terapêuticas, incluindo a avaliação neuropsicológica; Capítulo III – destaca a importância da avaliação neuropsicológica para o processo diagnóstico do transtorno, cita as características da avaliação neuropsicológica e sua estruturação no SEPSI.

O tópico posterior ao referencial teórico aborda o percurso metodológico do estudo e as etapas envolvidas na realização deste; seguidamente nos resultados e discussões serão discutidos os principais achados da literatura atual em relação a prática adotada no SEPSI e o último tópico refere-se as considerações finais, que é uma síntese dos principais achados e objetivos da pesquisa.

## **CAPÍTULO I – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)**

O *site* da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA)<sup>1</sup>, descreve o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que inicia e é normalmente identificado na infância, em muitos casos o transtorno acompanha o indivíduo por toda a sua trajetória de vida. Também recebe o nome de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Em inglês, essas três formas são utilizadas: ADD - Attention Deficit Disorder<sup>2</sup>, ADHD ou AD/HD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder<sup>3</sup>.

Muitos pesquisadores sociais questionam a existência patológica do TDAH, para eles sua história está associada a um distúrbio produzido pela era tecnológica, do consumismo desenfreado e irracional, da cultura somática, das identidades descartáveis, da avaria da autoridade familiar, religiosa e política (CALIMAN, 2010).

Leigos e profissionais da saúde também questionam a existência do TDAH. Apoiam-se no argumento do TDAH ser produto do estilo de vida da sociedade ocidental, em que o ritmo dos acontecimentos é bastante acelerado (SENA & SOUZA, 2008).

Além desses pesquisadores que justificam o descrédito com relação a existência patológica do TDAH, há pesquisadores que se apoiam na existência biológica do transtorno, mas apontam controvérsias e lacunas existentes. De acordo com Larroca e Domingos (2012), o debate diz respeito a falta de critério científico objetivo para o diagnóstico. As autoras apontam que o roteiro do DSM-IV apresenta elementos basicamente comportamentais e passíveis de julgamento subjetivo e os testes físicos, neurológicos ou psicológicos não comprovam a existência do TDAH.

O presente estudo parte do pressuposto neurobiológico do TDAH, mas compreende a complexidade do transtorno e discute a visão reducionista e estigmatizante em torno do diagnóstico e do tratamento. Neste íterim, a avaliação neuropsicológica é vista como um potencial procedimento psicodiagnóstico desse transtorno, uma vez que utiliza técnicas e instrumentos que avaliam diversos aspectos funcionais do sujeito em diversos contextos.

---

<sup>1</sup> <http://www.tdah.org.br/>, acesso em 10 out. 2016.

<sup>2</sup> Transtorno de Déficit de Atenção

<sup>3</sup> Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade



## 1.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DO TDAH

O discurso neurocientífico sobre o TDAH é praticamente unânime quanto a história do diagnóstico. A literatura médica apresentou as primeiras evidências da criança com TDAH na primeira metade do século XX, e, desde então, conceituações foram surgindo e se modificando e atualmente é conhecida como a portadora do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. Desde os últimos 20 anos do século XX, a condição dessa criança justifica-se por um defeito inibitório que afeta o desenvolvimento das funções executivas cerebrais (CALIMAN, 2010).

Conforme Rohde e Halpern (2004), o TDAH recebeu diversas nomenclaturas ao longo do tempo. Na década de 40, recebeu o nome de “lesão cerebral mínima” e em 1962, o termo lesão foi substituído por disfunção, pois as alterações típicas do transtorno eram compreendidas como mais associadas a disfunções em vias nervosas do que a lesões. Para Legnani e Almeida (2008), essa alteração na terminologia se deu após a ausência de comprovações científicas em pesquisas experimentais, que justificasse alguma relação entre lesões no aparato cerebral com os sintomas do transtorno.

O pediatra George Still é reconhecido em diversas pesquisas sobre TDAH, por ser o primeiro a descrever o transtorno, em 1902. Porém, em 1798, todas as características sintomáticas do tipo predominantemente desatento, já haviam sido descritas por Alexander Crichton (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2008).

George Frederick Still realizou palestras no Royal College of Physicians, em Londres. Suas palestras descreviam os comportamentos desajustados de crianças que tinham ausência de “controle moral”, ou seja, eram indisciplinadas por causa da educação recebida dos pais. Still em seu estudo com 20 crianças, numa proporção maior de meninos (3:1), em que esses comportamentos haviam surgido antes dos oito anos de idade, verificou uma correlação hereditária, pois os pais dessas crianças apresentavam problemas como depressão, alcoolismo e desvios de conduta. Dessa forma, a causa orgânica começou a sobressair a causa de falta de controle moral, o que era um conceito audacioso para a época (início do século XX), mas mesmo assim, essa perspectiva ganhou destaque e foi publicada no *British Medical Journal* (SILVA, 2014).

Portanto, de acordo com Pereira, Araújo e Mattos (2005), as tendências científicas e sociais da época influenciaram as teorias desenvolvidas com relação a etiologia do TDAH, sobre as correlações entre falha disciplinar como principal efeito

causal do transtorno, esse pensamento foi perdendo força à medida que indícios de causas genéticas foram avançando.

A associação entre surtos de encefalite letárgica e sequelas comportamentais em 1922, fez com que uma base anatômica fosse proposta para o transtorno. Os avanços obtidos pelo melhor entendimento de processos neuro-químicos, estudos genéticos e o avanço na confiabilidade de estudos populacionais vêm somar-se ao corpo de saber sobre o que hoje reconhecemos como TDAH (PEREIRA; ARAÚJO & MATTOS, 2005, p. 392).

Desde 1992, o TDAH é respaldado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e esse foi um marco para maior aceitação social com expressiva confiabilidade desse diagnóstico na vida cotidiana e profissional (LEGNANI & ALMEIDA, 2008).

## 1.2 TIPOS DE TDAH

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (APA, 2014), existem três subtipos de TDAH, são eles: com predominância dos sintomas de desatenção, predominantemente hiperativo/impulsivo ou combinado, como pode ser consultado na Tabela 1.

Apesar dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade caracterizarem o tripé do TDAH, os quadros clínicos existentes se diferem bastante, o que sugere uma heterogeneidade ampla do transtorno (REIS & CAMARGO, 2008).

O DSM-V, classifica o subtipo predominantemente desatento, por exemplo, quando os critérios de desatenção são preenchidos, mas não tem os critérios de hiperatividade/impulsividade preenchidos. No caso do subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo, quando os critérios de hiperatividade e impulsividade são preenchidos, mas os critérios de desatenção não. Já o subtipo combinado, têm a manifestação dos critérios de desatenção e também de hiperatividade-impulsividade preenchidos (APA, 2014).

Para realizar o diagnóstico levando em consideração o subtipo do transtorno, o preenchimento dos critérios deve ser analisado (ver Tabela 1).

Esse preenchimento se dá da seguinte forma: para crianças, são necessários 6 (seis) ou mais sintomas característicos de TDAH e para adolescentes e adultos, bastam 5 (cinco) sintomas ou mais. Devem estar presentes nos últimos 6 (seis) meses e ainda causar prejuízos quanto ao funcionamento social, acadêmico ou ocupacional e estarem presentes em mais de um contexto (APA, 2014).

**Tabela 1** – Critérios Diagnósticos do TDAH conforme o DSM-V, adaptado pela autora.

<b>A. (1) e/ou (2)</b>	
Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade persistiram por pelo menos 6 meses em grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais: <b>Nota:</b> Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.	
<b>1. Desatenção:</b> a) frequentemente não se atenta aos detalhes ou comete erros por descuido b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas c) com frequência parece não escutar o que lhe é dito d) com frequência não segue instruções e não conclui seus afazeres e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa) g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades h) é facilmente distraído por estímulos externos i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias	<b>2. Hiperatividade e impulsividade:</b> a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação) d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor” f) frequentemente fala em demasia g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras)
<i>Subtipos:</i> <b>(F90.2) Apresentação combinada:</b> Quando são preenchidos nos últimos 6 (seis) meses o Critério A1 (desatenção) e também o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade). <b>(F90.0) Apresentação predominantemente desatenta:</b> Quando são preenchidos nos últimos 6 (seis), apenas o Critério A1 (desatenção). <b>(F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva:</b> Quando são preenchidos nos últimos 6 (seis), apenas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade).	

Fonte: APA (2014).

Essa tabela é uma síntese dos critérios utilizados pelo DSM-V para o diagnóstico de TDAH, que são “amplamente utilizados em todo o mundo para a identificação de comportamentos específicos que devem estar presentes para o diagnóstico do transtorno” (DESIDÉRIO & MIYAZAKI, 2007, p. 166).

### 1.3 POSSÍVEIS CAUSAS

Para Rohde e Halpern (2004), não há causas precisas do TDAH ainda, mesmo com a expansão do assunto e da gama de estudos realizados, o que se pode dizer é que a literatura reconhece a influência dos fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento do transtorno.

Antes de adentrar nos fatores ambientais, vale ressaltar que a maior parte dos estudos sobre esses possíveis fatores, não estabelecem uma relação de causa e efeito com o TDAH, ou seja, esses fatores podem ser considerados fatores de risco (ROHDE & HALPERN, 2004).

Os autores elucidam que não há consenso sobre a associação entre TDAH e complicações na gestação ou no parto, porém os resultados tendem a sustentar a ideia que complicações, como: toxemia, eclâmpsia, pós-maturidade fetal, duração do parto, estresse fetal, baixo peso ao nascer, hemorragia pré-parto, saúde materna comprometida são fatores que predis põem o transtorno (ROHDE & HALPERN, 2004). Dessa forma, Sena e Souza (2008) afirmam que esses fatores ambientais associados a natureza do TDAH podem ocorrer no estágio pré-natal, durante o parto ou no pós-natal.

A presença de conflitos familiares, crescer em uma família pouco coesa e psicopatologia materna são visíveis em famílias com o transtorno, mas não se constituem seus preditores exclusivos (SENA & SOUZA, 2008).

Como descreve o DSM-V (APA, 2014, p. 62) “pode haver história de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxina (p. ex., chumbo), infecções (p. ex., encefalite) ou exposição ao álcool no útero”, e esses fatores podem aumentar o risco de ocorrência do TDAH.

Quanto aos fatores genéticos, Rohde e Halpern (2004) apontam uma considerável contribuição genética no TDAH, sugerida pelos estudos genéticos clássicos. Diversos estudos de famílias mostraram que a herdabilidade é significativa para este transtorno, pesquisas com gêmeos monozigóticos e com adotados, ajudam a identificar se uma característica é de fato influenciada por fatores genéticos. “O risco para o TDAH parece ser de duas a oito vezes maior nos pais das crianças afetadas do que na população em geral” (p. 62).

Para Pehlan (2005), afirmar que o distúrbio perpassa gerações, não explica o que está de fato desencadeando o transtorno, significa apenas que o que pode

provocar diretamente esse distúrbio, possivelmente é passado de geração para geração.

Desse modo, atualmente, cada vez mais o TDAH é reconhecido como um transtorno neurobiológico devido um número crescente de pesquisas que estão apontando para um funcionamento inadequado de áreas específicas do cérebro, como a chamada “córtex pré-frontal”, e há a presença de déficits significativos quanto a atenção, controle de impulsos, de nível de atividade e de auto regulação atrelados diretamente ao mau funcionamento dessas áreas (PEHLAN, 2005).

#### 1.4 PREVALÊNCIA

Como muitos estudos antecederam a publicação da 5ª (quinta) edição do DSM-V, Desidério e Miyazaki (2007), destacam que a prevalência de 3 a 7% em crianças em idade escolar, foi descoberta com base em pesquisas nacionais e internacionais, as quais utilizaram os critérios do DSM-IV<sup>1</sup>.

Segundo o DSM-V, os levantamentos populacionais sugerem que 5% das crianças e 2,5% dos adultos são portadores de TDAH na maioria das culturas (APA 2014, p.61).

Polanczyk (2008) realizou uma revisão sistemática em sua tese de doutorado sobre a prevalência do TDAH. Foram encontradas na literatura taxas de prevalência bastante variáveis tanto em países diversos quanto em um mesmo país. O Brasil, por exemplo, apresentou estimativas bastante discordantes com valores de 0,9% a 26,8% na prevalência de TDAH em crianças e adolescentes.

O TDAH é mais frequente em meninos do que em meninas, a proporção varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais a 9:1 em estudos clínicos. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de as meninas apresentarem mais o subtipo com predomínio desatento e menos transtornos de conduta associados. Desse modo, essas crianças causam menos transtornos para às famílias e a escola e poucas são encaminhadas para tratamento (RODHE & HALPERN, 2004).

#### 1.5 COMORBIDADES

Co-morbidade é um termo utilizado para indicar a ocorrência simultânea de dois ou mais distúrbios na mesma pessoa (MALLOY-DINIZ, 2008).

---

<sup>1</sup> ASSOCIATION AMERICAN PSYCHIATRIC (APA). *DSM-IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed., 1994.

Segundo Pereira, Araújo e Mattos (2005), a possibilidade de haver comorbidades é muito alta e deve ser verificada na avaliação diagnóstica, pois o TDAH frequentemente está associado a outros quadros clínicos, essa associação acontece entre 30 e 50% dos casos e em algumas situações esse número pode ser ainda maior.

As pesquisas mostram uma alta prevalência de comorbidade entre o TDAH e os transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante), situada em torno de 30 a 50%. A taxa de comorbidade também é significativa com as seguintes doenças: a) depressão (15 a 20%); b) transtornos de ansiedade (em torno de 25%); c) transtornos da aprendizagem (10 a 25%) (RODHE & HALPERN, 2004, p. 66).

De acordo com Malloy-Diniz (2008), identificar precocemente e corretamente essas comorbidades é essencial para, a partir disso, definir qual será o melhor percurso terapêutico a ser adotado, além de definir também um tratamento específico desse quadro de sintomas associados a mais de um transtorno.

## 1.6 O PROCESSO DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, ou seja, não existe até o momento, nenhum exame neurológico e/ou psicológico específico que confirme a presença ou ausência do distúrbio. Os sistemas modernos classificatórios como o DSM-V ou a CID-10, subsidiam a atuação dos profissionais responsáveis pelo diagnóstico do TDAH, porém para uma avaliação diagnóstica mais precisa, além de levar em consideração esses critérios, outros recursos instrumentais são necessários como: entrevistas, escalas, testes psicológicos, entre outros (MATTOS, 2008).

As técnicas de neuroimagem compõem o exame neurológico, são elas: tomografia, ressonância magnética, SPECT cerebral, entre outras. “[...] A avaliação neurológica é fundamental para a exclusão de quadros neurológicas que possam mimetizar o TDAH e, muitas vezes, é extremamente valiosa como reforço para o diagnóstico [...]” (ROHDE *et al.* 2000, p. 9).

Os profissionais responsáveis pelo diagnóstico de TDAH, são: pediatras, psiquiatras e psicólogos clínicos. Graeff e Vaz (2008), apontam que o exame neuropsicológico serve para consolidar ou descartar a hipótese do transtorno e também para obter dados novos que ampliem a avaliação.

Conforme Rohde e Halpern (2004), alguns direcionamentos são capazes de identificarem de forma mais precisa o transtorno. Esses direcionamentos são: duração dos sintomas, frequência e intensidade dos sintomas, persistência dos sintomas em

locais diversos e ao longo do tempo, prejuízo clinicamente significativo na vida da criança e entendimento do significado do sintoma. Como a apresentação clínica varia de acordo com o nível de desenvolvimento do indivíduo, o conhecimento de desenvolvimento normal e patológico se faz necessário.

Como citado, a duração dos sintomas deve ser de, pelo menos, seis meses, em um grau incompatível com o nível do desenvolvimento e acarretar prejuízos nas atividades acadêmicas, sociais e ocupacionais. Além disso, para o diagnóstico de TDAH, é fundamental que pelo menos seis (ou mais) dos sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade/impulsividade estejam presentes constantemente quando criança e para adultos, são necessários cinco (ou mais) desses sintomas (APA, 2014).

No que concerne os critérios diagnósticos do DSM-V, o critério B (ver Tabela 2), aponta que alguns sintomas devem emergir antes dos 12 anos de idade (APA, 2014).

De acordo com Rohde et al. (2000), a persistência dos sintomas em locais diversos e ao longo do tempo deve ser levada em consideração, pois quando a manifestação dos sintomas ocorre exclusivamente na escola ou somente em casa, por exemplo, possivelmente esses sintomas estão mais relacionados a alguma situação específica do que ao TDAH. “Da mesma forma, flutuações de sintomatologia com períodos assintomáticos não são características do TDAH” (ROHDE *et al.*, 2000, p. 8).

Outro fator preponderante é quanto ao entendimento dos sintomas, para que a manifestação desses sintomas aparentemente associados ao TDAH, não sejam confundidos com outro transtorno de características sintomatológicas semelhantes ao TDAH (ROHDE *et al.*, 2000). Nesse caso um diagnóstico diferencial se faz necessário.

O diagnóstico diferencial é o processo que visa correlacionar precisamente os sintomas ao quadro clínico correspondente, uma vez que, existem distúrbios distintos que apresentam sintomatologias semelhantes (ROHDE *et al.*, 2000).

O último critério a ser considerado, refere-se ao critério E (vide tabela 2), em que “os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental [...]” (APA, 2014, p. 60).

**Tabela 2** – Continuação da Tabela 1, referente aos Critérios do DSM-V.

- B.** Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 12 anos de idade.
- C.** Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos
- D.** Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- E.** Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação)

**Fonte:** APA (2014).

Os sintomas precisam ser contextualizados na história de vida da criança, pois eles podem estar associados a outros quadros clínicos, assim como, podem estar associados a alguma situação familiar caótica, um sistema de ensino inadequado ou resultantes de problemas relacionais com familiares e/ou amigos (ROHDE & HALPERN, 2004).

### 1.7 FALSOS POSITIVOS

Um cuidado ao se realizar uma avaliação diagnóstica do TDAH é levar em consideração que outros quadros clínicos, ou problemas psicológicos causados por contextos socioambientais inadequados ao desenvolvimento infantil podem gerar sintomas semelhantes aos do quadro de TDAH (LEGANANI & ALMEIDA, 2008).

Além do processo de diagnóstico diferencial já citado no tópico acima, que estabelece a diferenciação entre os quadros clínicos que apresentam sintomatologias semelhantes, Graeff e Vaz (2008) indicam que a diferenciação entre o TDAH e a normalidade configura um dilema clínico, responsável por inúmeros diagnósticos errôneos, recorrentes nos ambulatórios especializados dos serviços de saúde.

O DSM-V descreve vários modelos de quadros clínicos que tem sintomas compatíveis com o TDAH.

Pessoas com o quadro clínico de ansiedade, por exemplo, tem manifestação de sintomas de desatenção também, mas diferente do que acontece no quadro de TDAH, essa desatenção está relacionada com preocupação e ruminação e não por causa da dificuldade em manter o foco em atividades pouco motivadoras, ou prolongadas (APA, 2014).



## 1.8 TRATAMENTO

Para o tratamento, uma abordagem global e interdisciplinar se faz necessária e são aconselhadas, intervenções farmacológicas e psicossociais (DESIDÉRIO & MIYAZAKI, 2003).

Com relação as intervenções psicossociais, destaca-se a necessidade de esclarecimentos acerca do transtorno para a família do portador, por meio de informações claras e precisas. Um programa de treinamento para pais, possibilita uma melhor compreensão do transtorno e suas especificidades. Os pais podem auxiliar seus filhos mediante o conhecimento de estratégias voltadas para a organização e planejamento das atividades, como por exemplo, disponibilizar para a criança um espaço para estudo silencioso, consistente e desprovido de muitos estímulos visuais (ROHDE *et al.*, 2000).

Conforme Rohde e Halpern (2004), intervenções no âmbito escolar também se fazem necessárias, uma vez que, muitas crianças com TDAH apresentam um desempenho escolar ruim. O ideal, nesse caso, seria a orientação direcionada aos professores para a necessidade de uma sala de aula bem estruturada, com poucos alunos. As intervenções capazes de auxiliarem esses alunos são: rotinas diárias consistentes, ambiente escolar previsível, prática de atividade física na escola, tarefas bem explicadas e de curto a médio prazo para realização, atendimento individualizado, poucos estímulos distrativos próximos ao aluno em sala, reforço escolar e em alguns casos um acompanhamento psicopedagógico pode ser necessário.

Em relação às intervenções psicossociais centradas na criança ou no adolescente, a psicoterapia individual para Silva (2014), precisa ser diretiva, objetiva, estruturada e orientada a metas, nesse sentido, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem psicoterápica indicada para casos de TDAH, pois caracteriza-se pela busca de mudanças em afetos e comportamentos por meio da reestruturação cognitiva.

De acordo com Rohde *et al.* (2000), a psicoterapia cognitivo-comportamental é a modalidade psicoterápica mais estudada e com maior evidência científica de eficácia para os sintomas centrais do transtorno e também para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados.

Pereira e Silva (2011) realizaram um estudo de caso envolvendo o atendimento psicológico clínico de uma menina de seis anos, com o diagnóstico de TDAH. O caso foi discutido na perspectiva da Psicologia histórico-cultural, a qual compreende que o

homem mantém uma relação dialética com o meio, na qual um influencia e é influenciado pelo outro, dinamicamente.

O TDAH na abordagem Sócio-Histórica é visto como um fenômeno complexo e multideterminado. Dessa forma, a discussão se distancia da ênfase nos fatores individuais e biológicos e destaca a importância dos aspectos sócio, culturais e históricos ressaltando as problematizações em torno do diagnóstico e tratamento, como: medicalização, naturalização dos comportamentos indesejáveis do aluno, bem como, a influência do contexto familiar (PEREIRA & SILVA, 2011).

No que concerne ao tratamento medicamentoso, Phelan (2005) aponta uma regra importante a ser aplicada tanto em adultos quanto em crianças, que é o princípio das diferenças individuais. A medicação precisa ser cuidadosamente ajustada e muitas vezes o médico descobre o melhor tipo de medicação e a dosagem adequada, por meio de tentativa e erro.

Isso ocorre, pois, a medicação precisa atender as especificidades do quadro clínico do portador, uma vez que, esse quadro pode se apresentar de diversas formas e há possibilidade de comorbidades acopladas ao seu funcionamento basal (SILVA, 2014).

Os medicamentos de primeira escolha para o TDAH são os psicoestimulantes, mais especificamente o metilfenidato, do grupo das anfetaminas, popularmente conhecido pelo nome comercial Ritalina. Esse medicamento provoca estimulação do Sistema Nervoso Central, aumentando o desempenho das funções executivas que auxiliam na realização de tarefas que exigem esforço mental continuado, além de diminuir a fadiga, o que contribui para a melhora do desempenho acadêmico (SENA & SOUZA, 2008).

Para Itaborahy (2009), há uma relação entre a adoção da terapêutica medicamentosa com a crença biológica e patológica do TDAH, os defensores desse tipo de tratamento asseguram a eficácia quanto a supressão dos sintomas, sendo prejudicial ao indivíduo apenas quando administrado de forma abusiva.

Os opositores ao uso da Ritalina apontam o risco de dependência física, frequentemente associado ao uso prolongado do psicofármaco, além de possível dependência psicológica e emocional, uma vez que, seu uso está associado ao bom desempenho escolar. “O risco de dependência psicológica também é apontado na bula<sup>1</sup> da Ritalina” (ITABORAHY, 2009, p. 41).

---

<sup>1</sup> A bula pode ser consultada no site [www.bulas.med.br](http://www.bulas.med.br).

A produção brasileira de metilfenidato segundo dados da ONU, passou de 40 kg em 2002 para 226 kg em 2006, ou seja, apresentou um aumento de 465% em quatro anos, sem contar com o que é importado (ITABORAHY, 2009).

Com relação a venda desse medicamento usualmente receitado para o TDAH, apresentou entre os anos 2000 e 2004, aumento de 1020% na vendas de caixas e, entre 2004 e 2008, outro aumento de 930% na venda do produto (RESENDE; PONTES & CALAZANS, 2015).

Um argumento para justificar a progressão do consumo, bastante difundido nos textos sobre a Ritalina, diz respeito a maior divulgação do TDAH para a comunidade médica e também para a população em geral (ITABORAHY, 2009). Porém, outra justificativa em pauta, segundo o Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC seria o uso equivocado desse medicamento seja por crianças, adolescentes ou adultos, que não apresentam o transtorno, mas que visam melhoria do rendimento acadêmico ou maior disciplina (SNGPC, 2012).

O uso indiscriminado dessa medicação, sinaliza ainda que problemas de ordem emocional ou ocasionados por situações sociais adversas podem estar encobertos pela prevalência dessa postura terapêutica, a qual ocultaria diagnósticos equivocados do TDAH (LEGNANI & ALMEIDA, 2008). Segundo as mesmas autoras, o tratamento medicamentoso indiscriminado atrelado a compreensão atual do quadro clínico do TDAH, ilustram a hegemonia de uma concepção naturalista/biológica do psiquismo humano, nos meios de atenção e cuidado à saúde.

O Conselho Federal de Psicologia publicou a seguinte cartilha: “Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde”, o documento amplia a discussão e critica a medicalização da vida, ao passo que, dispõe de recomendações aos profissionais de educação e saúde, os objetivos apresentados são:

- 1 - Favorecer a compreensão das necessidades relativas à educação, saúde e vida de crianças, adolescentes, familiares e seus grupos sociais, a partir de uma perspectiva não medicalizante;
- 2 - Apoiar a abordagem não medicalizante dessas necessidades de indivíduos e coletivos no trabalho de profissionais e serviços de educação e saúde;
- 3 - Fornecer instrumentos potencializadores de práticas de educação e cuidados em saúde que contemplem a diversidade nas formas de ser e aprender, respeitando os direitos das crianças e dos adolescentes (CFP, 2012).

A crítica a medicalização perpassa a influência dos interesses da indústria farmacêutica, em financiar pesquisas científicas que “comprovam” a existência das doenças, afirmando a “eficácia” da terapêutica medicamentosa. Ou seja, o patrocínio dos produtores de medicamentos na elaboração de estudos científicos trata-se de um apoio estratégico, que visa, principalmente o lucro se distanciando do compromisso com a ética (MIGUELOTE & CAMARGO JR, 2010; CFP, 2012).

Segundo Silva (2014), alguns pacientes não respondem bem a medicação ou a seus efeitos colaterais, dessa forma, uma alternativa terapêutica pode ser a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) que é uma ferramenta terapêutica baseada na estimulação de áreas do córtex cerebral induzida por um campo eletromagnético gerado por uma bobina compacta. “É uma técnica bastante segura, indolor e não invasiva que possui a capacidade de modificar a atividade cerebral momentaneamente” (SILVA, 2014, p. 276).

Assim, como portadores de TDAH apresentam uma hipoatividade na região do córtex frontal, observa-se com a estimulação dessa região, uma regulação na atividade cerebral, com consequente evolução clínica nos aspectos comportamentais disfuncionais, especialmente aqueles relacionados a atenção, memória de curto prazo e funções executivas (SILVA, 2014).

## **CAPÍTULO II – SERVIÇO DE PSICOLOGIA (SEPSI)**

O Serviço escola de Psicologia (SEPSI), fica localizado na Av. JK, Quadra 108 Norte, Alameda 12, Lote 10, Plano Diretor Norte, Palmas – TO.

O Regimento interno do Serviço de Psicologia (2015) em seu Art. 1º define o SEPSI, como sendo uma unidade suplementar do Curso de Psicologia do CEULP/ULBRA que, enquanto serviço escola, sustenta a formação profissional dos acadêmicos e dá suporte às atividades de ensino, pesquisa e extensão através da prestação de serviços psicológicos à comunidade.

O SEPSI surgiu em 2005 regido pela Lei Federal nº 4.119, de 1962 que regulamenta a profissão de Psicologia e preconiza como condição para o funcionamento do curso, a disposição de Serviços Clínicos nos quais os acadêmicos vivenciam a prática profissional mediante os conhecimentos adquiridos ao longo da graduação. E as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, de 2004, apontam como indispensável a implementação de um Serviço de Psicologia no projeto curricular do curso, tendo em vista as exigências e competências necessárias à formação do psicólogo (REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA, 2015).

Com relação ao funcionamento do SEPSI, este é aberto à comunidade de segunda a sábado, das 7h30 min às 18h, e no sábado, das 7h30min às 12h, no período de férias e de recesso acadêmico, o Serviço não funciona, uma vez que os atendimentos são feitos pelos estagiários, ou seja, funciona conforme o calendário acadêmico do CEULP/ULBRA (REGIMENTO INTERNO SEPSI, 2015).

De acordo com Ferreira (2016) o indivíduo que almeja por atendimento psicológico, deve marcar pessoalmente o acolhimento na recepção do Serviço. Em seguida, no dia e horário marcado, preenche a Ficha de Inscrição e assina o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para então passar pela sessão de acolhimento com o estagiário plantonista. Na sessão seguinte, com base no Plano Terapêutico Singular do Usuário (PTS) discutido com o supervisor de campo ou coordenador do serviço, o estagiário comunica o encaminhamento que melhor atende as necessidades daquele usuário. Para encaminhamento interno, o caso segue para a fila de espera e quando possível o próximo estagiário entrará em contato e prescreverá com os atendimentos.

As ações e serviços oferecidos possibilita aos acadêmicos do curso de Psicologia o exercício da prática clínica e disponibiliza à comunidade de Palmas

serviços gratuitos nas seguintes modalidades: psicoterapia individual e grupal, avaliação psicológica e neuropsicológica, ludoterapia, grupo de pais e orientação profissional. O serviço dispõe também de uma Clínica do Trabalho, que promove práticas e serviços voltados para a psicologia organizacional, assim como para a saúde mental do trabalhador e o Laboratório de Medidas e Avaliação Psicológica (LAMAP), que é um espaço voltado para os acadêmicos, onde há empréstimos de testes psicológicos e neuropsicológicos para estudo, consulta e/ou aplicação (FERREIRA, 2016).

Sobre os serviços oferecidos torna-se importante para este estudo, tratar em especial da Avaliação Neuropsicológica, que segundo o Regimento Interno do SEPSI (2015), tanto as avaliações psicológicas como as neuropsicológicas, subsidiam a formação acadêmica, no sentido de, promoverem o desenvolvimento das habilidades de reconhecimento dos fenômenos psicológicos, aplicação e análise dos instrumentos e elaboração de documentos psicológicos pautados nas normativas do CFP.

Quanto as competências do estagiário de avaliação psicológica e neuropsicológica, as visitas institucionais e domiciliares podem ocorrer quando houver necessidade. Todas as atividades produzidas no atendimento deverão ser anexadas no prontuário do usuário e ao final da avaliação o estagiário elabora um laudo ou relatório psicológico respaldado pelas normativas do CFP preconizadas na Resolução 07/2003. Outras questões como pontualidade, assiduidade, cumprimento das normas e rotinas do campo, além de ética e postura profissional são exigências a serem cumpridas.

### **CAPITULO III – AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E TDAH**

A avaliação neuropsicológica é um procedimento que averigua as relações estabelecidas entre cérebro e comportamento, enfatizando as disfunções cognitivas associadas aos distúrbios do Sistema Nervoso Central. Esse procedimento visa identificar, por meio de instrumentos e técnicas, o perfil cognitivo do paciente, sendo que as informações levantadas auxiliam no diagnóstico, prognóstico, previsão da evolução do quadro clínico, bem como, planejamento de programas de reabilitação cognitiva e planos terapêuticos farmacológico e psicossocial (HAM DAN & PEREIRA, 2009).

O Conselho Federal de Psicologia regulamentou em 2004 a especialidade da Neuropsicologia pela Resolução 02/2004, onde descreve que o psicólogo especialista em neuropsicologia:

Atua no diagnóstico, no acompanhamento, no tratamento e na pesquisa da cognição, das emoções, da personalidade e do comportamento sob o enfoque da relação entre estes aspectos e o funcionamento cerebral. Utiliza-se para isso de conhecimentos teóricos angariados pelas neurociências e pela prática clínica, com metodologia estabelecida experimental ou clinicamente. Utiliza instrumentos especificamente padronizados para avaliação das funções neuropsicológicas envolvendo principalmente habilidades de atenção, percepção, linguagem, raciocínio, abstração, memória, aprendizagem, habilidades acadêmicas, processamento da informação, visuoconstrução, afeto, funções motoras e executivas. Estabelece parâmetros para emissão de laudos com fins clínicos, jurídicos ou de perícia; complementa o diagnóstico na área do desenvolvimento e aprendizagem [...] (CFP, 2004).

A avaliação neuropsicológica possibilita identificar e descrever os padrões de funcionamento cognitivo típico, esperado para pessoas com mesmo nível sociocultural, desenvolvimental e outras diferenças particulares da população. Possibilita ainda, distinguir as funções cognitivas preservadas e as funções que estão comprometidas, permitindo, assim, compreender as dissociações neurocognitivas presentes no TDAH. (GONÇALVES *et al.*, 2013).

A avaliação neuropsicológica infantil é um processo que demanda algumas etapas, como: entrevista inicial, observações lúdicas, planejamento da avaliação, seleção de instrumentos, análise e integração dos dados (MIRANDA; BORGES & ROCCA, 2010).

Para o diagnóstico de TDAH, o exame neuropsicológico, apesar de ser um processo opcional, pode auxiliar o clínico em três questões importantes: pode

consolidar o diagnóstico, identificar explicações alternativas para os sintomas apresentados, detectar se há comorbidades associadas (SABOYA *et al.*, 2007).

O exame neuropsicológico pode auxiliar também a escola, pois segundo Meira (2012), o discurso da relação existente entre problemas neurológicos e a dificuldade de aprendizagem e/ou comportamental promove frequentes encaminhamentos de alunos com queixas escolares. Sena e Souza (2008) destaca que os sintomas de TDAH normalmente são mais visíveis no contexto escolar em virtude da imposição de limites e regras e da comparação com os comportamentos de outras crianças.

Nas avaliações neuropsicológicas do SEPSI o acadêmico é responsável por planejar e executar a avaliação neuropsicológica de acordo com as especificidades do caso, mediante supervisão. As etapas desse processo são: anamnese com os responsáveis, sessões lúdicas (quando a avaliação for com crianças), visita institucional e aplicação dos instrumentos de medida neuropsicológica. Ao final dos atendimentos o acadêmico deve produzir um documento com os resultados em conformidade as normas do CFP (CEULP/ULBRA, 2016).

No que tange a testagem neuropsicológica vale ressaltar a importância do profissional conhecer quais as funções mais comprometidas nesse quadro clínico, para definir previamente uma bateria de testes visando avaliar essas funções e também outras funções que podem ou não estar comprometidas, mas que são de fundamental importância para a compreensão do funcionamento global do sujeito (GRAEFF & VAZ, 2008).

O TDAH é um transtorno associado a falta de autocontrole, caracterizado por déficits no sistema atencional, dificuldade em controlar os impulsos e agitação física e mental (GRAEFF & VAZ, 2008). Os déficits mais associados ao TDAH serão detalhados no próximo tópico.

### 3.1 PERFIL DE DÉFICITS NEUROPSICOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS

Muitos pesquisadores sugerem uma relação entre alterações no funcionamento do córtex pré-frontal com os comportamentos típicos do TDAH, os quais, são reflexo das funções cognitivas mais comprometidas nesse quadro clínico, a saber: atenção, memória operacional e componentes de funções executivas. Sendo que essas funções abrangem subdomínios específicos do comportamento como: volição, habilidade para antever e planejar meios de resolver problemas complexos, abreviar

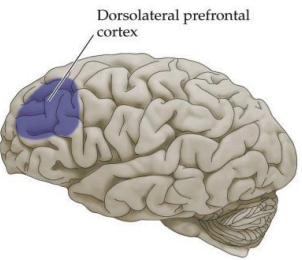
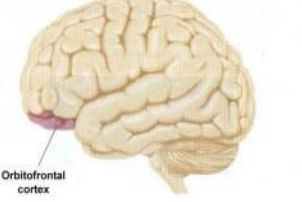
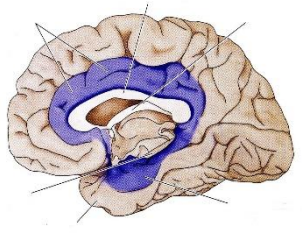


conseqüências, monitorar e avaliar o comportamento (CAPOVILLA; ASSEF & COZZA, 2007).

A área pré-frontal apresenta três sub-regiões com funções diversificadas, porém conectadas, cuja presença de algum tipo de comprometimento pode desencadear síndromes específicas; a região dorsolateral, relacionada as funções executivas; o córtex orbitofrontal, envolvido com o controle inibitório do comportamento; córtex cingulado anterior, atrelado aos processos de motivação, humor e atenção (GUERRA, 2008).

A seguir, o Quadro 1 ilustra essas sub-regiões e as funções presentes em cada área cerebral.

**Quadro 1** – Regiões anatômicas e subdivisões funcionais relacionadas ao TDAH.

<p><b>Córtex Pré-Frontal Dorsolateral</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memória operacional</li> <li>• Atenção</li> <li>• Solução de problemas</li> <li>• Auto-controle</li> <li>• Planejamento</li> <li>• Flexibilidade cognitiva</li> </ul>	
<p><b>Córtex Órbitofrontal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle inibitório</li> <li>• Regulação de emoções</li> </ul>	
<p><b>Córtex Cingulado Anterior</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção do objetivo</li> <li>• Escolha de resposta com conflito</li> <li>• Controle da emoção</li> <li>• Atenção voluntária</li> <li>• Motivação</li> <li>• Humor</li> </ul>	

Fonte: BOLFERR (2009).

O termo função executiva descreve um conjunto de processos cognitivos exigidos para o controle consciente do pensamento, da emoção, e das tarefas diárias. Dentre os processos cognitivos vale destacar: planejamento, controle inibitório, tomada de decisões, flexibilidade cognitiva, memória operacional, atenção (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010).

A Tabela 3, especifica os processos cognitivos supracitados e o que pode estar comprometido em cada um desses processos.

**Tabela 3** – Sub-domínios das funções executivas e os possíveis déficits associados.

FUNÇÃO EXECUTIVA	POSSIVEIS DÉFICITS ASSOCIADOS
Controle da atenção	Impulsividade, falta de auto-controle, dificuldades para completar tarefas, cometimento de erros de procedimento que não consegue corrigir, responder inapropriadamente ao ambiente
Processamento de informação	Respostas lentificadas (leva mais tempo para compreender o que é pedido e para realizar tarefas), hesitação nas respostas, tempo de reação lento.
Flexibilidade cognitiva	Rigidez no raciocínio e nos procedimentos (faz as coisas sempre da mesma forma, repetindo erros cometidos anteriormente), dificuldade com mudanças de regras, de tarefas e de ambientes.
Estabelecimento de objetivos	Poucas habilidades de resolução de problemas, planejamento inadequado, desorganização, dificuldades para estabelecer e seguir estratégias eficientes, déficit no raciocínio abstrato.
Memória operacional	Dificuldade tanto no processo de codificação, armazenamento e evocação, dificultando o aprendizado de novas informações e de lembrar das ações a serem realizadas no dia-a-dia.
Controle inibitório	Dificuldade para inibir comportamentos inadequados e que possam interferir na realização das atividades.

**Fonte:** ABDA (1999). Disponível em: [www.tdah.org.br/br/aabda/cartilhas-da-abda.html](http://www.tdah.org.br/br/aabda/cartilhas-da-abda.html)

Os sintomas disexecutivos, conforme Malloy-Diniz *et al.* (2010), são responsáveis por um importante prejuízo funcional sócio-ocupacional. Portanto, o autor afirma que a avaliação das funções executivas deve extrapolar o uso de testes neuropsicológicos, e usar de entrevistas, escalas e observações comportamentais, a fim de, compreender a extensão e o impacto de tais prejuízos sobre a vida diária do sujeito.

A memória operacional, ou de trabalho, faz parte das funções cognitivas e seu papel é o de arquivamento temporário das informações, as quais serão muito importantes para outros processos cognitivos. Sua capacidade é limitada, colabora com o processamento de informações, a medida, que age como uma interface entre a percepção, a memória de longo prazo e a performance sobre o ambiente (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010).

A memória operacional, segundo Abreu e Mattos (2010, p. 81), “permite que seja armazenada uma informação enquanto se realiza uma operação similar ou mesmo outra tarefa cognitiva semelhante”

A atenção é fundamental no nosso dia-a-dia, pois estamos envolvidos por diversos estímulos, relevantes ou não, de forma constante e interrupta, esses estímulos precisam ser captados mediante os objetivos pretendidos, conscientes ou não. A memória está intimamente relacionada com a atenção e, além dela, diversas funções cognitivas também se relacionam com a atenção. Então, quando há um déficit na atenção, outras funções acabam sendo prejudicadas e uma gama de sintomas afetam um grande espectro de áreas da vida cotidiana (COUTINHO; MATTOS & ABREU, 2010).

Segundo Graeff e Vaz (2008), a mudança repentina de assunto, falta de atenção ao que lhe é dito, aos detalhes ou as regras de um jogo ou outras atividades, são exemplos de algumas manifestações da desatenção. Esses sintomas podem ficar camuflados, pois em determinadas circunstâncias, as crianças conseguem focar a atenção por certo tempo, como na presença de estímulos novos, quando algo gera muito interesse, ou ainda, pela intimidação da presença de um adulto. O observador leigo, assim como profissionais de saúde estão sujeitos a equívocos quando se deparam com essas crianças que aparentemente são atentas (GRAEFF & VAZ, 2008).

Assim como acontece na desatenção, crianças hiperativas podem ficar quietas mediante situações novas, atraentes, um pouco assustadoras ou quando estão a sós com outra pessoa. Esse momento de quietação pode dificultar a identificação dos sintomas numa avaliação clínica. De modo que, avaliar a manifestação desses sintomas em outros contextos, como na escola, ajuda a compreender melhor o quadro clínico (GRAEFF & VAZ, 2008).

Segundo Rohde e Halpern (2004), crianças na pré-escola apresentam como característica de desenvolvimento normal, atividade mais intensa, o diagnóstico, portanto, deve ser feito com muita prudência antes dos 6 anos de idade. O aspecto desenvolvimental da hiperatividade deve ser considerado, afinal, espera-se uma diminuição natural desse sintoma a medida que a idade avança, restando, na adolescência mais sintomas de desatenção e de impulsividade.

Nesse sentido, justificando essa hiperatividade normal na infância entre os 4 e 5 anos de idade, Rohde e Halpern (2004), descreve que o processo

neuromaturacional do encéfalo tem uma progressão pósterio-anterior, ou seja, primeiro mieliniza-se a parte posterior e por último a anterior, a região pré-frontal que é considerada o “freio motor”, está situada na parte anterior e só completa seu ciclo de mielinização na idade pré-escolar, justificando, portanto, esse comportamento de agitação motora normal para essa faixa etária.

A impulsividade é um fenótipo que abarca e compreende vários elementos e é reconhecido por suas distinções nas manifestações cognitivas e comportamentais (MALLOY-DINIZ, 2010).

Graeff e Vaz (2008), elucidam que a impulsividade pode acarretar prejuízos significativos na interação social além de potenciais riscos físicos. A impulsividade na criança se manifesta pela falta de controle racional, ou seja, age sem pensar e não leva em conta as consequências.

Dessa forma, Malloy-Diniz (2010), aborda três manifestações da impulsividade, são elas: as mudanças de ações ocorrem sem julgamento consciente prévio, os comportamentos não são pensados, há uma tendência a agir com menor nível de planejamento em comparação a indivíduos de mesmo nível intelectual.

### 3.2 INSTRUMENTOS

As baterias fixas são conjuntos de testes previamente selecionados que englobam diversas funções neuropsicológicas superiores, já as flexíveis permitem uma avaliação mais personalizada, pois os instrumentos escolhidos atendem as particularidades do sujeito e do quadro clínico (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

O psicólogo clínico escolhe suas técnicas baseado na sua experiência e treinamento específico, mas tem consciência que os testes não são absolutos, são apenas seus instrumentos. A interpretação dos resultados exige conhecimento mais abrangente dos aspectos afetivos e cognitivos assim como os fatores que podem interferir na execução de uma tarefa. Cada teste deve ser interpretado dentro do contexto, pois nada substitui o raciocínio clínico (MADER, 2001, p.66).

O neuropsicólogo precisa atuar em conformidade com as normativas do CFP, e com relação aos testes, a Resolução CFP nº 02/2003, por exemplo, define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos.

Dentre as etapas da avaliação já citadas, a etapa da escolha dos instrumentos, de modo geral, atende a faixa etária e tem como foco, oferecer dados que respondam

a uma ou mais queixas apresentadas no encaminhamento (MIRANDA; BORGES & ROCCA, 2010).

A Tabela 4 ilustra resumidamente alguns testes neuropsicológicos que podem ser úteis na avaliação das funções mais comprometidas em TDAH.

**Tabela 4** – Testes Neuropsicológicos para avaliação de domínios específicos em TDAH

<b>INSTRUMENTOS NEUROPSICOLÓGICOS</b>	<b>FUNÇÕES E HABILIDADES AVALIADAS</b>
<i>Atenção Concentrada - AC</i>	Atenção concentrada, rastreo visual
<i>D-2 Atenção Concentrada</i>	Atenção concentrada, rastreo visual
<i>Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção - BPA</i>	Atenção concentrada, dividida e alternada
<i>Subteste Dígitos - Direto e inverso (WISC III)</i>	Atenção, aprendizagem, processos sequenciais, memória auditiva
<i>Subteste Códigos (WISC III)</i>	Capacidade visomotora, concentração, motivação e adaptação social
<i>Subteste Aritmética (WISC III)</i>	Atenção e concentração
<i>Subteste Procurar Símbolos (WISC III)</i>	Memória visual de curto prazo, flexibilidade cognitiva, discriminação visual e concentração
<i>Subteste Cancelamento (WISC IV)</i>	Atenção, rastreo visual
<i>Teste de trilhas</i>	Atenção, sequenciamento, rastreo visual, flexibilidade e motricidade
<i>Teste Wisconsin de Classificação de Cartas</i>	Flexibilidade, planejamento, raciocínio abstrato
<i>Teste de Figura Complexa de Rey</i>	Memória visual, percepção
<i>FDT ou Teste dos Cinco Dígitos</i>	Velocidade de processamento, atenção sustentada, controle inibitório e flexibilidade cognitiva

**Fonte:** Elaboração própria, com base nas informações do autor MALLOY-DINIZ *et al.* (2010).

Além da testagem, outros instrumentos são úteis principalmente para compreensão das impressões dos pais e professores para os sinais e sintomas da criança, comumente utiliza-se questionários sistematizados (escalas), cuja metodologia é mais quantitativa/objetiva. As escalas mais utilizadas para professores são a Child Behavior Checklist (CBCL), a Escala Conners, a SNAP-IV e a Escala de TDAH. Junto aos pais, são utilizadas versões do CBCL e Conners (Graeff & Vaz, 2008)

Os três instrumentos apresentados a seguir, foram selecionados para compor as variáveis deste estudo. Como as baterias de testes são flexíveis, não foi fácil selecionar um conjunto de testes comuns a queixa de TDAH, uma vez que, como citado anteriormente, apesar de ser um caso de TDAH, os quadros clínicos divergem bastante, o que sugere uma heterogeneidade ampla do transtorno.

### **3.2.1 Manual da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: versão para professores**

O Manual da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade visa subsidiar o psicodiagnóstico com dados referentes ao comportamento da criança no contexto escolar. Pois, como já foi explanado ao longo desse trabalho, as informações obtidas na escola são cruciais, quando integradas a outros dados permitindo, assim, uma compreensão mais precisa sobre o quadro clínico de TDAH (BENCZIK, 2000).

A criação e validação dessa escala emergiu da necessidade de se ter um instrumento brasileiro destinado aos professores, permitindo assim, a avaliação dos sintomas do TDAH no cenário educacional. O instrumento foi produzido apoiando-se nos critérios do DSM-IV. Nessa perspectiva, além dos sintomas de Hiperatividade e Desatenção, o teste também calcula os prováveis prejuízos escolares e sociais considerados como condição diagnóstica pela APA (ANDRADE & FLORES-MENDONZA, 2010).

O psicólogo orienta sobre a forma adequada de preencher a escala e dita as instruções para o professor, que deverá marcar uma das opções: (DT – Discordo Totalmente, D – Discordo, DP – Discordo Parcialmente, CP – Concordo Parcialmente, C – Concordo, CT – Concordo Totalmente) para cada um dos 49 itens dispostos em: **Déficit de atenção** (itens 1 a 16 da escala), **Hiperatividade/Impulsividade** (itens 17 a 28 da escala), **Problema de Aprendizagem** (itens 29 a 42 da escala) e **Comportamento Anti-social** (itens 43 a 49 da escala). Os itens mudam de afirmativos, para negativos e o professor precisa de uma leitura cuidadosa para não cometer equívocos e gerar resultados errôneos (BENCZIK, 2000).

A referida autora aponta outras instruções e destaca que o professor precisa conhecer o aluno por no mínimo 6 semanas. E caso o aluno tenha mais de um professor, aplica-se a escala em todos eles e faz uma média dos resultados. “A medida quantitativa permite ao profissional maior confiança para a análise dos dados

e do quadro sintomatológico detectado, porém é importante que se faça também uma avaliação qualitativa dos comportamentos apresentados no ambiente escolar” (p. 50).

### **3.2.2 RAVEN – Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven**

O teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven foi elaborado tendo como base o referencial da teoria bifatorial de Charles Spearman e tem como objetivo avaliar o que o autor define como capacidade intelectual geral – fator “g”. Os itens consistem em um desenho ou matriz com uma parte faltando, abaixo do qual são apresentadas seis alternativas, uma das quais completa a matriz corretamente. O examinando deve escolher uma das alternativas como a parte que falta (ANGELINI, 1999).

O teste avalia a inteligência não verbal, indicando o nível de desenvolvimento ou de comprometimento da capacidade de observação e de compreensão do pensamento. A capacidade edutiva e reprodutiva compõem o fator “g”, proposto por Spearman. A primeira pode ser entendida como a atividade mental que possibilita extrair um significado de uma situação túbida e isso só é possível se houver apreensão e externalização de conceitos adquiridos no meio social, ou seja, pela capacidade reprodutiva (EL HAJJ *et al.*, 2014).

As Matrizes Progressivas Coloridas são conhecidas no Brasil como Escala Especial e é constituída por três séries de 12 itens: A, Ab e B. Destina-se à faixa etária de 5 a 11 anos. As Matrizes Progressivas Standard são conhecidas no Brasil como Escala Geral, que é constituída por cinco séries de 12 problemas cada: A, B, C, D e E. Destina-se à faixa etária de 12 a 65 anos. Os itens estão dispostos em ordem de dificuldade crescente em cada série, sendo cada série mais difícil do que a série anterior (ANGELINI, 1999).

As classificações variam do grau **I** ao **V**, sendo; **I** – Intelectualmente Superior, **II** – Definidamente acima da média na capacidade intelectual, **III** – Intelectualmente Médio, **IV** Definidamente abaixo da média na capacidade intelectual e **V** – Intelectualmente deficiente. As classificações são obtidas com base nos escores apresentados (ANGELINI, 1999).

A inteligência é uma função que pode ou não estar comprometida, o que não é um fator determinante para a caracterização desse quadro. Conforme Malloy-Diniz *et al.* (2008, p. 245), “o TDAH pode ser diagnosticado em indivíduos com diferentes níveis de inteligência (seja ele superior, médio ou inferior à média populacional) [...]”.

### 3.2.3 WISC III e IV – Manual de Instruções para Aplicação e Avaliação

O teste Wechsler Intelligence Scale for Children<sup>1</sup>, nas versões (WISC-III)<sup>2</sup> e (WISC-IV)<sup>3</sup>, avaliam a capacidade intelectual e a resolução de problemas de crianças e adolescentes entre 6 e 16 anos. A terceira versão é composta por 13 subtestes, organizados em dois grupos: Verbais e Perceptivos-motores ou de Execução, que estão dispostos de forma alternada. Os Subtestes Verbais são compostos pelos itens: Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Dígitos, enquanto que os subtestes de Execução são formados pelos itens: Completar Figuras, Código, Arranjo de Figuras, Cubos, Armar Objetos, Procurar Símbolos e Labirintos (CRUZ, 2005; WECHESLER, 1896-1981)

A quarta edição é composta por 15 subtestes, sendo 10 principais e 5 suplementares, e dispõe de quatro índices, são eles: Índice de Compreensão Verbal, Índice de Organização Perceptual, Índice de Memória Operacional e Índice de Velocidade de Processamento, além do QI Total (WECHESLER, 1896-1981).

O WISC-IV foi modificado tanto em relação ao conteúdo dos subtestes quanto a aplicação e os procedimentos de pontuação. Alguns subtestes da versão anterior foram excluídos, como: arranjo de Figuras, Armar Objetos e Labirintos. E outros cinco novos subtestes foram inclusos: Conceitos Figurativos, Sequência de Números e Letras, Raciocínio Matricial, Cancelamento e Raciocínio com Palavras (WECHESLER, 1896-1981).

O WISC III e IV são essenciais em avaliações de diversos quadros clínicos, afinal, fornecem muitas informações relevantes clinicamente, pois avalia inúmeras funções cognitivas. Para o quadro de TDAH, os subtestes (números e aritmética) do WISC-III/IV apontam déficits significativos no fator de resistência à distrabilidade (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2008).

Segundo Malloy-Diniz *et al.* (2008), há evidências indicando que os índices de resistência a distração (IRD), de memória operacional (IMO) e velocidade de processamento (IVP) encontram-se significativamente rebaixados quando comparado aos outros índices.

---

<sup>1</sup> Escala Wechsler de inteligência para crianças

<sup>2</sup> WECHESLER, D.. *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual*. 3ª ed.; São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

<sup>3</sup> WECHESLER, D.. *WISC-IV: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual*. 4ª ed.; São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.



## 2 METODOLOGIA

O método utilizado é o Estudo de Caso Coletivo, desenvolvido a partir do método da análise documental dos laudos neuropsicológicos como fonte de coleta de dados.

Este método é indicado quando o pesquisador estuda determinados casos simultaneamente para investigar um dado fenômeno, “podendo ser visto como um estudo instrumental estendido a vários casos” (ALVES-MAZZOTTI, 2006, p. 642). Acredita-se que a seleção dos participantes pode estar ou não relacionada a manifestação das características comuns entre os casos. Essa escolha visa contribuir para a compreensão, ou ainda teorização, sobre um conjunto ainda maior de casos (ALVES-MAZZOTTI, 2006)

Esta pesquisa é de campo, uma vez que, promove conhecimentos de aplicação prática voltados para as questões próprias do campo desta pesquisa. Os dados são analisados por métodos qualitativos, para Neves (1996), esses métodos, de certo modo, se aproximam dos procedimentos de interpretação dos fenômenos vivenciados cotidianamente, por apresentar a mesma natureza dos dados que o pesquisador qualitativo adota em sua pesquisa. Nos dois casos esses dados são simbólicos e contextualizados.

A pesquisa foi realizada no Serviço de Psicologia do CEULP/ULBRA situado no Núcleo de Atendimento à Comunidade, localizado na Avenida JK, Quadra 108 Norte, Alameda 12, Lote 10, Palmas-TO.

Os objetos de estudo foram os laudos neuropsicológicos de 4 (quatro) crianças com queixa de TDAH atendidas em Avaliação Neuropsicológica no Serviço de Psicologia (SEPSI) no período de 2015 e 2016. Esses laudos estão arquivados no Centro de Documentação (CEDOC) do próprio Serviço.

A seleção da amostra foi intencional, baseou-se nas características comuns e também distintas do grupo, no intuito de analisar de forma crítica e aprofundada o fenômeno TDAH no contexto das avaliações neuropsicológicas realizadas no SEPSI. Foram selecionadas 4 crianças do sexo masculino com idades de 7 anos, com o mesmo nível de escolaridade. As variáveis deste estudo foram levantadas conforme as seguintes categorias de análise:

- Dados sociodemográficos e clínicos – gênero, idade, escolaridade; procedência ou indicação, tipo de queixa, situação final e encaminhamentos;

- Anamnese – exames neurológicos (eletroencefalograma, tomografia computadorizada, ressonância magnética) e seus resultados, complicação na gravidez/parto;
- Visita institucional – Escala de TDAH/Ficha de Registro;
- Dados cognitivos – testes neuropsicológicos (Raven, Wisc III/IV), principais funções comprometidas.

O projeto foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa do CEULP/UiBra, conforme preconiza a Resolução CNS nº 466/12 (BRASIL, 2012) que regulariza as pesquisas com seres humanos e a Resolução CNS nº 510/16 (BRASIL, 2016) que normatiza as especificidades das pesquisas envolvendo seres humanos em Ciências Humanas e Sociais. A coleta de dados teve início no dia 04 de abril, após a aprovação do CEP, e foi concluída no dia 12 de maio de 2017.

Este estudo foi realizado com base nas Diretrizes e Normas das referidas resoluções, a fim de minimizar os riscos possíveis e maximizar os benefícios, de forma a evitar danos previstos e assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações, não se valendo delas para prejudicar as pessoas envolvidas e/ou para outros fins. Desse modo, levando em consideração o bem-estar dos selecionados para esta pesquisa, a acadêmica pesquisadora juntamente com a pesquisadora responsável e o responsável institucional assinaram um Termo de Compromisso para Utilização de Dados – TCUD (APÊNDICE A).

Os usuários ou os representantes legais (quando o atendimento se destina a crianças), no ato da inscrição no Serviço de Psicologia pesquisado, assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A), autorizando a utilização dos dados em futuros estudos. Dessa forma, não houve a necessidade de contato direto com os participantes da pesquisa e de seus respectivos representantes. Nesse caso, descartou-se a necessidade da aplicação de um novo TCLE, portando a apresentação de um Termo de Dispensa da Aplicação do TCLE (APÊNDICE D). A acadêmica pesquisadora tem a responsabilidade de garantir o anonimato e sigilo das informações pessoais dos indivíduos participantes da pesquisa, conforme preconizado pelas resoluções.

Os instrumentos de coleta de dados foram os laudos dos usuários selecionados para esse estudo. Foi elaborado um Formulário no Google Drive e os dados foram preenchidos e armazenados nele, depois foram sistematizados em tabelas e os resultados analisados qualitativamente pela acadêmica pesquisadora.

Logo, os resultados estão descritos e fundamentados de acordo com o referencial teórico.

Quanto aos detalhes procedimentais, mediante a aprovação do projeto pelo CEP, os dias e horários para a coleta dos dados foram acordados com a coordenadora do SEPSI, foram discutidas as estratégias para manuseio adequado dos prontuários e laudos, bem como a forma de organizar e armazenar esses documentos.

A pesquisa não envolveu o contato direto com os participantes, porém o acesso aos documentos com as informações sigilosas dos usuários do SEPSI, poderia vir a desencadear danos, caso publicadas e/ou manipuladas para outros fins que não o desta pesquisa. Presume-se que a exibição desses dados causaria constrangimentos aos usuários, eles poderiam se sentir lesados ao se depararem com a divulgação de suas informações particulares. No entanto, foi assegurado pela acadêmica pesquisadora a preservação da integridade e dignidade dos participantes, bem como o anonimato e sigilo das informações pessoais dos indivíduos, conforme preconizado nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde CNS 466/12 e a 510/16. Além do mais, a acadêmica pesquisadora colocou-se à disposição para tomar as devidas providências, a fim de prestar a assistência cabível aos indivíduos lesados caso os riscos se concretizassem.

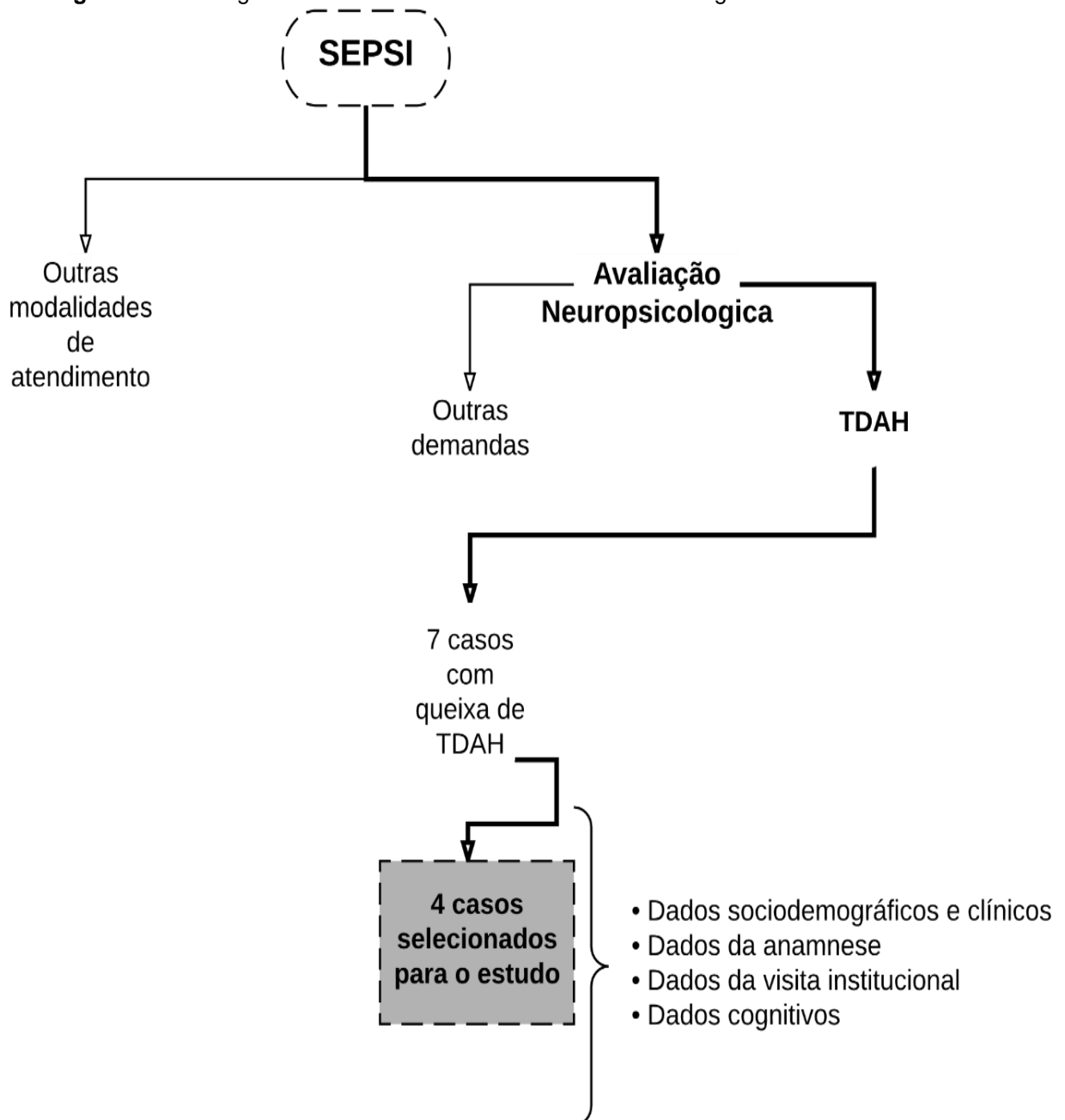
O desfecho desta pesquisa foi uma análise da condução e manejo do processo psicodiagnóstico, realizado no SEPSI, para casos com hipótese diagnóstica de TDAH, o que possibilitou a ampliação do conhecimento da prática clínica para esse público, desse modo, o trabalho promove subsídios para intervenções preventivas, aprimoramento dos serviços prestados a comunidade e implantação de novos serviços, além de abrir campo para pesquisas e intervenções clínicas posteriores para casos diagnosticados com TDAH.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 39 laudos neuropsicológicos de usuários atendidos no período de 2015 e 2016, sendo que destes, 7 usuários apresentavam uma relação com o TDAH. A amostra selecionada para a pesquisa foi: 4 usuários que preencheram os critérios de inclusão neste estudo.

O Fluxograma abaixo demonstra o fluxo dos casos incluídos no estudo, e as categorias de análise:

**Fluxograma 1** - Fluxograma dos casos incluídos no estudo e as categorias de análise



**Fonte:** Elaborado pela autora.

Sabe-se que o diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico e fundamentado principalmente na satisfação dos critérios diagnósticos do DSM (nas versões IV ou V). Outrossim, entende-se que apenas a satisfação desses critérios, não são suficientes para a avaliação do sujeito e para confirmação do diagnóstico (ROHDE *et al.*, 2000; GRAEFF & VAZ, 2008; MATTOS, 2008; LARROCA E DOMINGOS, 2012; WAGNER, ROHDE E TRENTINI, 2016). Assim, a avaliação deve basear-se também no uso de técnicas e instrumentos capazes de identificarem o funcionamento global do sujeito. Esse entendimento holístico do sujeito permite maior consistência ao diagnóstico e auxilia na tomada de decisão sobre as intervenções e tratamentos mais indicados (GRAEFF & VAZ, 2008).

Desse modo, a fim de compreender as principais variáveis relacionadas ao psicodiagnóstico do TDAH no contexto das Avaliações Neuropsicológicas para os casos selecionados, as informações mais relevantes estão organizadas nas seguintes etapas: dados sociodemográficos e clínicos, anamnese, visita institucional e dados cognitivos. Essas categorias de análise estão em conformidade com as etapas do processo de avaliação neuropsicológica realizada no SEPSI.

### ***Dados sociodemográficos e clínicos***

O levantamento do perfil sociodemográfico e clínico dos usuários, permite identificar as características que mais prevalecem neste estudo, relacionando-as aos achados científicos sobre TDAH. Os dados obtidos são cruciais para a condução e manejo da avaliação neuropsicológica.

No Quadro 2, é exposta a caracterização dos participantes do estudo:

**Quadro 2** – Caracterização dos participantes do estudo.

Nomes Fictícios <sup>1</sup>	Sexo	Idade	Escolaridade	Queixa	Procedência ou indicação	Situação final	Encaminhamentos
<b>Bruno</b>	M	7	2º ano	Explícita	Médico	Sem perfil de TDAH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoterapia de grupo;</li> <li>▪ Grupo de Orientação para pais.</li> </ul>
<b>Eduardo</b>	M	7	2º ano	Explícita	Médico	Sem perfil de TDAH*	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoterapia individual;</li> <li>▪ Grupo de Orientação para pais.</li> <li>▪ Psicopedagogo.</li> </ul>
<b>Lucas</b>	M	7	2º ano	Explícita	Escola	Sem perfil de TDAH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoterapia individual;</li> <li>▪ Grupo de Orientação para pais.</li> </ul>
<b>Pedro</b>	M	7	2º ano	Implícita	Escola	Perfil do subtipo desatento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicopedagogo;</li> <li>▪ Fonoaudiólogo.</li> </ul>

\* A conclusão do laudo neuropsicológico desse perfil, destaca a presença de prejuízo significativo na função Atenção, porém esse déficit não foi associado ao quadro clínico de TDAH.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

As informações ressaltadas sobre o perfil dos participantes, como pode ser observado no Quadro 2, indicam que todos os participantes, no período em que foi realizada a avaliação neuropsicológica, apresentavam idade, gênero e escolaridade em comum. Ou seja, a amostra é composta por 4 (quatro) meninos de 7 (sete) anos de idade, cursando o 2º ano do Ensino Fundamental. Os estudos científicos apontam que características como essas: maior prevalência em meninos, em idade escolar, principalmente nas séries iniciais do ensino fundamental são predominantes em TDAH (ROHDE *et al.*, 2000; ROHDE e HALPERN, 2004; APA, 2014).

Pode-se observar que as queixas evidenciadas mediante análise foram de caráter explícito<sup>2</sup> e implícito<sup>3</sup> (ver Quadro 2), percebe-se que 75% da população pesquisada apresentou queixa explícita de TDAH, sendo que não houve confirmação dessa queixa ao final do processo de avaliação neuropsicológica. E apenas 25% do

<sup>1</sup> O nome fictício é utilizado para preservar o sigilo acerca da identidade dos participantes.

<sup>2</sup> Considera-se uma queixa explícita quando o usuário é encaminhado com a hipótese diagnóstica de TDAH.

<sup>3</sup> Considera-se uma queixa implícita quando o usuário apresenta 1 (um) ou mais sintomas relacionados ao TDAH.

total pesquisado, que corresponde a 1 (um) caso, manifestou queixa implícita e seus sintomas foram associados ao quadro clínico de TDAH na conclusão do psicodiagnóstico.

Graeff e Vaz (2008) e Caliman (2008) corroboram ao exposto, quando postulam que ainda há desconhecimento ou pouco conhecimento acerca do transtorno, além disso, o diagnóstico do TDAH se faz controverso devido a sua complexidade, afinal a mensuração da normalidade não se configura em uma mudança qualitativa, mas sim pela intensidade e duração dos comportamentos desviantes. Nesse ínterim, a avaliação neuropsicológica é um processo significativo no psicodiagnóstico do TDAH, visto que, avalia aspectos funcionais do sujeito em seus diversos contextos, por meio de instrumentos e técnicas.

Dada relevância da avaliação neuropsicológica para o psicodiagnóstico do TDAH, a pesquisa expõe (vide Quadro 2) que os pais ou responsáveis buscaram o SEPSI mediante indicação médica (50%) ou institucional (50%).

A escola tem papel fundamental nesse processo, pois os sintomas de TDAH frequentemente se manifestam nesse cenário, que é marcado pela imposição de limites e regras. O educando lançado neste contexto, logo é perpassado por comparações em relação a outrem, e as divergências que surgem provoca reflexões. No afã, estes profissionais buscam auxílio no exame neuropsicológico, para confirmar ou não sua hipótese diagnóstica (SENA & SOUZA, 2008; MEIRA, 2012).

Como citado, a outra parcela da amostra exibiu procedência médica, sugerindo que apesar do diagnóstico de TDAH ser essencialmente clínico, o profissional dessa área busca na avaliação neuropsicológica subsídios para identificar explicações alternativas para os sintomas, detectar se há comorbidades associadas, ou ainda, para consolidar o diagnóstico (SABOYA *et al.*, 2007; MATTOS, 2008).

Com relação aos encaminhamentos (vide Quadro 2), para os três primeiros participantes foi sugerido aos pais a participação em Grupo de Orientações para Pais e as crianças foram encaminhadas para acompanhamento psicológico, dentre elas 1 (uma) para Psicoterapia de Grupo e 2 (duas) para Psicoterapia Individual, para acompanhamento psicopedagógico; 2 (duas) crianças, para o fonoaudiólogo; 1 (uma) criança.

O dado que mais chama atenção nos encaminhamentos, diz respeito ao caso da criança que foi caracterizada com perfil de TDAH, pois destacou-se na conclusão

do laudo a necessidade de Acompanhamento Fonoaudiológico e Psicopedagógico, mas não ponderou a necessidade de Psicoterapia e Grupo de Orientação para Pais.

Diante o exposto, Desidério e Miyasaki (2003) explanam que a recomendação para Psicoterapia parte da presença de problemas associados que acarretam dificuldades significativas na escola, em casa ou socialmente e/ou quando há comorbidade, portanto, a psicoterapia não se aplica a todos os casos de TDAH, mas todos os casos demandam orientações. Ou seja, não tem como afirmar se o caso em questão necessitava ou não de encaminhamento psicoterápico, porém o Grupo de Orientação de Pais se faz relevante para ampliação do conhecimento acerca do TDAH e sobre estratégias que podem ser adotadas com seus filhos.

Vale destacar ainda, que o caso em questão foi atendido no SESPI por intermédio da escola e não por indicação médica. Assim, ao firmar a hipótese diagnóstica de TDAH, não houve encaminhamento para um profissional médico especializado (neurologista, psiquiatra e pediatra), para reforçar o diagnóstico ou para dar início ao tratamento psicofarmacológico.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o tratamento do TDAH envolve abordagens múltiplas e as intervenções farmacológicas e psicossociais são indicadas para os portadores do transtorno (Rohde *et al.* 2000). A terapêutica medicamentosa é reconhecida por diminuir ou sessar os sintomas de TDAH e a Ritalina (metilfenidato) é um psicoestimulante do Sistema Nervoso Central. O uso do medicamento promove melhora no funcionamento das funções executivas, conseqüentemente aumenta o rendimento de atividades relacionadas a essas funções (DESIDÉRIO & MIYAZAKI, 2003; ITABORAHY, 2009).

### ***Dados da anamnese***

As informações levantadas na anamnese pelos pais ou responsáveis, segundo Carreiro *et al.* (2014), permitem maior compreensão quanto ao histórico da queixa, principais sinais e sintomas, bem como, histórico de gestação, parto e desenvolvimento cognitivo, social e psicomotor.

Neste tópico, frisar-se-á questões relacionadas a complicações na gestação e/ou parto, assim como, aos exames neurológicos, consultar Tabela 5:



**Tabela 5** – Dados referentes a anamnese dos participantes.

Nomes Fictícios	DADOS DA ANAMNESE	
	Complicação na gestação/parto	Exames neurológicos
<b>Bruno</b>	Não	Sim
<b>Eduardo</b>	Não	Sim
<b>Lucas</b>	Não	Não
<b>Pedro</b>	Não	Não

Fonte: Elaborado pela autora.

Nenhum dos participantes apresentaram histórico de complicações no parto e/ou na gestação, conforme ilustra a Tabela 5. Sabe-se que a origem do TDAH é multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais. A literatura descreve diversos fatores ambientais capazes de suscitar o TDAH, por exemplo: exposição ao tabaco no útero, nascimento precoce e baixo peso ao nascer, problemas de saúde da mãe capazes de alterar o sistema nervoso fetal, histórico de abuso ou negligência, múltiplos lares adotivos, entre outros (ROHDE & HALPERN, 2004; SENA & SOUZA, 2008; APA, 2014). Desse modo, o estudo em questão preocupou-se em levantar as principais intercorrências envolvidas na fase intra uterina e pós nascimento, visto que grande parte dos fatores ambientais estão associados a essa fase.

Os exames neurológicos poderiam ser uma constatação exata da etiologia biológica do TDAH. Porém, consoante Rohde *et al.* (2000) e Malloy-Diniz (2008) esses exames servem para detectar distúrbios neurológicos que exibem sintomas semelhantes ao TDAH e também se faz importante para reforçar o diagnóstico. Assim, apesar de reforçar, não há exame específico, que mostre resultado confirmando a presença do TDAH.

A Tabela 6 mostra a continuação dos dados referentes aos exames neurológicos:

**Tabela 6** – Exames neurológicos e resultados.

EXAMES NEUROLÓGICOS	BRUNO	EDUARDO
<b>Eletroencefalograma</b>	Normal	Sem resultado
<b>Tomografia Computadorizada</b>	Normal	*
<b>Ressonância Magnética</b>	Normal	*

Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados revelam que 1 (um) participante realizou todos os exames neurológicos (Eletroencefalograma, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética) e seus resultados foram normais. O outro participante fez um eletroencefalograma, mas não houve resultado desse exame.

Cumprir delinear que os resultados normais ou alterados por si só não definem a presença ou ausência do transtorno, Mattos (2008) expõe que o diagnóstico é realizado no contexto clínico e para uma avaliação diagnóstica mais rigorosa, as informações obtidas por meio de variados recursos e fontes, devem ser analisadas conjuntamente, a fim de, realizar um diagnóstico mais fidedigno.

Os pais, os professores e a própria criança são os principais informantes nesse processo e os recursos para obtenção dos dados relevantes perpassam o uso de testes neuropsicológicos, aplicação de escalas nas escolas, avaliação neurológica, considerando os critérios diagnósticos descritos no DSM-V (ROHDE *et al.*, 2000; MATTOS, 2008).

A percepção dos professores quanto a saúde mental da criança, permite assimilar o papel deles no processo diagnóstico, isto posto, o tópico subsequente aborda a etapa da visita institucional.

### ***Dados da visita institucional***

Insta frisar, que os dados levantados na escola auxiliam no processo diagnóstico, pois os sintomas devem persistir em mais de um contexto e causar prejuízos (APA, 2014). Nesse sentido, o papel dos educadores torna-se fundamental para levantar a hipótese diagnóstica de TDAH, visto que, os sintomas tornam-se mais notórios quando o sujeito responde de forma desajustada as exigências desse espaço (SENA & SOUZA, 2008; MEIRA, 2012).

A visita institucional fez parte do processo psicodiagnóstico de todos os participantes, no entanto, os instrumentos adotados diferem quanto ao ano da avaliação, por exemplo, os participantes atendidos em 2015 tiveram seus comportamentos analisados pelos professores mediante uma Ficha de Registro do Comportamento no Ambiente Escolar, já os comportamentos dos participantes atendidos em 2016 foram mensurados, com base, na Escala de TDAH: *versão para professores*.

A Ficha de Registro e a Escala de TDAH são instrumentos que diferem quanto a metodologia, uma vez que, a primeira avalia o comportamento de forma qualitativa/subjetiva, e a última promove essa análise de modo quantitativo/objetivo, contudo, as duas ferramentas têm o mesmo propósito, ambas objetivam averiguar a percepção dos professores quanto aos comportamentos do aluno no âmbito escolar.

Revisitando o elucidado, a Tabela 7 expõe os resultados dos participantes submetidos a avaliação no ano de 2016, pois a Escala de TDAH permite mensurar e sistematizar os sintomas mais prevalentes em TDAH.

**Tabela 7** – Resultados da Escala de TDAH aplicada com os professores.

Nomes Fictícios	ESCALA DE TDAH: <i>versão para professores</i>			
	Áreas:			
	Déficit de Atenção	Hiperatividade	Aprendizagem	Comportamento Antissocial
<b>Lucas</b>	Média e/ou Dentro da expectativa	Apresenta mais problemas que a maioria das crianças	Média e/ou Dentro da expectativa	Apresenta mais problemas que a maioria das crianças
<b>Eduardo</b>	Apresenta mais problemas que a maioria das crianças	Média e/ou Dentro da expectativa	Apresenta mais problemas que a maioria das crianças	Média e/ou Dentro da expectativa

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Os dados referentes ao primeiro participante apontaram maior prejuízo, no que tange, a Hiperatividade e o Comportamento Anti-Social, nos quesitos: Desatenção e Aprendizagem, os resultados indicam desempenho dentro da expectativa para a idade e o tipo de escola. Os escores do segundo participante sinalizam o oposto, ou seja, a Atenção e Aprendizagem estão mais comprometidas quando comparadas a Hiperatividade e Comportamento Anti-Social.

Oberava-se que a escala, segundo Andrade & Flores-Mendonza (2010) além de priorizar os sintomas típicos para o TDAH, também avalia os prováveis prejuízos que devem estar presentes, sendo requisito para diagnóstico do transtorno pela APA.

Em seguida, os resultados obtidos nas escolas dos outros dois participantes, serão elucidados de forma descritiva, de acordo, com o explícito no laudo neuropsicológico. Esses resultados são os percebidos como mais relevantes para a compreensão do TDAH, seguindo a lógica da Escala citada.

A professora do terceiro participante denominado Pedro afirmou que suas maiores dificuldades giram em torno da Desatenção, para exemplificar, a professora citou a falta de concentração e a lentidão na execução de tarefas/provas escolares. Do ponto de vista acadêmico, não apresenta dificuldade para aprender. Os comportamentos Antissociais e Hiperativos não são sobressaltados pela professora, o que sugere, desempenho esperado para a faixa etária.

O quarto e último participante, intitulado Bruno manifestou maiores dificuldades quanto a Atenção, Impulsividade e Comportamento Antissocial. Apresenta certa dificuldade de Aprendizagem e comportamentos de Hiperatividade não foram citados, o que pode ser justificável pela ausência de prejuízo nessa área.

Além da importância do contexto educacional para o psicodiagnóstico do TDAH, Rohde e Halpern (2004) destaca a importância de intervir nesse espaço, pois um número considerável de crianças com o transtorno possuem baixo rendimento escolar. Reis e Camargo (2008) apontam que “abordar esse assunto tem sido uma atividade desafiadora, seja por desconhecimento do problema pelas pessoas, pela descrença de que ele realmente exista, ou pela tendência de a literatura culpabilizar alguém (REIS & CAMARGO, 2008). A falta de consenso torna-se um desafio, pois por um lado a percepção é voltada para a escola e a falta de condições assertivas de aprendizagem para os alunos com TDAH, por outro lado os professores veem esse transtorno como individualizante e patologizante, ou ainda, que a causa é associada a falta de limites impostos pelas famílias (REIS & CAMARGO, 2008; PEREIRA & SILVA, 2011).

O desempenho ruim relaciona-se principalmente aos déficits de determinadas funções cognitivas mais específicas no quadro clínico de TDAH, o próximo tópico elucida essas funções e os testes neuropsicológicos capazes de identificarem as áreas mais comprometidas e as preservadas.

### ***Dados cognitivos***

Entende-se que os comportamentos presentes no TDAH estão associados ao comprometimento das funções cognitivas relacionadas a região do córtex pré-frontal. Então, o profissional responsável pelo psicodiagnóstico deve conhecer essas funções mais comprometidas, para estruturar a bateria de testes que avaliam essas funções, no entanto, outras funções devem ser avaliadas e determinada função pode ser avaliada de forma mais aprofundada (GRAEFF & VAZ, 2008; HAMDAN & PEREIRA, 2009, SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

A seguir, os testes Raven, R2 e WISC III/IV serão apresentados a título de ilustração do que pode ser utilizado e qual a importância deles para exame neuropsicológico do TDAH.

Testes de inteligência podem indicar presença de deficiência intelectual, e Rohde *et al.* (2000) sinaliza que essa disfunção se assemelha ao TDAH, por também manifestar sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Ampliando ao exposto, Malloy-Diniz assegura que a inteligência no TDAH pode aparecer comprometida ou não. Barkley (2002) destaca outra contribuição para o entendimento da relação entre inteligência e TDAH, ao justificar que os resultados rebaixados da cognição, em grande parte, estão mais associados aos problemas secundários do TDAH do que pela inteligência em si.

Portando, os testes de inteligência não verbal, Raven e R2, foram utilizados nesse estudo, a fim de, verificar possível manifestação de deficiência intelectual, por exemplo, que pode se confundir com o quadro de TDAH, consultar Tabela 8:

**Tabela 8** – Resultados dos Testes de Inteligência Não Verbal Raven e R2.

Nomes Fictícios	TESTES DE INTELIGÊNCIA NÃO VERBAL	
	Resultado do RAVEN	Resultado do R2
<b>Bruno</b>	Intelectualmente Superior	Inteligência Muito Superior
<b>Eduardo</b>	Intelectualmente Médio	Intelectualmente Médio
<b>Lucas</b>	*	Médio Superior
<b>Pedro</b>	Definidamente Acima da Média na Capacidade Intelectual	*

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Os resultados dos testes de inteligência não verbal, Raven e R2 discriminam que 2 (dois) participantes responderam aos dois testes e 1 (um) respondeu apenas o teste R2 e o outro apenas o Raven. Todos os participantes (ver Tabela 8), obtiveram resultados dentro dos termos: médio ou superior, o que denota ausência de danos relacionados a área de inteligência não verbal.

Entende-se que os problemas secundários rebaixam o desempenho do portador em diversas atividades cotidianas, e muitos autores defendem que esse rebaixamento está intimamente relacionado as funções cognitivas afetadas nesse quadro clínico, principalmente as funções executivas que englobam: atenção, planejamento, controle inibitório, flexibilidade mental, volição, memória operacional (CAPOVILLA; ASSEF & COZZA, 2007; HAMDAN & PEREIRA, 2009; MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2013).

A Escala de Inteligência Wechsler (WISC III e WISC IV), contribui substancialmente para a avaliação das funções tidas como deficitárias no TDAH. Segundo Malloy-Diniz *et al.* (2008) esse teste é essencial na avaliação das capacidades cognitivas para diversos quadros clínicos, e para o quadro clínico de TDAH os índices de resistência a distraibilidade (RD)<sup>1</sup>, memória operacional (MO) e velocidade de processamento (VP) revelam maior rebaixamento ao ser comparado aos outros índices.

Como pode ser visto na Tabela 9, 2 (dois) participantes responderam ao WISC III e 2 (dois) ao WISC IV e a justificativa para a diferença das duas versões, tem a ver com o ano de aplicação, sendo que os usuários do ano de 2016 responderam a versão mais atualizada (WISC IV, 4 ed.).

As classificações de Inteligência derivadas dos resultados do teste WISC, conforme Maia (2002), podem ser divididas em três faixas de classificação: as consideradas **abaixo da média** da população (Limítrofe e Deficiente Mental), **na média** da população (Médias Inferiores, Médias, e Médias Superiores) e **acima da média** da população (Superior e Muito Superior).

**Tabela 9** – Resultados dos Testes WISCIII e WISC IV dos Participantes.

Nomes Fictícios	WISC III – Escalas:						
	Verbal	Execução	Compreensão Verbal	Organização Perceptual	Resistência a Distração	Velocidade de Processamento	QI Total
<b>Bruno</b>	Média	Superior	Média	Muito Superior	Média Superior	Média	Média Superior
<b>Pedro</b>	Média	Média	Média	Média	Média Inferior	Média	Média

Nomes Fictícios	WISC IV – Escalas:				
	Compreensão Verbal	Organização Perceptual	Memória Operacional	Velocidade de Processamento	QI Total
<b>Eduardo</b>	Médio Inferior	Médio	Limítrofe	Limítrofe	Limítrofe
<b>Lucas</b>	Média	Média Superior	Média	Média	Média

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Verifica-se pelos dados da Tabela 9, que 3 (três) participantes obtiveram classificação média e 1 (um) abaixo da média da população em QI Total.

Cumprir delinear, que os 2 (dois) participantes – primeiro e último da Tabela – que obtiveram desempenho médio ou superior nos índices do teste, foram os mesmos

<sup>1</sup> No WISC IV este índice foi substituído pelo de memória operacional.

que não apresentaram perfil final compatível com o TDAH. Os resultados da avaliação de ambos, na conclusão do laudo neuropsicológico, não apontaram nenhuma função cognitiva comprometida.

O participante que apresentou déficits nos índices de memória operacional e velocidade de processamento, não teve seu perfil associado ao de TDAH de forma explícita, ou seja, subteve-se que pode se tratar de um quadro de TDAH pelos resultados da avaliação, porém isso não ficou claro na conclusão. As funções comprometidas: Atenção, Memória, Funções Executivas, Percepção, Compreensão foram descritas, sem associação com qualquer quadro clínico.

O único participante que teve o perfil de TDAH, apresentou resultado médio em todos os índices, porém o índice de resistência a distração ficou fronteiro com a média, apresentando uma sutil baixa. As funções evidenciadas, na conclusão da avaliação, como comprometidas foram: atenção, compreensão e linguagem. Vale ressaltar, que o participante teve seu perfil associado ao subtipo desatento basicamente pelo resultado desse índice, ou seja, não foram aplicados outros testes atencionais que apoiassem tal desfecho.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento do estudo possibilitou analisar como as principais práticas em Avaliações Neuropsicológicas para o psicodiagnóstico de TDAH se aplicam aos casos atendidos no SEPSI, no período de 2015 e 2016. Foi possível identificar que as Avaliações Neuropsicológicas realizadas no SEPSI corroboram com o processo psicodiagnóstico do TDAH, uma vez que, contemplam, por meio de diversos recursos técnicos, instrumentais e multidisciplinares uma visão holística do sujeito. Essa visão holística permite uma maior compreensão do funcionamento do sujeito nos âmbitos: social, cognitivo, familiar, emocional, comportamental e educacional, favorecendo a precisão diagnóstica e a tomada de decisão quanto as intervenções mais adequadas.

Os resultados mostram que as indicações partiram ou do médico ou da escola, de forma proporcional. Acredita-se que os profissionais dessas áreas reconhecem a importância da Avaliação Neuropsicológica realizada no SEPSI para o psicodiagnóstico de TDAH.

Os dados também apontam que a avaliação não foi conclusiva para TDAH em todos os casos que tiveram essa queixa explícita. E o único caso considerado com perfil compatível com o de TDAH, apresentou queixa implícita, ou seja, seus sintomas não foram associados ao TDAH no momento da queixa inicial. Diante do exposto, um dilema se instaura em torno do TDAH e do psicodiagnóstico, pois vários questionamentos emergem em torno da problemática, incluindo a fidedignidade da avaliação, e no intuito de explicar dada situação defronta-se com a complexidade do transtorno ancorada pela falta de consenso.

O intuito do trabalho não é discutir a fidedignidade dessa avaliação para o TDAH, porém é importante ressaltar que o desfecho equivocado desse processo pode gerar consequências alarmantes, para o sujeito, família, escola e contexto social. Por um lado, pode-se ofuscar a presença de um quadro clínico e por outro lado, há a possibilidade de travar rótulos desnecessários. Para tanto, a formação acadêmica deve ser bastante criteriosa e sistemática, são necessários métodos de ensino adequados e suficientes, a fim de, suscitar no acadêmico maior propriedade e segurança nesse processo psicodiagnóstico.

Considerando a carência de informações acerca desse quadro clínico e a complexidade do diagnóstico e tratamento, acredita-se que a prática profissional do psicólogo pode extrapolar o foco fundamentalmente direcionado ao psicodiagnóstico do TDAH ao promover maiores discussões sobre a temática.



Diante o exposto, sugere-se que o acadêmico no momento da visita institucional, ao realizar o levantamento das informações do usuário com o professor, também deixe sua contribuição para aquele espaço, por exemplo, pode-se disponibilizar material de apoio e informações acerca do transtorno. O mesmo pode ser feito com os pais ou responsáveis e com o próprio usuário no momento da devolutiva, ou seja, disponibiliza-se material de apoio e faz orientações sobre o transtorno.

O material de apoio pode ser: panfletos, cartilhas, ou outro material informativo que contenha dados atuais e de cunho científico. A seguir, o Quadro 3, ilustra duas Cartilhas que estão disponíveis no site da ABDA<sup>1</sup> como exemplos de informativos a serem utilizados.

**Figura 1** – Cartilhas sobre o TDAH.



**Fonte:** ABDA (1999). Disponível em: [www.tdah.org.br/br/aabda/cartilhas-da-abda.html](http://www.tdah.org.br/br/aabda/cartilhas-da-abda.html)

Este material pode ser usado na íntegra, mas também é possível criar outro material mais sucinto com as informações mais relevantes. Além do que foi apresentado, informativos podem ainda auxiliar em palestras, grupo de estudos e grupos de orientações para pais.

Outro ponto que merece destaque, refere-se à necessidade de assegurar uma linguagem comum e clara na elaboração dos laudos neuropsicológicos, para facilitar o entendimento das informações e evitar equívocos. Nesse sentido, podem ser feitas oficinas voltadas para essa necessidade.

<sup>1</sup> Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/cartilhas-sobre-tdah.html>.

É importante salientar que a amostragem reduzida indica limitação no estudo, portanto é necessário cuidado na interpretação dos resultados, mesmo que o intuito do trabalho não seja promover generalização dos resultados, mas sim interlocução com a teoria.

As práticas das Avaliações Neuropsicológicas no contexto desta pesquisa, mostraram-se consoantes aos achados científicos, isto posto, a avaliação indicou relevância no psicodiagnóstico de TDAH para os usuários do SEPSI, e as informações levantadas e discutidas ao longo do trabalho são importantes para o aprimoramento das futuras práticas profissionais do Psicólogo. O TDAH já vem sendo amplamente estudado na área das ciências médicas, devido a implicação da terapêutica medicamentosa, porém estudos no âmbito da Psicologia também são essenciais para maior compreensão, por exemplo, das implicações psicossociais envolvidas.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Alana Concesso; FLORES-MENDOZA, Carmen. Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que nos informa a investigação dimensional?. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 15, n. 1, p. 17-24, abr. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2010000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2010000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jun. 2017.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006.

ANGELINI, Arrigo Leonardo et al. **Manual Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala especial**. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, 1999.

ASSOCIATION AMERICAN PSYCHIATRIC (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). O que é o TDAH?. Disponível em: <<http://abdatdah.org.br/>>. Acesso em 16 out. 2016.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade – TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **Manual da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: versão para professores**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BOLFER, C. P. M. **Avaliação Neuropsicológica das funções executivas e da atenção em crianças com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Câmara de Educação Superior. Publicada no DOU nº 12. Seção 1, página 59. Brasília, jun. de 2013. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 05 out. 2016.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Câmara de Educação Superior. Publicada no DOU nº 98. Seção 1, páginas 44, 45 e 46. Brasília, maio. de 2016. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 06 out. 2016.

CALIMAN, L. V. Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH. Universidade Federal do Espírito Santo. **Psicologia Ciência e Profissão.**, 30 (1), p. 46-61, 2010.

CAMPEZATTO, Paula Von Mengden; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, n. 3, p. 376-388, 2007.

CARREIRO, Luiz Renato Rodrigues et al. Protocolo interdisciplinar de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 16, n. 3, p. 155-171, dez. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872014000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 out. 2016.

CARTILHAS DA ABDA. **Cartilha para profissionais de educação: perguntas e repostas sobre TDAH**, 1999. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/aabda/cartilhas-da-abda.html>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

CEULP/ULBRA. **Plano de ensino**, 2016. Disponível em: <<https://conecta.ulbra.to.br/turmas/2016/1/0858/avaliacao-neuropsicologica/plano-de-ensino>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 002/2003**. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP n. 025/2001. Brasília-DF, 24 de março de 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 002/2004**. Reconhece a Neuropsicologia como especialidade em Psicologia para a finalidade de concessão e registro de título de Especialista. Brasília-DF, 3 de março de 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde**. Brasília-DF, 2012. Recuperado a partir de: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP\\_CartilhaMedicalizacao\\_web-16.06.15.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf)>

COUTINHO, Gabriel; MATTOS, Paulo; ABREU, Neander (Org.). Atenção. In: MALLOY-DINIZ, Leandro F. et al. **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 86-93.

CRUZ, Maria Beatriz Zanarella. WISC III: Escala de Inteligência Wechsler para crianças: Manual. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 199-201, nov. 2005. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712005000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2017.

DESIDERIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S.. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 11, n. 1, p. 165-176, jun. 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 out. 2016.

EL HAJJ, Simone Alves et al. Avaliação da velocidade de processamento em uma amostra de crianças de 7 a 10 anos com e sem hipótese diagnóstica de TDAH. **Psicol. hosp.** (São Paulo), São Paulo, v. 12, n. 1, p. 69-85, jan. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092014000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 jun. 2017.

FERREIRA, Jória Mírian Alves. **Caracterização do Serviço de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA)**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2016.

GONCALVES, Hosana Alves et al. Componentes atencionais e de funções executivas em meninos com TDAH: dados de uma bateria neuropsicológica flexível. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 13-21, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852013000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 out. 2016.

GRAEFF, Rodrigo Linck; VAZ, Cícero E.. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicol. USP.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 341-361, set. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51772008000300005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 out. 2016.

HAMDAN, Amer Cavalheiro; PEREIRA, Ana Paula de Almeida. Avaliação neuropsicológica das funções executivas: considerações metodológicas. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 386-393, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722009000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

LARROCA, L. M.; DOMINGOS, N. M. (2012). TDAH - Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 113-123, Junho 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572012000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

LEGNANI, Viviane Neves; ALMEIDA, Sandra Francesca Conte de. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 02-13, abr. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672008000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 out. 2016.

MADER, M. J. A Avaliação neuropsicológica nas epilepsias: importância para o conhecimento do cérebro. **Psicologia Ciência e Profissão**. Conselho Federal de Psicologia. 21(1), 54-67, 2001.

MALLOY-DINIZ, Leandro F. et al (Org.). Exame das funções executivas. In: MALLOY-DINIZ, Leandro F. et al. **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 94-113.

MALLOY-DINIZ, Leandro F. et al (Org.). Neuropsicologia no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: FUENTES, Daniel et al. **Neuropsicologia: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 241-253.

MATTOS, Paulo. **No mundo da lua: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. 8ª ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2008, 182 p.

MAIA, A. C. B., & Fonseca, M. L. Quociente de inteligência e aquisição de leitura: Um estudo correlacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15(2), 261-270, 2002.

MIRANDA, Mônica Carolina; BORGES, Manuela; ROCCA, Cristiana Castanho de Almeida (Org.). Avaliação Neuropsicológica Infantil. In: MALLOY-DINIZ, Leandro F. et al. **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 221-233.

MISSAWA, Daniela Dadalto Ambrozine; ROSSETTI, Claudia Broetto. Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. **Constr. psicopedag.**, São Paulo, v.22, n.23, p.81-90, 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542014000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542014000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 de maio de 2017.

PEHLAN, Tomas W. **TDA/TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 1º ed. São Paulo; M. Books do Brasil, 2005.

PEIXOTO, Ana Lúcia Balbino; RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. **Aletheia**, Canoas, n. 28, p. 91-103, dez. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942008000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 out. 2016.

PEREIRA, Heloisa S.; ARAÚJO, Alexandra P. Q. C.; MATTOS, Paulo. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 4, n. 5, p.391-402, Out.- Dez, 2005.

PEREIRA, Isabella da Silva Arantes; SILVA, Janaina Cassiano. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade à luz de uma abordagem crítica: um estudo de caso. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 117-134, abr. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

POLANCZYK, G.V. **Estudo da prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta**. 2008. 160f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

REIS, Maria das Graças Faustino; CAMARGO, Dulce Maria Pompêo de. Práticas escolares e desempenho acadêmico de alunos com TDAH. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 89-100, jun. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572008000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572008000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 out. 2016.

RESENDE, Marina Silveira de; PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682015000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000300008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 maio 2017.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 07-11, Dec. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-4446200000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000600003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 out. 2016.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev Psiquiatr Clin.**, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004.

SENA, Soraya da Silva; SOUZA, Luciana Karine de. Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 243-259, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2008000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 maio 2017.

SEPSI, Coordenação. **Regimento Interno do Funcionamento do Sepsi**. Palmas, 2015.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes inquietas: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade**. 4. ed. São Paulo: Globo, 2014, 304 p.

SNGPC. Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: Identificando Riscos para o Monitoramento e Controle Sanitário. Boletim de Farmacoepidemiologia, ano 2, n.2, jul./dez.2012. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim\\_sngpc\\_2\\_2012\\_corrigido\\_2.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf)>.

WAGNER, Flávia; ROHDE, Luis Augusto de; TRENTINI, Clarissa Marcelli. Neuropsicologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Modelos Neuropsicológicos e Resultados de Estudos Empíricos. **Psico-USF**, Itatiba, v. 21, n.3, p. 573-582, Dec. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712016000300573&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712016000300573&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 de maio de 2017.

WECHESLER, David, 1896-1981. **Escala Wechsler de Inteligência: (WISC-IV): manual de instruções para aplicação e avaliação**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014. Tradução do manual original: Maria de Lourdes Duprat.



## APÊNDICES



## APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

36



Nós, Érica Araújo Gomes e Mayra Tavares, abaixo assinadas, pesquisadoras envolvidas no projeto de pesquisa – **TDAH: perfil cognitivo das crianças e adolescentes atendidos no Serviço de Psicologia (SEPSI) em Palmas/TO**, nos comprometemos a manter o sigilo sobre os dados coletados, bem como nos comprometemos com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos, garantindo que previsíveis danos serão evitados, assegurando a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas envolvidas, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. CNS nº 466/2012.

Será assegurado à instituição responsável pelos dados a serem pesquisados os benefícios resultantes do projeto, comunicando às autoridades competentes os resultados e/ou achados da pesquisa que puderem contribuir para a melhoria dos envolvidos, preservando, no entanto, sua identidade.

Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito ao perfil cognitivo das crianças e adolescentes com hipótese diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) atendidos em avaliações neuropsicológicas no Serviço de Psicologia (SEPSI) do CEULP/ULBRA, sendo que para operacionalização da coleta de dados, a instituição deverá disponibilizar registros com informações acerca dos prontuários e laudos dos participantes da pesquisa e as consultas serão realizadas dentro do SEPSI, o que ocorrerá em mais de um dia, conforme cronograma predeterminado institucionalmente.

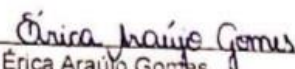
Ressaltamos que o presente Termo será assinado em duas vias, sendo uma para a instituição e outra para a equipe de pesquisa. Isso se dará após os esclarecimentos necessários ao conhecimento amplo de todos os aspectos da proposta, que foi autorizada pelo responsável da instituição, coordenador Hudson Eygo Soares Mota, assim como aprovada sob o CAEE nº XXXX do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CEULP/ULBRA.

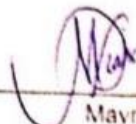
**Pesquisadora Responsável:** Professora M.e Mayra Tavares, Endereço: Rua Ercílio Bezerra, nº 290 Centro, Paraisópolis-TO CEP 77600-000. Fone: (63) 99209-5262, email: mayra.tavares@hotmail.fr.


**Acadêmica Pesquisadora:** Érica Araújo Gomes, Endereço: 706 Sul, lote HM 09, alameda 21, apartamento 503, bloco A – Residencial Imirá, Palmas-TO CEP 77.135-610. Fones: (63) 98104-6467, email: erica.araujo21@gmail.com

**Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEP/CEULP:** Endereço: Avenida Teotônio Segurado, nº 1501, sala 542, prédio 5, Palmas – TO CEP 77.019-900. Telefone: (63) 3219-8076 E-mail: etica@ceulp.edu.br.

Palmas/TO, 21 de 11 de 2016.

  
Érica Araújo Gomes  
Acadêmica Pesquisadora

  
Mayra Tavares  
Pesquisadora Responsável

  
Hudson Ego Soares Mota  
Responsável Institucional  
Hudson Ego Soares Mota  
Coordenador do SEPS - CEULP/LSRA  
CRP 23/1054

## APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

38

## APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL



**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA  
 Reconhecida pela Plataforma Brasileira n.º 2.027 EXO/11 n.º 202 de 29/10/2005

Eu, Mayra Tavares e Érica Araújo, abaixo assinadas, pesquisadoras responsáveis pelo projeto intitulado: TDAH: perfil cognitivo das crianças e adolescentes atendidos no Serviço de Psicologia (SEPSI) em Palmas/TO, **DECLARAMOS** estar cientes de todos os detalhes inerentes a pesquisa e **COMPROMETEMOS-NOS** a acompanhar todo o processo, prezando pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 466/12 e suas complementares, assim como atender os requisitos da Norma Operacional da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP nº 001/13, especialmente, no que se refere à integridade e proteção dos participantes da pesquisa **COMPROMETEMO-NOS** também à anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais. Por fim, **ASSEGURAMOS** que os benefícios resultantes do projeto retornarão aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

Palmas, 24 de Novembro de 2016

\_\_\_\_\_  
 Mayra Tavares  
 Psicóloga/ Profa. M.e do CEULP/ULBRA  
 CRP 023/0422

\_\_\_\_\_  
 Érica Araújo  
 Acadêmica responsável

## APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE


39

## APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

**SEPSY**<sup>®</sup>  
SERVIÇO DE PSICOLOGIA

Eu, Hudson Eygo Soares Mota, abaixo assinado, responsável pelo Serviço de Psicologia (SEPSI) do CEULP/ULBRA, participante no projeto de pesquisa intitulado: **TDH: perfil cognitivo das crianças e adolescentes atendidos no Serviço de Psicologia (SEPSI) em Palmas/TO** que está sendo proposto pela pesquisadora Érica Araújo Gomes vinculado ao Centro Universitário Luterano de Palmas, **DECLARO** ter lido e concordar com a proposta de pesquisa, bem como conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Norma Operacional CONEP 001/13, a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes, dispondo de infraestrutura necessária, para a garantia a realização das ações previstas no referido projeto, visando à integridade e proteção dos participantes da pesquisa.

Palmas, 24 de novembro de 2016.

  
Hudson Eygo Soares Mota  
Responsável Técnico  
CRP 23/1054

Hudson Eygo Soares Mota  
Coordenador do SEPSI - CEULP/ULBRA  
CRP 23/1054



## APÊNDICE D – TERMO DE DISPENSA DA APLICAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### APÊNDICE D – TERMO DE DISPENSA DA APLICAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

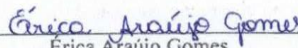
Nós, Mayra Tavares e Érica Araújo, pesquisadoras responsáveis envolvidas no projeto intitulado: TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): perfil cognitivo das crianças e adolescentes atendidos no Serviço de Psicologia (SEPSI) em Palmas - TO, **SOLICITAMOS** a dispensa da aplicação de um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que, trata-se de uma pesquisa documental e de levantamento e serão utilizados, como instrumento de coleta de dados, os prontuários e laudos dos pacientes atendidos no SEPSI no período de 2016. Dessa forma, esses pacientes, no ato do cadastro, preencheram uma ficha de inscrição e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual previa futuros estudos com os resultados obtidos.

Palmas, 21 de fevereiro de 2017.

Mayra Danielle Dias Tavares  
Professora Supervisora  
Psicóloga - CRP 23/422  
CEULP / ULBRA



Mayra Tavares  
Psicóloga/ Profa. M.e do CEULP/ULBRA  
CRP: 023/0422



Érica Araújo Gomes  
Acadêmica Pesquisadora

**ANEXOS**



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este termo, eu \_\_\_\_\_, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a realização de procedimentos psicológicos relativos à avaliação, conduta e alta, ciente de que serei atendido por acadêmicos do Curso de Psicologia, sob a responsabilidade e supervisão de docentes Psicólogos do Curso de Psicologia do CEULP/ULBRA de Palmas/TO.

Estou ciente de que o tratamento é gratuito, estando, portanto isento de eventuais despesas referentes aos procedimentos realizados e quanto aos recursos humanos disponibilizados. Eventualmente o atendimento poderá ser observado pelo supervisor acadêmico (visando avaliação do estagiário). Danos morais e/ou físicos que possam ocorrer, são de responsabilidade do docente supervisor. Tanto o acadêmico, quanto o docente, manterão sigilo absoluto sobre as informações por mim concedidas, salva com minha expressa liberalidade, bem como, respeitarão a minha liberdade de recusa do tratamento ou desistência, sem penalização ou prejuízos, em qualquer fase de sua realização.

Por ser esta uma Clínica Escola, concordo antecipadamente com a publicação dos resultados obtidos com este tratamento, sejam eles favoráveis ou não, em veículos de comunicação de caráter científico como livros, revistas, periódicos ou jornais, ou ainda, em eventos como congressos, palestras e seminários ou aula teórica de disciplina que necessite.

Poderei indagar o docente supervisor qualquer aspecto de meu atendimento psicológico ou de quem estiver sob minha responsabilidade caso seja de meu interesse e, poderei receber os resultados do atendimento se forem publicados.

Este termo tem com respaldo as exigências éticas e científicas contidas na Resolução CNS 466/12 (Conselho Nacional de Saúde), que especifica diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa e trabalho que envolva seres humanos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) cliente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) responsável

Palmas - TO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.