

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
EM PSICOLOGIA,
DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

MARIANE MENEZES ROLDAN

**Aprendizagem auditivo-verbal e aspectos afetivo-emocionais
encobertos pelo diagnóstico de Transtorno de Déficit de
Atenção/Hiperatividade (TDAH): estudo de caso clínico**

SANTOS-SP
2022

MARIANE MENEZES ROLDAN

Aprendizagem auditivo-verbal e aspectos afetivo-emocionais encobertos pelo diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): estudo de caso clínico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos como etapa obrigatória para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia.

**SANTOS-SP
2022**

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

R744a Roldan, Mariane Menezes
Aprendizagem Auditivo-Verbal e Aspectos Afetivo-Emocionais
encobertos pelo Diagnóstico de Transtorno de Déficit
de Atenção/Hiperatividade (TDAH) : estudo de caso
clínico / Mariane Menezes Roldan ; orientadora Hilda
Rosa Capelão Avoglia. -- 2022.
177 f. : 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas,
2022

Inclui bibliografia

1. Déficit de Atenção. 2. Hiperatividade. 3. Aprendizagem
Auditivo-Verbal. 4. Avaliação Psicológica. 5. Avaliação
Neuropsicológica I. Avoglia, Hilda Rosa Capelão. II.
Título.

CDU: Ed. 1997 -- 159.9(043.3)

MARIANE MENEZES ROLDAN

**Aprendizagem auditivo-verbal e aspectos afetivo-emocionais encobertos
pelo diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
(TDAH): estudo de caso clínico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos como etapa obrigatória para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia.

Aprovada em: 29 de agosto de 2022.

Banca examinadora:

Orientadora: Prof.^a Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia.

Instituição: Membro Nato da Universidade Católica de Santos.

Banca examinadora: Prof. Dr. Edgar Toschi Dias.

Instituição: Membro Titular da Universidade Católica de Santos.

Banca examinadora: Prof. Dr. Ricardo Silva dos Santos Durães.

Instituição: Membro Titular da Universidade Metodista de São Paulo.

Ao JR, N. e E.

Agradeço à minha família e principalmente aos meus filhos por compreenderem minha ausência e, às vezes, meu mau humor quando a redação não ia bem.

Às professoras supervisoras à época do IPq HCFMUSP, Graça Maria Ramos de Oliveira, Adriane Bacellar, Cristiana Rocca, Priscila Dib, Fabiana Saffi, Karen Melissa e Érica Santos. Novamente à Dra. Fabiana Saffi e ao Dr. Antonio Serafim pela oportunidade de realizar estágio em Perícia Psicológica oferecido pelo NUFOR no IPq, com muito orgulho carrego as experiências que adquiri.

À professora Dra. Maria Izabel Calil Stamato, sem seu apoio a dissertação para obtenção do título de mestre não teria acontecido.

Novamente ao colega médico psiquiatra Dr. Filipe Chalela Magalhães, por nossas trocas e dúvidas esclarecidas.

À minha orientadora professora Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia, por acreditar e nortear esta pesquisa, pelo incentivo e paciência. Obrigada!

E aos ilustres professores, Dr. Ricardo Silva dos Santos Durães, Dr. Edgar Toschi Dias, Dr. Antonio de Pádua Serafim e Dra. Fernanda Aguilera, por aceitarem o convite e enriquecerem tanto este estudo.

É uma honra. Obrigada!

“Ao escrever também elaboramos, e ao teorizar sobre o **fato clínico** conseguimos compreender melhor nossos pacientes”.

(José Outeiral).

RESUMO

O diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) ainda é um desafio, pois não há marcadores biológicos ou exames que comprovem sua presença. Ademais, alguns dos sintomas são compatíveis com os de outros transtornos, como o Transtorno Específico da Aprendizagem, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno do Espectro Autista, entre outros. Desse modo, corre-se o risco de não somente o diagnóstico ser impreciso, mas de haver a prescrição desnecessária de psicofármacos. Um transtorno capaz de ser mascarado pelo diagnóstico de TDAH de outra área da saúde é o Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC), que se caracteriza pela dificuldade em interpretar estímulos verbais, recebidos via audição, principalmente em sequência, e pode ser confundido com déficit atencional que também é encontrado no TDAH. Além disso, pode haver implicações afetivo-emocionais nos dois transtornos. O objetivo da presente pesquisa foi analisar a hipótese diagnóstica de TDAH de uma criança com oito anos de idade e o diagnóstico clínico de TDAH de um adolescente com doze anos, e investigar a possível relação entre TDAH e déficit em aprendizagem auditivo-verbal. Para tanto, foi realizada avaliação das funções cognitivas, da aprendizagem auditivo-verbal e dos aspectos afetivo-emocionais dessa amostra. Os dados levantados foram provenientes das entrevistas de anamnese, da Escala *Wechsler* de Inteligência para Crianças, Teste de Desempenho Escolar II, Figura Complexa de Rey, Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey, Teste de Atenção Concentrada D2-R, Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção, Teste dos Cinco Dígitos, Teste de Classificação de Cartas *Wisconsin*, Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: versão para professores e SNAP-IV (para pais e professor). Em ambos os casos não foram identificados déficits na esfera atencional. Na criança, verificou-se prejuízos em velocidade de processamento, capacidades acadêmicas-linguagem, memória de curto prazo episódica verbal, flexibilidade mental, organização e controle dos impulsos, sugerindo diagnóstico de TDAH predominantemente hiperativo-impulsivo moderado. No adolescente, foram encontrados déficits em controle mental para estímulos audioverbais, memória auditiva de curtíssimo prazo, raciocínio verbal abstrato, conceituação verbal, compreensão oral, aprendizagem auditivo-verbal, interferência retroativa, capacidades acadêmicas-linguagem, dificuldade de mudar o comportamento na ausência de *feedback* externo e havia comportamentos problemáticos de atuação. Ao final da avaliação, a mãe do adolescente que apresentou diagnóstico prévio de TDAH forneceu laudo da avaliação do PAC o qual apresentou alterações. Sendo assim, considerou-se que é possível confundir TDAH com TPAC, confirmando a hipótese desta pesquisa. Concluiu-se ainda que déficit em

aprendizagem auditivo-verbal não necessariamente indica presença de TDAH e há probabilidade de o diagnóstico de TDAH ser equivocado devido à presença do TPAC e aos aspectos afetivo-emocionais. No entanto, TDAH e TPAC podem ocorrer concomitantemente. Devido às limitações deste estudo e os questionamentos não se esgotarem, é preponderante que surjam mais pesquisas sobre o tema. Mesmo assim, a partir dos achados, intervenções e encaminhamentos são possíveis devido a avaliação psicológica e neuropsicológica. A partir dos resultados desta pesquisa, é possível propor ações avaliativas e interventivas voltadas à faixa etária estudada, além do desenvolvimento de orientações às escolas e instituições e psicoeducação aos pais ou responsáveis.

Palavras-chave: déficit de atenção; hiperatividade; aprendizagem auditivo-verbal; avaliação psicológica; avaliação neuropsicológica.

ABSTRACT

The diagnosis of Attentional-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is still a challenge because there are no biological markers or tests that prove the presence of the disorder, and some symptoms are compatible with other disorders, such as Specific Learning Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Autism Spectrum Disorder, among others. Thus, there is a risk of not only inaccurate diagnoses of ADHD, but also unnecessary prescriptions of psychotropic drugs. A disorder that can be masked by a diagnosis of ADHD from another health area is the Auditory Processing Central Disorder (APCD), which is characterized by difficulty in interpreting verbal stimuli, received by hearing, especially in sequence, and can be confused with attentional deficit and behavioral characteristics equally impaired in ADHD. Moreover, there may be emotional implications in both disorders. The aim of the present research was to analyze the diagnostic hypothesis of ADHD of an eight-year-old child and the clinical diagnosis of ADHD of a twelve-year-old adolescent, and to investigate the possible relationship between ADHD and auditory-verbal learning deficits. To this end, we analyzed the cognitive functions, verbal auditory learning, and emotional aspects assessment of this sample. The data collected came from anamnesis interviews, the Wechsler Intelligence Scale for Children, the School Performance Test II, Rey's Complex Figure, Rey's Verbal Auditory Learning Test, the D2-R Concentrated Attention Test, the Psychological Battery for Attention Assessment, the Five Digits Test, the Wisconsin Card Sorting Test, the Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Scale: Teacher Version and SNAP-IV (for parent and teacher). In both cases no deficits were identified in attentional functions. In the child, deficits in mental processing speed, academic-language skills, verbal-episodic short-term memory, mental flexibility, organization, and impulse control emerged, suggesting a diagnosis of predominantly mild hyperactive-impulsive ADHD. In the adolescent, deficits were found in mental control for verbal auditory stimuli, very short-term auditory memory, verbal abstract reasoning, verbal conceptualization, listening comprehension, verbal auditory learning, retroactive interference, academic-language skills, difficulty in changing behavior in the absence of external feedback and there were problematic acting-out behaviors. At the end of the assessment, the mother of the adolescent who had been previously diagnosed with ADHD provided a CAP assessment report that showed alterations. Thus, we concluded that it is possible to confuse ADHD with CAP, confirming the hypothesis of this study. It was also concluded that auditory-verbal learning deficits do not necessarily indicate the presence of ADHD, and the diagnosis of ADHD may be mistaken because of the

presence of APD and affective-emotional aspects. However, ADHD and APCD can occur concomitantly. Due to the limitations of this study and the fact that the questions are not exhaustive, it is important that more research be done on the proposed theme. Even so, based on the findings, interventions and referrals are possible because of psychological and neuropsychological assessment. Based on the results of this research, it is still possible to propose evaluative and interventional actions for the age group studied, in addition to the development of guidelines for schools and institutions, and psychoeducation for parents or guardians.

Keywords: attention deficit; hyperactivity; verbal auditory learning; psychological assessment; neuropsychological assessment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de aquisição do conhecimento do aprendiz.....	63
Figura 2 – Modelo de aquisição colaborativa do conhecimento para múltiplos aprendizes.....	64
Figura 3 – Estrutura de camadas.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Aprendizagem auditivo-verbal, PAC e funções atencionais.....	38
Tabela 2 – Sintomas comuns entre TDAH e TPAC.....	40
Tabela 3 – Reações das crianças ao trauma em diferentes idades.....	47
Tabela 4 – Resultados quantitativos do caso 1.....	84
Tabela 5 – Resultados quantitativos do caso 2.....	92
Tabela 6 – Pior desempenho de crianças com TDAH por faixa etária.....	97
Tabela 7 – Instrumentos de avaliação neuropsicológica no TDAH.....	98
Tabela 8 – Subtestes utilizados da <i>WISC-IV</i>	99
Tabela 9 – Funcionamento dentro do esperado.....	119
Tabela 10 – Funções que poderiam ser melhoradas.....	121
Tabela 11 – Funções que precisariam ser melhoradas – próximo a déficits ou déficits.....	122

LISTA DE SIGLAS

TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª ed.
DSM-5-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª ed. Revisado
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
NUREX	Núcleo de Reabilitação do Excepcional
MEC	Ministério da Educação
EAD	Ensino a distância
UNIARA	Universidade de Araraquara
IPq HCFMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
NUFOR	Núcleo Forense (IPq HCFMUSP)
TPAC	Transtorno do Processamento Auditivo Central
PAC	Processamento Auditivo Central
OMS	Organização Mundial da Saúde
CGF	Cinco Grande Fatores
RAVLT	<i>Rey-Auditory Verbal Learning Test</i>
MS	Ministério da Saúde
MPH	Metilfenidato
LDX	Lisdexanfetamina
CGI-I	<i>Clinical Global Impression – Improvement</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
RM	Ressonância Magnética
MEG	Magnetoencefalografia
DA	Déficit de Atenção

LISTA DE SIGLAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TDA	Transtorno de Déficit de Atenção
PPA	Perturbação do Processamento Auditivo Central
VAC	Visual, Auditivo e Cinestésico
DP	Desvio Padrão
FEs	Funções Executivas
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
WAIS	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale</i>
WISC	<i>Wechsler Intelligence Scale for Children</i>
QI	Quociente de inteligência
ICV	Índice de compreensão verbal
IOP	Índice de organização perceptual
IMO	Índice de memória operacional
IVP	Índice de velocidade de processamento
MO	Memória operacional
WCST	<i>Wisconsin Card Sorting Test</i>
FDT	<i>Five Digit Test</i>
CFP	Conselho Federal de Psicologia
SATEPSI	Sistema de avaliação de testes psicológicos
SCP	Sociedade Catarinense de Pediatria

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1 INTRODUÇÃO.....	20
2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH).....	28
2.1 TDAH E PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL.....	33
2.2 APRENDIZAGEM AUDITIVO-VERBAL.....	37
2.3 CORRELAÇÕES ENTRE TDAH E APRENDIZAGEM AUDITIVO-VERBAL.....	39
3 DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	41
3.1 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	42
3.2 DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL	45
4 TDAH E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL.....	52
5 EFICIÊNCIA INTELECTUAL.....	56
5.1 INTELIGÊNCIA FLUIDA E CRISTALIZADA.....	59
5.2 TEORIA DAS CAMADAS	60
6 PERSONALIDADE.....	65
6.1 TEORIA DOS TRAÇOS.....	66
7 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA.....	68
7.1 ENTREVISTA DE ANAMNESE	71
8 OBJETIVOS	74
8.1 GERAIS	74
8.2 ESPECÍFICOS	74
9 HIPÓTESES.....	74
10 MÉTODO.....	75
10.1 PARTICIPANTES.....	75
10.2 LOCAL.....	75
10.3 PROCEDIMENTOS.....	75
10.3.1 Para coleta de dados.....	75
10.3.2 Para análise dos dados.....	76
10.4 INSTRUMENTOS.....	76
10.4.1 Entrevista de anamnese.....	76
10.4.2 Testes para avaliação cognitiva.....	77

10.4.3	Protocolo de aplicação dos instrumentos.....	78
11	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	79
11.1	FATORES DE INCLUSÃO.....	79
11.2	FATORES DE EXCLUSÃO.....	79
11.3	RISCOS.....	80
11.4	BENEFÍCIOS.....	80
12	RESULTADOS.....	81
12.1	CASO 1.....	81
12.1.1	Comportamento.....	83
12.1.2	Resultados quantitativos.....	84
12.2	CASO 2.....	88
12.2.1	Comportamento.....	91
12.2.2	Resultados quantitativos.....	92
13	DISCUSSÃO.....	99
14	INTEGRAÇÃO DAS AVALIAÇÕES.....	132
15	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	136
16	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
	REFERÊNCIAS.....	141
	ANEXO A – REFERÊNCIAS CONSULTADAS	151
	ANEXO B – LEI Nº 14.254, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2021.....	155
	ANEXO C – PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 29 DE JULHO DE 2022.....	157
	ANEXO D – SNAP-IV (SCP).....	177

APRESENTAÇÃO

A pesquisa apresentada para a elaboração da Dissertação do Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos busca relacionar os diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), referenciado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) e o *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5-TR* (APA, 2022), com a dificuldade na aprendizagem auditivo-verbal e conflitos afetivo-emocionais de crianças e adolescentes a partir do estudo de dois caso clínicos a fim de verificar a efetividade dos diagnósticos de TDAH e a partir disso proporcionar discussão e reflexões pertinentes ao assunto proposto.

Iniciei a graduação aos 35 anos de idade, logo após divórcio, sendo mãe de três filhos: o mais velho tinha dezesseis anos de idade, a do meio doze anos e o menor três. Desde o Ensino Médio apresentava inclinação a frequentar o curso de Psicologia, mas era um curso novo e àquela época os incentivos iam em outras direções.

Quando a oportunidade surgiu, insisti nesta meta e desde o início da graduação me identifiquei com a Psicologia do Desenvolvimento, estudo fascinante sobre o desenvolvimento humano, e com a Psicanálise, especialmente com as teorias de Sigmund Freud (1856-1939). No decorrer dos anos, me aprofundei nesta orientação técnico-científica e continuo estudando e aplicando sua teoria atualmente, tanto no atendimento psicoterápico clínico como na investigação sobre a personalidade.

A psicopatologia igualmente foi um campo de interesse desde o início da graduação, assim como os estudos sobre a relação cérebro e comportamento, mais especificamente, a Neuropsicologia.

Os estágios foram valorosos e trouxeram experiências que me aproximaram das áreas da Psicologia Clínica e Escolar. Contudo, foi na disciplina de Psicologia Institucional e Comunitária ministrada pela professora Maria Izabel Calil Stamato que realizei um trabalho no qual incluía observação em uma instituição de escolha do grupo do qual fazia parte. Assim, decidi por fazer observação no Núcleo de Reabilitação do Excepcional São Vicente de Paulo, NUREX - situado à Rua Campos Mello, número 319, na cidade de Santos-SP.

No segundo semestre do último ano da graduação, iniciei estudos voltados para concursos públicos, simultaneamente, para as áreas da Saúde Mental e Jurídica. Aprendi novas teorias e me aprofundei em outros temas, mas não estava realmente motivada para “apenas” estudar para concursos.

Logo após a graduação, atendi por um ano no Projeto Recém-Formados da Clínica de Psicologia da Universidade Católica de Santos (2016-2017), aprendizado fundamental que fortaleceu os alicerces da minha profissão. Após o período, continuei com os atendimentos em consultório juntamente com atendimentos de Orientação Vocacional voltados a adolescentes, mas desejava aliar os atendimentos do consultório com um curso de Especialização *Lato Sensu*. Dado que não estava certa sobre em qual área me aprofundaria, primeiramente me matriculei no curso de Especialização em Psicopedagogia Institucional e Clínica na mesma universidade da graduação. Porém, mesmo que ainda não estivesse completamente certa da minha escolha, me encantei pela disciplina que abordava Aprendizagem e Neurociências e pelo conteúdo sobre deficiências intelectuais.

Foi então que decidi buscar as notas da graduação por meio do histórico escolar e tirar uma média com os resultados mais altos. Minhas inclinações, antes “soltas”, se revelaram de forma mais objetiva: em primeiro lugar surgiu a Psicanálise e, em seguida, a Neurofisiologia. Desse modo, interrompi o curso de Psicopedagogia Institucional e Clínica e de Mediação de Conflitos da área do Direito que estavam em curso na Unisantos e decidi fazer Especialização em Neuropsicologia. Uma vez que dispunha de poucos recursos financeiros, busquei na *website* do Ministério da Educação e Cultura do Governo Federal (MEC) cursos de Especialização *Lato Sensu* de Ensino a Distância (EAD) que fossem reconhecidos pelo referido Ministério. Dessa maneira, obtive o certificado de Especialização *Lato Sensu* em Neuropsicologia pela Universidade de Araraquara-SP (UNIARA, 2019).

Por ser um curso de Especialização frequentado por profissionais de curso superior de qualquer área e na impossibilidade de haver supervisões para estágio, não foi possível aprender sobre Avaliação Neuropsicológica ou de Personalidade, tampouco entramos em contato com testes psicológicos ou neuropsicológicos, restritos ou não restritos.

Concomitantemente ao curso de especialização EAD, participei de diversos cursos extracurriculares voltados à aplicação e correção de testes psicológicos, à Reabilitação Neuropsicológica do Adulto e do Idoso, sobre Neuropsicologia da Memória, Práticas Clínicas Mediadas por Tecnologias e de Avaliação Neuropsicológica nos Quadros Psicóticos (novembro de 2017). Neste último, as duas professoras do curso, Graça Maria Ramos de Oliveira e Juliana Yokomizo, são Psicólogas e Neuropsicólogas no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq HCFMUSP). Ao final da aula, perguntei para a professora Graça como eu poderia fazer o curso de Especialização em Neuropsicologia no Instituto de Psiquiatria e fui orientada a permanecer acessando os canais

do instituto pela *website* ou redes sociais até que fosse divulgado processo seletivo para esse fim.

Finalmente me inscrevi para o processo seletivo e fui aprovada no início de 2019. Terminei o curso no início de 2020, que incluía a prática supervisionada na carga horária. As aulas práticas consistiram em realizar Avaliação Psicológica e Neuropsicológica em pacientes atendidos no ambulatório do IPq, também, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para tanto, estudamos os instrumentos (manuais, aplicações, correções dos testes psicológicos e neuropsicológicos), foram realizadas as análises dos resultados e a elaboração e redação de laudos. O trabalho começava com a Entrevista de Anamnese e terminava na Entrevista Devolutiva com a leitura do laudo para o paciente e/ou para os responsáveis, no caso de se tratar de criança ou adolescente. A devolutiva, assim como todo o processo de avaliação, é individual e preza por essa individualidade, independentemente da idade daquele que busca a avaliação. Isto posto, a entrevista devolutiva com a criança e adolescente pode ser mais delicada e é preciso considerar sua presença a depender do caso, do indivíduo, da família e da maturidade do paciente. Outra possibilidade é fazer a devolutiva primeiramente com o adolescente e, em seguida, com seu responsável legal.

Além desses aspectos relacionados às experiências profissionais, não poderia me esquecer da área Jurídica, que foi uma das especializações cogitadas. As avaliações psicológicas e neuropsicológicas também fazem parte desse universo, pois é recurso utilizado pelos juízes de Direito das Varas de Família, de Infância e Juventude, Cíveis ou Criminais. Assim, completei o curso de Formação em Perícia Psicológica e Neuropsicológica pelo Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica – NUFOR – no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Esse último, devido à pandemia da COVID-19, ocorreu remotamente no que diz respeito a parte teórica e ofereceu estágio realizado nos meses de março e abril de 2022.

Meu interesse em psicodiagnóstico e diagnóstico neuropsicológico é movido pelo espírito investigativo e cada avaliação me faz refletir sobre o que um sintoma está querendo sinalizar.

Por isso, muito além de diagnosticar, meu interesse também reside naquilo que o paciente acredita ter, mas não tem. Contudo, existe algo que ainda não foi mencionado e é igualmente importante. O diagnóstico existe para fazermos algo a respeito: cuidar, tratar, melhorar, reabilitar, habilitar e mais o que for possível. É trazer ou devolver a qualidade de vida para aquele que busca o trabalho. E ao aparecerem situações que encontram limite técnico, orientar ou encaminhar o paciente para profissional mais indicado ao caso.

Ao refletir sobre o projeto de pesquisa para o processo seletivo do Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Católica Unisantos, rapidamente meu interesse apontou para casos de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) que podem ser confundidos com o Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC), objeto de estudo da área da Fonoaudiologia.

A presente pesquisa para a Dissertação do Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas foi desenvolvida com o caso de uma criança com oito anos de idade estudante em escola pública e o caso de um adolescente com doze anos de idade estudante em escola privada, ambos frequentando o Ensino Fundamental e em busca de esclarecimento diagnóstico de TDAH.

Para a realização das avaliações foram utilizados testes psicológicos e neuropsicológicos e outros instrumentos descritos no capítulo 10. Em relação ao que se denomina como personalidade, dado que crianças e adolescentes ainda estão em processo de desenvolvimento, parece mais adequado, para a faixa etária da amostra, referir-se ao termo “personalidade” como aspectos afetivo-emocionais.

1 INTRODUÇÃO

Segundo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) da Associação Americana de Psiquiatria (APA), o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) está presente em 5% das crianças e 2,5% dos adultos na maioria das culturas e os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgados no Jornal Folha Vitória (2019) sugerem que 4% da população mundial adulta e 2 milhões de brasileiros apresentam o transtorno.

Conforme o Ministério da Saúde do Brasil (2022), a prevalência mundial de TDAH estimada em crianças e adolescentes é de 3% a 8%, dependendo do sistema de classificação utilizado. Embora o TDAH seja frequentemente diagnosticado durante a infância, não é raro o ocorrer na fase adulta. As evidências científicas sustentam sua continuidade na idade adulta, com uma prevalência estimada entre 2,5% e 3%. No Brasil, a prevalência de TDAH é semelhante a relatada em todo o mundo, com 7,6% de crianças e adolescentes com idade entre 6 e 17 anos, 5,2% de indivíduos entre 18 e 44 anos e 6,1% de indivíduos maiores de 44 anos, de acordo com o Relatório de Recomendação – Protocolo e Diretrizes Terapêuticas para o TDAH baseado em dados do Ministério da Saúde. (2022).

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento de acordo com o DSM-5 (2014) e o *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5-TR* (APA, 2022). Da mesma maneira, são transtornos do neurodesenvolvimento as Deficiências Intelectuais (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e Atraso Global do Desenvolvimento – este último para crianças com idades abaixo de 5 anos), Transtornos da Comunicação (Transtorno da Linguagem, Transtorno da Fala, Transtorno da Fluência com Início na Infância – Gagueira, Transtorno da Comunicação Social – Pragmática), Transtorno do Espectro Autista, Transtorno Específico da Aprendizagem e os Transtornos Motores (Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, Transtorno do Movimento Estereotipado, Transtornos de Tique).

De acordo com o Manual Diagnóstico, transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições que se manifestam cedo no desenvolvimento, geralmente antes de a criança começar a frequentar a escola. Tais transtornos se apresentam por meio de déficit no desenvolvimento, que é a falta de algo necessário ou falta de características normalmente encontradas no desenvolvimento típico de acordo com a idade, e causam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. No caso de alguns transtornos, a

manifestação tanto pode se caracterizar com sintomas de excesso quanto de déficits e atrasos em atingir os marcos do desenvolvimento.

O TDAH é definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. A desatenção e desorganização são expressas em dificuldade em permanecer em uma tarefa, parece não ouvir o que é dito, ocorrem perdas de materiais constantemente e de modo incompatível com a faixa etária. A hiperatividade-impulsividade se apresenta por meio da atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outras pessoas e incapacidade de aguardar também de modo atípico para a idade ou nível de desenvolvimento. (DMS-5, 2014).

No que tange aos critérios e especificidades diagnósticas, características associadas que apoiam o diagnóstico, prevalência, desenvolvimento e curso, fatores de risco e prognóstico e outros dados sobre o TDAH, foi utilizado no presente estudo o DSM-5 (APA, 2014) com apoio do *Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM-5-TR* (APA, 2022). Este último, tal como consta na publicação, consiste em versão de acesso rápido para os critérios de diagnóstico do DSM5-TR (APA, 2022), uma versão “de mesa” do revisado DSM-5 (2014). Tal revisão de acesso rápido é um material conciso e acessível, inclui a classificação diagnóstica totalmente revisada, bem como todos os critérios diagnósticos do DSM-5-TR. Ele fornece acesso às informações essenciais para fazer um diagnóstico, porém, dado que ainda não há tradução para o português brasileiro, não foi possível adquirir o manual tradicional pelo altíssimo custo de compra proveniente dos Estados Unidos.

Existem três subtipos de TDAH conforme a prevalência dos sintomas que podem aparecer de modo combinado ou isolado. Assim, no modo combinado, os sintomas marcantes são a desatenção juntamente a hiperatividade-impulsividade. No modo isolado, a desatenção ou a hiperatividade-impulsividade prevalecem separadamente.

Assim, tanto nos critérios desatenção como hiperatividade-impulsividade é necessário haver a presença de seis ou mais sintomas dentre os nove descritos no DSM-5, os quais devem se manifestar por, pelo menos, seis meses, em desacordo com o nível de desenvolvimento e com prejuízos que impactam a vida social e acadêmica. Para indivíduos com idades acima de 17 anos e adultos, é preciso apresentar ao menos cinco desses sintomas. Ademais, os sintomas devem surgir antes dos 12 anos de idade e devem ser observados em dois ambientes ou mais (casa e escola, por exemplo), além de trazer prejuízo na vida social e acadêmica e não podem ser explicados por outro transtorno. O TDAH ainda pode (deve) ser especificado como leve, moderado e grave.

De acordo com o estudo de Prado *et al.* (2013) e o DSM-5 (2014), um alto índice de comorbidades estão relacionados ao TDAH. Por essa razão é um transtorno de difícil identificação e de diagnóstico complexo. Dessa forma, corre-se o risco de se propor à pessoa com o transtorno um tratamento ineficiente, e eventualmente prejudicial, diante dos sintomas. Os autores afirmam, em concordância com Cortez, Souza e Pinheiro (2019) e Lins e Cardoso (2020), que o TDAH é considerado uma patologia com etiologia multifatorial, ou seja, múltiplos fatores, como ambientais, genéticos e biológicos, desempenham um papel no aumento de risco para o transtorno.

Conforme o DSM-5, os transtornos que podem estar associados ao TDAH mais frequentemente são: Transtorno de Oposição Desafiante (cerca de metade das crianças com a apresentação combinada e em cerca de um quarto com apresentação predominantemente desatenta), Transtorno da Conduta, Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Específico da Aprendizagem, Transtornos de Ansiedade e Depressivo Maior (ocorrem em uma minoria), Transtorno Obsessivo-compulsivo, Transtornos de Tique e Transtorno do Espectro Autista. Transtorno Explosivo Intermitente ocorre em minoria adulta com TDAH e Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos ocorrem com mais frequência em adultos com TDAH do que na população em geral, porém ocorre em apenas uma minoria deles. Transtorno da Personalidade Antissocial e outros transtornos da personalidade podem ser comórbidos com TDAH em adultos.

Como colocado por Lins e Cardoso (2020), o diagnóstico do transtorno permanece controverso devido à falta de testes objetivos e específicos para TDAH. Os autores explicam que o diagnóstico, normalmente médico, é predominantemente clínico e inclui anamnese, exame físico e avaliação do comportamento e desenvolvimento do paciente.

Fuentes e colaboradores (2014 *apud* PEREIRA; BRAZ, 2021) e outros pesquisadores citados no presente estudo, como Franca *et al.* (2014) e Conrado e Júnior (2021), concordam que o TDAH é um transtorno do comportamento neurológico, mas explicam que sua neurobiologia ainda não é totalmente conhecida. Em concordância, outros pesquisadores comentam que ainda não há biomarcador para o diagnóstico e por isso permanece clínico. Além disso, a influência genética no TDAH é um dos mais altos dos transtornos mentais, com peso entre 70 e 80% de risco para o seu desenvolvimento.

No que tange às funções cognitivas, a desatenção envolve vários processos cognitivos subjacentes, embora os testes não sejam suficientemente sensíveis ou específicos para servir como índices diagnósticos (DSM-5, 2014).

Não somente sobre os prejuízos cognitivos, o presente trabalho aprofunda sobre as implicações emocionais envolvidas no transtorno. Benczik (2020) desenvolveu uma pesquisa de doutorado pelo Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano da Universidade de São Paulo a partir do estudo com uma amostra de 20 meninos com TDAH e 20 do grupo controle utilizando como recurso testes projetivos a fim de levantar dados sobre os aspectos emocionais. Foi descoberto que os meninos com TDAH tenderam a apresentar mais conflitos afetivos, como angústias, medo e insegurança, com tendências regredidas, além da necessidade de proteção com comprometimento na autoestima e dificuldade em diferenciar a fantasia da realidade, entre outros aspectos, em relação ao grupo controle.

Desse modo, é imprescindível integrar a avaliação dos aspectos afetivo-emocionais na avaliação diagnóstica. Dado que o TDAH inclui sintomas de hiperatividade e, portando, implica em sofrimento psíquico e alterações dos aspectos emocionais, é necessário incluir na avaliação diagnóstica a investigação do funcionamento psíquico-emocional além da avaliação das funções cognitivas, como da esfera atencional. Por essa razão, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a personalidade baseada na teoria dos traços com breve histórico sobre a Teoria dos 5 Fatores (CGF) sob a perspectiva de Hutz e colaboradores (2016).

Em relação à aprendizagem auditivo-verbal, como colocado por Jonas Jardim de Paula e Leandro Fernandes Malloy-Diniz (2018), é a aprendizagem que depende da audição para conteúdos verbais e ocorre por meio da atenção e das memórias de curto e longo prazo e da memória declarativa episódica, além da evocação dos conteúdos aprendidos. Para avaliação da aprendizagem auditivo verbal foi utilizado o Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT), instrumento traduzido e adaptado à população brasileira por Paula e Malloy-Diniz (2018).

Outro transtorno que pode levar à dificuldade na aprendizagem de conteúdos verbais é o Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC), que pertence à área da fonoaudiologia. Processamento Auditivo Central é um conjunto de habilidades auditivas que permitem ao indivíduo ouvir e interpretar estímulos que chegam até ele. É o caminho que o som percorre do ouvido até o córtex cerebral onde as informações são codificadas e compreendidas.

Estudos apontam que muitos dos mesmos sintomas que estão presentes no TDAH também surgem no TPAC. Para mais, é comum o TDAH estar associado a algum transtorno da aprendizagem e provavelmente a crianças ou adolescentes com TDAH exibirão dificuldades semelhantes às encontradas no TPAC. Essa correlação igualmente será discutida ao longo do

trabalho articulado com autores e teóricos do desenvolvimento humano, como Papalia e Feldman (2013), Bee e Boyd (2011), Berger (2017), entre outros.

Características e sintomas do TDAH que não são amplamente divulgados, como desregulação emocional e funções executivas, são discutidas sob a perspectiva de diversos estudos, desde a abordagem do desenvolvimento humano, passando pelas teorias da aprendizagem e pesquisas atuais sobre as consequências da gravidade do TDAH.

Especialmente no que se refere à desregulação emocional, as reflexões foram sustentadas por autores como Prifitera *et al.* (2016), Uehara *et al.* (2016), Serafim *et al.* (2017), Morais (2022), Anker *et al.* (2021), entre outros pesquisadores. Além disso, não poderia ser deixado de lado o conceito de inteligência e o papel da psicologia e neuropsicologia, especialmente no tocante ao processo de avaliação neuropsicológica. Foram levantadas bases teóricas sobre a técnica de entrevista de anamnese até a devolutiva. Em relação à tais aspectos, o estudo foi apoiado em Jurema Alcides Cunha (2000), Maria Luisa Siquier Ocampo (2009), Maria Esther Garcia Arzeno (2009), José Bleger (2011), Elza De Piccolo Grassano (2012) e Vitor Geraldi Haase (2017).

Como pontua Haase (2017), os testes de personalidade e de avaliação cognitiva são instrumentos que fazem parte da investigação neuropsicológica juntamente com a entrevista de anamnese. Os pontos importantes a serem levantados na anamnese diz respeito aos dados relevantes sobre a história de vida e clínica do paciente e no caso de crianças e adolescentes, das informações advindas da escola e dos pais sobre gestação e parto, possíveis doenças e acidentes infantis e sobre a dinâmica familiar, entre outras informações. Desse modo, de acordo com os achados, apenas os dados quantitativos não são suficientes para o diagnóstico de TDAH, mas a avaliação neuropsicológica pode fornecer bom auxílio diagnóstico e/ou exclusão de outras hipóteses diagnósticas.

Baseado no DSM-5 (2014), os critérios diagnósticos identificam sintomas, comportamentos, funções cognitivas, traços de personalidade, sinais físicos, combinações de síndromes e durações, exigindo perícia clínica para diferenciá-los das variações normais da vida e de respostas transitórias ao estresse. Para facilitar um exame minucioso da gama de sintomas presentes, o DSM pode servir como orientação aos clínicos para identificar os sintomas mais proeminentes que devem ser avaliados ao se diagnosticar um transtorno. DSM-5 (APA, 2014).

Embora alguns transtornos mentais possam exibir limites bem definidos demarcando grupos de sintomas, evidências científicas atualmente colocam vários transtornos, ou mesmo a sua maioria, em um espectro com transtornos intimamente relacionados que apresentam

sintomas compartilhados, fatores de risco ambientais, genéticos e possivelmente substratos neuronais compartilhados. O próprio DSM-5 reconhece que os limites entre transtornos são mais permeáveis do que se percebia anteriormente.

Visando complementar a revisão bibliográfica, estudos recentes foram obtidos a partir do levantamento de bases de dados científicos, como *Pubmed*, *Google Acadêmico*, *Scielo* e *Medline*. Tratou-se de material já publicado, como artigos científicos, dissertações e teses de universidades públicas e privadas, nacionais e internacionais entre 2015 e 2022, embora tenham sido encontrados estudos pertinentes publicados em anos anteriores. Para tanto, foram utilizadas as palavras-chave: déficit de atenção; hiperatividade; aprendizagem audioverbal; avaliação psicológica; avaliação neuropsicológica.

Crianças e adolescentes com sintomas de TDAH podem ficar estigmatizadas, com prejuízos emocionais, nas relações familiares e sociais e na vida acadêmica. Além disso, o diagnóstico impreciso de TDAH dá consentimento ao tratamento medicamentoso, muitas vezes desnecessário, além de ocultar outros problemas, como alterações na aprendizagem auditivo-verbal e dificuldades afetivo-emocionais.

Foi realizada uma pesquisa pela Unidade de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital Alemão Oswaldo Cruz em parceria com o Ministério da Saúde (MS) via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema único de Saúde (SUS). Tal pesquisa se propôs avaliar a eficácia, segurança e impacto orçamentário do metilfenidato (MPH) nas liberações imediata e prolongada e da lisdexanfetamina (LDX) na perspectiva do SUS. O estudo foi direcionado ao tratamento de pacientes pediátricos com idades entre seis e dezessete anos e se apresentou como uma demanda advinda do processo de elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas de TDAH do MS.

A busca levou à um total de 15.162 referências e foram incluídas no relatório 17 ensaios clínicos randomizados, os quais apresentaram viés incerto ou alto. Os resultados da melhora clínica avaliada pela escala *Clinical Global Impression – Improvement (CGI-I)* e eventos adversos (qualquer evento adverso) de dez estudos foram agrupados em meta-análises em rede. Para a melhora clínica considerou-se a proporção de indivíduos com classificação “melhor” ou “muito melhor”. Resumidamente, foi verificado que todos os medicamentos foram superiores ao placebo com grande magnitude de efeito quando comparado ao placebo para LDX, MPH de liberação prolongada e imediata. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os medicamentos e não houve inconsistência entre os resultados das meta-análise em rede e *pairwise*. Contudo, para eventos adversos gerais,

pacientes em uso de LDX apresentaram maior risco de apresentar evento adverso comparado ao MPH de liberação imediata e ao placebo.

Os resultados colocados pelo relatório sugerem que ambos os medicamentos levaram à melhora dos sintomas em relação ao placebo e não houve diferenças significativas entre si. Quanto à segurança, as evidências apontaram para maior risco de eventos adversos gerais com a LDX quando comparado ao placebo e ao MPH de liberação imediata. No entanto, considerando que os estudos incluídos tinham risco de viés incerto ou alto e que o corpo de evidências incluiu análises indiretas, houve redução na qualidade da evidência, tanto para melhora clínica como para eventos adversos gerais. A confiança que se tem nas evidências foi baixa para melhora clínica e muito baixa para eventos gerais.

No que diz respeito ao impacto orçamentário, independentemente da fonte dos preços e das taxas de difusão consideradas, observou-se que os cenários menos onerosos são aqueles que consideram somente a incorporação de MPH de liberação imediata. (MATUOKA; OLIVEIRA JÚNIOR; PARREIRA, 2021). A decisão foi não incorporar o MPH e a LDX para o TDAH em crianças e adolescentes com idades entre seis e dezessete anos, do SUS, conforme Portaria nº 09 no Diário Oficial da União nº 53, seção 1, página 84, em 19 de março de 2021”. (MS, 2021).

A pesquisa não comenta sobre os eventos adversos do metilfenidato de efeito prolongado na conclusão. Contudo, não foi encontrado pela autora da presente pesquisa cloridrato de metilfenidato de efeito prolongado que não fosse pelo nome comercial Ritalina[®]. Existem dois tipos: Ritalina[®] (efeito imediato) e a Ritalina[®] LA (efeito prolongado).

De acordo com a bula da Ritalina[®] LA (efeito prolongado), entre as reações adversas que podem ser sérias, mas não exibe a porcentagem em que ocorre nos pacientes que a utilizam, incluem: dor de cabeça grave ou confusão, paralisia dos membros ou face, garganta inflamada, alucinações, convulsões, espasmos musculares ou tiques, entre outras. Em mais de 10% pode ocorrer: diminuição do apetite, dificuldade em adormecer, nervosismo, entre outros; e entre 1% e 10% dos que utilizam o medicamento as reações adversas comuns são: angústia emocional excessiva, inquietação, distúrbio do sono, excitação emocional, agitação, tonturas e sonolências, movimentos involuntários do corpo, dor, vômitos, indigestão, dor de dente, sentir-se nervoso, entre outras.

A presente pesquisa é baseada em relato de experiência de dois casos clínicos atendidos no ano 2019, antes da pandemia da COVID-19. O objetivo foi analisar a hipótese diagnóstica de TDAH de uma criança com oito anos de idade e o diagnóstico clínico de TDAH de um adolescente com doze anos, ambos estudantes do Ensino Fundamental. Além disso, foi

investigada a possível relação entre TDAH e déficit em aprendizagem auditivo-verbal. Para tanto, foram avaliadas as funções cognitivas, a aprendizagem auditivo-verbal e os aspectos afetivo-emocionais dos casos clínicos estudados.

À época da avaliação, a criança estava em tratamento com cloridrato de metilfenidato (MPH) e outro psicofármaco. O adolescente, além de estar em tratamento com dois psicofármacos, esteve sob tratamento com Ritalina[®] LA durante quatro anos até três meses antes do início da avaliação neuropsicológica. Ele recebeu diagnóstico clínico de TDAH antes que fosse encaminhado por outro psiquiatra para avaliação com fins de esclarecimento diagnóstico.

Os casos apresentados englobam informações obtidas durante a entrevista de anamnese, observações do comportamento e tabelas com os resultados dos testes psicológicos e neuropsicológicos. Foram discutidos os desempenhos da amostra por função cognitiva acompanhados da descrição das atividades bem como dos objetivos dos instrumentos utilizados.

Como parte da fundamentação teórica, também foi verificada a possível relação entre TDAH e TPAC e a partir dos resultados foi possível responder às hipóteses levantadas nesta pesquisa. Isto é, sobre a possibilidade de déficit em aprendizagem auditivo-verbal e os aspectos efetivo-emocionais estarem relacionados aos diagnósticos equivocados de TDAH e se o TDAH pode ser confundido com TPAC.

Esta pesquisa apresenta grande relevância científica e social diante dos números de casos e das implicações envolvidas, como dificuldade diagnóstica, conflitos familiares, prejuízos sociais, acadêmicos e profissionais que podem se estender durante toda vida. Ademais, existe a relevância pessoal devido ao atendimento dos casos que levantaram inúmeros questionamentos para a pesquisadora.

Este estudo visou uma melhor compreensão sobre o TDAH e espera contribuir para o estabelecimento de um diagnóstico mais preciso e mais articulado com as dificuldades na aprendizagem auditivo-verbal e os aspectos afetivo-emocionais a fim de minimizar possíveis falhas que levam ao diagnóstico de TDAH em indivíduos que, na verdade, podem ter outro transtorno com os mesmos sintomas, como o TPAC. Quanto mais preciso o diagnóstico, mais adequado será o tratamento. Desse modo, abre-se a possibilidade de tornar possível que crianças e adolescentes se desenvolvam com mais qualidade de vida, no presente e no futuro.

2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)

Segundo Franca *et al.* (2021), o TDAH é um transtorno de comportamento neurológico com várias comorbidades possíveis, além de ser acompanhado por inúmeras consequências negativas ao indivíduo. No entanto, para os autores, sua neurobiologia não é totalmente compreendida, pois os achados científicos ainda não trouxeram resultados convergentes.

Em relação ao funcionamento cerebral no TDAH, Sthal (2010 *apud* BENCZIK, 2020) afirma que as áreas cerebrais envolvidas seriam: a) o córtex cingulado anterior, relacionado à atenção seletiva; b) córtex pré-frontal dorsolateral, responsável pelos sintomas de disfunção executiva, dificuldade de manter a atenção e de resolver problemas; e c) córtex motor suplementar/córtex motor pré-frontal, relacionados aos sintomas de hiperatividade.

Em 2014, Fuentes *et al.* relataram que no TDAH há anormalidades do Sistema Nervoso Central (SNC) ligadas às regiões do lobo frontal e parietal, gânglios da base, corpo caloso, hipocampo e cerebelo que se manifestam por meio do comportamento. (FUENTES *et al.*, 2014 *apud* PEREIRA; BRAZ, 2021).

Por outra perspectiva, Conrado e Encarnação Júnior (2021) pontuam que sequer existe consenso entre os pesquisadores sobre a etiologia do transtorno, sendo discutidas várias hipóteses e ao longo do tempo houve diversas nomenclaturas e variações para o diagnóstico.

Em 2022, Serrallach, Grob, Christiner, Wildermutch e Schneide publicaram uma pesquisa cujo objetivo era diferenciar as características estruturais e funcionais no córtex auditivo dos pacientes adultos com TDAH. Os autores afirmam que até o momento da publicação do estudo não foi apresentado biomarcador de diagnóstico para o TDAH e referem que os sistemas oficiais de classificação diagnóstica atuais, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) na Europa e o DSM-5 nos Estados Unidos, não são inteiramente consistentes.

Pereira e Braz (2021) também argumentam que o diagnóstico do TDAH permanece de natureza clínica pela razão de não haver exames e marcadores biológicos que comprovem a presença do transtorno. Pela perspectiva da neuropsicologia, as autoras defendem que a avaliação neuropsicológica é apoiada em resultados quantitativos dos testes para a confirmar ou descartar a presença, permanência e severidade dos sintomas. (PEREIRA; BRAZ, 2021). Todavia, as autoras não enfatizam a importante contribuição da anamnese para o diagnóstico neuropsicológico.

No que tange aos achados neurobiológicos, Brikell, Burton, Mota e Martin (2021) realizaram um estudo de revisão narrativa e expuseram sobre os avanços da investigação genética no TDAH dos últimos 10 anos. Os achados indicaram que o TDAH possui uma arquitetura genética complexa e pesquisas sobre busca da compreensão do TDAH não se esgotaram.

Em 1902 o pediatra George Frederic Still argumentava que alterações no comportamento de crianças, como temperamento difícil, inquietude, crueldade, incapacidade de manter atenção, dificuldades escolares, não eram devido a problemas educacionais, mas estariam ligados a “algo” biológico quase impossível de identificar. (BARKLEY *et al.*, 2008 *apud* MAIA; CONFORTIM, 2015). Inclusive, a primeira descrição clínica dos sintomas é semelhante ao que temos atualmente no que se refere ao TDAH. (LINS; CARDOSO, 2020).

Sobre a importância dos fatores genéticos, os dados relacionados aos parentes de primeiro grau com TDAH são convincentes. (FARAONE; LARSSON, 2018 *apud* BRIKELL; BURTON; MOTA E MARTIN, 2021). Crianças com parentes em primeiro grau apresentam de quatro a cinco vezes maior risco para desenvolver o transtorno em comparação ao grupo controle, sendo que as chances aumentam para oito vezes quando irmãos dos indivíduos são diagnosticados. Franca *et al.* (2021) também mencionam a influência genética para o desenvolvimento do TDAH indicando que é um dos transtornos psiquiátricos com o maior porcentagem de hereditariedade, havendo entre 70 e 80% de risco para o seu desenvolvimento.

Em relação aos sintomas comportamentais, Maia e Confortim (2015) referem que a distração, a hiperatividade-impulsividade e a agitação emocional fazem com que crianças e adolescentes se desenvolvam cercados por pré-julgamentos. E, até o presente, tais sintomas conduzem à sociedade a ideia de “mau comportamento”, culminando em dificuldades emocionais, de relacionamento familiar, desempenho escolar e aprendizagem.

É notório o prejuízo social que acompanha o TDAH para além das alterações cognitivas. Aliás, é importante citar que a relação entre pais e filhos com TDAH pode ser permeada por intensos conflitos, segundo Franca *et al.* (2021). Ademais, os números são alarmantes, pois cerca de 70% podem não construir laços de amizade com seus pares durante a infância e possivelmente as dificuldades continuam na adolescência, levando a criança ou adolescente à maior dificuldade de socialização. Além disso, é provável o desenvolvimento de outros quadros, como os sintomas ansiosos exacerbados os quais possivelmente levariam à intensificação da impulsividade.

Apoiados no proposto por Vygotsky (1995), Conrado e Encarnação Júnior (2021) nos levam a considerar que o processo biológico do sistema interfuncional cortical presente na

evolução das espécies orienta o comportamento humano por um lado e por outro o homem converte-se em um ser cultural, sendo esse último um processo de desenvolvimento histórico.

Os autores trazem à luz que a evolução psíquica da criança depende do processo de troca com o ambiente, da sua relação com o meio social, por meio da linguagem. Isto é, a criança não é um ser separado do meio, necessita da dinâmica de internalização como um processo de modificação dos processos intersíquicos em processos intrapsíquicos.

Em relação aos aspectos cognitivos, Conrado e Encarnação Júnior (2021) afirmam que a qualidade da percepção interfere substancialmente na função atencional, assim como a organização do comportamento, e a atenção seletiva ocorre mediante a um complexo processo de desenvolvimento.

No âmbito do desenvolvimento humano, nos primeiros anos do Ensino Fundamental a criança deve ser capaz de apresentar raciocínio lógico, memorização voluntária, possui percepção generalizada e a linguagem tende a ser organizada. Nesse caso, a criança teve seu desenvolvimento propiciado pelo contexto histórico-social no qual esteve inserida. (CONRADO; ENCARNAÇÃO JÚNIOR, 2021).

Ainda segundo Conrado e Encarnação Júnior (2021), já na adolescência a atenção voluntária pode estar consolidada devido aos pensamentos complexos desenvolvidos durante esta fase, processo esse iniciado desde o término da primeira infância até o fim da adolescência, contudo, na presença do TDAH tal processo é significativamente prejudicado.

Como pontuado anteriormente, os sintomas de TDAH caracterizam-se primeiramente a um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou desenvolvimento do indivíduo. (*DESK REFERENCE FROM DSM-5-TR*, 2022, p. 31). No entanto, as funções atencionais são os processos primários da cognição, por meio dos quais o indivíduo se torna capaz de receber, compreender e responder aos estímulos significativos do ambiente em detrimento de outros estímulos, como nos mostram Sertori, Serafim e Rocca (2020).

Baseado nos autores, sabe-se que os tipos de atenção existentes são:

Atenção seletiva: capacidade de selecionar apenas parte dos estímulos disponíveis no ambiente, como se fizesse um filtro e ignorasse os demais estímulos (sejam estímulos externos ou internos); atenção sustentada: capacidade de permanecer focado por um tempo prologado, sem perder o rendimento na tarefa ao longo do tempo; atenção dividida: capacidade de manter o foco em dois ou mais estímulos distintos simultaneamente, realizando mais de uma tarefa ao mesmo tempo, sem perder o rendimento em nenhuma das tarefas; atenção alternada: capacidade de alternar entre dois ou mais estímulos sucessivamente, processando ou realizando apenas uma tarefa por vez, porém, em seguida troca de tarefa e posteriormente retoma a inicial,

como se intercalasse as atividades (LEZAK, 1995 *apud* SERTORI; SERAFIM; ROCCA, 2020, p. 2).

Além dos tipos de atenção explicitados, possuímos uma capacidade de estocagem que pode ser mensurada pela tarefa de repetição de dígitos, o que chamamos de *span* ou amplitude atencional. Dessa maneira, a esfera atencional, e consequentemente déficit atencional, têm peso maior na nossa vida diária do que presumivelmente imaginamos.

Matos (2019) nos traz que déficits atencionais são a ponta do *iceberg* de outras dificuldades constatadas no TDAH. Portanto, além da desatenção, hiperatividade e impulsividade, existem outras funções comprometidas que interferem negativamente na vida de quem possui o transtorno. O autor cita “[...] dificuldade em aguardar recompensas (e podemos incluir o reconhecimento e valorização de conquistas), dificuldade em estimar intervalos de tempo, dificuldades com memória operacional, diminuição da velocidade de processamento e grande variabilidade de respostas, dentre outros problemas” (MATOS, 2019, p. 1, grifo nosso).

Dentre as dificuldades existentes na porção oculta do *iceberg*, incluído por Matos (2019) e Cortez, Souza e Pinheiro (2019), encontra-se a linguagem. Tal dificuldade pode não estar evidente para pessoas não especialistas ou não estudiosos sobre tema e, na maioria das vezes, pode não estar evidente para a própria família.

Como podemos imaginar, dificuldades na linguagem afetam diretamente as relações afetivas dentro da família e os laços sociais mais próximos. Tais dinâmicas podem ser verificadas durante entrevista devidamente direcionada para a anamnese. Os sintomas da dificuldade na linguagem encontram-se em custosa expressão de modo claro ou dificuldade de compreender o que é falado ou solicitado, o que pode refletir em comportamento visto como desafiador ou “preguiçoso”, por razão de não responder a uma pergunta, por interrupção do discurso do outro com frequência, devido a atropelar o próprio discurso sem conseguir explicar de modo que o interlocutor o compreenda, muitas vezes seguido por impaciência e, até mesmo, comportamentos disruptivos.

Segundo Cortez, Souza e Pinheiro (2019), a revisão sistemática de estudos empíricos publicados entre 2000 e 2012 (PRADO *et al.*, 2013), mostrou que quase metade das pesquisas sobre avaliação de linguagem em casos de TDAH identificou a dislexia como comorbidade mais prevalente.

A dislexia é um Transtorno Específico da Aprendizagem descrito no agrupamento de Transtornos do Neurodesenvolvimento, assim como a Deficiência Intelectual, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o próprio TDAH. (DSM-5, 2014). Entretanto, não é com frequência,

senão raro, lidarmos com o TDAH ou com a dislexia como condições que demandam importantes ações de inclusão assim como os demais transtornos do neurodesenvolvimento. Ressalta-se, conforme o DSM-5 (2014):

Dislexia é um termo alternativo usado em referência a um padrão de dificuldades de aprendizagem caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldades de ortografia. Se o termo dislexia for usado para especificar esse padrão particular de dificuldades, é importante também especificar quaisquer dificuldades adicionais que estejam presentes, tais com dificuldades na compreensão da leitura ou no raciocínio matemático (DSM-5, 2014, p. 67).

Enquanto o senso comum pode supor que dislexia se refere a dificuldade em leitura ou, até mesmo, em fazer cálculos, é necessário que o profissional especifique a partir do diagnóstico se o transtorno de aprendizagem se apresenta com prejuízo na leitura (precisão, velocidade, fluência e compreensão), na expressão escrita (precisão de ortografia, da gramática e da pontuação do texto, clareza e organização do texto) e/ou na matemática (senso numérico, memorização de fatos aritméticos, precisão ou fluência nas operações matemáticas). (SANTOS; ROCCA; ACHÁ, 2017).

Percebe-se que a qualidade de vida de crianças e adolescentes com o transtorno pode ser afetada. De acordo com Moreira e Carregal (2011), estudos prévios constataram por meio de relato dos pais que crianças com TDAH tinham pior qualidade de vida do que crianças sem o transtorno.

A qualidade de vida é “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, nos contextos de cultura e sistemas de valores no qual eles vivem em relação com suas metas, expectativas, padrões e preocupações”. (WHOQOL GROUP, 1995 *apud* MOREIRA; CARREGAL, 2011, p. 643).

Ainda segundo Moreira e Carregal (2011), crianças com TDAH tendem a esconder suas dificuldades ou ignorá-los – quem sabe reprimindo-os – mas com sofrimento diante do confronto com a sociedade. Os autores ainda propõem que crianças mais novas tendem a não conseguir identificar e, conseqüentemente, não relatar o que sentem. Novamente, por meio da anamnese mediante o relato dos pais, pode-se verificar que crianças com TDAH tendem a ser agressivas, isoladas e com humor diminuído. Portanto, estão sentindo “algo” negativo e eventualmente devolvem ao ambiente suas angústias por meio da agressividade por, talvez, sentirem-se agredidas.

Para Marton *et al.* (2011 *apud* MOREIRA; CARREGAL, 2011), além da pouca maturidade, crianças com TDAH apresentam dificuldade em formar outras perspectivas e

coordená-las. Dado que o comportamento é modulado a partir das interações sociais, da partilha, do acolhimento e da ajuda que promovem relacionamentos sociais positivos, crianças com TDAH e com alterações nas habilidades de comunicação podem apresentar barreiras para fazer amizades e laços duradouros.

No que tange aos aspectos afetivo-emocionais, Benczik e Figaro (2020) colaboram com a informação de que crianças com TDAH possuem recursos insuficientes para lidar com situações estressantes. Por essa razão, a criança com o transtorno está sujeita a estresse permanente e as dificuldades internas são capazes de levá-la a comportamentos impulsivos. Ademais, mesmo quando situações geradoras de estresse atenuam-se ou acabam, suas dificuldades permanecem. As autoras complementam:

[...] a criança com o transtorno, costumeiramente, busca autonomia, tende ao negativismo e ao confronto com figuras de autoridade. [...] funcionamento psicológico mais voltado para ação, com pouca reflexão e planejamento e, na qual, as emoções exercem maior influência nas atividades psicológicas (BENCZIK; FIGARO, 2020, p. 115).

Para Simon (2014), os impulsos emocionais são exacerbados nos indivíduos com TDAH e estes não se limitam a tipos específicos de emoções, mas quaisquer que estejam sob influência de experiências sociais. Contudo, emoções de forte conteúdo negativo podem interferir nos processos cognitivos, inclusive, no processo de tomada de decisão. Nos referimos à irritabilidade, à tristeza, ao medo, por exemplo, em desequilíbrio com a calma, a alegria, a simpatia, entre outras, denotando instabilidade emocional.

Para terminar, Moreira e Carregal (2011) pontuam sobre a importância da avaliação das emoções no TDAH a fim de investigar sobre o que a criança sente diante dos sintomas e sobre os reflexos negativos existentes em sua vida cotidiana, e não com o intuito de apenas descobrir o motivo pelo qual a criança incomoda ou “faz birra”.

2.1 TDAH E PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL

Paul-Brown (1996) expõe que os processos auditivos são mecanismos responsáveis pela localização sonora e lateralização, discriminação auditiva, reconhecimento de padrões auditivos, aspectos temporais da audição (incluindo resolução temporal, mascaramento temporal, integração temporal, ordenação temporal) e pela diminuição da performance auditiva com a competição acústica de sinais. Tais mecanismos são aplicáveis a sinais verbais e não

verbais e afetam muitas áreas funcionais, incluindo o discurso e a linguagem. (PAUL-BROWN, 1996).

Colocado de modo mais simples, Zorzetto, Giacheti e Guida (2013) referem que o processamento auditivo é um conjunto de habilidades auditivas que permitem ao indivíduo ouvir e interpretar informações que chegam a ele. No entanto, a audição não é um fenômeno simples, pois envolve os aspectos fisiológicos e psicológicos, sendo “um processo de elaboração mental como consequência de um estímulo novo”. (ZORZETTO; GIACHETI; GUIDA, 2013, p. 16).

Do lado da fonoaudiologia, a frequência e intensidade dos sons são evocados e da perspectiva da psicologia, são evocados o símbolo e a estrutura dos estímulos. As consequências dos prejuízos existentes devido a maturação ou afecções sofridas pela via auditiva, interferem nos processos de aquisição e desenvolvimento da compreensão e produção da linguagem. Nos estudos sobre processamento auditivo central de Souza, Passaglio e Lemos (2016) temos:

O processamento auditivo central é a capacidade do Sistema Nervoso Central de receber, processar e interpretar sons. O desenvolvimento adequado desta capacidade depende de fatores, como a preservação da audição periférica, a maturação neurobiológica, os estímulos ambientais e habilidades cognitivas, tais quais a atenção, memória e a linguagem (SOUZA; PASSAGLIO; LEMOS, 2016, p.514).

A linguagem é uma habilidade humana de manipular símbolos em combinação para transmitir e compreender informações recebidas. No entanto, para que isso ocorra, é necessária a interação com o meio e processos biológicos, além de habilidades cognitivas e auditivas para que não ocorra desenvolvimento de forma atípica. Ou seja, a linguagem depende dos processos auditivos e vice-versa, por essa razão, caso não haja funcionamento satisfatório nos processos auditivos não haverá desenvolvimento da linguagem. (SOUZA; PASSAGLIO; LEMOS, 2016).

Pereira (2018) igualmente conduz ao conhecimento de que a audição é primordial para o desenvolvimento cognitivo e da linguagem; além de ouvir o som ele precisa ser discriminado, reconhecido e compreendido. Para tanto, as vias auditivas periféricas e central precisam estar íntegras. O sistema auditivo central é explicado pela autora da seguinte maneira:

[...] envolve as grandes vias auditivas subcorticais que, através de impulsos eletro-nervosos, transmitem a informação vinda do sistema auditivo periférico (orelhas externa, média e interna) primeiramente para os centros corticais auditivos no lobo

temporal e depois para outras partes do cérebro. É somente quando o som chega no cérebro que ele é interpretado e entendido (PEREIRA, 2018, p. 11).

Assim, o Processamento Auditivo Central “é o caminho que o som percorre desde a orelha externa, passando pelas vias auditivas centrais, até o córtex cerebral, onde é codificado e compreendido” (RAMOS *et al.*, 2007 *apud* PEREIRA, 2018, p. 12). Ou seja, escutamos com os ouvidos, mas é o cérebro que processa o que foi dito, então, quando há falha cerebral que o torna incapaz de processar corretamente o som a mensagem é perdida ou mal compreendida.

Para Garcia (2021) tal falha cerebral é denominada Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC). Nesse caso, o estímulo sonoro chega intacto ao cérebro, mas o córtex não consegue interpretar as informações. As principais causas do transtorno seriam genéticas, distúrbios neurológicos (meningite, traumas cranioencefálicos e lesões no Sistema Nervoso Central), otite média, além de fatores pré-natais como ausência ou diminuição da oxigenação do cérebro, citomegalovírus e prematuridade.

Anteriormente, o transtorno era denominado Distúrbio do Processamento Auditivo Central (DPAC), mas de acordo com a *website* de Afinando o Cérebro, no Encontro Internacional de Audiologia de 2016 os profissionais reunidos no Fórum definiram, por maioria, que o termo correto a ser utilizado é Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC), a fim de acompanhar as descrições das alterações que constam no Código Internacional de Doenças (CID). De acordo com Marreiros (2022), o CID-10 para o TPAC é F81.9 (transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares). No DSM-5 (2014) consta que dificuldades de aprendizagem devido à problemas neurológicos ou sensoriais é um diagnóstico diferencial do Transtorno Específico da Aprendizagem, seja com prejuízo na leitura, escrita ou matemática. Porém, esse não é diagnóstico diferencial no TDAH.

Segundo Mangili (2016), os sintomas do TPAC são: dificuldade de memorização em atividades diárias, para ler e escrever, fadiga atencional, troca de letras na fala ou escrita, demora na compreensão em algo que foi dito com atraso de resposta, dificuldade em compreender informações em ambientes ruidosos, desatenção, distração, sendo necessário repetir uma informação fornecida, agitação, dificuldade em executar tarefas solicitadas, principalmente em sequência, entre outros que igualmente estão presentes no TDAH. Por outro lado, o Instituto do Neurosaber (2017) pontua, tal como exposto anteriormente, que não existe um exame específico para diagnosticar o TDAH e igualmente informa que alguns de seus sintomas são comuns aos do Transtorno do Processamento Auditivo Central.

Baseado nos estudos de Finkler, Barba e Matos (2022), alterações no processamento auditivo em crianças levam à dificuldade de aprendizagem e baixo desempenho quando comparadas aos alunos que apresentam resultados acadêmicos dentro do esperado. Desse modo, é preciso evidenciar a importância da investigação das razões pelas quais a criança ou o adolescente não é capaz de apreender.

Segundo as autoras mencionadas, a via auditiva periférica está pronta desde o nascimento, porém, ela continua a se desenvolver até oito ou, no máximo, dezesseis anos de idade. Por essa razão, a avaliação do PAC realizada pelo profissional da área da fonoaudiologia deve acontecer conforme a faixa etária. Dos três aos quatro anos de idade é possível realizar algumas testagens, mas não concluir o diagnóstico. O período compreendido entre os quatro e sete anos é mais fácil do que o anterior no que se relaciona ao diagnóstico, pois a criança já atingiu certa maturação em seu desenvolvimento, frequenta a escola e está em contato com nível de exigência maior. A partir dos oito anos a utilização de testagem mais complexa se torna possível e viabiliza um diagnóstico mais preciso. (SANTOS; SANTOS; LOURINHO, 2020).

O tratamento para o TPAC ocorre por Treinamento Auditivo com profissional da fonoaudiologia. O treinamento tem como objetivo proporcionar mudanças e reorganizações junto às conexões neuronais auditivas, usando a capacidade de mudança do cérebro frente a novos e adequados estímulos. O planejamento da intervenção deve ser determinado a partir dos déficits documentados no diagnóstico de TPAC, complementado pelos dados das avaliações da linguagem, neuropsicológica e psicoeducacional. Porém, quanto mais cedo detectado do transtorno maiores são as chances de melhora. (ASHA, 2005; AAA, 2010 *apud* GARCIA, 2021).

O estudo de Serrallach *et al.* (2022) propôs apresentar as diferenças estruturais e funcionais no córtex auditivo dos pacientes adultos com TDAH e encontrou provas de que o TDAH também se reflete em disfunções auditivas. Com auxílio de Ressonância Magnética e Magnetoencefalografia foi verificado que os três grupos (TDAH, TDA e controle) revelaram perfis neuro auditórios distintos.

Pesquisas que relacionam TDAH e Processamento Auditivo Central ainda são escassas, porém vários pesquisadores estão empenhados em descobrir de que modo a estreita relação entre TDAH e PAC ocorre. Segundo Garcia (2021), no Brasil não há estudos que comprovem a prevalência ou incidência do TPAC, mas estima-se que de 2 a 5% das crianças em idade escolar possuam TPAC sem comorbidades.

2.2 APRENDIZAGEM AUDITIVO-VERBAL

De acordo com Paula e Malloy-Diniz (2018), o aprendizado depende da memória, pois um conteúdo só é aprendido quando retido pela memória para ser evocado em situação futura. A memória, por sua vez, depende dos processos atencionais, processos primários da cognição como visto anteriormente, e nossa identidade é vinculada à capacidade que possuímos de aprender.

Para Saldanha, Zamproni e Batista (2016), existem diversos tipos de aprendizagem e cada tipo é acompanhado por possíveis estratégias a fim de solucionar um problema, elaborar conclusões e assimilar informações. Porém, será evidenciada a aprendizagem que ocorre por meio da audição. Um exemplo de aprendizagem que se baseia nos nossos sentidos (visual, auditivo e tátil) e atualmente possui uma ampla aplicação, é o modelo Visual, Auditivo e Cinestésico (VAC) adaptado do modelo VARK (1992) (SILVA *et al.*, 2020).

O estilo de aprendizagem auditiva diz respeito às habilidades para conhecer, interpretar e diferenciar estímulos recebidos via audição, e indivíduos que apresentam mais facilidade em reter aquilo que escutam são favorecidos quando a exposição de conteúdos ocorre de modo verbal (BALARDIM, 2021).

Uma das maneiras de avaliar a aprendizagem auditivo-verbal é por intermédio do Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey – RAVLT (PAULA; MALLOY-DINIZ, 2018). O teste apresenta cinco repetições orais de uma lista de 15 palavras em que é possível retirar a curva de aprendizado. Uma segunda lista, também de 15 palavras, é apresentada como distratora e em seguida deve ser solicitada ao avaliando. Logo após, as palavras da primeira lista são novamente solicitadas sem que esta seja retomada. Então, após 20 minutos, é observada a retenção da lista inicial.

O instrumento tem maior aplicabilidade em pacientes com transtornos mentais e doenças neurológicas, em especial os transtornos neurocognitivos (demência e comprometimento cognitivo leve) e os dados normativos para a população brasileira permitem a aplicação com crianças a partir dos seis anos de idade, adultos e idosos até noventa e dois anos. É necessário que os examinandos possuam capacidade de linguagem preservada para aplicabilidade do instrumento (PAULA; MALLOY-DINIZ, 2018).

A eficiência atencional também pode interferir no desempenho do RAVLT. Vicari (2020) constatou, inclusive, a relação entre problemas de aprendizagem e déficit de atenção, embora seja mais fácil para uma pessoa com TDAH ou com TPAC focar a atenção em estímulo com menos informações concorrentes advindas do ambiente. É o que acontece no *setting* de

avaliação. No entanto, grave déficit atencional possivelmente surgirá mesmo em ambiente com poucos estímulos. Por outro lado, a leve falha atencional é capaz de provocar um desempenho um pouco melhor quando comparado com diminuição atencional severa. Nesse ponto, reforça-se sobre o desafio do processo diagnóstico. Na tabela abaixo é possível verificar a relação entre aprendizagem auditivo-verbal, Processamento Auditivo Central e função atencional. (Tabela 1).

Tabela 1: Aprendizagem auditivo-verbal, PAC e funções atencionais

Aprendizagem auditivo-verbal Paula e Malloy-Diniz (2018)	Processamento Auditivo Central Instituto Neurosaber (2017)
Ocorre por meio da atenção e memórias (de curto e longo prazo declarativa episódica e evocação de conteúdos aprendidos)	Envolve áreas do cérebro com função de perceber, organizar e integrar estímulos auditivos por meio da audição
Depende da audição para conteúdos verbais	Depende da atenção, memória e funções ligadas à execução de tarefas (funções executivas)

Fonte: elaborado pela autora (2022).

O RAVLT é, portanto, um teste com a finalidade de avaliar o funcionamento das memória de curto prazo verbal, a curva de aprendizagem auditivo-verbal em quatro etapas (etapas de aprendizagem), a memória de curto prazo verbal de uma lista distratora, a memória de curto prazo episódica verbal, a memória de longo prazo episódica verbal e a memória de reconhecimento. Além disso, o teste fornece: uma medida global de aprendizagem, a aprendizagem ao longo das tentativas, a velocidade de esquecimento (vulnerabilidade do conteúdo evocado em curto prazo à passagem do tempo), a suscetibilidade a interferência proativa (capacidade de aprender um determinado conteúdo após a exposição sucessiva a um conteúdo anterior – pode refletir a dificuldade em aprender algo novo) e a suscetibilidade a interferência retroativa (capacidade de manter uma informação anteriormente aprendida após um novo conteúdo ser apresentado) (PAULA; MALLOY-DINIZ, 2018).

Segundo Paula e Malloy-Diniz (2018), memória de curto prazo é a capacidade de reter temporariamente uma informação. No caso de déficit nesse tipo de memória, o indivíduo não consegue manter por alguns segundos ou minutos uma informação na mente. Na memória de longo prazo a falha está presente na recordação de informações vivenciadas há alguns minutos, meses ou anos. Quando há déficit em memória operacional, o indivíduo não consegue sustentar informações temporariamente na memória de curto prazo para realização de operações

mentais, como resolver um problema, fazer uma conta de matemática, se orientar espacialmente em uma rota entre outros sintomas.

2.3 CORRELAÇÕES ENTRE TDAH E APRENDIZAGEM AUDITIVO-VERBAL

Para Pereira e Braz (2021), sintomas de desatenção auditiva e pouca memorização auditiva (passíveis de serem identificadas por meio do Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey), dificuldades de leitura, escrita e baixo rendimento escolar, frequentemente são encontradas no TDAH e no TPAC. Entretanto, as autoras afirmam que a oscilação do humor surge no TDAH, mas não apontam para a possibilidade de aparecer no TPAC, desconsiderando que ambos os transtornos podem provocar frustrações causadas pelas dificuldades vivenciadas. Nesse sentido, existe coerência na reflexão sobre as dificuldades afetivo-emocionais conforme o impacto dos transtornos na vida da criança ou do adolescente.

Lembrando o posto por Paula e Malloy-Diniz (2018), a aprendizagem auditivo-verbal depende da audição para conteúdos verbais e ocorre por meio da atenção, das memórias de curto e longo prazo e da memória declarativa episódica, além da evocação de conteúdos aprendidos.

Uma pesquisa realizada por Zuanetti *et al.* (2018) foi composta por 32 crianças distribuídas em dois grupos, o grupo um era composto por 17 crianças (média de idade nove anos – Desvio Padrão 1,62) que apresentavam diagnóstico de TDAH, sendo 10 crianças do sexo biológico masculino e sete do sexo biológico feminino. No grupo dois, as crianças tinham diagnóstico de Transtorno de Ansiedade e era composto por 15 crianças (média de idade 9,4 anos – DP 1,29), sendo oito do sexo biológico feminino e sete do masculino. Tanto as crianças do grupo um como as do grupo dois foram submetidas a avaliação de memória e aprendizagem. Segundo as autoras, o instrumento utilizado é baseado no paradigma do RAVLT e foi construído por Oliveira e Charchat-Fichman (2008).

Os resultados mostraram que a maioria dos participantes de ambos os grupos se encontraram dentro da normalidade na etapa da avaliação de memória imediata, nas etapas de aprendizagem e taxa de aprendizagem, sugerindo que a amostra apresentou capacidade de memória verbal imediata e capacidade de aprendizagem preservadas. Contudo, 71% das crianças com TDAH exibiram desempenho classificado abaixo da média na avaliação da interferência retroativa em relação às crianças diagnosticadas com Transtorno de Ansiedade, quando apenas 7% obtiveram o mesmo desempenho. Segundo as autoras, crianças com

dificuldade em FEs seriam mais propícias a erros inibitórios e, portanto, estariam mais suscetíveis à interferência retroativa (ALVEZ, 2017 *apud* ZUANETTI *et al*, 2018).

Baseado no estudo exposto, conclui-se que déficit importante em aprendizagem auditivo-verbal não necessariamente indica presença de TDAH. Por outro lado, crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não conseguem se concentrar em sala de aula e ficam “atrasados” em relação aos colegas, como colocado por Maia e Confortin (2015), culminando em problemas de aprendizagem não relacionados especificamente à dificuldade na aprendizagem auditivo-verbal.

Segundo Pereira e Braz (2021), a relação entre TPAC e TDAH não é incomum e é preponderante diferenciá-los na investigação dos problemas de aprendizagem, do baixo desempenho escolar e dos comportamentos atípicos para a fase de desenvolvimento. Ambas as condições são capazes de levar ao prejuízo social e acadêmico e devem ser diagnosticados o mais cedo possível.

Ainda segundo as autoras, investigar o TDAH sem considerar os aspectos perceptuais auditivos pode resultar em falsos positivos no fechamento do diagnóstico. Indivíduos com TDAH apresentam desempenho estatisticamente pior nos testes de PAC, sugerindo uma estreita relação entre as habilidades testadas e o TDAH. Porém, “[...] ainda não se sabe quais habilidades auditivas estão mais relacionadas com cada uma destas alterações e de que forma estas se relacionam, pois não há uniformidade nas pesquisas sobre a habilidade auditiva avaliada”. (PEREIRA; BRAZ, 2021, p. 47).

Na tabela abaixo estão explicitados alguns sintomas comuns entre o TDAH e o TPAC. (Tabela 2).

Tabela 2: Sintomas comuns entre TDAH e TPAC

TDAH DSM-5 (2014)	TPAC Fonseca (2015)
Dificuldade de concentração	Dificuldade de concentração
Dificuldade de aprendizagem	Dificuldade de aprendizagem
Prejuízo nas memórias de curto e longo prazo	Dificuldade de memorização
Dificuldade no controle dos impulsos	Agitação
Agitação motora	Pedir para repetir uma informação
Dificuldade em seguir instruções	Dificuldade em realizar tarefas em sequência
Alterações nas Funções Executivas	

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Conforme Pereira e Braz (2021), não se sabe se o TDAH e o TPAC são transtornos interdependentes ou apenas comorbidades, mas não há consenso sobre esta relação na medida em que, até o momento, é difícil estabelecer uma relação causal entre as duas alterações.

Foi visto que o Processamento Auditivo Central é a porção do Sistema Nervoso Central (SNC) responsável pelo recebimento, processamento e interpretação dos sinais sonoros e distúrbio nessa área prejudica a aprendizagem de modo geral e o aprendizado da linguagem, que dependem dos processos auditivos. Por essa razão, caso não haja funcionamento satisfatório nos processos auditivos, não haverá desenvolvimento da linguagem e, conseqüentemente, prejudicará a aprendizagem.

Por último, segundo Vicari (2020), a relação entre TDAH e TPAC é mais bem explicitada sob a perspectiva da audiologia, neurociência cognitiva e a neuropsicologia. Os perfis são sobrepostos e ao mesmo tempo entidades clinicamente distintas, pois a incapacidade de manter atenção nos estímulos auditivos pode causar déficits no processamento auditivo assim como déficit no processamento auditivo prejudica a função atencional.

3 DESENVOLVIMENTO HUMANO

Para Papalia e Feldman (2013), Desenvolvimento Humano é a área do conhecimento baseado no estudo científico dos processos sistemáticos de mudança e estabilidade do ciclo vital humano, portanto, durante toda a vida. Ocorre por meio da observação dos aspectos que transformam as pessoas desde a concepção até a maturidade e inclui a verificação das características que permanecem de certa maneira estáveis.

Segundo as autoras, o campo do desenvolvimento humano se mostra com bastante relevância, uma vez que é capaz de nortear as áreas educacionais, da saúde e sociais voltadas às crianças e adolescentes. Uma vez que o estudo do desenvolvimento humano se tornou baseado em dados científicos, passou a detalhar as informações provenientes das pesquisas fazendo descrição, fornecendo explicação e realizando previsão, também com caráter interventivo.

Bee e Boyd (2011) expõem que filósofos e cientistas discutem em qual medida tendências inatas e fatores ambientais influenciam o desenvolvimento, mas herança *versus* ambiente é uma das questões centrais da psicologia e da filosofia.

Atualmente, apesar de ainda haver debates acerca das possíveis influências sobre o desenvolvimento humano, existe consenso entre a maioria dos psicólogos do desenvolvimento

modernos que, principalmente no que concerne o desenvolvimento da criança, há um padrão de interação entre natureza e criação (RUTTER, 2002 *apud* BEE; BOYD, 2011).

Um dos pontos colocados por meio da ciência que busca explicar as influências sobre o desenvolvimento humano refere-se à perspectiva ecológica. De modo simplificado, implica em se aproximar do indivíduo no seu contexto familiar, escolar e social, dentro dos quais ele se desenvolve.

De acordo com Berger (2017), o estudo do desenvolvimento humano busca compreender as razões pelas quais as pessoas mudam com o passar do tempo. O autor acrescenta que o desenvolvimento é multidisciplinar para que seja possível fundamentar os achados sob as diversas perspectivas disciplinares, uma vez que o desenvolvimento humano é complexo em cada uma das fases do ciclo vital e no modo como essas fases se correlacionam.

O desenvolvimento humano pode ser melhor compreendido devido à um conjunto de teorias, as chamadas teorias do desenvolvimento. Estas teorias buscam explicar o desenvolvimento humano a partir de várias facetas, como o desenvolvimento físico, neurológico, cognitivo, da linguagem, emocional, social, da identidade e moral (PAPALIA; FELDMAN, 2013; BERGER, 2017).

A terceira infância inicia aos seis anos de idade e termina com o início da adolescência, aos doze anos. O presente estudo propõe delinear os aspectos do desenvolvimento cognitivo e psicossocial da terceira infância a partir dos oito anos de idade e no período da passagem para a adolescência, aos doze anos, pois nos interessam as idades da amostra desta pesquisa.

3.1 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Aos oito anos de idade ocorre a lateralização total da percepção espacial, há melhoras no funcionamento da formação reticular¹ e do hipocampo² e o início da fase final do amadurecimento pré-frontal³ acontece em torno dos nove anos (BEE; BOYD, 2011).

Entre os seis e doze anos de idade sucede a sinaptogênese e a poda sináptica, que é a destruição de diversas sinapses excluindo sistemas dispensáveis (VIEIRA, 2022). Na 27^a

¹ A formação reticular relaciona-se de forma significativa com o ciclo sono-vigília e com as fases do sono. O sono favorece a consolidação das memórias no hipocampo. (PEREIRA, 2022).

² Importante parte do sistema límbico, assim como a amígdala, giro do cíngulo e o córtex pré-frontal. (VIEIRA, 2022).

³ Parte anterior do lobo frontal localizado na parte frontal do crânio. Associado a integrar informações sensitivas internas e externas, avaliar ações futuras e planejamento motor para execução de acordo com as soluções encontradas (CRITIS, 2010).

embrionária é o primeiro momento no qual se iniciam, atingindo o pico durante os primeiros 15 meses de vida.

De acordo com Papalia e Feldman (2013), na terceira infância ocorrem avanços nas capacidades cognitivas, como o pensamento espacial, a criança começa a ser capaz de calcular distâncias e quanto tempo precisaria para ir em algum lugar. Também avançam capacidade de categorização, compreensão sobre causa e efeito, seriação e inferência (como perceber qual objeto é mais curto ou mais comprido, por exemplo) e o raciocínio indutivo e dedutivo (saber que as conclusões indutivas – com base em determinadas premissas, são menos corretas que as conclusões dedutivas – baseadas em premissas gerais).

Ainda segundo as autoras, também há avanço em relação a noção de conservação (saber que uma quantidade de massa enrolada em formato de bola conserva a mesma quantidade se apenas for transformada em formato linear, por exemplo) e sobre números e matemática, como fazer contas no plano mental e compreender a ordem crescente dos números. Envolve ainda o desenvolvimento da fluidez de raciocínio e lógica (WECHSLER, 2013).

A eficiência da memória de trabalho (ou memória operacional) melhora muito nessa fase do desenvolvimento, sendo a base para diversas habilidades cognitivas. Memória de trabalho é a função com a qual armazenamos uma informação enquanto outra está sendo manipulada mentalmente (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Berger (2017) refere que memória de trabalho foi anteriormente denominada como memória de curto prazo e é onde a atividade mental atual e consciente ocorre. Em concordância com Papalia e Feldman (2013), a autora pontua que a memória de trabalho melhora significativamente na meia infância.

Ainda em relação à memória de trabalho, em outra definição, ela é responsável pelo armazenamento rápido de informações para manipulação mental de tarefas complexas para a realização de uma ação. A memória de trabalho permite a aprendizagem, compreensão da linguagem e raciocínio (UEHARA; MATA; FICHMAN; MALLOY-DINIZ, 2016).

Em Wechsler (2013) encontramos a definição da memória de trabalho em substituição da memória de curto prazo, como a capacidade do indivíduo para processar informações, podendo ser considerada de curtíssimo prazo.

Em relação às Funções Executivas (FEs), não há consenso definido sobre todas as suas funções, mas sabe-se que residem no córtex pré-frontal e são responsáveis pelo controle atencional e inibitório, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva, identificação de metas, capacidade de planejamento e execução de comportamentos, julgamento, tomada de decisão e

pela autorregulação, que é o monitoramento do próprio desempenho (PAPALIA; FELDMAN, 2013; UEHARA; MATA; FICHMAN; MALLOY-DINIZ, 2016).

O desenvolvimento das FEs na infância e adolescência acompanha o desenvolvimento do cérebro. Conforme ocorre a poda sináptica, a velocidade de processamento mental melhora drasticamente (CAMARATA; WOODCOCK, 2006; LUNA *et al.*, 2004 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Segundo Uehara *et al.* (2016), em parte desse conjunto de processos cognitivos funciona o Sistema Atencional Supervisor (SAS) de Norman e Shallice (1986). Nessa concepção, as funções atencionais são discriminadas em processos atencionais automáticos, que acontecem de forma inconsciente, e os processos controlados, que ocorrem de modo consciente e são responsáveis pela seleção ou inibição de esquemas adaptativos em uma situação específica (UEHARA *et al.*, 2016).

Para Papalia e Feldman (2013), crianças em idade escolar são capazes de manter a atenção por mais tempo do que anteriormente conforme avançam em seus desenvolvimentos. Podem focalizar em um único estímulo enquanto conseguem ignorar outros irrelevantes. É a denominada atenção seletiva.

Ainda sobre as FEs, seu desenvolvimento continua na adolescência até a idade adulta, pois o córtex pré-frontal é uma das últimas partes do cérebro a amadurecer estruturalmente. (HUIZINGA; DOLAN; VAN DER MOLEN, 2006; ZELAZO; CRAIK; BOOTH, 2004; GOTAY *et al.*, 2004 *apud* UEHARA *et al.*, 2016).

O desenvolvimento das FEs não é linear, “[...] parecem melhorar sequencialmente ao longo dos anos: entre o nascimento e os 2 anos de idade, dos 7 aos 9 anos e um salto no fim da adolescência, entre os 16 e 19 anos de idade” (CAPILLA *et al.*, 2003 *apud* UEHARA *et al.*, 2016). Contudo, de acordo com os autores, pesquisas indicam que vários transtornos da infância e adolescência, como no TDAH, o autismo, entre outros, comprometem o funcionamento das FEs.

Devido à prolongada completa maturação do córtex pré-frontal e das FEs, a adolescência tende a ser uma fase permeada por comportamentos impulsivos e de risco, com preferência à gratificação imediata, quando há maior incidência de envolvimento em acidentes de trânsito, propensão a ocorrer relações sexuais sem proteção, maior incidência de suicídio e de uso ou abuso de substâncias (UEHARA; MATA; FICHMAN; MALLOY-DINIZ, 2016).

Ainda segundo os autores, o desenvolvimento das FEs durante a adolescência tem estreita relação com o salto no desenvolvimento da memória de trabalho, da tomada de decisão, da atenção sustentada e da velocidade de processamento e flexibilidade mental. (CRONE; VAN

DER MOLEN, 2004; HOOPER; LUCIANA; CONKLIN; YANGER, 2004; PRENCIPE *et al.*, 2011; SMITH *et al.*, 2011 *apud* UEHARA; MATA; FICHMAN; MALLOY-DINIZ, 2016).

Por último, Uehara *et al.* (2016) propõem que na adolescência o desenvolvimento das FEs é modulado pelo contexto afetivo e social, e evidências apontam para a relação entre maturação sexual e as mudanças na emoção e motivação, que são os componentes afetivos das FEs (CRONE, 2009 *apud* UEHARA *et al.*, 2016).

3.2 DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

Baseado em Papalia e Feldman (2013), sabe-se que o desenvolvimento psicossocial na terceira infância engloba o desenvolvimento da identidade e as autoras expõem sobre a criança na família, no grupo de pares e sobre a saúde mental. Este último não será abordado com profundidade nesse momento, pois na presente pesquisa o tema saúde mental na infância e no início da adolescência é discutido ao longo desta e é focado no tema proposto do presente trabalho.

Dentro do conceito do desenvolvimento da identidade, Papalia e Feldman (2013) indicam que o crescimento cognitivo não é uma área separada do desenvolvimento psicossocial, pelo contrário, permite à criança desenvolver conceitos mais complexos e a ganhar compreensão e controle emocional.

As autoras pontuam que por volta de sete ou oito anos as crianças se encontram no estágio do desenvolvimento que precede a entrada na adolescência. No início da terceira infância, o julgamento sobre si se torna mais consciente, realista, equilibrado e abrangente conforme as crianças formam os sistemas representativos (HARTER, 1993; 1996; 1998 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Papalia e Feldman (2013) e Berger (2017) reconhecem que o teórico Erik Erikson (1902-1994), psicanalista responsável pelo desenvolvimento da Teoria do Desenvolvimento Psicossocial dentro da Psicologia, propôs que no quarto estágio psicossocial do desenvolvimento, focalizada no conceito produtividade *versus* inferioridade, a autoestima é a visão que a criança tem de sua capacidade para o trabalho produtivo (BERGER, 2017). O foco é direcionado para a socialização formal e a educação. Contudo, se houver muita pressão ou inadmissão das falhas pode surgir sentimento de inferioridade.

A virtude que acompanha a resolução bem-sucedida desse estágio é a competência. E a competência da criança é avaliada pela própria percepção que ela possui sobre ser capaz de dominar certas habilidades e de realizar tarefas. Se a criança se sente inadequada diante dos

seus pares, tende a se refugiar na família, que é um lugar de proteção. Para Papalia e Feldman (2013), “[...] os pais têm grande influência nas crenças de uma criança sobre competência”. (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 357).

Vivenciando o quarto estágio do desenvolvimento psicossocial, é importante para a criança que ela realize atividades até mesmo consideradas “chatas”, como fazer cálculos na disciplina de matemática da escola ou precisar completar tarefas de leitura ou escrita. Contudo, estando a criança neste estágio, ela tende a realizar atividades como estas por serem trabalhos considerados produtivos e valorizados pela sociedade. Dessa maneira, está construindo sua autoestima ao se comparar e ao ser comparadas aos seus pares (PAPALIA; FELDMAN, 2013; BERGER, 2017).

Segundo Berger (2017), o autoconceito é a ideia que a criança tem sobre si mesma, influenciado pela comparação com seus pares. Tal ideia, inclui sua inteligência, personalidade, habilidades, gênero e origens étnicas. Conforme a criança se desenvolve, gradualmente o autoconceito se torna mais específico e lógico, resultado do desenvolvimento cognitivo e da percepção social.

Papalia e Feldman (2013) também explicam sobre o crescimento emocional e o comportamento pró-social na terceira infância. Conforme as crianças crescem, tornam-se mais conscientes dos seus próprios sentimentos e sobre os dos demais, são capazes de apresentar melhor controle sobre suas emoções e a responder ao sofrimento emocional de outras pessoas.

Por volta dos sete ou oito anos as crianças reconhecem em si a vergonha e a culpa (HARRIS *et al.*, 1987; OLTHOF *et al.*, 2000 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013) e conseguem verbalizar o que sentem, inclusive emoções conflitantes. Mas, também, já têm conhecimento de regras da sua cultura e sabem o que é um comportamento socialmente aceito. Aprendem sobre o que provoca nelas raiva, medo e tristeza e como outras pessoas reagem às expressões dessas emoções, além de aprenderem a se comportar de acordo com a situação.

Crianças com dificuldade de controlar suas emoções tendem a exibir irritação ou frustração quando interrompidas ou quando não são permitidas a realizar algo que desejam. Isso significa possuir baixo controle voluntário, o qual está relacionado com a dificuldade sobre o controle por esforço das emoções, da atenção e do comportamento (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Tais características dizem respeito à autorregulação emocional, que será melhor discutida posteriormente.

Eventos estressantes fazem parte da vida das pessoas, inclusive durante a infância, e crianças também aprendem a lidar com eles. Contudo, quando o estresse é muito intenso ou

tem duração prolongada, é possível que a criança ou o adolescente desenvolva problemas psicológicos e desencadeie determinadas reações de acordo com a idade. (Tabela 3).

Tabela 3: Reações das crianças ao trauma em diferentes idades.

Idade	Reações típicas
5 anos ou menos	Medo da separação dos pais Choro, choramingo, grito, tremores Imobilidade ou movimentos sem objetivo Expressões faciais de pavor Apego excessivo Comportamentos regressivos (sugar o polegar, urinar na cama, medo do escuro)
6 a 11 anos	Retraimento excessivo Comportamento problemático Incapacidade de prestar atenção Dores no estômago ou outros sintomas sem base física. Desempenho escolar baixo, recusa em ir à escola Depressão, ansiedade, culpa, irritabilidade ou entorpecimento emocional Comportamentos regressivos (pesadelos, transtorno do sono, medos irracionais, acesso de raiva ou brigas)
12 a 17 anos	<i>Flashbacks</i> Entorpecimento emocional, confusão Esquiva a lembranças de evento traumático Fantasias de vingança Retraimento, isolamento Abuso de drogas Problemas com os pares, comportamento antissocial Queixas físicas Esquiva da escola, declínio no desempenho escolar Distúrbios do sono Depressão, pensamentos suicidas

Fonte: NIMH, 2001 *apud* Papalia; Feldman (2013).

Flashbacks ou memórias repetidas de fatos passados de traumas violentos e severos são características do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). (*DESK REFERENCE TO THE DIAGNOSTIC CRITERIA FROM DSM-5-TR*, 2022).

Segundo o DSM-5-TR *Desk Reference* (2022), os sintomas podem surgir em crianças a partir dos seis anos de idade, adolescentes e adultos após a exposição de eventos traumáticos. Contudo, mesmo antes dos seis anos se a criança for exposta às situações violentas, ela pode apresentar os sintomas após essa idade.

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático leva a consequências graves para a saúde mental e repercute nas funções cognitivas, como a memória, atenção, orientação espacial, regulação emocional e funções executivas (HATZENBERGER *et al.*, 2010).

No TEPT “[...] prejuízos funcionais estão associados a erros de interpretação de estímulos ambientais, dificuldades de automonitoramento e de integração de processos mnemônicos, sugere-se que as funções executivas sejam centrais no TEPT” (KRISTENSEN *et al.*, 2006 *apud* HATZENBERGER *et al.* 2010 p. 97).

No que tange ao papel da família, para Berger (2017) as crianças que estão na primeira infância dependem dela na vida como um todo, para cuidados com alimentação, saúde, entre outros. Assim, a vivência familiar pode ser benéfica e é capaz de acompanhar o desenvolvimento da criança oferecendo suporte e apoio. Porém, em outras famílias a realidade pode não ser a mesma, podendo haver influências negativas e até mesmo destruidoras. Algumas crianças aparentam conseguir “escapar” dessas influências e podem não ser afetadas como seria o esperado. São consideradas, portanto, resilientes. Todavia, é pontuado que ninguém é totalmente imune ao passado ou ao contexto presente (JENSON; FRASER, 2006; LUTHAR *et al.*, 2003; MANSEN, 2013 *apud* BERGER, 2017).

Conforme a autora, baseada em Luthar *et al.* (2002), a resiliência pode ser definida por três aspectos: a) a resiliência é dinâmica – não é um traço estável. Significa que a pessoa pode ser resiliente em alguns períodos e não ser em outros; b) resiliência como sendo uma adaptação positiva ao estresse – por exemplo, quando a rejeição dos pais leva a criança a ter um relacionamento mais próximo com outro adulto; c) a adversidade deve ser significativa – algumas adversidades são comparativamente “menores” (quebrou um brinquedo que gostava muito, é o mais alto da turma, entre outras) e algumas maiores (como negligência, abandono, entre outras). A criança deve ser capaz de lidar com ambos os tipos de adversidades, mas isso não significa que são resilientes, pois dependerá do modo como ela lidará com tais adversidades. (LUTHER *et al.*, 2000 *apud* BERGER, 2017).

A partir de estudos sobre o impacto do ambiente no desenvolvimento infantil, alguns estudiosos sugerem que os genes, pares e comunidade têm grande influência na personalidade e nas habilidades desenvolvidas pelas crianças, mais até do que os pais e a família, exceto em ambientes abusivos. Assim, Berger (2017) reforça que pares também são pontuados como vitais durante a terceira infância, assim como Harris (1998/2002) e Mcleod *et al.* (2007), e as escolas e culturas influenciam o que as crianças aprendem e o quanto aprendem. Entretanto, estudos mais recentes mostram que nos casos em que ocorrem divórcios, desemprego, ou outras situações desestabilizantes, o impacto vai depender dos genes, da idade, da resiliência ou do gênero da criança (BERGER, 2017).

No que concerne à família, podemos analisá-las sob dois aspectos: estruturalmente e em funcionalidade. A estrutura diz respeito aos relacionamentos legais e genéticos, podendo ser da família nuclear ou estendida, com pai e mãe, com padrasto e madrasta e outras configurações. Sobre a função, diz respeito ao funcionamento dessa família, sobre o modo como ela atende as necessidades básicas da criança, como saúde, educação, proteção, e o quanto propicia condições para o desenvolvimento saudável dos aspectos emocionais, dando apoio, suporte, entre outros aspectos, trazendo harmonia e estabilidade (BERGER, 2017).

Crianças em idade escolar passam mais tempo fora de casa visitando e socializando com os colegas do que quando eram mais novas. Porém, a família continua sendo uma parte importante para elas. De acordo com Papalia e Feldman (2013), pesquisas sugerem que as refeições em família estão relacionadas com a saúde e o bem-estar das crianças e ao desenvolvimento do vocabulário (BEALS; SNOW, 1994 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Crianças expostas à discórdia parental ou parentalidade insatisfatória tendem a apresentar altos níveis de comportamentos internalizantes e externalizantes. Comportamento internalizante diz respeito aos comportamentos problemáticos de natureza emocional e comportamentos externalizantes são os considerados comportamentos problemáticos de atuação (SPARROW *et al.*, 2019).

O controle do comportamento é passado dos pais para os filhos gradualmente. Na terceira infância ocorre a divisão de poder, uma fase de transição para a criança denominada correção. A correção está relacionada ao modo como os pais lidam com a disciplina. Pais que utilizam a palmada quando a criança é mais nova, tendem a diminuir a prática conforme a criança cresce. Conforme Lansford *et al.* (2009) *apud* Papalia e Feldman (2013), prática de castigo físico após os dez anos de idade tende a levar a piores problemas de comportamento na adolescência e a maneira como os pais resolvem conflitos é mais importante do que o próprio resultado (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O grupo de pares ajuda a criança a aprender a se relacionar na sociedade, por outro lado, pode alimentar tendências antissociais. Para mais, o preconceito e a discriminação podem levar à depressão ou aos problemas de conduta (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Ter amigos é importante porque a rejeição e falta de amizade na terceira infância proporcionam efeitos negativos de longo prazo além de afetar a autoestima no início da fase adulta. Adicionalmente, é possível que o adulto desenvolva depressão por consequência.

Em relação ao *bullying*, os fatores de risco para a vitimização são dificuldade no ajustamento. Crianças “tendem a ser ansiosas, deprimidas, desconfiadas, quietas, submissas e a chorar com facilidade, ou ser encrenqueira e provocadoras”. (HODGES *et al.*, 1999; OLWEUS, 1995; VEENSTRA *et al.*, 2005 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013 p. 374). Crianças vítimas de *bullying* tendem a ter poucos amigos e podem viver em ambiente severo e punitivo. Não se sabe ao certo se a baixa autoestima está relacionada ao risco de ser vítima de *bullying* ou consequência dele.

Bee e Boyd (2011) fazem um delineamento sobre o desenvolvimento da cognição social a partir dos doze anos de idade fundamentado pelo teórico Lawrence Kohlberg (1927-1987). Kohlberg foi um psicólogo estadunidense que se especializou na investigação sobre educação, se tornou conhecido pela sua teoria dos níveis de desenvolvimento moral e teve como influência Jean Piaget (1896-1980). Para o psicólogo, a partir dos doze anos a criança passa a fazer descrições dos outros e de si mesma. Além disso, começa a incluir exceções, comparações, condições especiais, apresenta traços de personalidade mais profundos e empatia com o sofrimento geral do outro (BEE; BOYD, 2011).

No que tange aos relacionamentos sociais, o teórico Erik Erikson (1902-1994) sugere que a partir dos doze anos surge a identificação com determinados grupos, que são de grande importância, caracterizado como o estágio identidade *versus* confusão. Inclina-se a manter amizades estáveis e íntimas, que se intensificam. Aparecem com mais intensidade os conflitos com os pais, que chegam ao ponto máximo no início da puberdade (BEE; BOYD, 2011). Contudo, o adolescente bem ajustado tende a atravessar a adolescência sem a presença de problemas sérios, na vida adulta podem desenvolver relacionamentos afetivos mais estáveis e tendem a levar uma vida bem ajustada (OFFER *et al.*, 2002 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Pela teoria de Erikson a tarefa principal da adolescência é confrontar a crise identidade *versus* confusão de identidade “de modo a tornar-se um adulto singular com uma percepção coerente do *self* e com um papel valorizado na sociedade” (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 422, grifo das autoras). A tensão entre ser diferente e ceder às normas para ser aceito em algum

grupo gera a crise de identidade e o adolescente experiencia a pressão para assumir um papel na sociedade. Juntamente com as transformações biológicas, pode acontecer de o adolescente não se reconhecer nos novos papéis, resultando em confusão de identidade.

Ainda de acordo com as autoras, os adolescentes que resolvem essa crise de identidade de modo satisfatório, desenvolvem a virtude da lealdade constante, fé ou sentimento de integração com uma pessoa amada ou com amigos e companheiros.

Segundo Bee e Boyd (2011), aos doze ou treze anos o adolescente está assimilando um número enorme de experiências físicas, sociais e intelectuais. Durante esse processo, ele está vivenciando um estado relativamente constante de desequilíbrio e é durante esse período que o grupo com o qual ele se identificou se torna tão importante.

Além da busca pela identidade, há um aumento significativo das demandas com as quais os adolescentes têm que lidar, como novas habilidades sociais, conteúdos escolares mais complexos, ingresso no Ensino Médio, às vezes mudança de residência, possível divórcio no casamento dos pais, entre outras exigências adaptativas externas.

Para Bee e Boyd (2011), o aumento nas taxas de depressão e a queda na autoestima parecem estar relacionados ao excesso de demandas e diversas mudanças para o adolescente. Além disso, quanto maior o número de demandas, relacionar-se pode ser acompanhado por um maior aumento de problemas de comportamento e queda no desempenho escolar (SIMMONS; BURGESSON; REEF, 1988).

Em estudo mais recente consta que os adolescentes podem não encontrar maneiras de usar as habilidades que adquiriram na terceira infância. Tais habilidades são necessárias para obtenção de sucesso na cultura onde estão inseridos, e quando encontram dificuldade em fixarem-se em uma identidade ocupacional, correm o risco de apresentarem comportamento com sérias consequências, como aqueles que incluem violação da lei (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Baseado em Bee e Boyd (2011), verificamos que é possível traçar um paralelo sobre as demandas estressantes vivenciadas por crianças com dois anos de idade e o adolescente. Ambos estão em fase de exploração do mundo, mas, ao mesmo tempo, necessitam saber que os pais estarão presentes nos momentos de insegurança e medo. Nessas situações, nas quais a criança com dois anos e o adolescente necessitam de uma base segura, percebem que podem explorar o mundo com amparo. Em ambos os casos, é preciso haver equilíbrio entre colocar limites claros e fornecer a segurança necessária para os seus desenvolvimentos.

De acordo com as pesquisas do psicólogo James E. Marcia (1996; 1980 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013), existem quatro diferentes estados de identidade ou estados do

ego (*self*): a) realização de identidade – a crise que leva ao compromisso. Pessoas desta categoria são mais maduras e mais competentes socialmente do que as pessoas das outras três; b) execução – compromisso sem crise. Por exemplo, uma pessoa com estreitos laços familiares, é obediente e tende a seguir um líder mais forte, que não aceita discordâncias; c) moratória – crise sem ainda haver compromisso. É possível sair da crise com a capacidade de assumir compromissos e de construir sua identidade; d) difusão de identidade – pessoas dessa categoria tendem a ser infelizes e frequentemente solitárias (MARCIA 1996; 1980 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

4 TDAH E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Conforme Prifitera *et al.* (2016), a autorregulação emocional é a capacidade do indivíduo de autorregular suas emoções e exercer controle sobre suas reações emocionais diante de estímulos externos e, assim, poder guiar suas motivações por fontes internas. As emoções e sentimentos são aspectos centrais da regulação biológica e estabelecem uma ponte entre processos racionais e irracionais, entre as estruturas corticais e subcorticais. (DAMÁSIO, 1996).

Na infância a criança tende naturalmente à gratificação imediata e conforme avança no desenvolvimento seu comportamento vai sendo modulado a uma motivação interna mais forte e com a aceitação do reforço ou gratificação tardia. (PRIFITERA *et al.*, 2016).

Baseado em Prifitera *et al.* (2016), no TDAH a motivação se mantém externa, assim, o indivíduo continua com necessidade de reforço contínuo e com déficits em pensamentos orientados para o futuro. Isso acontece devido à falha no controle inibitório, que é a habilidade de inibir um comportamento já iniciado. Déficit na inibição de resposta resulta na incapacidade para regular completamente suas emoções e expressões emocionais.

Os autores explicam como o prejuízo em inibição de respostas dificulta colocar as situações em perspectiva e compreender as motivações dos outros, o que levaria a melhores relações interpessoais e sociais:

[...] se existe um déficit na inibição de resposta, é provável que emoções associadas a essas respostas também não sejam inibidas. Como resultado, a criança exibirá reações emocionais de modo desregulado, tais como parecer ansiosa demais ao dar respostas, ou raivosa e frustrada por não ser chamada para responder. Adicionalmente, a criança não levará em consideração pontos de vista e emoções de seus colegas quanto a seus comportamentos. Finalmente, esse déficit na inibição limitará seu desenvolvimento de fontes

internas de motivação, levando a uma necessidade contínua de fontes externas de recompensa (PRIFITERA *et al.*, 2016, p. 266).

Déficits no controle inibitório estão relacionados aos prejuízos comportamentais ligados às funções executivas. Comportamento menos flexível, persistência fraca quando direcionado à um objetivo, tendência a perseveração com dificuldade em aproveitar o *feedback* externo sobre erros para mudar um comportamento, desorganização relacionada ao tempo e dificuldade em retornar para atividades direcionadas a um objetivo são alguns exemplos. (BARKLEY, 1998 *apud* PRIFITERA *et al.*, 2016). Adicionalmente, déficit na inibição do comportamento leva a déficits secundários em diversas funções executivas, como memória operacional verbal e não verbal, autorregulação do afeto e da motivação.

Conforme Moraes (2022), as funções executivas podem ser classificadas como “frias” ou “quentes” (ZELAZO; MILLER, 2002 *apud* MORAES, 2022). Os componentes frios estão associados às regiões do córtex pré-frontal dorsolateral e voltadas às operações cognitivas mecânicas, como memória trabalho, aos aspectos lógicos, como raciocínio lógico abstrato, e incluem planejamento cognitivo, flexibilidade, monitoramento e controle inibitório. Por outro lado, os componentes quentes estão associados ao córtex pré-frontal ventromedial e orbitofrontal, de onde se expressam comportamentos emocionalmente conscientes, portanto, relacionados aos aspectos emocionais. Inclui desejos, diz respeito à regulação do afeto e do próprio comportamento social, interpretações pessoais, julgamento, empatia e estão envolvidas a capacidade de adiar gratificação e tomada de decisão. Além disso, estariam ligadas ao aspecto motivacional envolvendo recompensas e habilidades voltadas à cognição social, como a percepção social e a teoria da mente⁴. Inclui ainda busca por resolução de problemas, tanto de ordem interna como externa (MORAES, 2022). Todavia, Uehara *et al.* (2016) comentam sobre a limitação do modelo citado:

[...] é difícil determinar tarefas que seriam principalmente “quentes” ou “frias”, já que fatores bastante subjetivos, como o nível de motivação, são determinantes nessa separação (WELSH; PETERSON, 2014 *apud* UEHARA *et al.*, 2016, p. 31).

É devido às FEs que o indivíduo é capaz de inibir um comportamento a fim de obter um resultado adequado em relação a uma situação apresentada. Isso chamamos de monitorar e ser capaz de controlar um comportamento. Para que a autorregulação emocional seja

⁴ Capacidade de compreender os estados emocionais ou as emoções expressas pelo outro (SANTOS; ROCCA; ACHÁ, 2017).

possível, é necessário que o indivíduo seja capaz de monitorar e inibir um comportamento já iniciado, ou seja, é preciso satisfatório funcionamento do controle inibitório (MORAES, 2022).

Para Serafim *et al.* (2017), a emoção modula o desenvolvimento da interação social e influencia a nossa capacidade de analisar, planejar e executar uma ação e o controle dos impulsos, que está diretamente relacionado ao controle inibitório. A impulsividade seria uma falha em resistir a um instinto ou desejo. Trata-se da expressão de uma ação antes mesmo da análise, culminando em ações, portanto, sem planejamento e frequentemente prejudicial ao indivíduo ou aos outros. Aliás, a impulsividade torna-se capaz de interferir diretamente no processo de tomada de decisão e na avaliação das consequências das próprias ações. (SERAFIM *et al.*, 2017).

Recordando o exposto no DSM-5 (2014) e mencionado no início do presente trabalho, um dos subtipos do TDAH apresenta como critério diagnóstico comportamento predominantemente hiperativo-impulsivo diferenciado por severidade (leve, moderado ou grave). De acordo com o Manual, “Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados ‘de externalização’, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno de conduta” (DSM-5, 2014, p. 32).

Ainda baseado no DSM-5 (2014), as consequências funcionais do TDAH incluem baixo desempenho escolar, sucesso acadêmico reduzido e rejeição social. Crianças com TDAH exibem probabilidade maior do que seus pares para desenvolver transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na vida adulta, além do aumento do risco de desenvolver transtorno por uso de substâncias e problemas com a lei. Em relação ao âmbito familiar, pode haver discórdia e vivências negativas. Lembrando que o diagnóstico diferencial no TDAH inclui o transtorno de oposição desafiante, transtorno explosivo intermitente, outros transtornos do neurodesenvolvimento (como o transtorno do espectro autista), entre outros.

Conforme o *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5-TR* (2022), exemplos de alguns dos sintomas do transtorno de oposição desafiante são raiva/humor irritável (perde a paciência, se aborrece com facilidade e fica com raiva ou ressentido frequentemente) e comportamento argumentativo desafiante (desafia figuras de autoridade).

No transtorno de conduta fazem parte da lista de sintomas alguns modos de apresentar agressão contra animais ou pessoas, há exemplos de destruição de propriedade e critérios em sérias violações de regras, como ficar fora de casa durante a noite, mesmo com a proibição dos pais, e não se empenhar ou faltar à escola frequentemente (com início antes dos 13 anos de idade) (DSM-5-TR *Desk Reference*, 2022, p. 183).

Segundo Reis e Habigzang (2021), a raiva é uma emoção presente em todos os indivíduos independentemente da cultura. Apesar disso, alguns indivíduos podem apresentar dificuldades na maneira de expressá-la e de lidar com ela nas relações interpessoais. A agressão reativa, ou hostilidade agressiva, estaria relacionada a maior rejeição pelos pares, maiores níveis de raiva e piores habilidades de regulação emocional.

Anker, Ginsberg e Heir (2021) referem que TDAH frequentemente ocorre junto com comportamento antissocial e estudos têm indicado altas taxas de TDAH entre prisioneiros devido à crime praticado. Completam que diversos estudos mostram que condenação criminal e comportamento antissocial estão relacionados com a gravidade do TDAH.

Comportamento antissocial está fortemente relacionado com a instabilidade emocional e com problemas em lidar com a raiva. Tais condições podem ser identificadas por meio da irritabilidade, explosões de temperamento e expressões emocionais exacerbadas e inadequadas. São, portanto, características da desregulação emocional (SHAW *et al.*, 2014 *apud* ANKER; GINSBERG; HEIR, 2021).

Conforme Anker, Ginsberg e Heir (2021), a desregulação emocional é característica comum no TDAH, mas não faz parte dos critérios diagnósticos para o transtorno. Está associada aos crimes violentos e nos adultos o comportamento é similar ao do transtorno opositor desafiante presente em indivíduos mais novos (AEBI *et al.*, 2016 *apud* ANKER; GINSBERG; HEIR, 2021).

A desregulação emocional está presente nas respostas exacerbadas de tristeza, ansiedade, medo, ações suicidas e outros comportamentos que também estão relacionados com a depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos da personalidade, lesões cerebrais e processos demenciais (DVIR *et al.*, 2014; FORD; CORTIOUS, 2014; FISHER *et al.*, 2015; ISMAIL *et al.*, 2018 *apud* ANKER; GINSBERG; HEIR, 2021).

Em estudo clínico transversal observacional conduzido por Anker, Ginsberg e Heir (2021) foram selecionados 629 participantes com idades entre 18 e 65 anos (homens e mulheres). A amostra, com TDAH, estava em tratamento ambulatorial em clínica psiquiátrica especializada na avaliação e tratamento do transtorno em adultos na cidade de Oslo, na Noruega. No estudo foram registradas a gravidade dos sintomas e se o participante já havia sido preso ou condenado criminalmente.

A pesquisa demonstrou uma alta incidência de crimes entre os pacientes com TDAH comparado com a população geral independentemente do gênero. De acordo com o estudo, alto risco para crime em pessoas com TDAH também aparecem em outros países escandinavos, com incidências relativamente baixas de crimes na população geral.

Em relação à hiperatividade-impulsividade, os achados apontaram que condenação criminal estava relacionada à gravidade dos sintomas, em consonância com outras pesquisas que relacionaram a gravidade dos sintomas com comportamento antissocial (GUDJON *et al.*, 2013; GUDJON *et al.*, 2014; RASMUSSEM *et al.*, 2016 *apud* ANKER; GINSBERG; HEIR, 2021). Em crianças com TDAH, estudos indicaram que a gravidade dos sintomas estava associada a posterior condenação criminal. (SKARDHAMAR, 2014; PINGAULT *et al.*, 2013 *apud* ANKER; GINSBERG; HEIR, 2021).

Anker, Ginsberg e Heir (2021) acreditam que a hiperatividade-impulsividade leva a comportamentos criminosos devido à sensação e procura por novidades aliada a dificuldade em planejamento e proatividade. Por essa razão, pessoas com TDAH predominantemente hiperativas-impulsivas são mais suscetíveis à violação da lei e condenação. (DONFRANCESCO *et al.*, 2015; MANN *et al.*, 2017; YOUNG *et al.*, 2007 *apud* ANKER; GINSBERG; HEIR, 2021).

Diante disso, os autores comentam sobre a importância de abordar a gravidade do TDAH como orientado pelo DSM-5 (na identificação de leve, moderado ou grave), e não buscar apenas a identificação do subtipo.

Conforme Anker, Ginsberg e Heir (2021) sugerem, o conhecimento sobre a desregulação emocional acrescenta significativamente à compreensão das condenações criminais na presença do transtorno. Os autores também verificaram que agressão na infância é preditivo para criminalidade mais tarde na vida e que traços de personalidade com emocionalidade negativa têm sido relacionado à atividade criminosa.

Por fim, os autores enfatizam sobre a importância da identificação do TDAH e do comportamento disruptivo seguido de plano interventivo e preventivo a fim de tornar possível a diminuição do risco para atividades criminosas em pessoas com TDAH.

5 EFICIÊNCIA INTELECTUAL

Segundo Oliveira (2022), para Dalgarrondo (2008) a inteligência inclui possuir habilidades como o raciocínio, planejamento, resolução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de ideias complexas, bem como a aprendizagem rápida e por experiências. (DALGALORRONGO, 2008 *apud* OLIVEIRA, 2022, p. 56).

Oliveira (2022) resume a perspectiva acima pontuando que a inteligência reside além do potencial cognitivo, pois está relacionada com as potencialidades envolvidas em adaptação e funcionalidade do indivíduo. A inteligência humana se diferenciaria das demais espécies

devido à capacidade de aprendizagem mediante a experiência. Assim, a inteligência é influenciada por fatores culturais, sociais e históricos. (OLIVEIRA, 2022).

Tonietto, Sperb e Poggere (2018) definem que a inteligência está relacionada com a habilidade de utilizar o conhecimento disponível para resolver problemas do cotidiano e direcionar ações e metas. As FEs englobam processos necessários para a execução de uma ação, tais como a atenção, memória, linguagem, raciocínio e tomada de decisão. Portanto, as FEs teriam relação direta com a tomada de decisão e estaria ligada à inteligência (TONIETTO; SPERB; POGGERE, 2018).

Para Wechsler (2004) a inteligência é um construto multidimensional que pode se manifestar de várias formas. É a capacidade de agirmos, pensarmos racionalmente e lidarmos efetivamente com o ambiente. Psicólogo estadunidense, manteve a definição na qual acreditava sobre inteligência durante toda sua trajetória profissional.

Pesquisas afirmam que a velocidade de processamento das informações está diretamente relacionada à capacidade mental; ao desempenho e ao desenvolvimento de leitura; ao raciocínio, contando com recursos armazenados; e ao uso eficiente da memória de trabalho para tarefas complexas. (KAIL; SALTHOUSE, 1994; KAIL; HALL, 1994; FRY; HALE, 1996; KAIL, 2000 *apud* WECHSLER, 2004). A medida da velocidade de processamento é importante devido à sua relação com o desenvolvimento neurológico, com outras atividades cognitivas e com o aprendizado (WECHSLER, 2004).

David Wechsler (1896-1981) é conhecido internacionalmente pelo desenvolvimento da escala mais utilizada para a avaliação da inteligência, a Escala de Inteligência *Wechsler* para Crianças – *WISC* (1949), utilizada na presente pesquisa devido à idade da amostra, e a Escala de Inteligência *Wechsler* para Adultos – *WAIS* (1955). (NASCIMENTO; FIGUEIREDO; VIDAL, 2018).

As escalas *Wechsler* são exemplos de instrumentos psicométricos. A psicometria é uma teoria da medida dedicada a explicar os fenômenos psicológicos utilizando-se de metodologia quantitativa para buscar precisão (MIGUEL, 2022).

Atualmente, no Brasil utiliza-se a versão III da *WAIS* (*WAIS-III*) e a versão IV da *WISC* (*WISC-IV*). A *WISC-IV* é direcionada para crianças a partir dos seis anos de idade completos até os dezesseis anos, onze meses e trinta dias de idade. Então, partir dessa idade aplica-se a *WAIS*. Tanto a *WAIS* como a *WISC* apresentam dados normativos separados por faixa etária. No entanto, para a análise da *WISC* é importante ter conhecimento sobre os anos, meses e o dia do nascimento da criança ou adolescente em relação a data do início da aplicação dos subtestes da escala para que seja possível obter resultados válidos.

A *WISC-IV* é composta por 15 subtestes e a *WAIS-III* por 14 e em ambas as escalas os subtestes são divididos em escala verbal e de execução. A partir deles, a escala nos indica a eficiência intelectual total do examinando, ou o Quociente de Inteligência (QI) (WECHSLER, 2013). Além disso, oferecem quatro índices de verificação de habilidades cognitivas. São eles: Índice de Compreensão Verbal (ICV), Índice de Organização Perceptual (IOP), Índice de Memória Operacional (IMO) e o Índice de Velocidade de Processamento (IVP). Na *WAIS-III*, além de os subtestes serem divididos em escala verbal e de execução, também nos proporciona o QI Verbal e o QI de Execução.

O ICV envolve a verificação das habilidades verbais por meio do raciocínio, da compreensão e da conceituação e o IOP sobre a organização perceptual. O IMO analisa a atenção, a concentração e a memória operacional e o IVP identifica a agilidade mental e o processamento grafomotor. (WECHSLER, 2013).

Os subtestes da *WISC-IV* nos dão informações sobre conhecimento verbal e de informações armazenadas, inteligência cristalizada, fluidez de raciocínio e lógica, desenvolvimento de conceitos e linguagem, habilidades relacionadas com a visualização espacial, coordenação visomotora, conceituação abstrata, raciocínio verbal abstrato, compreensão verbal, raciocínio fluido não verbal, percepção visual, concentração, atenção, velocidade de processamento, memória operacional, memória verbal e visual, e outras.

As informações fornecidas pelas escalas são de grande relevância na investigação psicológica e neuropsicológica e orientam o profissional no caminho que será trilhado no trabalho clínico, no plano interventivo, em pesquisa e outros contextos. Contudo, apenas dados normativos não são suficientes na busca por esclarecimento sobre o funcionamento cognitivo e mental do avaliando. Sobre tal observação, Prifitera, Saklofske e Weiss (2016) pontuam:

Boas práticas na utilização dos testes devem incluir também olhar para os resultados do teste em um contexto de múltiplas fontes de informação [...] a ideia de simplesmente olhar para os padrões de escores dos testes em isolamento de outros pedaços de informação, quer na clínica, quer em pesquisa, é limitada e provavelmente errada na maioria dos casos. É realmente necessário pensar de forma multivariada, que é o que o bom profissional clínico faz. (PRIFITERA; SAKLOFSKE; WEISS, 2016, p. 9).

As escalas são instrumentos complexos no que concerne a aplicação, correção e interpretação. Isso significa que é imperioso estudar o manual antes de aplicar os subtestes. Por essa razão, devem ser utilizadas não somente por profissional habilitado, mas capacitado e treinado. Além da complexidade, pode ser um desafio “transformar números em texto” de modo claro e acessível para as famílias. Desse modo, é de extrema importância ter

conhecimento teórico e prático, além de postura ética, na aplicação, correção e na pontuação dos resultados, assim como na anamnese e na entrevista devolutiva.

De acordo com Prifitera, Saklofske e Weiss (2016), as escalas podem ser muito úteis no estabelecimento dos prejuízos característicos do TDAH, como em relação à memória operacional. Além disso, fornece a possibilidade de excluir outras condições com as mesmas queixas presentes no TDAH ou de identificar transtornos coexistentes, como transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) e o transtorno de aprendizagem.

Ainda segundo os autores, também é possível identificar forças e fraquezas para planejamento interventivo, avaliações de progresso, prognóstico e tomada de decisões sobre o caso. (WECHSLER, 2013). No entanto, é recomendável fazer uso de outros instrumentos para ampliar a investigação ou esclarecer dúvidas a respeito de alguns resultados.

5.1 INTELIGÊNCIA FLUIDA E CRISTALIZADA

De acordo com Benítez, Diaz e Diaz (2016), a teoria bifatorial de inteligência de Cattell (1905-1998) e Horn (1928-2006) é amplamente aceita na comunidade científica e explica o desempenho intelectual com base em dois tipos de inteligência: a fluida e a cristalizada.

Para Schelini (2006), a inteligência fluida não depende do conhecimento adquirido previamente ou da influência cultural. Está mais envolvida em aspectos genéticos e relacionada ao desempenho em tarefas novas não automáticas e não verbais, como a capacidade de descobrir um padrão em uma sequência de figuras. (WECHSLER, 2013). A inteligência fluida exige a formação e reconhecimento de conceitos, identificação de relações complexas, compreensão de implicações e a realização de inferências, sendo mais afetada por lesões cerebrais ou má nutrição do que a cristalizada (CATTELL, 1987; BRODY, 1992; CARROLL, 1993 *apud* SCHELINI, 2006).

Benítez, Diaz e Diaz (2016) definem a inteligência fluida como visto a seguir:

[...] a inteligência fluida é definida pela utilização propositada de uma variedade de operações mentais na resolução de novos problemas, incluindo a formação e inferências de conceitos, classificação, geração e avaliação de hipóteses, identificação de relações, compreensão de implicações, extrapolação e transformação de informações (MCGREW, 2009; MCGREW; EVANS, 2004; KANE; GRAY, 2005 *apud* BENÍTEZ; DIAZ; DIAZ, 2016 p. 1).

Assim, a inteligência fluida é a capacidade de raciocinar rapidamente diante de desafios intelectuais totalmente novos, enquanto a inteligência cristalizada é desenvolvida a partir de experiências culturais e educacionais, além de poder ser exibida por meio do reconhecimento e significado de palavras, isto é, por meio de conteúdos verbais (TONIETTO; SPERB; POGGERE, 2014).

Segundo Lopes *et al.* (2012), a inteligência cristalizada diz respeito ao funcionamento intelectual que engloba a educação e o que foi aprendido. Melhor dizendo, está implicada em treino anterior, aprendizagem e às experiências de vida. Compreende ainda a habilidade de recordação e utilização de informações aprendidas, além de depender também da cultura. (BENSON; HULAC; LICHTENBERGER, 1999 *apud* LOPES *et al.*, 2012). Dessa maneira, a inteligência cristalizada pode ser identificada no “[...] vocabulário, conhecimentos gerais e respostas a situações e dilemas sociais, capacidades que dependem largamente da experiência educacional e cultural”. (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 533).

Schelini (2006) expõe que a inteligência cristalizada está relacionada às capacidades necessárias para a solução da maioria dos problemas diários, também conhecida como inteligência social ou senso comum. Em outras palavras, inclui conhecimentos adquiridos na escola e envolve memória de longo prazo para conteúdos verbais.

A inteligência cristalizada pode ser compreendida como o repertório de informações que acumulamos ao longo dos anos e tende a permanecer estável durante a vida adulta. Contudo, com o avanço da idade, há um declínio progressivo em inteligência fluida enquanto a inteligência cristalizada atinge o auge durante o final dos 40 anos e início dos 50, sendo que em algumas atividades, como o significado das palavras, aumenta até os 50 anos e só começa a cair nos últimos anos de vida (TONIETTO; SPERB; POGGERE, 2014).

Para Tonietto, Sperb e Poggere (2014), adultos com alta inteligência e maior nível de instrução mostram declínio mínimo com o avanço da idade, enquanto adultos com menor instrução e inteligência apresentam declínio maior (SIEGLER, 1999 *apud* TONIETTO; SPERB; POGGERE, 2014).

5.2 TEORIA DAS CAMADAS

Segundo Brandão (2004), a aprendizagem e a memória são processos que envolvem várias áreas cerebrais, mas certas estruturas estão mais envolvidas do que outras. Pode-se dizer que a aprendizagem corresponde à aquisição de novos conhecimentos do meio, leva à modificação do comportamento e a memória é a retenção desse conhecimento.

De acordo com Santos e Ghelli, o processo de ensino e aprendizagem implica em considerar uma variedade de aspectos que se correlacionam. Os mais importantes aspectos que fazem parte do processo ensinar e aprender diz respeito aos aspectos cognitivos. Porém, não se pode ignorar a importância do modo como se ensina, como se aprende e os processos educativos que são elaborados para a efetivação do processo de ensinar e aprender (SANTOS; GHELLI, 2015).

Teoria de aprendizagem significa uma construção humana para interpretar sistematicamente a área de conhecimento chamada aprendizagem, uma maneira de ver as coisas, de explicar e de resolver problemas (MOREIRA, 2011 *apud* SANTOS; GHELLI, 2015).

Dentre as teorias da aprendizagem existentes, cita-se a behaviorista, a construtivista, a sociointeracionista e cognitivista. A teoria de aprendizagem behaviorista busca produzir ações que direcionem o comportamento do indivíduo a reagir ao ambiente. A resposta está ligada à satisfação ou consequência, em que o comportamento será aprendido por meio do condicionamento de suas ações.

A teoria construtivista de Jean Piaget (1896-1980) baseia-se no estudo da gênese dos processos mentais do indivíduo e tais processos são construídos desde a infância. O desenvolvimento mental seria influenciado por fatores biológicos e o conhecimento seria proveniente da interação entre a pessoa e o objeto a partir da ação do indivíduo sobre o meio. (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Baseado na teoria construtivista, Reinaldo, Camacho e Reis (2011) explicam que a construção do conhecimento do aprendiz ocorre ao utilizar as experiências, pesquisas e solução de problemas. O conhecimento não surge como cópia da realidade, mas como uma interpretação de um ponto de vista.

A teoria sociointeracionista desenvolvida por Vygotsky (1896-1934) coloca que o desenvolvimento cognitivo ocorre por meio da interação social, ou seja, da interação com os outros e com o meio (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Pela perspectiva da teoria de Vygotsky, a aprendizagem é uma experiência social mediada pela utilização de instrumentos e signos, que possuem um significado – como a linguagem falada ou escrita, de acordo com os conceitos utilizados pelo próprio indivíduo.

Reinaldo, Camacho e Reis (2011) pontuam que a evolução cognitiva do indivíduo, além de depender do ambiente, depende dos conhecimentos desenvolvidos “[...] durante a interação entre si e o meio, o objeto ou as pessoas, levando em consideração o desenvolvimento mental do indivíduo”. (REINALDO; CAMACHO; REIS, 2011, p. 821).

Ainda segundo os autores, a teoria da aprendizagem cognitivista foi desenvolvida por David Ausubel (1918-2008), psicólogo da educação inspirado nos métodos de sistemas informáticos que processam dados para obter uma informação de modo sistêmico. A aprendizagem baseia-se no uso da informação envolvida nas estruturas cognitivas já estruturadas, ou em estruturação, e acontece devido às experiências obtidas de forma sistemática. O indivíduo “só irá adquirir novos conceitos se, e somente se, os conceitos que ele considera como os mais importantes foram aprendidos e estejam disponíveis na estrutura cognitiva em formação”. (REINALDO; CAMACHO; REIS, 2011, p. 822).

Para Silveira, Mustaro e Omar (2004), na proposta de Ausubel o aluno adquire novo conhecimento fazendo uma relação com o que aprendeu anteriormente e a construção desse conhecimento ocorre à medida em que o novo é incorporado às estruturas pré-existentes. Assim sendo, o conhecimento passa a ter significado a partir dessa relação. Porém, o próprio aprendiz deve ser capaz de estabelecer relacionamentos hierárquicos e associativos. Mas isso deve ocorrer no momento ensino-aprendizagem e de maneira que ele consiga estabelecer essa relação. Como acrescentam os autores:

A teoria de Ausubel é essencialmente uma abordagem *top-down* do processo de aprendizagem, visto que o processo de ensino-aprendizagem de um determinado assunto deve iniciar com a apresentação de um ou mais “organizadores avançados” que estejam ao mesmo tempo relacionados aos conhecimentos prévios do aluno. Somente então os objetos de aprendizagem específicos à aprendizagem do conceito/idéia [sic] em questão devem ser apresentados, o que em tese permitiria o passo final, que é a organização cognitiva do aluno. Ao admitir-se a possibilidade de se representar nessa estrutura também relacionamentos associativos, recai-se em uma estrutura de um grafo, como o são os mapas conceituais. (SILVEIRA; MUSTARO; OMAR, 2004, p. 1123, grifo dos autores).

Segundo Silveira, Mustaro e Omar (2004), a educação tradicional pode e deve ser mudada, pois é uma estrutura centrada na transmissão de conteúdos a partir de currículos fechados, onde o aluno não participa do processo ensino-aprendizagem e aponta para a construção de carreiras limitadas ao currículo escolar. Além disso, os docentes tentam adaptar estratégias pedagógicas também limitados pelo sistema educacional, incluindo obrigações sobre os conteúdos ministrados e as modalidades de avaliação.

Conforme Gagné *et al.* (1998; 1992), “há diferentes níveis de aprendizado, que por sua vez exigem diferentes condições para ocorrerem com sucesso. Estes níveis, por sua vez, levam a diferentes tipos de instrução, que por sua vez levam a resultados diferentes” (GAGNÉ *et al.*, 1998/1992 *apud* SILVEIRA; MUSTARO; OMAR, 2004, p. 1124).

A abordagem de Gagné considera o processo de construção do conhecimento como algo mais complexo do que simples respostas aos estímulos recebidos. Desse modo, apesar de essa abordagem demonstrar ser comportamentalista, agrega características cognitivistas e define uma sequência de nove eventos instrucionais ligados aos processos cognitivos. (Figura 1):

Figura 1: Modelo de Aquisição do Conhecimento do Aprendiz.



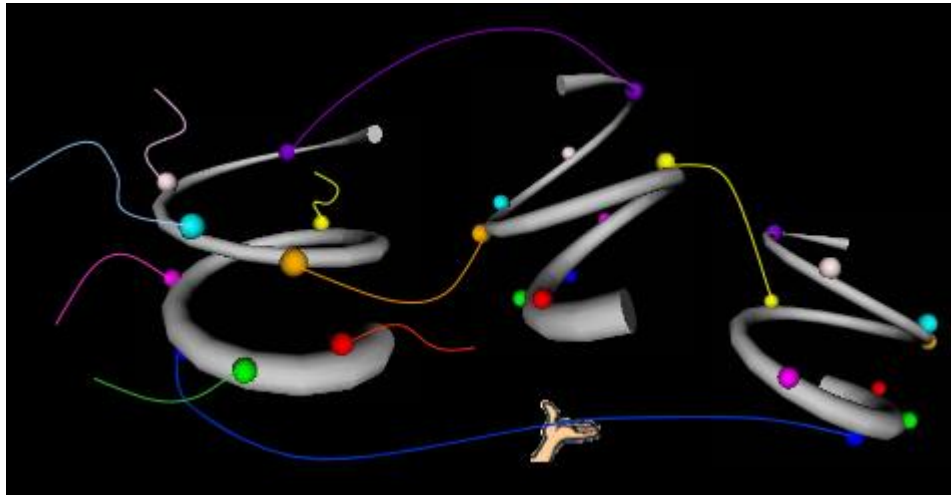
Fonte: Silveira; Mustaro e Omar (2004).

Dessa maneira, o processo de ensino-aprendizagem deverá seguir de forma sequencial os eventos acima descritos. De forma detalhada, de cima para baixo, está a atenção, que estaria relacionada à motivação da aprendizagem, à recepção e obtenção de atenção; a expectativa relacionada à apresentação dos objetivos e dos pré-requisitos; a recuperação seria o estímulo de lembrança de aprendizado anterior; a percepção seletiva, relacionada à apresentação de estímulos e informações; a codificação semântica, relacionada à orientação da aprendizagem; resposta seria a recuperação das informações, prática e teste de nível de aprendizagem; o reforço seria o fornecimento de *feedback*; o desempenho seria a recuperação e a avaliação dos conhecimentos adquiridos e a generalização seria o aprimoramento da retenção e transferência para o outros contextos. Esses são os nove eventos instrucionais de Gagné no Modelo de Aquisição do Conhecimento do Aprendiz.

O autores propõem, no entanto, que o modelo não deve ser utilizado por um único aprendiz, mas envolver todos os demais agentes no processo ensino-aprendizagem de forma que qualquer um deles pode interferir nos eventos instrucionais dos demais agentes, contribuindo para uma construção colaborativa do conhecimento, onde cada uma das espirais representa as condições de aprendizagem de cada um dos aprendizes, mediado por um tutor

que auxilia no que os autores chamam de sincronismo entre condições similares de aprendizagem (SILVEIRA; MUSTARO; OMAR, 2004). (Figura 2).

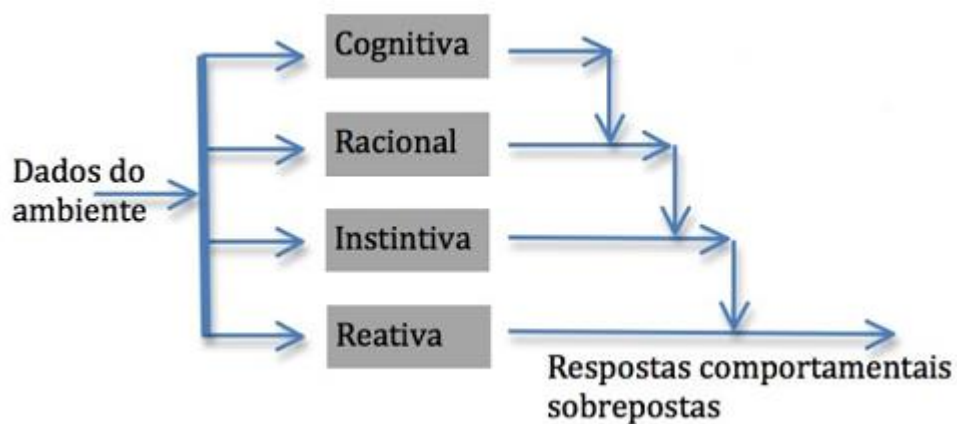
Figura 2: Modelo de Aquisição Colaborativa do Conhecimento para Múltiplos Aprendizes.



Fonte: Silveira; Mustaro e Omar (2004).

Por outro lado, a pesquisa de Reinaldo, Camacho e Reis (2011) propõe a reorganização das teorias da aprendizagem em camadas comportamentais a partir das qualidades extraídas das teorias analisadas formando uma teoria única, alinhando os pensamentos teóricos dos autores, para ser aplicada em um curso EAD como explicitado a seguir (Figura 3):

Figura 3: Estrutura de camadas – arquitetura proposta por Reinaldo, Camacho e Reis (2011)



Fonte: Reinaldo; Camacho e Reis (2011).

A camada mais baixa é chamada de reativa, caracterizada pelos conceitos behavioristas onde uma pessoa detentora do conhecimento, o professor, atua. O aluno recebe o conhecimento como regras de comportamento a serem reproduzidas. A próxima camada seria a instintiva, sob a visão construtivista de Piaget com a reflexão dos métodos de ensino aplicados pelo professor, exemplificado anteriormente, para então subir na camada de abstração, pois o conhecimento não origina na percepção, mas na ação.

A próxima camada, a racional, utiliza instruções inicialmente colocadas, mas foram trabalhadas e ajustadas por meio de uma contínua e progressiva retroalimentação para construir novos conhecimentos pela motivação, busca e investigação. O indivíduo é construtor do seu conhecimento para o despertar nas interações sociais e próprias reflexões internas.

A última camada é a cognitiva, mencionada também por Silveira, Mustaro e Omar (2004). Cognitivista e do comportamento social, tem como objetivo especializar o módulo cognitivo do indivíduo a uma visão objetiva, sem deixar de lado suas habilidades adquiridas por evolução, trabalhada e aprimorada como proposto por Piaget e Vygotsky. Desse modo, o indivíduo será ativo e interativo com seus pares, por meio das relações interpessoais no ambiente em que vive (REINALDO; CAMACHO; REIS, 2011).

6 PERSONALIDADE

Segundo Gonçalves (2014), “o construto personalidade aparece associado ao termo pessoa que deriva do latim *persona* e que significa máscara”. (GONÇALVES, 2014, p. 12). Diz respeito às características externas do indivíduo, mas também diz respeito à um conjunto de características que ultrapassam as qualidades físicas, ou de atuação. A personalidade, portanto, engloba qualidades sociais e emocionais subjetivas, oculta ou não às outras pessoas.

De acordo com Carvalho (2022), o estudo sistemático sobre personalidade iniciou na década de 1930 com o livro *Personality: a psychological interpretation*, de Gordon Allport (1937). Para o autor, personalidade é “uma organização dinâmica, dentro do indivíduo, dos sistemas psicofísicos, que determina seu ajuste único ao ambiente”. (ALLPORT, 1937 *apud* CARVALHO, 2022, p. 447).

Assim como Allport, Cattell (1965) sugere que a personalidade é um conjunto de traços que faz com que o indivíduo apresente propensão a agir de determinado modo em diversas situações. O autor define traço de personalidade como uma estrutura mental apresentada em forma de comportamento de modo que pode ser identificado por ser observável (CARVALHO, 449).

Embora existam diversas teorias sobre personalidade, há um consenso em pelo menos três aspectos. A personalidade seria “[...] um padrão de funcionamento individual relacionado a uma combinação de traços de personalidade específicos; os traços apresentam uma relativa estabilidade de resposta ao meio; e, no geral, pode ser organizada por uma estruturação com base em cinco agrupamentos amplos compostos de traços”. (CARVALHO; PIANOWSKI; REIS; SILVA, 2017 *apud* CARVALHO, 2022, p. 450).

De forma complementar, Carvalho (2022) coloca que todas as pessoas possuem os mesmos traços de personalidade, o que irá diferenciá-las é o nível e a intensidade desses traços. O autor explica que os traços de personalidade das pessoas devem ser avaliados por meio de instrumentos padronizados. Ou seja, com instruções para aplicação, correção e interpretação, além trazer dados normativos para a população estudada.

6.1 TEORIA DOS TRAÇOS

Para Gonçalves (2014), as características da personalidade são permanentes e por essa razão são relativamente estáveis e previsíveis. Contudo, a personalidade não é rígida e imutável, pois pode haver variação conforme as circunstâncias. Isso ocorre devido à interação entre os traços pessoais permanentes e os aspectos mutáveis do ambiente. A personalidade, ainda inclui competências, hábitos, atitudes e o autoconceito, os quais são aprendidos ao longo da vivência social. Além disso, é a biografia subjetiva, na qual são adicionados os sentimentos, pensamentos e ações do indivíduo ao longo do seu ciclo vital. Para compreensão sobre a personalidade de um indivíduo, é de suma importância conhecer sua história de vida, visto que a personalidade é multideterminada devido às metas pessoais e adaptações diante das situações.

Ainda segundo a autora, há as influências externas na construção da personalidade referentes às relações entre pais e filhos, socialização pelos pares e educação e as circunstâncias atuais. Inclusive, cada pessoa apresenta papel ativo na construção do seu meio, influenciando-o com seus traços e projetos.

Os traços da personalidade de um indivíduo se desenvolvem desde a infância até a vida adulta, influenciando os pensamentos, sentimentos e comportamentos. A autora prossegue levantando a provocação de Lima e Gail: “A nossa personalidade é nossa prisão? É aquilo que nos limita ou aquilo que nos possibilita aproveitar o mundo e usufruir?”. (LIMA; GAIL, 2011 *apud* GONÇALVES, 2014, p. 13).

Na década de 50, Cattell (1945) concluiu que a personalidade seria composta por 12 descritores, mas estudos seguintes indicam a existência de 5 Grandes Fatores (CGF), uma

descrição da personalidade referida na literatura como *Big Five* ou *Five Factor Model*. (HUTZ *et al.*, 2016).

De acordo com Hutz *et al.* (2016), os estudos descritivos sobre personalidade na concepção CGF iniciaram envolvendo as teorias fatoriais e as de traço por McDougall em 1932. No entanto, somente cinco décadas depois o modelo foi considerado oportuno no âmbito das pesquisas. Uma das razões é devido a análise fatorial ser uma tarefa trabalhosa e demorada, e naquela época não havia computadores tampouco programas informatizados para auxiliar em uma análise fatorial mais precisa. Segundo os autores, uma análise com 30 variáveis poderia requerer semanas de trabalho com muita chance de erros de cálculos.

Thurstone (1932) realizou um estudo baseado em uma amostra com aproximadamente mil pessoas e com 60 variáveis, mas permaneceu sem continuidade por muitos anos ainda. A partir da década de 1950, aos poucos os estudos sobre as teorias fatoriais foram se tornando fundamentados em dados empíricos, e nas décadas seguintes à 1974, Cattell empreendeu suas pesquisas na área. (Hutz *et al.*, 2016). Anos depois, os dados passaram a ser compatíveis com DSM-IV (APA, 1994). Desse modo, diversos autores realizaram pesquisas sobre a teoria dos cinco fatores durante muitos anos para que pudessem explicá-la baseado em dados empíricos de modo sistemático.

Para Hutz *et al.* (2016), no modelo dos Cinco Grandes Fatores a Extroversão diz respeito ao modo como as pessoas interagem com os demais e indica o quanto são comunicáveis, falantes, ativas, assertivas, responsivas e gregárias. Inclui o fator comunicação, alívio, dinamismo e interações sociais (esse último diz respeito às pessoas que buscam ativamente situações que permitem interações sociais, por exemplo).

Outro fator mencionado pelos autores é o Socialização. Tal denominação relaciona-se à qualidade das relações interpessoais do indivíduo. Diz respeito à amabilidade, pró-sociabilidade e confiança nas pessoas (esse último descreve o quanto as pessoas confiam nos outros e acreditam que os outros não a prejudicarão, por exemplo).

O fator Neuroticismo está relacionado ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional, aos padrões emocionais associados à aflição, angústia, sofrimento, e aos estilos cognitivos e comportamentais decorrentes do desconforto psicológico. Inclui os fatores vulnerabilidade, instabilidade emocional, passividade/falta de energia e depressão (esse último está relacionado à expectativa negativa sobre o futuro, por exemplo).

Ainda de acordo com os autores, outro fator dos modelos CGF refere-se ao Realização. Este fator identifica o grau de organização, persistência, controle e motivação que as pessoas apresentam como padrão. Relaciona-se à competência, ponderação/prudência e

empenho/comprometimento (esse último diz respeito à tendência ao detalhismo na realização de trabalhos, por exemplo) (HUTZ, 2016).

Por último, como integrante das dimensões dos CGF, encontra-se o fator Abertura, que se refere à importância de ter novas experiências. Relaciona-se à abertura a ideias, liberalismo e busca por novidades (esse último está relacionado à preferência por vivenciar novos eventos e ações, por exemplo) (HUTZ, 2016).

Outro conceito relacionado à personalidade e ao modelo CGF chama-se *coping*, que do inglês significa lidar ou reagir efetivamente a uma situação estressante. Segundo Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998), o conceito diz respeito a um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem às circunstâncias que não ocorreram do modo previsto. Diferentemente dos mecanismos de defesas, que são inconscientemente recrutados com fim de evitação da angústia, os comportamentos associados ao *coping* são considerados conscientes, adequados à realidade e voltados para o futuro. Além disso, otimismo, rigidez, autoestima e controle são traços de personalidade relacionados às estratégias de *coping*.

Para Gonçalves (2014) *coping* faz parte dos processos dinâmicos da personalidade, assim como o processamento das informações, adiar gratificação, defesa, regulação das emoções, processos interpessoais e a formação da identidade.

O *coping* seria dividido em duas categorias, o *coping* focalizado no problema e o *coping* focalizado na emoção. Assim, “[...] *coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress* e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais”. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984 *apud* ANTONIAZZI, DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998, p. 276, grifo dos autores).

7 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA

A Resolução Nº 09, de 25 de abril de 2018, do Conselho Federal de Psicologia, define Avaliação Psicológica:

Art. 1º - Avaliação Psicológica é definida como um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto por métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas.

§1 – Os testes psicológicos abarcam também os seguintes instrumentos: escalas, inventários, questionários e métodos projetivos/expressivos, para fins de padronização desta Resolução e do SATEPSI.

§2 – A psicóloga e o psicólogo têm a prerrogativa de decidir quais são os métodos, técnicas e instrumentos empregados na Avaliação Psicológica, desde que devidamente fundamentados na literatura científica psicológica e nas normativas vigentes do Conselho Federal de Psicologia (CFP). [...]. (Resolução CFP 009/2018, p. 02).

De acordo com Cunha (2000), o psicodiagnóstico é um processo que ocorre quase sempre a partir de um encaminhamento feito por um profissional da saúde a fim de obter esclarecimento. Com auxílio da avaliação é possível identificar o motivo de uma queixa normalmente baseada na manifestação de condição clínica mediante sinais e sintomas.

Ocampo e Arzeno (2009) sugerem que a investigação psicológica propõe realizar descrição e compreensão da personalidade do indivíduo. É um processo que parte do primeiro contato e entrevista inicial, aplicação de testes e técnicas projetivas e encerra com entrevista para devolução dos resultados⁵. Entretanto, o uso de testes para a avaliação psicológica não é obrigatório. Após isso, há a entrega de documento escrito com os resultados. O laudo psicológico é o documento produzido pela psicóloga ou psicólogo no exercício profissional e é resultado do processo de avaliação psicológica⁶.

Como colocado pela Resolução CFP Nº 009/2018, para a avaliação psicológica a psicóloga ou o psicólogo pode utilizar escalas, inventários, questionários e métodos projetivos/expressivos devidamente aprovados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI).

Cada tipo de instrumento avalia determinados aspectos psicológicos ou da personalidade. Por exemplo, inventários e escalas podem subsidiar o trabalho investigando os traços da personalidade baseado na teoria CGF, discutida no capítulo anterior. As técnicas projetivas gráficas são capazes de avaliar o funcionamento psicológico, estimular a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito, a fim de obter informações sobre como a pessoa experiencia sua individualidade em relação aos outros e ao ambiente. (BUCK, 2009). As técnicas projetivas são construtos que “possibilitam delimitar características de integração da personalidade diferenciando os funcionamentos neuróticos, psicopáticos ou psicóticos [...]”. (GRASSANO, 2012, p. 5). Permitem delimitar características quanto aos vínculos, ansiedades e mecanismos de defesa dominantes⁷ e obtém-se informações sobre a dinâmica individual.

No que diz respeito à avaliação neuropsicológica, no ano 2000 Cunha já mencionava que é um tipo de avaliação psicológica bastante complexa, pois requisita do profissional uma

⁵ Resolução CFP nº 006/2019 Art. 18 – orienta que para entrega do relatório ou laudo psicológico é dever da(o) psicóloga(o) realizar ao menos uma entrevista devolutiva.

⁶ Resolução CFP nº 006/2019 Art. 13.

⁷ Mecanismos de defesa fazem parte da teoria psicanalítica. (FREUD, 1982).

sólida fundamentação em psicologia clínica, aproximação da psicometria, mas também especialização e treinamento em contextos nos quais o conhecimento sobre o sistema nervoso e suas patologias são fundamentais. (LEZAK, 1995 *apud* CUNHA, 2000).

Neuropsicologia é, portanto, um estudo científico das áreas da neurociência e da psicologia e consiste em descrever, identificar e estabelecer relações existentes entre a organização cerebral e as atividades cognitivas. (SPREEN; STRAUSS, 1998 *apud* LOPES *et al.*, 2012).

Em 2015, Serafim, Duarte e Achá citaram que o estudo sobre o funcionamento cerebral e a expressão do comportamento sob o termo neuropsicologia é relativamente recente, pois registros sobre o interesse na investigação da relação cérebro, comportamento e cognição remontam aos antigos egípcios. Apesar de acreditarem que o coração e o diafragma eram os centros vitais no ser humano, já começavam a associar alterações comportamentais como resultado de lesões no crânio.

No século XIX, a neuropsicologia se tornou um estudo derivado do método que fazia a correlação entre estrutura e função (método anatomoclínico) descoberto por neuropsiquiatras. (HAASE *et al.*, 2008; HAASE *et al.*, 2010; HAASE *et al.*, 2012b; SBICIGO *et al.*, 2016 *apud* HAASE; COSTA, 2017).

Haase e Costa (2017) sugerem que o comportamento, a cognição e a vivência subjetiva englobam uma série de subprocessos que fazem parte de sistemas cerebrais distintos. Os autores explicam sobre o objetivo da neuropsicologia:

[...] é verificar em pacientes com lesões e disfunções cerebrais se o funcionamento psicológico do indivíduo reflete alguma forma de comprometimento mais global, como nas demências e deficiências intelectuais. Ou ainda, se o padrão de comprometimento é mais específico, sendo possível identificar processos comprometidos e preservados". (HAASE; COSTA, 2017, p. 7-8).

Ainda segundo os autores, até a década de 1930 a neuropsicologia se desenvolveu sem uso de testes padronizados. Atualmente, existem diversos instrumentos padronizados, validados e normatizados, o que aumenta a fidedignidade e validade dos diagnósticos. Porém, é necessário que a avaliação neuropsicológica seja sustentada por outros recursos para haver a devida contextualização, como a entrevista de anamnese.

7.1 ENTREVISTA DE ANAMNESE

A entrevista é um dos instrumentos de avaliação psicológica para o qual o profissional recorre. Ela funciona de modo distinto dos testes psicológicos e neuropsicológicos que proporcionam resultados quantitativos, mas a entrevista se caracteriza como uma técnica de investigação científica em psicologia. Como tal, possui seus próprios procedimentos ou regras empíricas e é o momento no qual também se aplica o conhecimento científico. (BLEGER, 2011).

Para Tavares (2000), “a entrevista é um conjunto de técnicas de investigação com tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos [...]”. (TAVARES, 2000, p. 45).

Bleger (2011) explica porque o papel de entrevistador no contexto clínico faz coexistir no psicólogo as funções de investigador e profissional:

[...] já que a técnica é ponto de interação entre a ciência e as necessidades práticas; é assim que a entrevista alcança a aplicação de conhecimentos científicos e, ao mesmo tempo, obtém ou possibilita levar a vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica. E tudo isso em um processo ininterrupto de interação. (BLEGER, 2011, p. 1).

A entrevista pode ser caracterizada como aberta ou fechada. Na primeira, o profissional tem ampla liberdade para as fazer as perguntas ou intervenções, mas permite flexibilidade e fornece abertura para o entrevistado fazer suas colocações. Este tipo de entrevista possibilita uma investigação mais ampla e profunda da personalidade do entrevistado. (BLEGER, 2011). Tavares (2000) denomina as entrevistas abertas como entrevistas com livre estruturação ou não estruturadas e exemplifica que nesse tipo de entrevista o paciente é o “porta voz” de uma demanda e espera um retorno que lhe auxilie.

Conforme Bleger (2011), na entrevista fechada existe um roteiro a ser seguido. As perguntas estão previamente organizadas e formuladas e o entrevistador segue a sequência na qual foram distribuídas. Caracteriza-se como um tipo questionário muito utilizado em pesquisas científicas envolvendo seres humanos, pois permite uma comparação sistemática de dados e possui vantagens específicas como todo método padronizado. Tavares (2000) se refere a entrevista fechada como estruturada e igualmente considera esse tipo de entrevista útil em pesquisas, quando o objetivo é levantar informações definidas conforme as necessidades do projeto.

Ocampo e Arzeno (2009) afirmam que na entrevista inicial semidirigida “[...] o paciente tem liberdade para expor seus problemas começando por onde preferir e incluindo o que desejar”. (OCAMPO; ARZENO, 2009, p. 17). Entrevista semidirigida também pode ser denominada de semiestruturada. Tavares (2000) explica que nesse tipo de entrevista o entrevistador tem clareza dos seus objetivos, sobre quais informações são necessárias e como podem ser obtidas. Pode-se recorrer às perguntas previamente elaboradas ou padronizadas, determinar como distribuí-las e em qual sequência, além de definir os critérios. Para o autor, por meio dela é possível conhecer o indivíduo com vistas a compreender o motivo pelo qual houve a procura. As entrevistas semiestruturadas também são úteis em pesquisa, pois possibilitam obter informações de modo padronizado e permitem registro permanente com fins de estabelecimento de eficácia terapêutica e no planejamento de ações de saúde. (TAVARES, 2000).

Segundo Bleger (2011), a entrevista é um dos procedimentos que o profissional de qualquer área da saúde utiliza no atendimento em uma consulta. Desse modo, consulta não é sinônimo de entrevista, assim como entrevista não é anamnese. A anamnese é realizada com base na técnica da entrevista, mas compreende uma junção de dados levantados em detalhes sobre a história de um indivíduo, passada e presente, acerca de diversas áreas da vida e sobre os aspectos motivadores da avaliação. Pode ser necessário mais de uma entrevista para a anamnese. Além disso, conforme a demanda, é possível haver a necessidade de realizar visitas escolares ou institucionais.

No contexto da entrevista, caso o paciente não forneça informações relevantes ao caso atual, cabe ao profissional fazer perguntas a fim de verificar tais dados. Às vezes, o entrevistado se sente bastante à vontade na entrevista de anamnese e pode trazer informações diversas de modo espontâneo e, de certo modo, “tudo” o que o paciente traz é válido. Isso porque muitas vezes o que parece irrelevante para o paciente pode ser de grande importância para a avaliação. Contudo, é preciso cautela para que o entrevistador não se perca em meio as informações irrelevantes. (BLEGER, 2011).

Ocampo e Arzeno (2009) pontuam que o profissional orienta o entrevistado quando este parece não saber continuar ou parece lidar com bloqueios que podem surgir durante o processo. O profissional também direciona a entrevista para que informações irrelevantes não tome um tempo desnecessário para a investigação, como exposto por Bleger. Além disso, o entrevistador reconduz a entrevista quando o paciente passa a fazer perguntas ao profissional. O entrevistador ainda direciona a entrevista fazendo perguntas adicionais sobre algum tema trazido ou respondido pelo paciente sem clareza.

No que diz respeito ao diagnóstico neuropsicológico, Haase e Costa (2017) propõem que é pautado em quatro níveis: a) diagnóstico funcional: levantamento da história clínica e observações do comportamento; b) topográfico: hipóteses de correlação estrutura-função com observações advindas do exame físico, exames laboratoriais complementares, exames de imagens e os testes neuropsicológicos; c) nosológico: a partir de sinais e sintomas, levando em consideração a influência multifatorial; e d) ecológico: compreensão do impacto da condição de saúde sobre o bem-estar subjetivo e funcionamento pessoal, cognitivo, afetivo, comportamental, familiar, profissional, acadêmico e social. (HAASE; COSTA, 2017).

Haase (2017) coloca em evidência que “noventa e nove por cento do trabalho diagnóstico é realizado na anamnese”. (HAASE, 2017, p. 23). De forma complementar, o diagnóstico busca responder a uma ou mais perguntas após o levantamento de hipóteses, de modo similar à construção de uma pesquisa científica, pois as hipóteses também são investigadas.

Por fim, para que a anamnese seja mais completa possível, para que as sessões de aplicação dos instrumentos transcorram com tranquilidade e com o máximo de aproveitamento e para que haja confiança na devolutiva e nos resultados, o *rapport* não pode ser ignorado. A obtenção de informação e de resultados válidos só podem ser adequadamente obtidos quando o estabelecimento do vínculo baseado na empatia e na confiança ocorre. (HAASE, 2017).

8 OBJETIVOS

8.1 GERAIS

- I. Analisar a hipótese diagnóstica de TDAH de uma criança com oito anos de idade e o diagnóstico clínico de TDAH de um adolescente com doze anos, ambos estudantes do Ensino Fundamental.
- II. Investigar a possível relação entre TDAH e déficit em aprendizagem auditivo-verbal.
- III. Propor ações avaliativas e interventivas dirigidas a crianças e adolescentes subsidiadas pelos resultados da pesquisa.

8.2 ESPECÍFICOS

- I. Avaliar as funções cognitivas dos casos clínicos estudados.
- II. Avaliar a aprendizagem auditivo-verbal dos casos clínicos estudados.
- III. Avaliar aspectos afetivo-emocionais dos casos clínicos estudados.
- IV. Levantar indicadores para a proposição de ações de avaliação e intervenção voltadas à faixa etária estudada.

9 HIPÓTESES

- I. Déficit em aprendizagem auditivo-verbal e aspectos afetivo-emocionais estão relacionados ao diagnóstico equivocado de TDAH.
- II. TDAH pode ser confundido com Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC).

10 MÉTODO

10.1 PARTICIPANTES

Uma criança com oito anos de idade e um adolescente com doze anos, totalizando dois casos (N=2).

10.2 LOCAL

O estudo envolveu dois casos clínicos atendidos pela pesquisadora em consultório para o qual foram utilizados prontuários inativos arquivados.

10.3 PROCEDIMENTOS

10.3.1 Para coleta de dados

Caso 1: N. (oito anos de idade, sexo biológico feminino). O contato ocorreu por meio da assistente social de acolhimento institucional para crianças via telefone com finalidade de esclarecimento diagnóstico, momento no qual foi agendada a entrevista inicial de anamnese.

A entrevista inicial de anamnese com a assistente social da instituição teve duração aproximada de 01h30min, quando foram agendadas as sessões para a aplicação dos testes psicológicos e neuropsicológicos com a paciente. Os quatro encontros para a aplicação dos testes tiveram duração de cerca de 01h30min cada, com pequenas variações conforme a disposição da paciente e os tipos de instrumentos utilizados. Cerca de 30 dias após o último encontro para as testagens foi agendada a devolutiva. A entrevista devolutiva com leitura do laudo e explicação dos resultados ocorreu com o psicólogo da instituição e teve duração de 01h30min.

Caso 2: E. (doze anos de idade, sexo biológico masculino). O pai entrou em contato via telefone com finalidade de esclarecimento diagnóstico, momento no qual foi agendada a entrevista inicial de anamnese.

A entrevista inicial de anamnese foi realizada com o pai do adolescente e teve duração aproximada de 02h00, quando foram agendadas as sessões para aplicação dos testes psicológicos e neuropsicológicos com o paciente. Os quatro encontros para a aplicação dos testes tiveram duração aproximada de 01h30min até 02h00 cada, com pequenas variações conforme a disposição do paciente e os tipos de

instrumentos utilizados. Cerca de 30 dias após o último encontro para as testagens foi agendada a entrevista devolutiva com os pais. Primeiramente houve conversa com a mãe e com o pai para explicação dos resultados e para proporcionar abertura para que eles pudessem esclarecer as dúvidas sem a presença do adolescente. Isso ocorrido, E. participou da devolutiva com leitura do laudo juntamente com seus pais, porém, os resultados foram explicados de acordo com sua idade, individualidade e fase do desenvolvimento. O tempo total da devolutiva foi cerca de 02h00.

A duração de todas as sessões dos dois casos considerou a disposição dos participantes, pois baixa qualidade de sono, fome e cansaço, por exemplo, podem interferir no desempenho, como propõem Sertori, Serafim e Rocca (2020). Entretanto, não ocorreram faltas nas sessões e não houve necessidade de interrupção destas que justificasse novo agendamento.

10.3.2 Para análise dos dados

Seguiu a padronização e os dados normativos estabelecidos pelos instrumentos e de acordo com os respectivos autores. Além disso, as correções dos instrumentos ocorreram rigorosamente sob a orientação técnica dos mesmos autores e foram realizadas duas revisões da correção de cada teste.

10.4 INSTRUMENTOS

10.4.1 Entrevista de anamnese

Tratou-se de uma entrevista do tipo semiestruturada para a anamnese com os responsáveis. Referenciada por autores como Jurema Alcides Cunha (2000), Maria Luisa Siquier Ocampo (2009), Maria Esther Garcia Arzeno (2009), José Bleger (2011), Elza De Piccolo Grassano (2012) e Vitor Geraldi Haase (2017), foi feito levantamento dos principais aspectos que incluem a história de vida e familiar de cada participante, informações sobre a gestação e o parto, desenvolvimento neuropsicomotor, relações afetivo-emocionais (comportamento, social e contato), desempenho na vida acadêmica desde quando começou a frequentar a escola (até mesmo em relação à adaptação e separação dos responsáveis), histórico clínico relevante, início dos sintomas, tratamentos prévios, verificação sobre avaliação dos aspectos afetivo-emocionais (personalidade) e/ou avaliação das funções cognitivas

realizadas anteriormente, exames neurológicos com imagens e laudos, antecedentes familiares para transtornos mentais ou outros problemas de saúde relevantes ao caso, se o participante fez ou fazia uso medicamentoso contínuo e se havia uso abusivo de álcool ou outras drogas pelo participante ou familiar.

10.4.2 Testes para avaliação cognitiva:

- Escala *Wechsler* de Inteligência para Crianças (WISC-IV). David Wechsler. Tradução Maria de Lourdes Duprat (2013) – instrumento para avaliação da inteligência.
- Bateria Psicológica para a Avaliação da Atenção (BPA). Fabián Javier Marín Rueda (2013) – instrumento que avalia a atenção concentrada, dividida e alternada.
- Teste de Atenção Concentrada D2-R. Rolf Brickenkamp, Lothar Schmidt-Azert, Detlev Liepmann. Adaptação Leandro F. Malloy-Diniz, Carlos G. F. E. Schlottfeldt e Alexandre L. O. Serpa. (2018) – instrumento que avalia a atenção concentrada.
- Teste de Desempenho Escolar TDE-II. Lilian Milnitsky Stein, Claudia Hofheinz Giacomoni, Rochele Paz Fonseca. (2019) – instrumento que avalia as capacidades acadêmicas em leitura, escrita e aritmética do 1º ao 9º ano do Ensino Fundamental.
- Escala do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em contexto escolar - versão professores - ETDAH II. Edyleine Bellini Peroni Benczik. (2000) – instrumento que avalia sintomas de desatenção, hiperatividade-impulsividade e comportamento antissocial na escola.
- SNAP-IV (para os pais e professores). Associação brasileira do déficit de atenção – ABDA. Versão em português validada por Mattos P. (2005) baseado nos sintomas do DSM-4 (APA, 2000). (ABDA, 2017) – instrumento que auxilia na avaliação da desatenção e comportamento hiperativo-impulsivo.
- Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST). Heaton *et al.* Adaptação Margareth da S. Oliveira, Clarissa E. Trentini, Irani I. de Argimon, Maisa dos S. Rigoni, José H. da S. Filho, Bruna G. Mônico e Larissa L. Barboza. (2019) – instrumento que tem por objetivo estimar a

habilidade de monitorar, regular e inibir comportamentos automatizados e perseverantes, e de flexibilizar o pensamento para planejar estratégias para solução de problemas, com base nas mudanças do ambiente (FEs).

- Teste dos Cinco Dígitos (*Five Digit Test* – FDT). Manuel Sedó. Versão brasileira Jonas Jardim de Paula, Leandro Fernandes Malloy-Diniz. Tradução Otto Mendonça. (2015) – instrumento que avalia a velocidade do processamento cognitivo, a atenção e as FEs (subcomponente do controle inibitório e flexibilidade cognitiva).
- Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT). Jonas Jardim de Paula e Leandro Fernandes Malloy-Diniz. (2018) – instrumento que avalia a aprendizagem audioverbal por meio da memória de curto prazo verbal, memória de curto prazo episódica verbal, memória de logo prazo episódica verbal, memória de reconhecimento e interferência proativa e retroativa.
- Figuras Complexas de Rey (Fig. A). André Rey. Adaptação Margareth da S. Oliveira e Maisa dos Santos Rigoni. (2014) – instrumento que avalia a percepção visual e a memória visual imediata.

Não foram utilizados os mesmos testes nos dois casos, pois os participantes não foram selecionados exclusivamente para a realização da presente pesquisa, uma vez que se trata de relato de experiência. Além disso, os casos foram avaliados em períodos distintos, quando alguns instrumentos não estavam disponíveis.

10.4.3 Protocolo de aplicação dos instrumentos

Caso 1:

- Duas primeiras sessões – *WISC-IV*, subtestes aplicados na sequência sugerida pelo manual de aplicação. Metade dos subtestes foram aplicados no primeiro dia e os demais no segundo dia.
- Terceira sessão – a) RAVLT; b) BPA; c) RAVLT; d) Figuras Complexas de Rey.
- Quarta sessão – a) TDE-II; b) aspectos afetivo-emocionais e complementação da anamnese.

Caso 2:

- Duas primeiras sessões – *WISC-IV*, subtestes aplicados na sequência sugerida pelo manual de aplicação. Metade dos subtestes foram aplicados no primeiro dia e os demais no segundo dia.
- Terceira sessão – entrega da Escala do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em contexto escolar - versão professores e do questionário SNAP-IV (para pais e professores) para a mãe. Aplicação: a) D2-R; b) RAVLT; c) FDT; d) RAVLT.
- Quarta sessão – a) Figuras Complexas de Rey; b) TDE-II; c) WCST; d) aspectos afetivo-emocionais e complementação da anamnese.

11 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES**11.1 FATORES DE INCLUSÃO NA AMOSTRA**

Os critérios para participar do presente estudo foram: criança e adolescente matriculados e frequentando o Ensino Fundamental, com idades entre oito e doze anos, que apresentassem queixas da família ou da escola comportamental, de desatenção, memória e desempenho escolar; diagnóstico de TDAH; hipótese diagnóstica de TDAH; com ou sem tratamento medicamentoso específico para TDAH.

11.2 FATORES DE EXCLUSÃO DA AMOSTRA

Casos que apresentassem eficiência intelectual limítrofe ou extremamente baixa seriam excluídos, pois a incompreensão das instruções dos testes aplicados comprometeria os resultados e prejudicaria o foco de investigação da presente pesquisa. A necessidade da aplicação de instrumentos não-verbais para a faixa etária estudada indicaria atraso no desenvolvimento, podendo resultar em discrepâncias. Prejuízos visuais ou auditivos constatados antes da pesquisa não poderiam ser inseridos no presente estudo uma vez que o funcionamento sensorial poderia comprometer as análises conforme os objetivos. Histórico de transtorno psicótico não poderia estar presente neste estudo porque colocaria em risco a avaliação dos aspectos afetivo-emocionais e não era o transtorno pesquisado. O uso de álcool ou outras drogas, sejam lícitas ou ilícitas, possivelmente traria resultados enviesados. Por fim, casos com histórico de traumatismo cranioencefálico ocorrido entre seis meses e um ano antes

da testagem seria fator de exclusão da pesquisa pela alta probabilidade de haver discrepâncias que fogem do objetivo deste estudo.

11.3 RISCOS

A participação na pesquisa, por meio da avaliação psicológica e neuropsicológica, poderia incorrer em riscos mínimos de natureza psicológica, uma vez que os participantes estiveram suscetíveis a apresentar, ainda que minimamente, alguma repercussão emocional, mesmo algum tempo depois da devolutiva. A aplicação dos instrumentos, especialmente os de avaliação psicológica, poderiam fazer com que a criança e o adolescente lidassem com sentimentos de medo e insegurança, e mesmo cansaço físico e mental, durante a entrevista e ao realizarem as atividades relacionadas aos instrumentos neuropsicológicos. Entretanto, as tarefas foram adequadas, pertinentes e consideradas prazerosas à faixa etária da amostra, sendo cientificamente padronizadas e com validade comprovadas para uso nessa população (oito e doze anos). Portanto, tratou-se de instrumentos pertinentes e controláveis diante do objetivo proposto na pesquisa, qual seja, de avaliar tais crianças e adolescentes. Cabe ressaltar, caso o participante apresentasse sinais de cansaço ou indisposição frente ao tema ou coleta de dados, o encontro seria interrompido e poderia ser reagendado, pois é esperada falta de motivação em algum dos dias da avaliação. Além disso, a pesquisadora é psicóloga devidamente credenciada para o exercício profissional (Mariane Menezes Roldan – CRP 06/130169), é especialista em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pelos cursos de especialização *Lato Sensu* em Neuropsicologia reconhecidos pelo MEC das Instituições de Ensino Universidade de Araraquara (SP) e pelo Instituto e Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq HCFMUSP). A pesquisadora é orientada pela Profa. Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia, também psicóloga credenciada pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP 06/14696-0), sendo possível contar com orientações e até mesmo recursos para melhor compreensão de cada caso integrante da amostra. Desse modo, diante da necessidade, o participante seria devidamente acolhido pela autora da pesquisa em consultório próprio sem custo ou ônus para as famílias, mesmo algum tempo após a devolutiva, seja para atendimento ou encaminhamento a outros profissionais mais adequados a demanda.

11.4 BENEFÍCIOS

No que diz respeito aos benefícios, a participação da criança e do adolescente poderia contribuir para a descoberta de transtornos ainda não diagnosticados que levariam ao

diagnóstico de TDAH e, conseqüentemente, a prejuízos na vida familiar, escolar e social. Por outro lado, possibilitaria levantar questionamentos quanto a diagnósticos imprecisos anteriores e o encaminhamento a profissional da área necessária. Ademais, a participação da criança e do adolescente poderia oferecer oportunidade para melhor compreensão sobre sentimentos de medo, insegurança e para o autoconhecimento e desenvolvimento como um todo.

Foi ainda relevante e um benefício para os pais e ao psicólogo do acolhimento institucional serem orientados sobre os achados por meio da entrevista devolutiva com apresentação dos resultados da avaliação psicológica e neuropsicológica da criança e do adolescente. Acredita-se que tenha sido relevante aos responsáveis o reconhecimento do valor de participar de um estudo com explícitos benefícios para a ciência e porque podem ajudar outras crianças e adolescentes que apresentam as mesmas dificuldades dos participantes da presente pesquisa.

A partir dos resultados obtidos, é possível propor ações preventivas e interventivas no âmbito da saúde mental, no cenário educativo e institucional, assim como na prática clínica não apenas do psicólogo, mas de outros profissionais da saúde e educação.

12 RESULTADOS

A seguir apresentar-se-á os dois casos clínicos destacando-se o detalhamento do processo de avaliação neuropsicológica.

12.1 CASO 1 (Tabela 4)⁸

Anamnese realizada com a assistente social da instituição de acolhimento para crianças.

N., oito anos de idade, no momento da avaliação estudante do 3º ano do Ensino Fundamental I em escola pública e residente em serviço de acolhimento institucional. A paciente estava no serviço de acolhimento desde dois anos de idade com o irmão de quatro anos. As crianças são filhos de diferentes relacionamentos da genitora e o irmão de N. tinha sido adotado. N. sofreu quatro rejeições no período denominado “criação de vínculo” que antecede a adoção e após seu irmão ser adotado, passou a perguntar constantemente por ele.

⁸ Foi calculado o Z-Score apenas em alguns resultados quantitativos a fim de alcançar maior precisão ou quando os desempenhos se situaram entre duas faixas.

Antes de irem para o acolhimento, N. e seu irmão moravam com a genitora, que tinha costume de deixá-los sozinhos e às vezes sem alimentação. Foi informado que a genitora passava muito tempo em centro religioso e sua casa era frequentada pelos namorados constantemente. Além disso, N. não conhecia seu pai, que era diferente do pai do irmão. A genitora perdeu a guarda dos filhos após ter sido verificado maus tratos e negligência. Inicialmente, ela visitava os filhos na instituição, porém, não se sabe a razão, foi informado que o juiz proibiu as visitas e as crianças não tiveram mais contato.

N. estudava no período matutino e era considerada inteligente, pois, segundo a assistente social, “manipulava” todos na escola. N. tinha costume de pegar objetos de outras pessoas sem permissão e em uma ocasião pegou o celular de um adulto na escola e colocou embaixo d’água para que estragasse. Além disso, segundo a assistente social, N. apresentava hábito de possuir ou esconder objetos de outras pessoas e caso ela não quisesse permanecer em sala de aula a escola permitia.

Apesar de a paciente apresentar comportamento “inadequado”, não exibia problemas em relação ao aprendizado, ia bem na escola e fazia as lições sem intercorrências. N. gostava de pintura, desenho, artesanato e não “dava trabalho” se estivesse ocupada com algo do seu interesse. Gostava de ajudar, era considerada prestativa e de fácil vinculação. No entanto, havia “picos” de humor e desobedecia e tendia a resistir quando lhe pediam ou exigiam algo.

As primeiras queixas iniciaram quando N. tinha por volta de três anos de idade e vieram do condutor do transporte escolar. Foi informado que a paciente cuspiu e arremessava seu tênis contra ele. A partir de então, houve piora no seu comportamento, era considerada agitada, difícil e ansiosa a ponto de “atropelar” sua fala e tendia a ser agressiva quando contrariada. Além do citado, N. apresentava comportamentos com sexualidade exacerbada, incompatível com a fase de desenvolvimento. Outras crianças, da instituição ou da escola, tendiam a se afastar e a não desejar desenvolver laços de amizade com N.

N. exibia grande expectativa em ser adotada, principalmente quando os candidatos visitavam a instituição. Nesse momento, os comportamentos de N. se intensificam, ficava mais agitada, mais desobediente, fazia “gracinhas” e queria chamar a atenção das pessoas. Foi informado que se acreditava que a criança não teria sido adotada devido ao seu comportamento e que alguns casais inclusive “sumiam” após visitá-la na instituição. Não foi possível obter informações sobre gestação e parto, desenvolvimento neuropsicomotor e doenças infantis. Também não há registros sobre os antecedentes familiares. N. iniciou tratamento medicamentoso dois anos antes da avaliação e ganhou muito peso. Assim, o médico trocou o medicamento e N. voltou ao peso esperado para sua idade.

Medicamentos em uso no momento da avaliação: Sertralina (100mg)⁹ e cloridrato de metilfenidato (10mg)¹⁰, além de acompanhamento psicoterápico.

Não houve avaliação psicológica ou neuropsicológica prévia.

Finalidade da avaliação: esclarecimento diagnóstico. Avaliar função cognitiva no que se refere à suspeita de TDAH.

Descrição da demanda: De acordo com o pedido médico, paciente com prejuízo de função executiva por falta de planejamento. Inquieta, agitada. Foi informado em entrevista para a anamnese que N. apresentava sexualidade exacerbada para a idade e comportamento agitado, porém sem queixas sobre seu desempenho escolar. Foi relatado que a paciente apresentava dificuldades na adaptação social devido ao seu comportamento, que acabava dificultando sua socialização e, conseqüentemente, sua adoção.¹¹

12.1.1 Comportamento

N. compareceu a todos os encontros e acompanhada por diferentes funcionárias da instituição. É uma criança comunicativa, muito curiosa com tudo o que acontece à sua volta e tende a prestar atenção em qualquer estímulo, principalmente sonoro, vindo do ambiente. A maior dificuldade encontrada nos atendimentos da paciente foi no manejo em trazê-la e mantê-la no enquadre da sessão, algo que precisou ser feito continuamente para que concluísse a execução dos testes e provas psicológicas.

Frente a testagem, N. se recusou a realizar várias tarefas inicialmente, porém, após o manejo, não somente se mostrou motivada como concluiu todas as tarefas propostas. Foi percebida a necessidade que a paciente tem de agradar e ser aprovada, pois ocasionalmente perguntou se a examinadora estava “brava” com ela ou se ia receber um elogio.

Embora N. não tenha saído da sala e tenha levantado poucas vezes da cadeira durante os atendimentos, em diversos momentos ficou de joelhos e debruçou sobre a mesa, sendo necessário pedir para que ela se sentasse de modo a facilitar a realização das atividades, o que respeitou sem objeção. De modo geral, seu comportamento incluía agitação. Contudo, não

⁹ Cloridrato de Sertralina é indicado no tratamento de sintomas de depressão. Também é indicado para o tratamento dos seguintes transtornos: transtorno obsessivo compulsivo, transtorno do pânico, transtorno do estresse pós-traumático, fobia social e sintomas da síndrome da tensão pré-menstrual. Bula do Cloridrato de Sertralina disponível em: <https://consultaremedios.coE.br/cloridrato-de-sertralina/bula>. Acesso: 31 de julho de 2022 às 20h37min.

¹⁰ Cloridrato de Metilfenidato é indicado no tratamento de TDAH e Narcolepsia. Cloridrato de Metilfenidato disponível em: <https://consultaremedios.coE.br/cloridrato-de-metilfenidato/bula>. Acesso: 31 de julho de 2022 às 20h42min.

¹¹ Dados reais da paciente cuja identidade ficou preservada pelo sigilo profissional.

houve comportamento agressivo, sexualizado, demonstrações de irritabilidade ou comportamento opositor.

12.1.2 Resultados quantitativos

Tabela 4: Resultados quantitativos do caso 1.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
<u>Eficiência intelectual (WISC-IV) (Br):</u>				
QI Total	QI 89	86	23	=↓
- ICV	99	29	47	=
- IOP	100	30	50	=
- IMO	88	16	21	=↓
- IVP	74	11	4	↓
Resultados Escala Verbal:				
Vocabulário	19	8	25	=↓
Semelhanças	11	10	50	=
Compreensão	16	11	63	=
Dígitos (total)	10	8	25	=↓
Sequência de números e letras	10	8	25	=↓
Informação	10	8	25	=↓
Raciocínio com Palavras	11	11	63	=
Aritmética	10	4	2	↓↓
Resultado da Escala de Execução:				
Raciocínio Matricial	10	8	25	=↓
Completar Figuras	13	7	16	=↓
Códigos	17	4	2	↓↓
Procurar Símbolos	10	7	16	=↓
Cubos	10	7	16	=↓
Conceitos Figurativos	20	15	95	↑
<u>Atenção seletiva e concentrada:</u>				
Códigos (WISC-IV)	17	4	2	↓↓

(continua)

Tabela 4: Resultados quantitativos do caso 1.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
Procurar Símbolos (WISC-IV)	10	7	16	=↓
Sequência de Números e Letras (WISC-IV)	10	8	25	=↓
Dígitos total (WISC-IV)	10	8	25	=↓
Completar Figuras (WISC-IV)	13	7	16	=↓
BPA (atenção concentrada)	38	-	>30<40 (Z -0,38)	=
BPA (atenção dividida)	30	-	>30<40 (Z -0,20)	=
BPA (atenção alternada)	28	-	>10<20 (Z -0,98)	=↓
<u>Controle mental:</u>				
Dígitos Ordem Inversa (WISC-IV)	5	9	37	=
Dígitos total (WISC-IV)	10	8	25	=↓
<u>Funções Executivas:</u>				
Compreensão (WISC-IV)	16	11	63	=
Sequência de Números e Letras (WISC-IV)	10	8	63	=
Dígitos Ordem Inversa (WISC-IV)	5	9	37	=
<u>Flexibilidade mental:</u>				
Códigos (WISC-IV)	17	4	2	↓↓
<u>Abstração:</u>				
<u>Visual:</u>				
Cubos (WISC-IV)	10	7	16	=↓
Raciocínio Matricial (WISC-IV)	10	8	25	=↓
Conceitos Figurativos (WISC-IV)	20	15	95	↑
<u>Verbal:</u>				
Semelhanças (WISC-IV)	11	10	50	=

(continua)

Tabela 4: Resultados quantitativos do caso 1.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
Aritmética (WISC-IV)	10	4	2	↓↓
Raciocínio com Palavras (WISC-IV)	11	11	63	=
<u>Funções Visomotoras e Velocidade Mental:</u>				
Cubos (WISC-IV)	10	7	16	=↓
Procurar Símbolos (WISC-IV)	10	7	16	=↓
Códigos (WISC-IV)	17	4	2	↓↓
Raciocínio Matricial (WISC-IV)	10	8	25	=↓
Completar Figuras (WISC-IV)	13	7	16	=↓
Conceitos Figurativos (WISC-IV)	20	15	95	↑
Figura Complexa de Rey (cópia)	22,5	-	25	=↓
Códigos (WISC-IV)	17	4	2	↓↓
Procurar Símbolos (WISC-IV)	10	7	16	=↓
<u>Praxia Construtiva:</u>				
Figura Complexa de Rey (cópia)	22,5	-	25	=↓
Cubos (WISC-IV)	10	7	6	=↓
<u>Linguagem:</u>				
Compreensão (WISC-IV)	16	11	63	=
Informação (WISC-IV)	10	8	25	=↓
Vocabulário (WISC-IV)	19	3	25	=↓
Leitura (TDE-II)	20	-	>5<10	↓
Escrita (TDE-II)	5	-	<1	↓↓

(continua)

Tabela 4: Resultados quantitativos do caso 1.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
Aritmética (TDE-II)	9	-	<1	↓↓
<u>Memória Operacional:</u>				
Dígitos OI (WISC-IV)	5	9	37	=
Sequência de Números e Letras (WISC-IV)	10	8	25	=↓
Aritmética (WISC-IV)	10	4	2	↓↓
<u>Memória:</u>				
<u>Visual:</u>				
Figura Complexa de Rey (imediata)	4	-	16	=↓
Completar Figuras (WISC-IV)	13	7	16	=↓
<u>Verbal:</u>				
Informação (WISC-IV)	10	8	25	=↓
Vocabulário (WISC-IV)	19	8	25	=↓
<u>Semântica:</u>				
Informação (WISC-IV)	10	8	25	=↓
Vocabulário (WISC-IV)	19	8	25	=↓
<u>Aprendizagem audioverbal:</u>				
RAVLT -				
Primeiras etapas de aprendizagem:				
A1	5	-	75	=
A2	6	-	50	=
A3	6	-	75	=↑
A4	2	-	<5	↓
A5	9	-	58	=
Distrator (B1)	7	-	95	↑
- Evocação imediata (A6)	2	-	<5	↓
- Evocação tardia (após 20' A7)	6	-	25 (Z -0,59)	=

(continua)

Tabela 4: Resultados quantitativos do caso 1.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
Reconhecimento, todos os acertos	6	-	26 (Z -0,62)	=
<u>Índices de Aprendizagem</u>				
Escore T	31	-	39	=
Aprendizagem ao longo das tentativas	6	-	25 (Z -0,63)	=
Velocidade de Esquecimento	3	-	>99	↑↑
<u>Índices de Interferência</u>				
Proativa	1,4	-	71	=
Retroativa	0,22	-	<5 (Z -2,5)	↓↓

Legenda: ↑↑ muito superior ↑ superior =↑ média superior = média =↓ média inferior ↓ inferior ↓↓ muito inferior. Fonte: elaborado pela autora (2022).

12.2 CASO 2 (Tabela 5)¹²

E., 12 anos, filho único, no momento da avaliação estudante do 7 ° ano do Ensino Fundamental II em escola privada e residente com seus pais.

A gestação foi planejada e a mãe precisou de internação hospitalar com anestesia geral para procedimento cirúrgico devido a problemas estomacais, o que desencadeou contrações uterinas no terceiro trimestre e necessidade de tratamento medicamentoso para evitar parto prematuro. O nascimento ocorreu no tempo esperado por parto cesariana.

O paciente foi amamentado durante os primeiros sete meses de vida. Fez uso de fraldas até cerca dos dois anos e meio de idade e não houve dificuldade no desfralde. Não apresentou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, problemas referentes ao sono ou agitação e a mãe dispunha da ajuda do pai e avós para os serviços da casa e com o bebê. No entanto, E. passou a apresentar dificuldade para dormir sozinho, acordava durante a noite assustado, chorando e gritando, e começou a dormir sozinho apenas por volta dos onze anos. Além disso, eventualmente E. presenciava vultos.

Por volta de dois anos de idade, E. necessitou de internação hospitalar, pois adquiriu H1N1. Após ter sido infectado, iniciaram problemas respiratórios recorrentes e E. necessitou de tratamento durante quatro anos. Aos quatro anos de idade teve caxumba, aos cinco foi

¹² Foi calculado o Z-Score apenas em alguns resultados quantitativos a fim de alcançar maior precisão ou quando os desempenhos se situaram entre duas faixas.

submetido à amigdalectomia e aos oito foi preciso passar por outro procedimento cirúrgico para a realização de uma biópsia. Foi informado que esse evento foi traumático para E., desde o surgimento dos sintomas até o resultado do exame, que demorou muitos dias.

Sobre o âmbito escolar, no início da alfabetização E. não copiava as lições e perdia materiais com frequência. De acordo com o pai, a escola não informava aos pais sobre o comportamento de E., por essa razão decidiram mudá-lo de escola. Em 2015, a partir do 3º ano, aos oito anos de idade, surgiram agitação e desatenção. Foi levado a consulta com psiquiatra que receitou Risperidona e meses depois iniciou tratamento medicamentoso com cloridrato de metilfenidato, pois foi diagnosticado com TDAH.

Após o início do tratamento, o paciente passou a se queixar que se percebia mais agitado e que seu desempenho não melhorava. Apesar de ter aulas particulares, relatou que estudava muito, mas esquecia todo o conteúdo quando estava na escola e já havia sido hostilizado e desvalorizado por seus professores.

De acordo com o pai, E. sempre foi uma criança carinhosa e com costume de demonstrações físicas de carinho, mas havia mudado muito de comportamento nos últimos três anos. Foi informado que E. não seguia regras, quando os pais solicitavam algo E. não obedecia, reagia com muita raiva ao lidar com frustrações, era impaciente, culpava as pessoas quando algo o desagradava e quando alguém não o compreendia reagia gritando e ofendendo, além das dificuldades escolares. Foi informado que E. pedia desculpas após o comportamento inadaptado, mas que ele não mudava. De acordo com o pai, E. era agressivo verbalmente, mas não fisicamente, apesar do comportamento opositor, impulsivo e explosivo. No entanto, tais comportamentos eram direcionados apenas aos familiares, inclusive aos avós, mas não houve queixas provenientes da escola. Devido à frustração, em uma ocasião deu um golpe de mão fechada contra uma parede e uma porta e desde pequeno tendia a jogar objetos quando contrariado.

A partir de alguns anos antes da avaliação, E. se tornou uma criança com medo de tudo, era muito ansioso e estava sempre angustiado. E. também costumava imaginar de que modo as pessoas pensavam sobre ele, por exemplo, ao rir por algo, acreditava que as pessoas poderiam estar fazendo filmagens dele. Ademais, quando havia acontecido um ato violento na rua, apresentava intensa angústia, pois imaginava que também poderia acontecer com ele. Apresentava “picos” de humor e discutia com adultos com frequência. Tendia ao isolamento no seu quarto onde participava de jogos on-line, único momento no qual interagia com amigos.

Dois anos antes da avaliação, E. começou a apresentar tiques, às vezes acompanhado por contrações abdominais. Sofreu *bullying* na escola, que o desmotivou ainda mais para os

estudos. Praticava esportes e quase desistiu deles devido aos problemas pelos quais passava, contudo, foi incentivado pelo médico que o acompanhava a não interromper os treinos, pois poderia ajudá-lo. Segundo o pai, E. começou a manifestar vontade de morrer e a vez mais recente no qual ele verbalizou tal vontade ocorreu três meses antes da avaliação¹³.

E. não apresentou alterações neurológicas de acordo com os resultados dos exames fornecidos pelo pai de eletroencefalograma e ressonância magnética do crânio. Em 2019 a neurologista que solicitou os exames tentou trocar a Ritalina[®] por outro medicamento devido aos tiques, mas não houve melhora e E. ficou muito deprimido, irritado e com significativa redução do sono e apetite. Voltaram ao psiquiatra que o acompanhava e ele retirou a medicação indicada pela neurologista, reintroduziu a Ritalina[®], adicionou Fluoxetina e manteve a Risperidona (este último provisoriamente).

Na fase final da avaliação, quando os testes de avaliação das funções cognitivas já tinham sido aplicados, apurados e analisados, foi fornecido resultado da avaliação do Processamento Auditivo Central solicitada por novo psiquiatra e realizada por profissional da fonoaudiologia constando: “alteração da análise e síntese auditiva, indicando que tal alteração pode estar relacionada à dificuldade de compreensão de linguagem. [...] indicativo de dificuldades em memória para sons verbais em sequência, podendo levar a dificuldades na compreensão de um discurso”.

Antecedentes familiares: Avós materna e paterna (transtorno depressivo), pai (graves sintomas depressivos com tentativa de suicídio quando E. tinha por volta de 3 anos de idade), mãe (transtorno do pânico, depressão e diagnóstico de câncer). Foi informado que o ambiente familiar era permeado por conflitos e gritos, mas, após os pais conversarem sobre o assunto, perceberam que gritar e bater não ajudavam e E. piorava, pois tendia a se tornar mais agressivo nesses momentos. Anteriormente, havia psicoterapia familiar e individual (ambos estavam interrompidos na época da avaliação) e acompanhamento psiquiátrico para E. desde 2015.

¹³ O médico psiquiatra solicitante da avaliação foi informado.

Medicamentos em uso no momento da avaliação: cloridrato de metilfenidato (Ritalina[®] LA - 20 mg)¹⁴, Fluoxetina (20 mg)¹⁵ e Risperidona (2 mg)¹⁶.

Observação: o tratamento com cloridrato de metilfenidato durou cerca de quatro anos e foi suspenso três meses antes do início da avaliação.

Não houve avaliação psicológica ou neuropsicológica prévia.

Finalidade da avaliação: esclarecimento diagnóstico. Avaliar capacidade intelectual e atencional.

Descrição da demanda: De acordo com o pedido médico, paciente com diagnóstico clínico de TDAH e ansiedade generalizada, além de tiques crônicos. Apresenta dificuldade de aprendizado escolar desde o início do 5º ano do Ensino Fundamental. De acordo com o pai, o paciente apresenta irritabilidade, agressividade direcionada aos familiares e dificuldade em respeitar regras, porém sem queixas sobre o comportamento na escola.¹⁷

12.2.1 Comportamento

E. compareceu a todos os encontros pontualmente acompanhado por sua mãe. Antes do primeiro atendimento, ao chamá-lo na sala de espera, E. demonstrou muita ansiedade e foi notado que os tiques se intensificaram em comparação aos demais dias. É possível que E. apresente aumento da ansiedade diante de situações novas ou de pessoas que ainda não conhece.

Frente a testagem, aos poucos a ansiedade diminuiu, assim como os tiques se suavizaram. Se comportou de forma cordial, disposto a realizar todas as atividades propostas e cumprindo o solicitado. Não apresentou inquietação, impaciência ou comportamentopositor, apenas solicitou sair da sala para beber água em dois atendimentos. E. exibiu discreta fadiga, porém em horários próximos ao término dos encontros. E. apresentou entusiasmo em

¹⁴ Cloridrato de Metilfenidato é indicado no tratamento de TDAH e Narcolepsia. Cloridrato de Metilfenidato disponível em: <https://consultaremedios.coE.br/cloridrato-de-metilfenidato/bula>. Acesso: 31 de julho de 2022 às 20h42min.

¹⁵ Cloridrato de Fluoxetina é indicado no tratamento da depressão associada ou não a ansiedade, da bulimia nervosa, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno disfórico pré-menstrual, irritabilidade e disforia. Cloridrato de Fluoxetina disponível em: <https://consultaremedios.coE.br/cloridrato-de-fluoxetina/bula>. Acesso: 21 de julho de 2022 às 20h46min.

¹⁶ Risperidona é indicada para o tratamento de curto prazo para mania aguda ou episódios mistos associados com transtorno bipolar. Também utilizada para tratamento da esquizofrenia, irritabilidade associada ao TEA, em crianças e adolescentes, sintomas de agressividade, autoagressão, crises de raiva e angústia e mudanças rápida de humor. Risperidona disponível em: <https://consultaremedios.coE.br/risperidona/bula>. Acesso: 31 de julho de 2022 às 20h50min.

¹⁷ Dados reais do paciente cuja identidade ficou preservada pelo sigilo profissional.

tarefas nas quais tinha facilidade e pareceu se sentir motivado ao ser encorajado, sob forma de pequenos elogios, a desenvolver qualquer trabalho. Não se negou a realizar nenhuma tarefa, porém, aparentemente, não notou quando cometia erros, exceto na avaliação da aprendizagem auditivo-verbal, quando demonstrou por meio não verbal ter tido dificuldade na compreensão no que estava sendo falado.

As dificuldades que eventualmente surgiram não foram suficientes para desanimá-lo. Além disso, E. foi capaz de seguir as instruções das atividades propostas até que as finalizasse, sem que fosse necessário repeti-las.

12.2.2 Resultados quantitativos

Tabela 5: Resultados quantitativos do caso 2.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
<u>Eficiência intelectual</u>				
<u>(WISC-IV) (Br):</u>				
QI Total	QI 97	96	42	=
- ICV	99	29	47	=
- IOP	94	27	34	=
- IMO	88	16	21	=↓
- IVP	111	24	77	=↑
Resultados Escala Verbal:				
Vocabulário	41	13	84	=↑
Semelhanças	7	5	5	↓
Compreensão	25	11	66	=
Dígitos (total)	12	7	16	=↓
Sequência de números e letras	17	9	37	=
Informação	15	8	27	=
Raciocínio com Palavras	12	8	27	=
Aritmética	21	8	27	=
Resultado da Escala de Execução:				
Raciocínio Matricial	17	8	27	=
Completar Figuras	23	9	37	=
Códigos	56	12	79	=↑
Procurar Símbolos	28	12	69	=

(continua)

Tabela 5: Resultados quantitativos do caso 2.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
Cubos	30	9	37	=
Conceitos Figurativos	17	10	50	=
<u>Atenção seletiva e concentrada:</u>				
Códigos (WISC-IV)	56	12	79	=↑
Procurar Símbolos (WISC-IV)	28	12	69	=
Sequência de Números e Letras (WISC-IV)	17	9	37	=
Dígitos total (WISC-IV)	12	7	16	=↓
Completar Figuras (WISC-IV)	23	9	37	=
<u>D2-R (atenção concentrada):</u>				
Cuidado durante a execução E%	18%	-	25	=↓
Velocidade de execução (OAP)	110	-	40	=
Desempenho de concentração (DC)	90	-	31	=
<u>Controle mental:</u>				
Dígitos Ordem Inversa (WISC-IV)	4	5	5	↓
Dígitos total (WISC-IV)	12	7	16	=↓
<u>Funções Executivas:</u>				
Compreensão (WISC-IV)	25	11	66	=
Sequência de Números e Letras (WISC-IV)	17	9	37	=
Dígitos Ordem Inversa (WISC-IV)	4	5	5	↓
<u>Five Digit Test (FDT):</u>				
• Processos automáticos:				
- Leitura	27''	-	50	=
Tempo	0	-	Nulo	=
- Contagem	31''	-	75	=↑
Tempo	0	-	Nulo	=
• Processos controlados:				
- Escolha	64''	-	44	=
Tempo	0	-	97	↑
Erros				(continua)

Tabela 5: Resultados quantitativos do caso 2.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
- Alternância	179''	-	<1	↓↓
Tempo	21	-	<1	↓↓
Erros				
	37	-	35	=
Inibição	152	-	<5	↓↓
Flexibilidade				
<u>Wisconsin Card Sorting</u>				
<u>Test (WCST):</u>				
Categorias	6	-	>16	↑↑
Ensaio para completar a categoria	9	-	>16	↑↑
Erros total	31	-	76	=↑
Respostas perseverativas	15	-	74	=↑
Erros perseverativos	15	-	74	=↑
Perda de set	0	-	0	=
<u>Flexibilidade mental:</u>				
Códigos (WISC-IV)	56	12	79	=↑
<u>Abstração:</u>				
<u>Visual:</u>				
Cubos (WISC-IV)	30	9	37	=
Raciocínio Matricial (WISC-IV)	17	8	27	=
Conceitos Figurativos (WISC-IV)	17	10	50	=
<u>Verbal:</u>				
Semelhanças (WISC-IV)	7	5	5	↓
Aritmética (WISC-IV)	29	8	27	=
Raciocínio com Palavras (WISC-IV)	12	8	24	=
<u>Funções Visomotoras e Velocidade Mental:</u>				
Cubos (WISC-IV)	30	9	37	=
Procurar Símbolos (WISC-IV)	28	12	69	=
Códigos (WISC-IV)	56	12	79	=↑
Raciocínio Matricial (WISC-IV)	17	8	27	=
Completar Figuras (WISC-IV)	23	9	37	=

(continua)

Tabela 5: Resultados quantitativos do caso 2.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
Conceitos Figurativos (WISC-IV)	17	10	50	=
Figura Complexa de Rey (cópia)	33	-	50	=
Códigos (WISC-IV)	56	12	79	=↑
Procurar Símbolos (WISC-IV)	28	12	69	=
<u>Praxia Construtiva:</u>				
Figura Complexa de Rey (cópia)	33	-	50	=
Cubos (WISC-IV)	30	9	37	=
<u>Linguagem:</u>				
Compreensão (WISC-IV)	25	11	66	=
Informação (WISC-IV)	15	8	27	=
Vocabulário (WISC-IV)	41	13	84	=↑
Leitura (TDE-II)	33	-	95	↑
Tempo	210	-	<1	↓↓
Escrita (TDE-II)	15	-	>10<20	=↓
Tempo	530	-	>5<10	↓
Aritmética (TDE-II)	6	-	<1	↓↓
Tempo	600	-	95	↑
<u>Memória Operacional:</u>				
Dígitos OI (WISC-IV)	4	5	5	↓
Sequência de Números e Letras (WISC-IV)	17	9	37	=
Aritmética (WISC-IV)	29	8	27	=
<u>Memória:</u>				
<u>Visual:</u>				
Figura Complexa de Rey (imediata)	18,5	-	40	=
Completar Figuras (WISC-IV)	23	9	37	=
<u>Verbal:</u>				
Informação (WISC-IV)	16	8	27	=
Vocabulário (WISC-IV)	41	13	84	=↑
<u>Semântica:</u>				
Informação (WISC-IV)	15	8	27	=
Vocabulário (WISC-IV)	41	13	84	=↑

(continua)

Tabela 5: Resultados quantitativos do caso 2.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
<u>Aprendizagem</u>				
<u>audioverbal:</u>				
RAVLT -				
Primeiras etapas de aprendizagem:				
A1	2	-	<1	↓↓
A2	3	-	2	↓↓
A3	4	-	5	↓
A4	3	-	5	↓
A5	2	-	<1	↓↓
Distrator (B1)	5	-	>25<50	=
- Evocação imediata (A6)	8	-	>25<50	=
- Evocação tardia (após 20' A7)	7	-	25 (Z -0,86)	=↓
Reconhecimento, todos os acertos	12	-	25 (Z -0,10)	=
<u>Índices de Aprendizagem</u>				
Escore T	14	-	<1	↓↓
Aprendizagem ao longo das tentativas	4	-	>5<25 (Z -1,19)	=↓
Velocidade de Esquecimento	0,87	-	>5<25 (Z -0,48)	=
<u>Índices de Interferência</u>				
Proativa	2,5	-	>95 (Z +5,64)	↑↑
Retroativa	4	-	>95 (Z +10,65)	↑↑
<u>Escalas:</u>				
<u>TDAH – Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade:</u>				
Problemas de aprendizagem	51	-	85	=↑
Comportamento antissocial	15	-	70	=
Déficit de atenção	63	-	>85<90	=↑
Hiperatividade-impulsividade	21	-	>20<25	=↓
<u>SNAP-IV (pais):</u>				
1-9 bastante (+ do que 6)	6	-	-	Apresenta mais sintomas de desatenção do que o esperado para a idade
1-9 demais (+ do que 6)	3	-	-	

(continua)

Tabela 5: Resultados quantitativos do caso 2.

Teste	Bruto	Ponderado	Percentil	Faixa
10-18 bastante (+ do que 6)	1	-	-	Apresenta hiperatividade/impulsividade dentro do esperado para a idade
10-18 demais (+ do que 6)	4	-	-	
<u>SNAP-IV (escola):</u>				
1-9 bastante (+ do que 6)	3	-	-	Apresenta sintomas de desatenção dentro do esperado para a idade
1-9 demais (+ do que 6)	1	-	-	
10-18 bastante (+ do que 6)	0	-	-	Apresenta hiperatividade/impulsividade dentro do esperado para a idade
10-18 demais (+ do que 6)	0	-	-	

Legenda: ↑↑ muito superior ↑ superior =↑ média superior = média =↓ média inferior ↓ inferior
 ↓↓ muito inferior. Fonte: elaborado pela autora (2022).

Avaliação neuropsicológica no TDAH

Os piores desempenhos em crianças com TDAH em testes neuropsicológicos por faixa etária podem ser verificados abaixo, conforme Seidman (2016), Doyle (2016), Willcutt *et al.* (2005) *apud* Benczik e Bolfer (2020). (Tabela 6):

Tabela 6: Pior desempenho de crianças com TDAH por faixa etária.

3 a 5 anos	5 a 7 anos	6 a 12 anos
Tarefas de cancelamento visual	Tarefas de habilidades visomotoras	Tarefas de vigilância
Memória de trabalho	Memória de trabalho	Memória de trabalho
Controle motor	Atenção	Aprendizagem verbal
Aversão à recompensa tardia		Planejamento
Tarefas de memória e de raciocínio com conteúdo pré-acadêmicos		Organização
		Controle inibitório
		Atenção seletiva
		Atenção dividida

Fonte: Seidman, 2016; Doyle, 2016; Willcutt *et al.*, 2005, *apud* Benczik e Bolfer (2020).

Os instrumentos que podem ser úteis na avaliação neuropsicológica do TDAH, bem como as funções mensuradas, são explicitados a seguir, conforme Fonseca *et al.*, 2011 *apud* Benczik e Bolfer, 2020. (Tabela 7):

Tabela 7: Instrumentos de avaliação neuropsicológica no TDAH.

Testes	Funções avaliadas
Teste de Desempenho Contínuo	Inibição e Atenção Concentrada
Teste de Atenção Visual – Tavis (MATTOS, 2019)	Atenção seletiva, alternada e dividida
Torre de Hanói (GONZALEZ <i>et al.</i> , 2010)	Resolução de problemas, planejamento e flexibilidade cognitiva
Fluência verbal (LEZAK <i>et al.</i> , 2004)	Inibição, monitoramento, flexibilidade, planejamento, iniciativa, velocidade de processamento, memória semântica e habilidades linguísticas
Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (PAULA; MALLOY-DINIZ, 2018)	Aprendizagem verbal
<i>Stroop</i> Color Test (DUNCAN, 2003)	Atenção seletiva, atenção concentrada e inibição
Teste Wisconsin de Classificação de Cartas – WCST (HEATON <i>et al.</i> , 2004)	Resolução de problemas e flexibilidade cognitiva
Teste de Trilhas TMT A/B	Rapidez, velocidade de processamento, flexibilidade cognitiva, atenção seletiva e alternada
Teste <i>Hayling</i> (BURGES; SHALLICE, 1997; FONSECA <i>et al.</i> , 2010)	Iniciação, inibição verbal e velocidade de processamento
Figura Complexa de Rey (REY, 1998/1999)	Organização visoespacial, planejamento, desenvolvimento de estratégias e memória operacional não verbal
Teste D2-R (BRICKENKAMP <i>et al.</i> , 2018)	Atenção concentrada
WISC-IV/WAIS-III (WECHSLER, 2013/2014)	Inteligência, memória de trabalho (dígitos e SNL), velocidade de processamento visomotor

Fonte: Benczik e Bolfer (2020).

Além dos testes explicitados na tabela 5, as autoras incluem o (BPA) Teste Psicológico para a Avaliação de Atenção (RUEDA, 2013), que possibilita investigar o funcionamento da atenção concentrada, dividida e alternada comparando os resultados com dados normativos por idade, nível de escolaridade, população geral e ainda traz resultados da atenção geral do avaliando.

13 DISCUSSÃO

Os subtestes da Escala de Inteligência Wechsler para crianças (*WISC-IV*) utilizados nas avaliações estão distribuídos na tabela a seguir (Tabela 8):

Tabela 8: Subtestes utilizados da *WISC-IV*

Escala verbal	Escala de execução
Vocabulário	Cubos
Semelhanças	Raciocínio Matricial
Compreensão	Completar Figuras
Dígitos	Códigos
Sequência de Números e Letras	Procurar Símbolos
Informação	Conceitos Figurativos
Raciocínio com Palavras	
Aritmética	

Fonte: elaborado pela autora baseado no manual da *WISC-IV* (2013).

Inteligência

Baseado em Wechsler (2013), de acordo com os resultados da escala o QI total de N. encontra-se na faixa média inferior no limite da média (QIT = 89) em relação à população com a mesma idade. O resultado de percentil do QIT nos mostra que N. supera 23% das crianças segundo as normas populacionais brasileiras, conforme critérios de idade. Os índices de Compreensão Verbal (ICV) e Organização Perceptual (IOP) se encontram dentro do esperado, na faixa média, acima de 47% (ICV) e 50% (IOP) das crianças com a mesma idade. O Índice de Memória Operacional (IMO) de N. está na faixa média inferior e acima de 21% das crianças com a mesma faixa etária. No entanto, em relação ao Índice de Velocidade de Processamento

(IVP), seu desempenho situa-se na faixa inferior, acima de apenas 4% das crianças com a mesma idade, portanto, é um desempenho considerado deficitário.

O QI total de E. está dentro da média (QIT = 97) e ele supera 42% das crianças com a mesma idade, um desempenho melhor em comparação com N. E. apresentou o mesmo desempenho no ICV e no IOP, acima de 47% e 34% da população com a mesma faixa etária respectivamente, ou seja, dentro da média como N. No que diz respeito ao IMO, E. obteve resultado considerado na faixa média inferior, assim como N., isto é, acima de 21% das crianças com a mesma idade. Em relação ao IVP, E. apresentou índice melhor que N., pois supera 77% das crianças com a mesma idade, na faixa média superior.

N. e E. apresentam as mesmas habilidades de raciocínio verbal, compreensão e formação de conceitos preservadas (ICV), mas N. possui mais facilidade do que E. em raciocínio fluido não verbal, atenção a detalhes e integração visomotora (IOP), embora ambos possuam desempenho satisfatório. As habilidades em memória operacional, capacidade de sustentar a atenção, concentração e exercer controle mental (IMO) de N. e E. superam igualmente 21% das crianças com a mesma idade, com desempenho na faixa média inferior. E. apresenta mais facilidade do que N. na capacidade de processar informações visuais rapidamente (IVP), acima de 77% dos adolescentes com a mesma idade, enquanto N. apresentou desempenho aquém do esperado para sua idade.

Estamos diante de dois contextos, duas realidades socioeconômicas, configurações familiares diferentes, duas possibilidades e um possível diagnóstico em comum. Podemos inferir uma série de diferenças entre os resultados dos dois casos, embora em diversas funções cognitivas a variação seja mais sutil. Por essa razão, é necessário um olhar cuidadoso. Como bem pontuado por Oliveira (2022), a inteligência também está relacionada com as potencialidades envolvidas em adaptação e funcionalidade e aos fatores culturais, sociais e históricos. Desse modo, não podemos ignorar tais influências.

Dentro do conceito de inteligência, as escalas Wechsler também tornam possível mensurar a inteligência fluida e cristalizada, que serão descritas na avaliação dos resultados das funções cognitivas. Lembrando que foi visto que inteligência fluida é a capacidade de raciocinar rapidamente diante de desafios intelectuais totalmente novos, enquanto a inteligência cristalizada é desenvolvida a partir de experiências culturais e educacionais, além de poder ser exibida por meio do reconhecimento e significado de palavras, isto é, por meio de conteúdos verbais. (TONIETTO; SPERG; POGGERE, 2018).

Conforme os resultados se apresentam, fica claro que a inteligência é muito mais do que um escore de QI. Nota-se que a inteligência é um construto multidimensional e pode se

manifestar de diversas formas, como pontuado por Wechsler (2004). Logo no início percebe-se que os índices de verificação das habilidades cognitivas nos trazem diversas informações importantes além do QI total. Ou seja, demonstram que estamos diante da complexidade do funcionamento mental. Também é importante levantar o proposto por Tonietto, Sperb e Poggere (2018), que diz respeito às FEs possuírem relação direta com a tomada de decisão e estariam ligadas à inteligência.

N. apresenta um quociente de inteligência na média inferior e E. dentro da média. Isso significa que existem algumas características da inteligência de E. que lhe proporcionam melhor desempenho. No entanto, isso não quer dizer que E. “é melhor” do que N., pois em alguns aspectos ela obteve melhores resultados.

Do mesmo modo que Bleger (2011) afirma que anamnese é uma junção de dados obtidos sobre a história do indivíduo, primeiramente os resultados quantitativos também devem ser verificados por grupo de funções ou por funções cognitivas para, posteriormente, a análise ser desenvolvida sobre o todo a fim de esclarecer os questionamentos levantados. Esse é o desenvolvimento do trabalho de avaliação neuropsicológica.

O que mais chama a atenção na avaliação nos resultados da inteligência dos participantes, diz respeito ao IMO e ao IVP. Inclusive, os resultados do IMO levam à igual percentil. Não estamos diante de um déficit, porém, não podemos considerar tal índice como uma das facilidades da amostra. Além disso, seus IMO situados na média inferior significam que os desempenhos estão “distanciados da média para baixo”. Assim, em determinadas situações no contexto da testagem, ou em alguns tipos de tarefas, os desempenhos não foram tão satisfatórios. A mais notável diferença na medida do QI total entre os participantes diz respeito ao IVP. É uma fragilidade em N. e uma facilidade para E. A VP está diretamente relacionada à capacidade mental e ao uso eficiente da memória de trabalho para tarefas complexas e é uma medida importante devido à sua relação com o desenvolvimento neurológico, com outras atividades cognitivas e com o aprendizado, como colocado por Wechsler (2004).

Encontramos em Papalia e Feldman (2013) que a velocidade de processamento mental melhora drasticamente na infância e adolescência e Matos (2019) afirma que entre as funções comprometidas no TDAH estão dificuldade em memória operacional e diminuição da velocidade de processamento. Entretanto, antes de uma conclusão precipitada, é necessário analisar o que está acontecendo e em qual parte o funcionamento não se apresenta dentro do esperado. Não existe uma regra ou uma obrigatoriedade em relação a ordem na qual serão aplicados os testes psicológicos e neuropsicológicos, mas a utilização de uma escala de

inteligência como a *WISC-IV* no início da avaliação auxilia – bastante – a direcionar o trabalho para quais funções demandam um olhar mais criterioso.

É importante frisar que as análises dos resultados dos testes seguiram a padronização e os dados normativos estabelecidos pelos instrumentos e de acordo com os respectivos autores. Assim, os resultados de N. e E. foram comparados com a população brasileira inserida na mesma faixa etária que a deles. Portanto, está sendo levado em consideração aquilo que é esperado para suas idades. Adicionalmente, evidencia-se que em alguns momentos determinadas funções serão descritas e mais a diante novamente abordadas. Tal situação reforça o entendimento de que o cérebro possui áreas “especializadas” em determinadas funções, mas diferentes áreas trabalham em conjunto, como, por exemplo, o córtex pré-frontal, onde estão as funções executivas que englobam processos necessários para a execução de uma ação, tais como a atenção, memória, raciocínio, tomada de decisão e a linguagem.

No que tange aos desempenhos em atividades avaliativas específicas para cada função cognitiva ou cada grupo de funções cognitivas, a seguir serão apresentados os resultados comparativamente por função entre os dois integrantes da amostra. Os resultados, bem como os desempenhos abaixo, foram obtidos tanto por meio dos subtestes da *WISC-IV* como com auxílio dos instrumentos descritos no capítulo 10.

Esfera atencional

A amplitude atencional se refere à capacidade de estocagem que pode mensurada pela repetição de dígitos da *WISC-IV*. A capacidade de estocagem de N. encontra-se na faixa média inferior e de E. na média em relação à população com a mesma idade. Em relação a atenção sustentada diante uma tarefa, os resultados foram similares, na média inferior.

Em relação à atenção seletiva, que é a capacidade de selecionar apenas parte dos estímulos do ambiente em detrimento dos estímulos irrelevantes (LEZAK, 1995 *apud* SERTORI; SERAFIM; ROCCA, 2020), N. apresentou desempenho na faixa média inferior e E. dentro da média. Quando precisaram recrutar as habilidades de rastreamento visual e verificar se símbolos que estavam no Grupo Modelo se repetiam no Grupo Procura sob limite de tempo, N. exibiu desempenho na faixa média inferior e E. dentro da média, denotando que E. apresenta melhor desempenho na medida da velocidade de processamento mental por meio de estímulo visual, embora não seja considerado déficit para N. nessa medida. Em outra atividade, ao precisarem realizar rastreamento visual e a partir de um gabarito escolher determinados códigos correspondentes a números sob tempo predeterminado, N. não se saiu bem, pois demonstrou

desempenho muito inferior ao esperado. Isso significa que N. apresentou déficit nessa medida, enquanto E. exibiu desempenho classificado na faixa média superior. No que se relaciona à atenção concentrada, nenhum dos integrantes da amostra apresentou déficit e ambos executaram tarefas de rastreamento visual sob pressão do tempo.

De modo geral, E. se saiu melhor em relação à função atencional do que N. Exceto em atenção concentrada, pois ambos exibiram desempenho dentro do esperado. N. não foi tão bem quanto E. na capacidade de se permanecer focada por um tempo prolongado, pois tendia a perder o rendimento em tarefas ao longo do tempo, isto é, quando foi exigida qualidade da atenção sustentada. O mesmo ocorreu na capacidade de selecionar apenas parte dos estímulos do ambiente em detrimento dos estímulos irrelevantes, que diz respeito à atenção seletiva que é um dos piores desempenhos em avaliação neuropsicológica no TDAH durante a terceira infância, entre os seis e doze anos de idade, como visto por Sonuga-Barke (2005 *apud* BENCZIK, 2020).

Em relação ao funcionamento cerebral, no TDAH a atenção seletiva envolve o funcionamento do córtex cingulado anterior e ao córtex pré-frontal dorsolateral, áreas que também podem causar sintomas de disfunção executiva e dificuldade na habilidade de resolver problemas, como pontuado por Sthal (2010) *apud* Benczik (2020). Aliás, a qualidade da percepção interfere substancialmente na função atencional, assim como a organização do comportamento, e a atenção seletiva ocorre mediante a um complexo processo de desenvolvimento, como explicado por Conrado e Encarnação Júnior (2021). Os autores também defendem que desde o término da terceira infância os pensamentos complexos desenvolvidos influenciam positivamente na consolidação da atenção voluntária.

Pela perspectiva do desenvolvimento humano, para Papalia e Feldman (2013) crianças em idade escolar devem ser capazes de manter a atenção por mais tempo do que anteriormente conforme avançam em seus desenvolvimentos. N. deveria ser capaz de focalizar em um único estímulo enquanto ignorava outros irrelevantes.

Surgiu na avaliação da atenção de N. dificuldade na velocidade de processamento por estímulo visual. Como colocado por Matos (2019), as dificuldades constatadas no TDAH incluem desatenção e hiperatividade-impulsividade, mas existem outras funções que também são comprometidas. Além disso, como posto anteriormente, Matos (2019) afirma que entre as funções comprometidas no TDAH estão dificuldade em memória operacional e diminuição da velocidade de processamento.

E. não exibiu dificuldade nas funções atencionais avaliadas, inclusive, se saiu melhor em uma das atividades avaliativas da atenção por meio do rastreamento visual em relação à outras.

Abstração

A abstração visual compreende habilidades relacionadas à visualização espacial, coordenação visomotora e conceituação abstrata. Ainda pode ser considerado o raciocínio fluido não verbal e a capacidade de executar operações mentais, como a manipulação de símbolos abstratos. Quando padrões geométricos bidimensionais foram demonstrados de modo impresso e os participantes precisaram reproduzi-los utilizando cubos, N. obteve desempenho na média inferior e E. dentro do esperado. O mesmo ocorreu quando precisaram completar uma série de padrões incompletos apontando ou dizendo o número da alternativa correta entre cinco possíveis. N. obteve mais facilidade do que E. em atividade na qual era preciso escolher uma figura de cada fileira que tivesse alguma característica comum com figuras que estavam em outras fileiras, pois seu desempenho foi classificado como acima do esperado para sua idade e E. pontuou resultado classificado na média.

Tanto N. como E. demonstraram estar dentro do esperado em relação à fase do desenvolvimento cognitivo na qual se encontram. Do ponto de vista do desenvolvimento humano, N. e E. passam e passaram respectivamente pelo desenvolvimento da lateralização total da percepção espacial e o início da fase do amadurecimento pré-frontal, que ocorre por volta dos nove anos de idade. Além do avanço do pensamento espacial, a criança começa, aos oito anos, a ser capaz de calcular distâncias e quanto tempo levaria para chegar em algum lugar.

A abstração verbal inclui compreensão verbal, habilidade de raciocínio analógico e geral, conhecimento dos assuntos, capacidade de integrar e sintetizar vários tipos de informações e habilidades de criar conceitos alternativos. Também diz respeito à capacidade de distinguir o essencial do não essencial e a forma de se expressar verbalmente. Além disso, envolve agilidade mental, concentração, atenção, memória de curto e longo prazo, habilidade de raciocínio numérico, fluidez de raciocínio e lógica.

Na avaliação das habilidades mencionadas por meio de prova na qual foi apresentada uma série de palavras oralmente e o participante precisou explicar a semelhança entre objetos ou conceitos comuns que são representados por palavras, N. obteve resultado dentro da média. Contudo, E. apresentou muita dificuldade e exibiu desempenho deficitário. Na identificação de conceitos comuns com auxílio de uma série de pistas que são fornecidas, tanto N. como E. não apresentaram dificuldades e obtiveram resultado classificado na média. Entretanto, N. apresentou muita dificuldade ao resolver uma série de problemas de aritmética que os participantes precisaram resolver mentalmente e responder oralmente, demonstrando resultado

muito aquém do esperado, na faixa muito inferior, enquanto E. não exibiu dificuldade, pois seu rendimento foi dentro da média.

Na terceira infância ocorrem avanços significativos na capacidade de categorização, compreensão sobre causa e efeito, seriação, inferência, raciocínio indutivo e dedutivo, avanço sobre noção de conservação, sobre números de matemática, como fazer contas no plano mental entre outros avanços. Observa-se que em abstração verbal E. exibiu muita dificuldade na medida de formação de conceito verbal. Por outro lado, não exibiu dificuldade na habilidade de raciocínio numérico, fluidez de raciocínio e lógica, quando foi exigida capacidade de fazer contas no plano mental, diferentemente de N., que demonstrou atraso nessas funções. Assim, formação de conceito verbal e habilidade de raciocínio verbal abstrato é uma fragilidade de E. enquanto habilidade de raciocínio numérico, fluidez de raciocínio e lógica é uma fragilidade de N., o que sugere diminuição na agilidade mental, concentração e nas memória de curto e longo prazo nessa medida.

Dificuldade de concentração e dificuldade em memória de curto e longo prazo estão presentes tanto no TDAH como no TPAC segundo o DSM-5 (2014) e Fonseca (2015).

Funções visomotoras, velocidade mental e praxia construtiva

Velocidade mental está relacionada à velocidade com a qual o cérebro processa informações. N. apresentou déficit em velocidade de processamento mental quando avaliada sua velocidade mental associada às funções visomotoras e percepção visual, além da coordenação. E. se saiu melhor, com resultado situado na faixa média superior. Nas outras provas que medem as mesmas funções, N. atingiu resultado na faixa média inferior, exceto quando estavam envolvidos nível de abstração e habilidade de raciocinar fazendo montagens conforme uma classe específica, com desempenho acima do esperado para sua idade. E. exibiu a velocidade de processamento preservada, com resultado dentro do esperado em todas as atividades.

Uma das provas avaliou praxia construtiva, organização visual e coordenação visomotora e exigia habilidade de sintetizar estímulos visuais abstratos para transposição de modelo gráfico bidimensional para um plano tridimensional. Tanto N. como E. não encontraram dificuldade, mas N. novamente obteve desempenho na média inferior e E. dentro da média, tal qual na avaliação da atividade perceptiva.

Anteriormente, observamos a velocidade de processamento pelo IVP da *WISC-IV* e não foi possível analisar a velocidade de processamento mental a partir de atividades

específicas. Os resultados encontrados nos testes descritos corroboram com o IVP, pois N. apresentou déficit em uma atividade e nas demais obteve desempenho na faixa média inferior, exceto em abstração visual, quando lhe foram exibidas figuras sem envolvimento da coordenação motora. E. não apresentou alteração na medida de velocidade de processamento mental com funções motoras e tanto N. como E. não exibiram dificuldade em praxia construtiva.

Linguagem

Para a avaliação da linguagem foram mensuradas a inteligência cristalizada, as habilidades de expressão do vocabulário sobre o conhecimento verbal e de informações armazenadas e habilidades de aprendizagem, quando N. apresentou desempenho na faixa média inferior e E. na médio superior. Em raciocínio verbal e conceituação, compreensão verbal e expressão, habilidades de utilizar experiências anteriores e habilidade de transmitir informações de ordem prática, tanto N. quanto E. exibiram desempenho dentro do esperado. Também foram medidas a capacidade de adquirir, reter e recuperar conhecimentos factuais e adquiridos no ambiente em que se vive, sendo medida também de memória de longo prazo, quando N. apresentou desempenho classificado na faixa média inferior e E. dentro do esperado.

Ainda dentro da linguagem, houve algumas diferenças em relação ao discurso espontâneo e na avaliação do desempenho acadêmico. O discurso espontâneo de N. era adequado para a idade, porém cometeu alguns erros ao pronunciar certas palavras, gramaticais e de tempos verbais. Seu desempenho na linguagem, escrita ou falada, apresentou desarmonia, o que corrobora com os resultados das atividades relacionadas ao desempenho escolar, sendo uma das suas maiores dificuldades. Por outro lado, N. compreendeu o significado das várias palavras apresentadas, saindo-se melhor em prova de definição de vocábulos, na qual exibiu desempenho na faixa média inferior. Em relação às habilidades acadêmicas, os resultados de N. indicam déficit muito grave em escrita e aritmética, com desempenho muito inferior ao esperado. Na leitura de palavras isoladas, se saiu um pouco melhor, mas ainda apresentou déficit, com desempenho classificado como inferior ao esperado.

E. se saiu melhor, de modo geral, nas tarefas avaliativas das funções descritas acima e seu vocabulário e discurso espontâneo se apresentaram compatíveis com sua idade e ano escolar. E. demonstrou saber empregar as palavras e facilidade no conhecimento dos seus significados, obtendo bom desempenho. Quando precisou definir vocábulos, que avalia o

conhecimento verbal e inteligência cristalizada, alcançou resultado na faixa média superior. Quando foi preciso medir a capacidade de percepção auditiva com compreensão e expressão verbal obteve desempenho dentro da média, assim como na habilidade de abstração não verbal.

Na avaliação das habilidades acadêmicas, E. pontuou acima do esperado para leitura de palavras isoladas, porém necessitou de muito tempo para realizar a tarefa, obtendo resultado na faixa muito inferior, considerado déficit grave e indica dificuldade em acompanhar o ritmo escolar. Em relação à escrita, se saiu um pouco melhor, pois seu desempenho indica déficit moderado. Em questões avaliativas de aritmética, E. tendeu a usar os dedos das mãos nas contagens e verbalizou ainda não ter tido tais conteúdos na escola. Realizou a tarefa rapidamente, mas das 18 questões que tentou completar, ocorreram quatro erros, oito omissões e seis acertos, apresentando dificuldade para seu grau de escolaridade e déficit grave em aritmética. Também foi verificado que E. tende a não insistir em questões que não consegue resolver.

Nota-se que N. apresentou mais dificuldade do que E. na avaliação da linguagem e se saiu um pouco pior na avaliação das habilidades acadêmicas. O ponto em comum entre os integrantes da amostra, é que ambos atingiram desempenho classificado dentro da média em raciocínio verbal e conceituação, compreensão verbal e expressão, habilidades de utilizar experiências anteriores e habilidade de transmitir informações de ordem prática.

No âmbito do desenvolvimento humano, uma vez que a criança esteja inserida em contexto histórico-social que ofereça condições apropriadas, nos primeiros anos do Ensino Fundamental a criança deverá ser capaz de apresentar raciocínio lógico, de memorização voluntária, possuirá uma percepção generalizada e a linguagem tenderá a ser organizada, como postulado por Conrado e Júnior (2021). Os autores ainda colocam que a evolução psíquica da criança depende da troca com o ambiente por meio da linguagem. Pela perspectiva da teoria de Vygotsky, por Papalia e Feldman (2013), a aprendizagem é uma experiência social mediada pela utilização de instrumentos e signos de acordo com os conceitos utilizados pelo próprio indivíduo, como a linguagem falada e a escrita. Tanto no TDAH como no TPAC há prejuízo na linguagem.

Em relação à inteligência cristalizada, as habilidades de expressão do vocabulário sobre o conhecimento verbal, de informações armazenadas e habilidades de aprendizagem, N. apresentou resultado na média inferior, havendo discrepância em relação a M, que exibiu desempenho na média superior. Na avaliação da capacidade de adquirir, reter e recuperar

conhecimentos factuais e conhecimentos adquiridos na escola e no ambiente em que vive, sendo medida também de memória de longo prazo, N. também não foi tão bem quanto E.

Nas habilidades acadêmicas, ambos não foram bem, mas N. exibiu déficit em leitura enquanto E. apresentou déficit grave. Em relação a aritmética, N. apresentou déficit muito grave e E. déficit grave. E em escrita, N. foi pior do que M, pois ela apresentou déficit muito grave, enquanto E. déficit moderado.

Artigos publicados entre 2000 e 2012 (PRADO *et al.*, 2013) mencionados por Cortez, Souza e Pinheiro (2019) indicaram que quase metade das pesquisas sobre avaliação da linguagem em casos de TDAH identificou dislexia como comorbidade mais prevalente. Contudo, não é mencionado se as dificuldades se referem à leitura, escrita ou aritmética. Mas sabe-se, de acordo com o DSM-5 (2014), que transtorno da aprendizagem é uma das comorbidades no TDAH. Por outro lado, dificuldades no desenvolvimento de habilidades escolares igualmente são encontradas no TPAC. Em vista disso, o CID 10 do TPAC é F81.9, que diz respeito à transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares.

Os sintomas da dificuldade na linguagem encontram-se em custosa expressão de modo claro ou dificuldade de compreender o que é falado ou solicitado, o que pode refletir em comportamento visto como desafiador ou “preguiçoso”, por razão de não responder a uma pergunta, por interrupção do discurso do outro com frequência e por atropelar o próprio discurso sem conseguir explicar de modo que o interlocutor o compreenda, muitas vezes seguido por impaciência e, até mesmo, comportamentos disruptivos.

Como visto com Pereira (2018), a audição é primordial para o desenvolvimento cognitivo e da linguagem; além de ouvir o som ele precisa ser discriminado, reconhecido e compreendido. Para tanto, as vias auditivas periféricas e central precisam estar íntegras. Paul-Brown (1996) pontuaram que os processos auditivos verbais têm diversas funções, entre elas a diminuição da performance auditiva na presença de competição acústica de sinais. Tais mecanismos são aplicáveis a sinais verbais e não verbais e afetam muitas áreas funcionais, além do discurso e a linguagem. A linguagem depende dos processos auditivos e vice-versa, por essa razão, caso não haja funcionamento satisfatório nos processos auditivos, não haverá desenvolvimento da linguagem.

Outras funções envolvidas na linguagem estão as funções executivas (FEs). Lembrando que Tonietto, Sperb e Poggere (2018) afirmam que FEs englobam processos necessários para a execução de uma ação, tais como a atenção, memória, raciocínio, tomada de decisão e a linguagem. Outra função que permite a aprendizagem e compreensão da

linguagem é a memória operacional, uma das funções especialmente prejudicadas no TDAH seguindo o proposto por Sonuga-Barke (2005 *apud* BENCZIK; BOLFER, 2020).

Memória operacional (ou memória de trabalho)

Em Wechsler (2013) encontramos a definição da memória operacional, em substituição da memória de curto prazo, como a capacidade do indivíduo para processar informações, podendo ser considerada de curtíssimo prazo. O participante retém uma informação para processá-la mentalmente e em seguida emite uma resposta. A memória operacional pode ser mensurada pela repetição de dígitos, que são fornecidos oralmente e o examinando deve repetir também de forma oral na ordem contrária. A repetição de dígitos é uma medida de memória operacional complexa, de memória auditiva de curtíssimo prazo e agilidade mental. Nessa prova, N. obteve desempenho dentro do esperado e E. desempenho deficitário, inferior ao esperado para sua idade.

Outro modo de avaliar a memória operacional envolve sequenciamento, também agilidade mental, além da velocidade de processamento e imagens visuais e espaciais. Isso pode ser realizado em tarefa na qual o examinador fornece uma série de sequências de números e letras oralmente e que o examinando deve repetir, também oralmente, mas com os números em ordem crescente e a letras em ordem alfabética. Nessa etapa, N. obteve desempenho classificado na faixa média inferior e E. dentro do esperado. Quando envolveu agilidade mental, concentração, atenção, memória de curto e longo prazo, habilidade de raciocínio numérico, fluidez de raciocínio e lógica, ao precisar resolver uma série de problemas de aritmética apenas no plano mental e responder oralmente, N. obteve desempenho deficitário, muito aquém do esperado para sua idade, e E. exibiu desempenho dentro da média.

Como visto com Paula e Malloy-Diniz (2018), quando há déficit em memória operacional o indivíduo não consegue sustentar informações temporariamente na memória de curto prazo para realização de operações mentais, como resolver um problema, fazer uma conta de matemática, se orientar espacialmente em uma rota entre outros sintomas.

No desenvolvimento típico, a eficiência da memória de trabalho melhora muito na terceira infância e é a base para diversas habilidades cognitivas, como visto em Papalia e Feldman (2013). Além disso, a velocidade de processamento das informações, uma fragilidade em N., está diretamente relacionada à capacidade ao uso eficiente da memória de trabalho para tarefas complexas. (KAIL & SALTHOUSE, 1994; KAIL & HALL, 1994; FRY & HALE, 1996; KAIL, 2000 *apud* WECHSLER, 2004). A velocidade de processamento é uma das

funções afetadas no TDAH e encontramos no trabalho de Benczik (2020) o estudo de Sonuga-Bark (2005) que afirma que a memória de trabalho é um dos piores desempenhos em avaliação neuropsicológica de crianças a partir dos três anos de idade até os doze anos.

É possível verificar algumas alterações no desempenho em memória operacional dos participantes. Foram aplicados três subtestes que avaliam essa função. Nos três subtestes N. obteve desempenhos: dentro do esperado, na média inferior e deficitário. Em relação a E., houve apenas um desempenho deficitário e em outras duas atividades o desempenho foi dentro do esperado. Todas as atividades foram realizadas de modo oral, mas E. se saiu pior na tarefa avaliativa mais complexa de MO. Por outro lado, quando a avaliação de MO incluía velocidade de processamento, N. não se saiu tão bem.

As funções executivas são responsáveis por diversas funções, entre elas, o controle atencional e inibitório e memória de trabalho. Diversos autores concordam que há um salto na memória de trabalho durante a adolescência relacionado ao desenvolvimento das funções executivas devido ao desenvolvimento do córtex pré-frontal. Uma das características do TDAH é presença de prejuízo no controle inibitório que leva à déficits secundários em diversas funções executivas, inclusive em memória operacional verbal e não verbal, autorregulação do afeto e da motivação. (BARKLEY, 1998 *apud* PRIFITERA *et al.*, 2016).

Memória Visual

Memória visual é a capacidade de apreender dados perceptivos que são apresentados e está relacionado à habilidade de conservação espontânea pela memória. A memória visual pode ser medida por meio da reprodução gráfica de uma figura anteriormente exibida, momento no qual o participante realiza uma cópia. Nessa prova, N. obteve desempenho na faixa média inferior, pois omitiu alguns microelementos e houve discretas alterações de localização. E. demonstrou resultado dentro da média, ele conseguiu recuperar os principais macro e microelementos com boa localização. Outro modo de avaliar a memória visual é em tarefa que também mede a percepção, organização visual, concentração e reconhecimento visual de detalhes essenciais de diferentes objetos comuns. N. igualmente demonstrou desempenho na faixa média inferior e E. dentro do esperado em memória visual com auxílio dessa prova.

Memória verbal e memória semântica

N. exibiu pior desempenho que E. em definição de vocábulos, que além de avaliar memória, inclui habilidade de aprendizado e desenvolvimento de conceitos e de linguagem, pois apresentou desempenho na média inferior e E. na média superior. Em relação às habilidades de memória de longo prazo, capacidade de reter e recuperar informações adquiridas na escola e no ambiente em que vive, além de percepção auditiva, compreensão e expressão verbal., N. também apresentou resultado na faixa média inferior, mas E. demonstrou estar dentro da média. Apesar de N. não ter se saído tão bem quando E. na avaliação de memória verbal e semântica, não é considerado déficit.

Podemos verificar que E. apresentou facilidade na avaliação de memória verbal e semântica, pois se saiu muito bem na demonstração da habilidade de aprendizado e desenvolvimento de conceitos. Reflexo da capacidade de memória de longo prazo em relação ao conhecimento adquirido na escola e no ambiente em que vive, além da percepção auditiva. O desempenho na média inferior de N. pode ter sido influenciado por seu contexto familiar e social. É necessário se aproximar do indivíduo no seu contexto familiar, escolar e social, dentro dos quais ele se desenvolve na observação desses resultados, inclusive quando não há déficits, mas o desempenho não é tão bom quanto estar na faixa média. Como afirmado por Paula e Malloy-Diniz (2018), dificuldade em memória semântica leva a falhas na evocação de definições de palavras ou de informações sobre conhecimentos gerais, que estaria ligada à inteligência cristalizada.

Funções executivas

A atenção, flexibilidade mental, controle inibitório, capacidade de planejamento e de julgamento social, são componentes imprescindíveis para o indivíduo realizar uma atividade em que seja necessário dar respostas mais complexas, executando ações e processos, a fim de alcançar um objetivo e comportamento adaptativo.

N. e E. exibiram habilidade para avaliar e utilizar experiências anteriores e habilidade para transmitir informações de ordem prática dentro do esperado para suas idades, assim como em sequenciamento e agilidade mental, inclusive relacionado a imagens visuais e espaciais.

N. obteve desempenho situado na faixa média inferior quando requisitado simultaneamente a atenção, abstração e o planejamento, e ao precisar realizar raciocínio

analógico e geral com palavras, isto é, o raciocínio verbal exibiu resultado dentro do esperado, na faixa média. Por outro lado, demonstrou dificuldade em rastreamento visual aliado a realizar mudanças ao relacionar códigos com números que se repetiam, o que nos mostra déficit em flexibilidade mental, pois obteve desempenho muito inferior ao esperado. Nesse caso, E. apresentou flexibilidade mental situado na faixa média inferior para sua idade.

Em prova que avalia processamento visual e controle atencional por meio do paradigma de interferência de números e quantidades, E. obteve os seguintes resultados: em processos automáticos mais simples que exigiam leitura, E. não cometeu erros e obteve desempenho dentro do esperado devido ao tempo que levou para concluir esta etapa. Em processos automáticos que exigiam contagem, momento no qual foi preciso reconhecer o conjunto, E. realizou mais rapidamente e igualmente não cometeu erros, o que o levou ao resultado na faixa média superior. Quando foi necessário executar uma ação controlada, inibir uma resposta usual e fazer uma escolha diferente, ele exibiu rendimento dentro da média em relação ao tempo e não cometeu erros novamente, demonstrando resultado na faixa superior para sua idade, isto é, acima da média. No entanto, na etapa seguinte dos processos controlados foi preciso alternar entre duas regras, quebrar a rotina cognitiva, realizar um esforço adicional e retornar à regra habitual, E. apresentou muita dificuldade e obteve resultado deficitário, pois além de precisar de muito tempo para conclusão dessa etapa cometeu muitos erros. Por isso, obteve desempenho muito inferior para sua idade. Em relação à inibição, o resultado foi dentro do esperado, o que indica controle da impulsividade. Porém houve falhas em flexibilidade nessa medida.

Uma das tarefas realizadas por E. para avaliar funções executivas envolvia combinar cartões com figuras geométricas com base em critérios já determinados sem que ele tivesse prévio conhecimento. Nessa atividade, E. recebia *feedback* da examinadora (ambiente) para que pudesse manter um contexto ou se adaptar às exigências externas. E. obteve ótimo desempenho, além do esperado para sua idade, pois quando o princípio de classificação não estava mais correto, conseguiu inibir a tendência de persistir ou perseverar. Além disso, não houve flutuação atencional. Desse modo, E. foi capaz de aproveitar o *feedback* externo para monitorar seu comportamento e apresentou ótimo desempenho em raciocínio abstrato e em modificar as estratégias cognitivas em resposta às contingências ambientais mutáveis a fim de atingir um objetivo ou meta futura.

Ambos os participantes demonstraram ter conhecimento de padrões de comportamento e sabem o que é esperado de um comportamento socialmente aceito, bem como apresentam capacidade de julgamento e bom senso de acordo com suas idades.

Em provas que recrutaram capacidade de exercer controle mental, ambos os participantes conseguiram desempenho na faixa média inferior. Contudo, quando E. precisou responder oralmente na ordem inversa estímulos audioverbais, obteve desempenho deficitário, enquanto N. exibiu resultado dentro do esperado.

Conforme mencionaram Uehara *et al.* (2016), o desenvolvimento das Funções Executivas (FEs) não é linear, acompanha o desenvolvimento do cérebro e tende a melhorar ao longo dos anos durante a primeira, segunda e terceira infância.

Na adolescência, o desenvolvimento das FEs dá um salto, entre os 16 e 19 anos de idade, finalizando na idade adulta. Dessa forma, os participantes da amostra ainda estão em fase de desenvolvimento das FEs. Vários transtornos da infância e da adolescência comprometem o funcionamento dessas funções, entre eles o TDAH. Não foi encontrado pela autora desta pesquisa informações sobre a influência do TPAC nas FEs, no entanto, o indivíduo com esse distúrbio apresenta dificuldade para executar tarefas que lhe são solicitadas, principalmente em sequência, conforme visto com Mangili (2016).

Não há consenso definido sobre todas as suas funções das FEs, como afirmaram vários autores (PAPALIA; FELDMAN, 2013; UEHARA; MATA; FICHMAN; MALLOY-DINIZ, 2016). Todavia, sabe-se que residem no córtex pré-frontal e são responsáveis pelo controle atencional e inibitório, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva, identificação de metas, capacidade de planejamento e execução de comportamentos, julgamento, tomada de decisão e autorregulação, que é o monitoramento do próprio desempenho. Sobre a autorregulação, ainda será discutida juntamente com a análise dos aspectos afetivo-emocionais.

Conforme visto com Moraes (2022), as funções executivas podem ser classificadas como “frias” ou “quentes”. (ZELAZO; MILLER, 2002 *apud* MORAES, 2022). Os componentes frios estariam associados às regiões do córtex pré-frontal dorsolateral e voltadas às operações cognitivas mecânicas, como memória trabalho, aos aspectos lógicos, como raciocínio lógico abstrato, e incluem planejamento cognitivo, flexibilidade, monitoramento e controle inibitório. Os componentes “quentes” estariam relacionados à expressão de comportamentos emocionalmente conscientes, portanto, relacionados aos aspectos emocionais que serão discutidos adiante.

Os participantes da amostra não apresentaram alterações na capacidade de julgamento social, pois sabem o que é esperado de um comportamento socialmente aceito de acordo com suas idades, conforme visto por Papalia e Feldman (2013). Porém, N. apresentou déficit em flexibilidade mental e em velocidade de processamento, que também estão relacionados às

FEs. Assim sendo, juntamente com os aspectos afetivo-emocionais, N. pode não apresentar tais habilidades na vida prática devido à fatores subjetivos.

Comportamento menos flexível, persistência fraca quando direcionado à um objetivo, tendência a perseveração com dificuldade em aproveitar o *feedback* externo sobre erros para mudar um comportamento, desorganização relacionada ao tempo e dificuldade em retornar para atividades direcionadas a um objetivo são alguns exemplos de disfunção executiva. Sob avaliação, E. conseguiu inibir a tendência de persistir ou perseverar, foi capaz de aproveitar o *feedback* externo para monitorar seu comportamento e apresentou ótimo desempenho em raciocínio abstrato. Então, E. é capaz de modificar as estratégias cognitivas a fim de se adaptar às exigências externas e para resolução de problemas.

Aprendizagem auditivo-verbal (RAVLT)

Em tarefa de avaliação da memória imediata e retenção de curto e longo prazo observa-se a aquisição, armazenamento e lembrança da informação. O teste, realizado de modo oral pela examinadora e pelos examinados do início ao fim, apresenta cinco repetições de uma lista de 15 palavras, em que é possível retirar a curva de aprendizado. Uma segunda lista, também de 15 palavras, é apresentada como distratora e em seguida devem ser solicitadas as palavras da primeira lista sem que esta seja retomada. Então, após 20 minutos, é observada a retenção da lista inicial.

Em relação à memória e aprendizagem de novas informações, N. se beneficiou com a repetição e revelou adequado aproveitamento de estratégias de aprendizagem, apesar da queda no desempenho na quarta etapa que pode estar relacionada à flutuação atencional, revelando estar dentro da média. Sobre o desempenho de E., ele não se beneficiou com a repetição, pois obteve desempenho deficitário em todas as primeiras etapas de aprendizagem e não alcançou curva de aprendizagem crescente. O pior desempenho de E. ocorreu no início das primeiras etapas de aprendizagem, houve discreta melhora (embora ainda com déficit) e seu desempenho caiu novamente. É possível que a ansiedade diante de uma tarefa desconhecida tenha influenciado no seu desempenho. Todavia, E. manteve resultado muito aquém do esperado. Desse modo, a ansiedade não justificaria a dificuldade apresentada ao longo da tarefa, uma vez que foi um dos últimos testes a serem aplicados.

Na avaliação da memória de curto prazo verbal, N. demonstrou resultado dentro do esperado para sua idade. Na evocação imediata, que está relacionada à memória de curto prazo episódica verbal, obteve desempenho deficitário, e na evocação tardia (memória de longo prazo

episódica verbal) obteve desempenho dentro da média em relação à população com a mesma idade.

E. exibiu desempenho dentro do esperado em memória de curto prazo verbal da lista distratora e na evocação imediata (memória de curto prazo episódica verbal). Na evocação tardia (memória de longo prazo episódica verbal), E. alcançou rendimento na faixa média inferior no limite da média esperada para a sua idade.

A taxa de aprendizagem de N. (aprendizagem ao longo das tentativas) foi compatível com resultado classificado na média no limite da média inferior e M obteve resultado minimamente preservado, na média inferior perto do limite da faixa inferior. O índice de retenção (velocidade de esquecimento – efeito da passagem do tempo) de N. situa-se na faixa muito superior e isso significa que N. não esquece facilmente um conteúdo aprendido. Para E., o resultado da velocidade de esquecimento foi dentro do esperado para sua idade, pois seu índice de retenção é bom.

Em relação à interferência proativa, N. não apresenta dificuldade em aprender algo novo, pois demonstrou resultado dentro do esperado para sua idade. Em interferência retroativa, N. se saiu muito bem, pois quando entra em contato com novas informações, a interferência negativa na recordação de um conteúdo previamente aprendido ocorre menos com ela do que com a média da população com a mesma faixa etária.

E. se saiu muito melhor na avaliação da interferência proativa, pois um conteúdo aprendido ao longo da tarefa facilita para ele a aquisição de um novo conteúdo. Isso significa que E. apresenta facilidade significativa em aprender algo novo, muito além do esperado para sua idade. Entretanto, na avaliação da interferência retroativa, os resultados sugerem que a presença de um novo conteúdo afeta negativamente a evocação de informações previamente aprendidas. Todavia, não houve aprendizagem satisfatória, uma vez que E. obteve desempenho muito aquém do esperado nas primeiras etapas de aprendizagem.

A memória episódica verbal relacionada à identificação de palavras aprendidas é medida por meio do reconhecimento e no teste pode ser afetado por questões referentes à motivação ou pela capacidade de organização da resposta verbal. Nos dois casos, espera-se que o desempenho seja melhor, indicando que o conteúdo foi aprendido, mas não devidamente relatado a partir da evocação espontânea. N. se saiu tão bem no reconhecimento quanto na evocação espontânea e E. obteve melhor desempenho no reconhecimento do que na evocação espontânea, assim, ele parece se beneficiar com auxílio de pistas.

Foi visto que os sintomas comuns entre o TDAH e o TPAC são: dificuldade de concentração, dificuldade de aprendizagem, prejuízo nas memórias de curto e longo prazo

(TDAH), dificuldade de memorização (TPAC), agitação motora, dificuldade em seguir instruções/pedir para repetir uma informação e dificuldade em realizar tarefas em sequência (FEs). (DSM-5, 2014; FONSECA, 2015). No TDAH os piores desempenhos em testes neuropsicológicos entre as idades de seis e doze anos estariam em tarefas de vigilância, memória de trabalho, aprendizagem verbal, planejamento, organização, controle inibitório, atenção seletiva e atenção dividida. (SEIDMAN, 2016; DOYLE, 2016; WILLCUTT *et al.*, 2005 *apud* BENCZIK, 2020).

Como visto, Zuanetti *et al.* (2018) realizaram uma pesquisa com dois grupos de crianças com idade média de nove anos, sendo que as crianças com TDAH pertenciam a um grupo e crianças com Transtorno de Ansiedade em outro grupo. Foi aplicado, em ambos os grupos, teste de aprendizagem auditivo-verbal sob o paradigma do RAVLT e foi verificado que a maioria dos participantes de ambos os grupos se encontraram dentro da normalidade na etapa da avaliação de memória imediata, nas etapas de aprendizagem e taxa de aprendizagem, sugerindo que a amostra apresentou capacidade de memória verbal imediata e capacidade de aprendizagem preservadas. Contudo, afirmam que 71% das crianças com TDAH exibiram desempenho classificado abaixo da média na avaliação da interferência retroativa em relação às crianças diagnosticadas com Transtorno de Ansiedade, quando apenas 7% obtiveram o mesmo desempenho. Segundo as autoras, crianças com dificuldade em FEs seriam mais propícias a erros inibitórios e, portanto, estariam mais suscetíveis à interferência retroativa. (ALVEZ, 2017 *apud* ZUANETTI *et al.*, 2018).

Sob a perspectiva acima, TDAH não necessariamente estaria relacionado à déficits em aprendizagem verbal. Vejamos que no caso de E., ele não conseguiu resultado minimamente dentro do esperado nas primeiras etapas de aprendizagem. Isso também não afetaria seu desempenho na avaliação da interferência retroativa? Por outro lado, enquanto E. não apresentou déficits nas memórias avaliadas pelo RAVLT, N. apresentou déficit em memória verbal imediata (curto prazo episódica verbal). No DSM-5 (2014) consta que no TDAH há prejuízo nas memórias de curto e longo prazo.

É possível notar que E. não apresenta alteração no funcionamento mnemônico, entretanto, demonstrou grande dificuldade nas etapas iniciais da aprendizagem para conteúdos verbais, enquanto N. obteve desempenho dentro do esperado nas mesmas etapas. Em cada uma das etapas da aprendizagem auditivo-verbal as palavras de uma lista são lidas pelo examinador apenas uma vez e de modo seguido, e nenhuma delas são repetidas isoladamente para o participante. Isto é, os participantes foram submetidos à sons verbais em sequência e era

necessário que repetissem as palavras da lista, em cada etapa, logo que a examinadora terminasse de fornecê-la.

Lembrando o visto por Mangili (2016), os sintomas do TPAC são: dificuldade de memorização em atividades diárias, para ler e escrever, fadiga atencional, troca de letras na fala ou escrita, demora na compreensão em algo que foi dito, dificuldade em compreender informações em ambientes ruidosos, desatenção, distração, sendo necessário repetir uma informação fornecida, agitação, dificuldade em executar tarefas solicitadas, principalmente em sequência, entre outros que igualmente estão presentes no TDAH.

O processo de ensino-aprendizagem implica em considerar uma variedade de aspectos que se correlacionam. Os mais importantes aspectos que fazem parte do processo ensinar e aprender diz respeito aos aspectos cognitivos. Porém, não se pode ignorar a importância do modo como se ensina, como se aprende e os processos educativos que são elaborados para a efetivação do processo de ensinar e aprender, como pontuado por Santos e Ghelli (2015). A aprendizagem corresponde à aquisição de novos conhecimentos e como resultado dessa experiência, ocorre a modificação do comportamento, sendo a memória a retenção desse conhecimento.

Pereira e Braz (2021) também afirmam que a relação entre TPAC e TDAH é comum e que é importante diferenciá-los na investigação dos problemas de aprendizagem, do baixo desempenho escolar e dos comportamentos atípicos para a fase de desenvolvimento. Assim como igualmente expõem que sintomas de desatenção auditiva e pouca memorização auditiva, dificuldades de leitura, escrita e baixo rendimento escolar frequentemente são encontradas nos dois transtornos.

A eficiência atencional também interfere no desempenho do RAVLT. Como constatado por Vicari (2020), a relação entre problemas de aprendizagem e déficit de atenção é comum. No entanto, é mais fácil para uma pessoa com TDAH ou com TPAC focar a atenção em estímulo com menos informações concorrentes provenientes do ambiente. É o que acontece no momento da aplicação dos testes, em que o ambiente é controlável e com poucos estímulos concorrentes. Todavia, grave déficit atencional possivelmente surgirá mesmo em ambiente com poucas informações. Por outro lado, a leve falha atencional é capaz de provocar um desempenho um pouco melhor quando comparado com diminuição atencional severa.

Existem diversos tipos de aprendizagem e cada tipo é acompanhado por estratégias a fim de solucionar um problema, elaborar conclusões e assimilar informações, como encontrado em Saldanha, Zamproni e Batista (2016). Um exemplo entre os vários tipos de aprendizagem é a que se baseia nos nossos sentidos (visual, auditivo e tátil) e atualmente possui uma ampla

aplicação, como o modelo Visual, Auditivo e Cinestésico (VAC) adaptado do modelo VARK (1992). (SILVA *et al.*, 2020). Caso houvesse apenas esse modelo de aprendizagem, especialmente no estilo auditivo, indivíduos com TPAC apresentariam grande dificuldade de se adaptar e de organizar suas ideias, conceitos e abstrações. O estilo de aprendizagem auditiva diz respeito às habilidades para conhecer, interpretar e diferenciar estímulos recebidos via audição, e indivíduos que apresentam mais facilidade em reter aquilo que escutam são favorecidos quando a exposição de conteúdos ocorre de modo verbal. (BALARDIM, 2021).

Em concordância com diversos autores, encontra-se nos estudos de Finkler, Barba e Matos (2022) que alterações no processamento auditivo em crianças levam à dificuldade de aprendizagem e baixo desempenho quando comparadas aos alunos que apresentam resultados acadêmicos dentro do esperado. Desse modo, é preciso evidenciar a importância da investigação das razões pelas quais crianças e adolescentes demonstram desatenção ou dificuldade de apreender.

Uma proposta interessante de Reinaldo, Camacho e Reis (2011) foi encontrada durante a construção da presente pesquisa. Os autores apresentam as teorias da aprendizagem em camadas comportamentais a partir das qualidades extraídas de cada teoria, como a behaviorista, construtivista, sociointeracionista e cognitivista, formando uma teoria única.

A camada mais baixa da teoria proposta, chamada reativa, é caracterizada pelos conceitos behavioristas, onde uma pessoa detentora do conhecimento, o professor, atua. Busca produzir ações que direcionem o comportamento do indivíduo a reagir ao ambiente e a resposta está ligada à satisfação ou consequência, em que o comportamento será aprendido por meio do condicionamento de suas ações.

A próxima camada seria a instintiva, sob a visão construtivista de Piaget, com a reflexão dos métodos de ensino aplicados pelo professor. A teoria construtivista de Jean Piaget (1896-1980) baseia-se no estudo da gênese dos processos mentais do indivíduo e tais processos são construídos desde a infância. O desenvolvimento mental seria influenciado por fatores biológicos e o conhecimento seria proveniente da interação entre a pessoa e o objeto a partir da ação do indivíduo sobre o meio. (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A próxima camada, a racional, de abstração, utiliza instruções inicialmente colocadas, mas foram trabalhadas e ajustadas por meio de uma contínua e progressiva retroalimentação para construir novos conhecimentos pela motivação, busca e investigação. O indivíduo é construtor do seu conhecimento para o despertar nas interações sociais e próprias reflexões internas. A teoria sociointeracionista desenvolvida por Vygotsky (1896-1934) coloca que o desenvolvimento cognitivo ocorre por meio da interação social, isto é, da interação com os

outros e com o meio. (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Pela perspectiva da teoria de Vygotsky, a aprendizagem é uma experiência social mediada pela utilização de instrumentos e signos de acordo com os conceitos utilizados pelo próprio indivíduo, sendo que o signo significa algo, como a linguagem falada e a escrita.

A última camada é a cognitiva. A teoria da aprendizagem cognitivista foi desenvolvida por David Ausubel (1918-2008), psicólogo da educação inspirado nos métodos de sistemas informáticos que processam dados para obter uma informação de modo sistêmico. A aprendizagem baseia-se no uso da informação envolvida nas estruturas cognitivas já estruturadas, ou em estruturação, e ocorre devido às experiências obtidas de forma sistemática.

Para Silveira, Mustaro e Omar (2004), na proposta de Ausubel o aluno adquire novo conhecimento fazendo uma relação com o que aprendeu anteriormente e a construção desse conhecimento ocorre à medida em que o novo é incorporado às estruturas pré-existentes. Assim sendo, o conhecimento passa a ter significado a partir dessa relação. Porém, o próprio aprendiz deve ser capaz de estabelecer relacionamentos hierárquicos e associativos. Mas isso deve ocorrer no momento ensino-aprendizagem e de maneira que ele consiga estabelecer essa relação.

O objetivo é especializar o módulo cognitivo do indivíduo a uma visão objetiva, sem deixar de lado suas habilidades adquiridas por evolução, trabalhada e aprimorada como proposto por Piaget e Vygotsky. Desse modo, o indivíduo será ativo e interativo com seus pares, por meio das relações interpessoais no ambiente em que vive. (REINALDO; CAMACHO; REIS, 2011).

Por fim, é de extrema importância considerar os diversos tipos de aprendizagem diante da necessidade individual dos alunos dentro das escolas, de modo que a aprendizagem seja acessível a todos dentro de uma perspectiva de inclusão.

A partir dos resultados, abaixo estão descritos os desempenhos das funções cognitivas dos participantes, as que estão dentro do esperado, as que poderiam ser melhoradas e as que precisariam ser melhoradas (próximo a déficit ou déficit). (Tabelas 9, 10 e 11).

Tabela 9: Funcionamento dentro do esperado.

N.	E.
- ICV	- ICV
- IOP	- IOP
- Formação de conceito verbal, habilidade de raciocínio verbal abstrato, capacidade de	(continua)

Tabela 9: Funcionamento dentro do esperado.

N.	E.
<p>distinguir o essencial do não essencial e a forma de se expressar verbalmente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreensão verbal e expressão - Habilidade de raciocínio analógico e geral, capacidade de integrar e sintetizar vários tipos de informações, inteligência fluida - Raciocínio abstrato. Habilidade de raciocinar fazendo montagens conforme uma classe específica - Sequenciamento e agilidade mental - Atenção concentrada - Raciocínio fluido não verbal e integração visomotora - Memória auditiva verbal de curtíssimo prazo - Memória de curto prazo verbal - Memória de longo prazo episódica verbal - Memória de reconhecimento - Aprendizagem auditivo-verbal - Taxa de aprendizagem (aprendizagem ao longo das tentativas) - Velocidade de esquecimento - Interferência proativa - Interferência retroativa - Linguagem (compreensão verbal, habilidade para avaliar e utilizar experiências anteriores e habilidade para transmitir informações de ordem prática) - Memória operacional (em DOI) - Funções executivas (conhecimentos de padrões de comportamento e julgamento) 	<ul style="list-style-type: none"> - IVP - Linguagem (Vocabulário. Conhecimento verbal e de informações armazenadas, inteligência cristalizada, habilidade de aprendizado e desenvolvimento de conceitos e de linguagem) - Compreensão verbal e expressão - Sequenciamento e agilidade mental - Inteligência cristalizada. Capacidade de reter e recuperar informações adquiridas na escola e no ambiente em que vive - Habilidade de raciocínio analógico e geral, capacidade de integrar e sintetizar vários tipos de informações, inteligência fluida - Concentração, habilidade de raciocínio numérico, fluidez de raciocínio e lógica - Raciocínio fluido não verbal. Capacidade de executar operações mentais, como a manipulação de símbolos abstratos - Percepção visual e organização. Concentração e reconhecimento visual de detalhes essenciais de diferentes objetos - Velocidade de processamento, memória de curto prazo, aprendizado, percepção visual, coordenação visomotora, amplitude visual, atenção, motivação. Processamento visual e sequencial - Flexibilidade cognitiva e discriminação visual - Memória visual e semântica - Memória de curto prazo verbal - Memória de curto prazo episódica verbal - Memória de reconhecimento - Velocidade de esquecimento - Visualização espacial, funções visomotoras e praxia construtiva - Raciocínio abstrato não verbal. Habilidade de raciocinar fazendo montagens conforme uma classe específica - Amplitude atencional - Atenção concentrada - Atenção seletiva

(continua)

Tabela 9: Funcionamento dentro do esperado.

N.	E.
	<ul style="list-style-type: none"> - Abstração visual - Funções executivas (conhecimentos de padrões de comportamento e julgamento e flexibilidade mental) <u>Escala TDAH:</u> - Comportamento antissocial dentro do esperado para a idade - Comportamento hiperativo-impulsivo dentro do esperado para a idade <u>SNAP-IV (pais):</u> - Comportamento hiperativo-impulsivo dentro do esperado para a idade <u>SNAP-IV (escola):</u> - Desatenção dentro do esperado para a idade - Comportamento hiperativo-impulsivo dentro do esperado para a idade

Fonte: elaborada pela autora baseado nos resultados obtidos (2022).

Tabela 10: Funções que poderiam ser melhoradas.

N.	E.
<ul style="list-style-type: none"> - IMO - Amplitude atencional - Atenção sustentada - Atenção alternada - Atenção seletiva - memória operacional - Vocabulário. Conhecimento verbal e de informações armazenadas, inteligência cristalizada, habilidade de aprendizado e desenvolvimento de conceitos e de linguagem - Inteligência cristalizada. Capacidade de reter e recuperar informações adquiridas na escola e no ambiente em que vive 	<ul style="list-style-type: none"> - IMO - Atenção sustentada - Memória operacional - Memória de longo prazo episódica verbal - Controle mental - Linguagem (escrita) - Taxa de aprendizagem (aprendizagem ao longo das tentativas) <u>Escala TDAH:</u> - Problemas de aprendizagem - Déficit de atenção

(continua)

Tabela 10: Funções que poderiam ser melhoradas.

N.	E.
<ul style="list-style-type: none"> - Raciocínio fluido não verbal. Capacidade de executar operações mentais, como a manipulação de símbolos abstratos - Percepção visual e organização. Concentração e reconhecimento visual de detalhes essenciais de diferentes objetos - Controle mental - Abstração e discriminação visual - Funções visomotoras e praxia construtiva - Linguagem (Vocabulário. Conhecimento verbal e de informações armazenadas, inteligência cristalizada, habilidade de aprendizado e desenvolvimento de conceitos e de linguagem, capacidade de reter e recuperar informações adquiridas na escola e no ambiente em que vive) - Memória visual e semântica 	<p data-bbox="847 461 1046 495"><u>SNAP-IV (pais):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desatenção

Fonte: elaborada pela autora baseado nos resultados obtidos (2022).

Tabela 11: Funções que precisariam ser melhoradas – próximo a déficit ou déficit.

N.	E.
<ul style="list-style-type: none"> - IVP - Velocidade de processamento, aprendizado visual, percepção visual, coordenação visomotora, amplitude visual, atenção, motivação, processamento visual e sequencial - Raciocínio numérico, fluidez de raciocínio e lógica e agilidade mental - Linguagem (leitura, escrita e aritmética) - Flexibilidade cognitiva - Memória de curto prazo episódica verbal 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle mental para estímulos audioverbais - Memória auditiva de curtíssimo prazo - Formação de conceito verbal, habilidade de raciocínio abstrato verbal, compreensão oral, memória, capacidade de distinguir o essencial do não essencial - Linguagem (leitura e aritmética) - Aprendizagem auditivo-verbal - Interferência retroativa

Fonte: elaborada pela autora baseado nos resultados obtidos (2022).

No que tange aos aspectos afetivo-emocionais, existem várias informações importantes colhidas durante a entrevista de anamnese sob a perspectiva da assistente social.

N. residia em acolhimento institucional desde dois anos de idade juntamente com o irmão e na época da avaliação seu irmão estava com cinco anos de idade. Há relato de abuso por parte da genitora e falhas na proteção e em suprir as necessidades básicas das crianças. Há também a ausência da figura paterna e a presença de relacionamentos temporários da mãe sendo que seus companheiros frequentavam a residência.

Não há informações adicionais sobre a história de vida de N. anterior à transferência ao acolhimento e sobre a dinâmica da família. Igualmente não constam informações sobre possíveis outras situações prejudiciais ao seu desenvolvimento físico e emocional, mas percebe-se que sua vida era permeada por privação, violência e abandono.

As queixas sobre o comportamento de N. são claras: subtraía e danificava objetos de outras pessoas, desobedecia e desrespeitava figuras de autoridade desde os três anos de idade. Era considerada agitada, difícil, ansiosa, costumava atropelar sua fala e às vezes era agressiva quando contrariada, além de exibir sexualidade exacerbada e incompatível para sua idade e exibia “picos” do humor. Como consequência, outras crianças não queriam aproximação ou desenvolver laços de amizade, o que a colocava em isolamento. O grupo de pares ajuda a criança a se relacionar com a sociedade, por outro lado, a porção negativa em relação aos pares reside na possibilidade de alimentar tendências antissociais e o preconceito e a discriminação podem levar à depressão ou aos problemas de conduta.

Vejamos que as queixas sobre o comportamento de N. não se limitavam a um ambiente, mas era reproduzido tanto na instituição de acolhimento como na escola e nas residências nas quais N. permanecia nas etapas de criação de vínculo.

Apesar de todas as informações citadas, foi informado que N. não exibia dificuldades acadêmicas e gostava de atividades que estavam relacionadas às artes. Era uma criança percebida como de fácil vinculação e prestativa, gostava de ajudar e mantinha a atenção quando realizava atividades que eram do seu interesse.

Foi verificado que durante todo o processo de avaliação, N. apresentou dificuldade em manter a atenção durante as sessões. Realmente demonstrou agitação acima do esperado e foi necessário manejo ininterrupto para que a avaliação pudesse ocorrer sem prejuízo. Porém, não houve momento de expressão de agressividade ou irritabilidade. N. se recusou a fazer várias tarefas, mas com o manejo foi possível que as realizasse. Apesar disso, havia em N. desejo de ser valorizada e elogiada, o que a motivava. Isso vai ao encontro do pontuado sobre o estágio focalizado em produtividade *versus* inferioridade.

Durante a entrevista com a assistente social, foi exposto sobre a reação negativa dos adultos a respeito do comportamento de N., e isso ocorria em mais de um ambiente: no

acolhimento, com os adultos interessados na adoção e na escola. Vale a reflexão que talvez as reações negativas fossem os únicos *feedbacks* externos sobre seus erros e é possível que a dificuldade no automonitoramento e o desejo de gratificação imediata de N. complicasse o cenário. Como visto, esse perfil de comportamento está relacionado às funções executivas (FEs).

Os componentes “quentes” das FEs estão associados à expressão de comportamentos emocionalmente conscientes, isto é, relacionados aos aspectos emocionais. Inclui desejos, diz respeito à regulação do afeto e do próprio comportamento, interpretações pessoais, julgamento e estão envolvidas na capacidade de adiar gratificação e na tomada de decisão. Como visto, as FEs também estariam ligadas ao aspecto motivacional envolvendo recompensas e habilidades voltadas à cognição social, como a percepção social e a capacidade de compreender os estados emocionais ou as emoções expressas por de outras pessoas.

As funções executivas são responsáveis por diversas funções, entre elas, o controle atencional e inibitório e memória de trabalho. Diversos autores concordam que há um salto na memória de trabalho durante a adolescência relacionado ao desenvolvimento das funções executivas devido ao desenvolvimento do córtex pré-frontal. Uma das características do TDAH é presença de prejuízo no controle inibitório que leva a déficits secundários em diversas funções executivas, inclusive em memória operacional verbal e não verbal, autorregulação do afeto e da motivação. Foi visto, que a autorregulação é o monitoramento do próprio desempenho. (BARKLEY, 1998 *apud* PRIFITERA *et al.*, 2016).

Também sobre as FEs, Papalia e Feldman (2013) e Uehara *et al.* (2016) acrescentam que, na verdade, não há consenso definido sobre todas as suas funções das FEs, como igualmente afirmaram vários autores. Sabe-se que residem no córtex pré-frontal e são responsáveis pelo controle atencional e inibitório, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva, identificação de metas, capacidade de planejamento e execução de comportamentos, julgamento e tomada de decisão.

Déficit na inibição do comportamento leva a déficits secundários em diversas funções executivas, como autorregulação do afeto e da motivação. (BARKLEY, 1998 *apud* PRIFITERA *et al.*, 2016). A desregulação emocional está presente nas respostas exacerbadas de tristeza, ansiedade, medo, ações suicidas e outros comportamentos.

Características e sintomas do TDAH que não são amplamente divulgados, como a desregulação emocional, foram discutidos sob a perspectiva de diversos estudos, desde a abordagem do desenvolvimento humano, passando pelas teorias da aprendizagem e pesquisas atuais sobre as consequências da gravidade do TDAH.

Recordando o exposto no DSM-5 (2014) e mencionado no início do presente trabalho, um dos subtipos do TDAH apresenta como critério diagnóstico comportamento predominantemente hiperativo-impulsivo diferenciado por severidade (leve, moderado ou grave). De acordo com o Manual, na infância o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados de externalização, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno de conduta.

Conforme Anker, Ginsberg e Heir (2021) sugerem, o conhecimento sobre a desregulação emocional acrescenta significativamente à compreensão das condenações criminais na presença do transtorno em adultos. Mesmo que não seja critério diagnóstico, a desregulação emocional é comum no TDAH. Os autores também verificaram que agressão na infância é preditivo para criminalidade mais tarde na vida e que traços de personalidade com emocionalidade negativa têm sido relacionado à atividade criminosa.

N. manifestava intenso desejo de ser adotada, mas, infelizmente, sofreu quatro rejeições na fase de criação de vínculo que antecede a formalização da adoção. Na criação de vínculo, a criança reside com os candidatos à adoção, participa de eventos junto com a possível família e datas comemorativas, como o Natal. Adicionalmente, N. vivenciou sua separação do irmão com o qual mantinha laços afetivos, ele foi adotado e até o momento da avaliação N. não teve oportunidade de entrar em contato com ele. Além disso, ela perguntava constantemente por ele e igualmente perdeu o contato com a genitora, além de não saber quem era o pai.

Pôde ser verificado, por meio das informações obtidas sobre a história de vida, que o comportamento de N. apresentava características impulsivas com desconsideração sobre as exigências externas. Possivelmente, uma das razões pelas quais existia tal ocorrência seja devido à dificuldade em ler o ambiente à sua volta e em flexibilidade cognitiva. Durante os encontros para a avaliação, N. igualmente demonstrou impulsividade, inquietação e desorganização durante as sessões, mesmo com a compreensão de que seu comportamento poderia prejudicá-la naquele momento. Uma vez que N. tendeu a ser colaborativa quando a examinadora solicitou sua ajuda, há a hipótese de a impulsividade ser potencializada em razão da busca de N. por satisfação emocional aliada à dificuldade em se expressar.

O modo como N. reage quando contrariada pode ser uma compensação de possíveis seus sentimentos de inadequação, desamparo e insegurança. Ela pode ter internalizado modelos de relações conturbadas, inseguras, instáveis e com configuração de abandono.

O relato durante a entrevista de anamnese nos leva à reflexão de que N. vivenciou eventos traumáticos desde muito nova. Como visto, de acordo com NIMH (2001 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013), as reações das crianças ao trauma dependerão da faixa etária

na qual estarão. Com idades abaixo de cinco anos, a criança pode apresentar medo da separação dos pais, choro ou choramingo, gritos, tremores, imobilidade ou movimentos sem objetivo, expressões faciais de pavor, apego excessivo e comportamentos agressivos. Dos seis aos onze anos, pode haver retraimento excessivo, comportamento problemático, incapacidade de prestar atenção, dores no estômago ou outros sintomas sem base física, baixo desempenho escolar, recusa em ir para a escola, depressão, ansiedade, culpa, irritabilidade ou entorpecimento emocional e comportamento regressivo, como pesadelos, transtorno do sono, medos irracionais e acessos de raiva ou brigas.

É provável que as experiências de N. estivessem repercutindo em uma fase do desenvolvimento que antecede a entrada na adolescência. Como mostrado pelo teórico do desenvolvimento Erik Erikson, a fase em que N. se encontrava é focalizada no conceito produtividade *versus* inferioridade, quando é importante para a criança ser socialmente produtiva a fim de ser valorizada pela sociedade. Dessa maneira, ela desenvolveria sua autoestima ao se comparar e ao ser comparada aos seus pares.

É possível constatar que pareceu existir essa busca em N., pois, mesmo com dificuldades em lidar com suas emoções, era prestativa, gostava de ajudar e inclinava-se às atividades relacionadas às artes. Também pode ser analisado que existe sentido no postulado por Berger (2017). Para equilibrar suas dificuldades emocionais e se perceber valorizada por ser produtiva como a sociedade esperava que ela fosse, ela tinha a oferecer o bom desempenho escolar e sua inteligência, mesmo que fosse considerada “esperta” por manipular a todos na escola com suas habilidades, conforme relato.

N. estava sem sua família, que deveria ser um ponto de proteção a qual foi substituída pelos cuidadores da instituição, e essa nova família era importante para ela. Diante de discórdia parental ou parentalidade insatisfatória a criança pode apresentar comportamentos internalizantes e externalizantes, que são comportamentos problemáticos de natureza emocional e de atuação respectivamente. Devido à sua pouca idade N. tenderia a não conseguir identificar o que sentia, como observado nas pontuações de Moreira e Carregal (2011).

É importante ressaltar que o psicodiagnóstico e a avaliação neuropsicológica são realizadas para fins diagnósticos, mas também terapêuticos. N. já estava em psicoterapia e, sem dúvida, é uma intervenção imprescindível para ela. Mas é um longo caminho, pois o contexto social no qual ela estava inserida já lhe trazia o julgamento social, mesmo com tão pouca idade.

Em relação aos aspectos efetivo-emocionais de E., assim como ocorreu com N., a entrevista de anamnese com o pai trouxe diversas informações fundamentais para a avaliação. Ele passou por diversas dificuldades desde a gestação. A cirurgia da mãe, a tentativa de suicídio

do pai, passou por internação hospitalar aos dois e cinco anos e por procedimento para uma biópsia traumatizante aos oito.

Logo no início da alfabetização demonstrou outras dificuldades, não copiava as lições e perdia materiais com frequência, o que não foi informado aos pais. No 3º ano do Ensino Fundamental passou a frequentar uma nova escola e em 2015, ao oito anos, na mesma época da biópsia, iniciaram os sintomas de desatenção e agitação. Foi quando iniciou tratamento com Risperidona, orientados pelo médico psiquiatra, e meses depois foi introduzida a Ritalina® devido ao diagnóstico clínico de TDAH. Segundo o pai, o próprio E. lhe relatou que após a medicação ele percebeu que ficava mais agitado e que não melhorava em relação ao desempenho escolar apesar dos seus esforços. Ademais, E. foi hostilizado e desvalorizado por seus professores além de ter sofrido *bullying*. Em 2017 E. havia desenvolvido tiques os quais envolviam diversas partes do seu corpo.

E. começou a mudar de comportamento, era uma criança que costumava abraçar e beijar como manifestações de carinho, mas tinha mudado muito a partir de três anos antes da avaliação. Não respeitava regras, reagia com muita raiva ao lidar com frustrações, era impaciente, culpava as pessoas quando algo lhe desagradava e quando alguém não o compreendia reagia gritando ou ofendendo, além de apresentar dificuldades escolares. Ele pedia desculpas, mas não conseguia agir de modo diferente. Era agressivo verbalmente, mas não fisicamente, apesar do comportamentopositor, impulsivo e explosivo. Devido à frustração, em uma ocasião deu um golpe de mão fechada contra uma parede e contra uma porta e desde pequeno tendia a jogar objetos quando contrariado. No entanto, o único ambiente no qual E. agia desse modo era o familiar, pois não havia queixas das escolas sobre seu comportamento.

Alguns anos antes da avaliação, E. passou a ter medo de tudo, desenvolveu ansiedade e estava sempre angustiado. Apresentava “picos” do humor, tendia ao isolamento e seus únicos amigos eram virtuais.

Uma neurologista tentou trocar a Ritalina® por outro medicamento a fim de cessar os tiques, mas não houve melhora e E. passou a sintomas depressivos, irritabilidade e com redução significativa do sono e do apetite. Voltou ao psiquiatra, foi retirado o medicamento que a neurologista havia prescrito, a Ritalina® foi reintroduzida, iniciou com a Fluoxetina e foi mantida a Risperidona. E. manifestou vontade de morrer para a mãe até três meses antes da avaliação. A mãe levou os resultados da RM e do EEG e não foram constadas alterações. A família possui histórico de depressão, tentativa de suicídio, transtorno do pânico e câncer. Além disso, a rotina familiar era permeada por conflitos, gritos e ocasionalmente E. apanhava.

E. tem um histórico de vida complexo aos doze anos de idade. No entanto, um diagnóstico mais preciso possível e indicações interventivas adequadas poderiam lhe proporcionar qualidade de vida e ainda a possibilitaria que ele atingisse todo seu potencial.

A dinâmica familiar não pareceu favorável para que E. pudesse lidar com suas dificuldades. Primeiramente, os pais necessitavam de apoio, suporte e orientação. A família também apresentava demandas que precisavam ser atendidas, assim como seus membros. Como posto por Berger (2017), a funcionalidade da família diz respeito ao modo como ela atende as necessidades básicas da criança, como saúde, educação, proteção, mas também o quanto propicia condições para o desenvolvimento saudável dos aspectos emocionais, dando apoio, suporte, entre outros aspectos, trazendo harmonia e estabilidade.

Pares e comunidade têm grande influência na personalidade e nas habilidades desenvolvidas pelas crianças, mais até do que os pais e a família, exceto em ambientes abusivos como visto. Assim, pares são vitais, e as escolas e culturas influenciam o que as crianças aprendem e o quanto aprendem. (HARRIS, 1998, 2002; MCLEOD *et al.*, 2007 *apud* BERGER, 2017). Entretanto, estudos mais recentes mostram que nos casos em que ocorrem divórcios, desemprego, ou outras situações desestabilizantes, o impacto vai depender dos genes, da idade, da resiliência ou do gênero da criança. (BERGER, 2017).

No caso do E., havia o isolamento, a falta de amigos reais (e não os virtuais) e do apoio da escola. Somado a isso, as relações familiares eram permeadas por conflitos e gritos, além de, eventualmente, haver agressões físicas possivelmente por não compreenderem as dificuldades enfrentadas por todos. A condição de E. já era desestabilizante, mas o histórico de tentativa de suicídio quando ele tinha três anos, câncer, transtorno depressivo, transtorno do pânico, e suas hospitalizações também tornava o contexto mais difícil.

Novamente vamos discutir sobre as reações das crianças ao trauma em diferentes idades, por NIMH (2001) *apud* Papalia e Feldman (2013). Lembrando que quando o estresse é muito intenso ou prolongado é possível que crianças e adolescentes desenvolvam problemas psicológicos.

Dos doze aos dezessete anos, pode haver *flashbacks*, que são retrospectivas, retorno de memórias de fatos do passado, especialmente das situações traumáticas e o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) também possui tal aspecto. Podem ocorrer ainda entorpecimento emocional, confusão, esquiva a lembranças de evento traumático, fantasias de vingança, retraimento, isolamento, abuso de drogas, problemas com os pares, comportamento antissocial, queixas físicas, esquiva à escola, declínio do desempenho escolar, distúrbios do sono, depressão ou pensamentos suicidas.

Como é possível verificar, E. apresenta alguns destes sintomas. Vários autores pontuam que o TEPT leva a diversas consequências graves para a saúde mental e repercute nas funções cognitivas, como a memória, atenção, orientação espacial, regulação emocional e FEs. Adicionalmente, foi exposto que os prejuízos funcionais no TEPT incluem “[...] erros de interpretação de estímulos ambientais, dificuldades de automonitoramento e de integração de processos mnemônicos, sugere-se que as FEs sejam centrais no TEPT”. (KRISTENSEN *et al.*, 2006 *apud* HATZENBERGER *et al.* 2010 p. 97).

E. apresentava dificuldade em lidar com suas emoções, mas o desenvolvimento de suas FEs ainda estava em curso e talvez ele ainda aguardasse a recompensa que é tão importante da terceira infância. Déficit em controle inibitório leva a déficits secundários em diversas funções cognitivas, como memória operacional verbal e não verbal, autorregulação do afeto e da motivação, sintomas presentes no TDAH e alguns que E. manifestava. No entanto, na execução de um dos testes da avaliação, E. demonstrou capacidade acima da média de monitorar e inibir um comportamento conforme o *feedback* do ambiente a fim de atingir uma meta futura e para resolver problemas, o que torna a possibilidade da existência do TDAH um pouco menos consistente. Todavia, é importante reforçar que a análise precisa ser baseada no todo.

E. tem doze anos, mas passou pela terceira infância com demandas próprias desse estágio. Assim, dado que as dificuldades de E. iniciaram no 3º ano de acordo com o pai, vamos recordar alguns pontos.

Por volta dos sete ou oito anos, a criança reconhece em si a vergonha e a culpa, se torna consciente de seus próprios sentimentos e sobre os demais e tem conhecimento das regras de sua cultura. A criança passa mais tempo fora de casa socializando com os colegas, mas a família continua sendo importante. A rejeição dos pares pode levar à problemas de longo prazo e afetar a autoestima na vida adulta, além da possibilidade do desenvolvimento de depressão. Crianças com vivência de discórdia entre os pais, tendem a apresentar mais problemas de origem emocional e de atuação, como comportamentos disruptivos. (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

E. sofreu *bullying* e foi hostilizado por professores. Segundo Hodges *et al.* (1999), Olweus (1995), Veenstra *et al.* (2005) *apud* Papalia e Feldman (2013), o risco para a vitimização reside em crianças ansiosas, deprimidas, desconfiadas, quietas, submissas, que choram com facilidade ou que são encrenqueiras e provocadoras.

A partir da idade de E., surgem problemas decorrentes das suas dificuldades e, não havendo intervenção, existe o alto risco de E. apresentar obstáculos em desenvolver

relacionamentos afetivos estáveis e de levar uma vida bem ajustada, além do risco de abuso de substâncias ainda na adolescência.

No que tange o abuso por substâncias, esta é uma das possibilidades negativas do TDAH sem adequada intervenção a partir de um diagnóstico minimamente seguro. Tal possibilidade também surge em decorrência da vivência de traumas como foi visto. A tensão entre ser diferente e ceder às normas de determinados grupos gera a crise de identidade, juntamente com as mudanças biológicas e a pressão por assumir um papel na sociedade, o que pode levar a confusão de identidade caso não se reconheça no novo papel. Somado a isso tudo, as dificuldades escolares.

Devido à prolongada completa maturação do córtex pré-frontal e FEs, a adolescência tende a ser uma fase permeada por comportamentos impulsivos e de risco, com preferência à gratificação imediata, quando há maior incidência de envolvimento em acidentes de trânsito, propensão a ocorrer relações sexuais sem proteção, maior incidência de suicídio e, novamente, de uso ou abuso de substâncias. (UEHARA; MATA; FICHMAN; MALLOY-DINIZ, 2016). Durante a adolescência o desenvolvimento das FEs é modulado pelo contexto afetivo e social e evidências apontam para a relação entre a maturação sexual e as mudanças na emoção e na motivação, que são os componentes afetivos das FEs. (CRONE, 2009 *apud* UEHARA *et al.*, 2016).

Como apresentado anteriormente, pelo DSM-5 (2014) as consequências funcionais do TDAH incluem baixo desempenho escolar e rejeição social. Crianças com o transtorno, exibem probabilidade maior do que seus pares para desenvolver transtorno de conduta e transtorno de personalidade antissocial na vida adulta. Além disso, vimos que altas taxas de TDAH na vida adulta levam a criminalidade e condenação criminal devido à dificuldade no controle da impulsividade e controle emocional, além de estar ligada à gravidade do transtorno.

O comportamento de E. é compatível com respostas exacerbadas de tristeza, ansiedade, medo e desejo de morrer. No entanto, tais comportamentos também estão presentes em outros transtornos.

Apesar de todas as informações pontuadas, não se pode esquecer o colocado pelo DSM-5: E. apresentava todos os comportamentos acima apenas no âmbito familiar, e para o diagnóstico do TDAH a criança precisa apresentar os sintomas em, pelo menos, dois ambientes (em casa e na escola, por exemplo). E esse não era o caso de E.

Assim como discutido, para a análise do caso E. são necessários alguns esclarecimentos. Como afirmado por Gonçalves (2014), os traços de personalidade de um indivíduo se desenvolvem desde a infância até a vida adulta e influencia pensamentos,

sentimentos e comportamentos. Somado a isso, a personalidade é multideterminada devido às adaptações diante das situações e a personalidade incluiria competências, hábitos, atitudes e o autoconceito que são aprendidos ao longo da vivência social. E não somente proveniente da sociedade, mas também da escola.

Lembrando o posto por Gonçalves (2014), as características da personalidade são relativamente estáveis e previsíveis, contudo, não é rígida e imutável, pois ocorre a interação entre os traços pessoais e os aspectos mutáveis do ambiente. Os traços de personalidade de E. também estão se desenvolvendo ao mesmo tempo em que estão lidando constantemente com oferecido pelo ambiente, assim como N.

Conforme o que foi exposto, quando há uma desordem no complexo processamento auditivo tal condição é denominada Transtorno do Processamento Central (TPAC). Segundo diversos achados e pesquisadores, os sintomas do TPAC são dificuldade de memorização em atividades diárias, para ler e escrever, fadiga atencional, trocas de letras na fala ou escrita, demora na compreensão em algo que foi dito, dificuldade em compreender informações em ambientes ruidosos, desatenção, distração, sendo necessário repetir uma informação fornecida, agitação, dificuldade em executar tarefas solicitadas, principalmente em sequência, entre outros que igualmente estão presentes no TDAH. (MANGILI, 2016).

E. exibiu intensa ansiedade no início dos encontros, mas conforme avaliação prosseguia os sintomas se tornaram mais suaves, bem como os tiques. Foi cordial, disposto a realizar todas as atividades, mas apresentou discreta fadiga no final das sessões. Tendia a se sentir encorajado com auxílio de incentivos em forma de elogios. Não se negou a realizar nenhuma tarefa, não houve comportamento irritável, explosivo ou opositor. E. não percebia quando cometia pequenos erros, mas na avaliação da aprendizagem auditivo-verbal olhou para examinadora com expressão compatível com a não compreensão das palavras fornecidas nas primeiras etapas da aprendizagem.

No âmbito familiar, pode ser que E. buscasse o isolamento diante de situações conflituosas. Os traços ansiosos poderiam ser explicados por sua dificuldade em ler o ambiente à sua volta somado aos conflitos percebidos e devido ao desejo de ser reconhecido.

Os resultados de E. encontrados no exame do PAC corroboram com sua dificuldade em compreender o que acontece à sua volta com necessidade de reconhecimento por seus esforços. Tal dificuldade também foi percebida na comparação do desempenho de E. no WCST e no FDT. No primeiro, com ótimo desempenho, E. recebia *feedback* da examinadora para que mudasse de comportamento diante de contingências mutáveis e, portanto, demandavam adaptação e flexibilidade.

No FDT, o qual igualmente mede a flexibilidade cognitiva e capacidade de mudança diante de mudança de regras, E. não se saiu bem em etapa da medida de processos controlados quando foi preciso alternar entre duas regras, quebrar a rotina cognitiva, realizar um esforço adicional e retornar à regra habitual, demonstrando dificuldade em flexibilidade cognitiva nessa tarefa. É possível que as diferenças dos resultados em flexibilidade tenham ocorrido devido à falta de *feedback* externo para mudança de comportamento no FDT.

Muitas vezes uma única entrevista de anamnese não é suficiente para colher todos os dados relevantes ao caso, uma vez que o próprio informante pode não se lembrar de alguns eventos durante primeira entrevista. A observação do comportamento igualmente é de grande importância e complementa a anamnese. Por essa razão, talvez, um ou dois atendimentos não sejam suficientes para se fazer um diagnóstico.

14 INTEGRAÇÃO DAS AVALIAÇÕES

De acordo com a análise dos instrumentos e observação clínica, N. apresentou QI na média inferior no limite da média em relação à população brasileira com a mesma idade, isto é, dentro do esperado. Demonstrou prejuízo no Índice de Velocidade de Processamento em contraste com os Índices de Compreensão Verbal e Organização Perceptual que se situaram dentro do esperado e o Índice de Memória Operacional na faixa média inferior.

A investigação de N. estava relacionada ao TDAH. Mas observemos que a avaliação esclareceu sobre as funções preservadas e as prejudicadas. As funções colocadas como “poderiam ser melhoradas”, portanto, não entram na lista das funções prejudicadas. Desse modo, N. apresentou prejuízo em: aprendizado visual, percepção e amplitude visual; coordenação visomotora, processamento visual e sequencial; raciocínio numérico, fluidez de raciocínio e lógica.

N. exibiu as seguintes funções preservadas no que se relaciona ao TDAH: esfera atencional; aprendizagem auditivo-verbal; linguagem (compreensão verbal, vocabulário); memórias (memória operacional, de curtíssimo prazo verbal, de curto prazo verbal, de longo prazo episódica verbal, visual e semântica) e abstração verbal. As funções prejudicadas relacionadas ao TDAH são as que seguem: velocidade de processamento; flexibilidade mental; memória de curto prazo episódica verbal; dificuldade de organização; impulsividade e capacidades acadêmicas/linguagem (déficit muito grave em escrita e aritmética e déficit em leitura).

No que se refere às habilidades sociais, N. exibiu conhecimento de padrões de comportamento e julgamento e sobre o que é esperado de um comportamento socialmente aceito do ponto de vista cognitivo e hipotético. Entretanto, diante de situações de ordem prática poderia não exibir o mesmo desempenho pela dificuldade que apresentou em perceber o ambiente à sua volta e devido às dificuldades emocionais, que também interferiam no desempenho escolar.

N. apresentou desarmonia em avaliar as consequências dos seus atos, dificuldade de organização e impulsividade. Porém, trata-se de uma criança que se beneficiou quando recebeu atenção contínua sobre suas dúvidas e demandas, quando houve explicação acessível e coerente dos motivos pelos quais determinada atividade precisava ser executada e com esclarecimento das possíveis consequências de realizá-la ou não. Foi percebido que N. tendia a ser mais colaborativa quando o interlocutor solicitava sua ajuda, momento no qual ela pode ter se sentido valorizada e, então, colaborou.

Os resultados sugerem, no momento da avaliação, que N. apresenta TDAH predominantemente hiperativo-impulsivo moderado^{18,19} (F90.1). No entanto, a proposta consiste na reavaliação neuropsicológica em seis meses ou no máximo em até um ano após intervenção psicoterapêutica para acompanhamento do progresso e confirmar ou não a presença de TDAH predominantemente hiperativo-impulsivo ou do tipo combinado, bem como sobre a gravidade.

É necessário que N. continue em psicoterapia, em acompanhamento psiquiátrico e seja avaliada por médico oftalmologista. É preciso que a escola de N. seja orientada para possíveis adaptações, acompanhamento integral e específico direcionado às suas dificuldades²⁰.

Em relação ao E., de acordo com a análises dos instrumentos e observação clínica, ele apresentou QI dentro do esperado para sua idade, na faixa média. Obteve o mesmo resultado nos Índices de Compreensão Verbal e Organização Perceptual. Em relação ao Índice de Velocidade de Processamento, demonstrou desempenho na média superior, em contraste ao Índice de Memória Operacional, pois exibiu desempenho na faixa média inferior.

A investigação de E. igualmente estava relacionada ao TDAH, porém ele estava diagnosticado com o transtorno desde 2015 e o novo psiquiatra solicitou a avaliação.

¹⁸ Conforme DSM-5 (2014, p. 60).

¹⁹ Portaria Conjunta nº 14, de 29 de julho de 2022. Ministério da Saúde. DF: Brasília.

²⁰ Conforme Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021. DF: Brasília.

Assim como com N., a avaliação esclareceu sobre as funções preservadas e as prejudicadas. Desse modo, E. apresentou prejuízo em: controle mental para estímulos audioverbais; memória de curtíssimo prazo verbal; formação de conceito verbal, raciocínio verbal abstrato e compreensão oral; aprendizagem auditivo-verbal e interferência retroativa.

E. exibiu as seguintes funções preservadas no que se relaciona ao TDAH: esfera atencional; linguagem (compreensão verbal, vocabulário); memórias (memória operacional, de curto prazo verbal, memória de curto prazo episódica verbal, memória de longo prazo episódica verbal, visual e semântica); abstração não verbal e visual; flexibilidade mental; inibição de comportamentos já iniciados (controle da impulsividade) e habilidade de raciocínio numérico, fluidez de raciocínio e lógica. Em relação aos problemas de aprendizagem, impulsividade e hiperatividade ou comportamento antissocial, mensurados por meio da escala e do questionário respondidos pelos pais e pela escola, os resultados foram dentro do esperado para a idade. Já no aspecto desatenção, verificou-se que E. apresenta desatenção no âmbito familiar, mas não na escola. No momento da avaliação não foram encontradas funções prejudicadas relacionadas ao TDAH, exceto em capacidades acadêmicas/linguagem (déficit moderado em escrita e déficit grave em leitura e aritmética), déficits que também podem surgir no TPAC.

No que se refere às habilidades sociais, E. exibiu conhecimento de padrões de comportamento e julgamento e sobre o que é esperado de um comportamento socialmente aceito do ponto de vista cognitivo e hipotético. E. apresentou boa flexibilidade mental frente às situações que ofereceram *feedback* para sua mudança de comportamento, mas quando não havia pistas do ambiente sobre seu desempenho, surgiu dificuldade em automonitorar seu comportamento. Apesar disso, ele foi capaz de inibir um comportamento já iniciado para se adaptar às demandas externas. Embora estivesse presente essa habilidade, é possível que não apresente o mesmo desempenho em situações de ordem prática, uma vez que o comportamento social é influenciado por diversos fatores subjetivos, entre eles, o *feedback* do ambiente

O benefício que E. obteve com auxílio de pistas do ambiente também surgiu na etapa que avaliou memória de reconhecimento das palavras no teste RAVLT, pois se saiu melhor no reconhecimento do que na evocação espontânea.

É possível que as queixas sobre o comportamento do E. estivessem relacionadas às suas dificuldades em compreender e ser compreendido que o acometiam no dia a dia, pois E. apresentou dificuldade na compreensão sobre o que o ambiente esperava dele, ao mesmo tempo em que constava desejo de agradar e de ser reconhecido. Essas dificuldades poderiam lhe trazer intensa angústia e ansiedade, sendo capaz de gerar como resposta comportamentos opostos e de irritação.

Os resultados sugerem, no momento da avaliação, que E. não apresenta déficit de atenção ou hiperatividade-impulsividade. No entanto, a proposta consiste na reavaliação neuropsicológica em até 12 meses após intervenção fonoaudiológica e psicoterapêutica para acompanhamento do progresso e confirmação ou não destes resultados. A intervenção fonoaudiológica é imprescindível diante dos resultados da avaliação do Processamento Auditivo Central. Tais resultados ficaram evidenciados na avaliação da aprendizagem auditivo-verbal, que fornecia palavras em sequência, pois o desempenho deficitário foi discrepante em relação aos demais resultados dos instrumentos psicológicos e neuropsicológicos utilizados.

É necessário que E. continue com acompanhamento psiquiátrico e inicie acompanhamento fonoaudiológico e psicoterápico. Além disso, é preciso que a escola de E. seja orientada para possíveis adaptações, acompanhamento integral e específico direcionado às suas dificuldades²¹. Ainda é indicada psicoterapia familiar.

²¹ Conforme Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021. DF: Brasília.

15 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta diversas limitações. Em primeiro lugar, a amostra é insuficiente para fornecer conclusões mais consistentes, apesar de ter proporcionado informações de significativa relevância. Além disso, tratando-se de casos clínicos e, portanto, a amostra não foi selecionada exclusivamente para esta pesquisa, não foram utilizados os mesmos instrumentos nos dois participantes, o que seria ideal. Assim sendo, compreende-se como necessária uma amostra maior em que sejam aplicados os mesmos instrumentos a fim de obter informações que possuam significância estatística.

Também podem ser realizadas pesquisas cuja amostra seja ampliada no que diz respeito a faixa etária, com grupos homogêneos e heterogêneos quanto ao sexo biológico masculino e feminino, direcionada ao ensino público e privado, famílias funcionais e disfuncionais, em casos de tratamento medicamentoso e ausência desse tipo de tratamento, enfim, talvez existam diversas possibilidades.

Não poderia deixar de ser mencionado que a proposta científica necessitaria de um número significativamente maior de pesquisadores e examinadores da área da Psicologia e Neuropsicologia habilitados, capacitados e treinados para aplicação dos testes psicológicos e neuropsicológicos. Além disso, é necessária a inclusão de equipe multidisciplinar relacionada a área estudada para que seja possível avaliar e aprofundar as questões levantadas por diversas perspectivas teóricas e diagnósticas.

Por fim, a recomendação é que novos estudos sobre o tema sejam realizados, de preferência, com duração mínima de cinco anos e com uma amostra expressiva. Dessa forma, poderemos avançar, cada vez mais, no conhecimento sobre os questionamentos levantados neste trabalho.

16 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi verificada certa dificuldade em encontrar estudos recentes sobre o tema desta pesquisa, principalmente sobre a relação entre TDAH, TPAC e aprendizagem auditivo-verbal. O teste RAVLT é um instrumento de uso privativo do profissional da psicologia. Tal restrição é de grande relevância, apesar de os manuais fornecerem conteúdos teóricos científicos importantes.

Assim, como exposto ao longo do presente trabalho, as aplicações, correções e interpretações dos instrumentos, além da observação clínica e os dados normativos, demandam profissionais que possuam profundo conhecimento desses métodos devido à complexidade do SNC e da relação cérebro, funções cognitivas e comportamento.

Os objetivos deste estudo foram alcançados, uma vez que foi possível analisar a hipótese diagnóstica de TDAH da criança e o diagnóstico clínico de TDAH do adolescente, investigar a possível relação entre TDAH e déficit em aprendizagem auditivo-verbal e avaliar as funções cognitivas, a aprendizagem auditivo-verbal e os aspectos emocionais dos casos clínicos estudados. Foi encontrada uma pesquisa que afirma não haver relação entre TDAH e déficit em aprendizagem auditivo-verbal assim como foi verificado neste estudo dos dois casos.

A criança com oito anos apresentou TDAH predominantemente hiperativo-impulsivo moderado e se saiu significativamente melhor que o adolescente no RAVLT. Além disso, não foram encontrados dados que sugerissem que o adolescente tinha TDAH. Uma vez que o adolescente possuía diagnóstico clínico de TDAH desde 2015 e resultado recente do exame do PAC com alterações, considerou-se que é possível confundir TDAH com TPAC, em consonância com o sugerido por pesquisas anteriores e confirmando a hipótese desta pesquisa. Desse modo, verificou-se que há probabilidade de o diagnóstico de TDAH ser equivocado devido à presença do TPAC e aos aspectos afetivo-emocionais. No entanto, TDAH e TPAC podem ocorrer concomitantemente.

Por outro lado, as dúvidas sobre os transtornos não se esgotaram, nem na comunidade científica tampouco com auxílio deste trabalho, principalmente devido às limitações explicitadas anteriormente. Essa é uma das razões pelas quais é fundamental que a amostra seja reavaliada após os processos interventivos, tanto para acompanhar a efetividade ou não das intervenções como para confirmar ou não os diagnósticos no que concerne a avaliação psicológica e neuropsicológica. Igualmente é necessário que sejam realizados mais estudos sobre o tema.

As anamneses foram de grande importância no processo de avaliação, pois trouxeram informações relevantes que se somaram às análises dos instrumentos psicológicos e neuropsicológicos. Todavia, foram encontradas raras publicações que pontuam sobre a importância da anamnese. N. e E. experienciaram situações traumatizantes que trouxeram prejuízos aos seus desenvolvimentos e refletiam em seus comportamentos, em consonância com estudos anteriores sobre as consequências cognitivas e psicológicas tanto no TDAH como no TPAC e tais informações só puderam ser levantadas por meio das anamneses.

As avaliações psicológicas e neuropsicológicas mostraram ser capazes de colocar em evidência o funcionamento mental de modo detalhado. Mesmo não havendo biomarcadores ou exames que levem ao diagnóstico preciso de TDAH, as avaliações realizadas alcançaram resultados que não seriam possíveis apenas com a avaliação clínica. Isto é, não se pode negar a contribuição da psicologia e da neuropsicologia na investigação sobre a saúde mental. Ademais, conforme os examinandos se tornam mais confiantes com o avanço das sessões, acrescentam dados importantes que muitas vezes são determinantes para o diagnóstico juntamente com outras informações obtidas.

Em relação a N., a indicação da avaliação oftalmológica ocorreu devido aos seus baixos resultados no desempenho acadêmico, que possivelmente são consequência da hiperatividade-impulsividade, dos aspectos afetivo-emocionais e talvez por outras razões que fugiram do nosso conhecimento. Contudo, é importante ressaltar que igualmente houve baixo desempenho em tarefas nas quais foi necessário que ela recorresse à sua capacidade visual.

Especialmente no caso de E., alguns testes e observações clínicas foram congruentes com o resultado da avaliação do PAC. A condição de E. se refletiu nas funções cognitivas nas quais ele apresentou déficit. Além disso, seu desempenho no teste WCST juntamente com o FDT e na memória de reconhecimento do RAVLT, demonstraram que ele não apresentou dificuldade quando o ambiente lhe fornecia *feedback* ou pistas. Dados similares puderam ser inferidos a partir das respostas emocionais diante da anamnese, pois os conflitos vividos pela família envolviam problemas da ordem da saúde mental com a dificuldade existente em relação à comunicação entre seus membros.

As queixas sobre E. englobavam desobediência, isolamento, comportamento irritável e opositor, entre outros internalizantes e externalizantes no âmbito familiar. É provável que E. não obedecia por não compreender o que o ambiente desejava dele, o que era visto pelos pais como comportamento opositor. Talvez os conflitos vivenciados por E. lhe traziam intensa angústia a qual era externalizada por meio da agressividade. Foi notório que E. desejava ser reconhecido no *setting* da avaliação, pois um dos indícios foram verificados quando ele se sentia

motivado durante as atividades com pequenos elogios, mesmo por “apenas” concluí-las. Tais dados eram ignorados pelos pais e conduziam a família ao sofrimento devido aos desentendimentos constantes.

O papel do profissional de psicologia, bem como da avaliação psicológica e neuropsicológica, precisa de reconhecimento. Para que isso ocorra, é necessário que o trabalho seja divulgado por meio das pesquisas científicas. No entanto, é preponderante que os estudos científicos sejam acessíveis a todos.

Devido à ciência, a população obteve grandes conquistas nos últimos tempos, como a Portaria Conjunta Nº 14, de 29 de julho de 2022, com a aprovação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e a Lei Nº 14.254, de 30 de novembro de 2021, que dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro Transtorno de Aprendizagem.

Podemos concluir com os autores que, ainda que seja um desafio lidar com o TDAH, o mais importante é que saibamos sobre a importância do trabalho de equipe multiprofissional que ajudará na identificação e no diagnóstico do transtorno. Possuir conhecimento sobre nosso limite técnico é preponderante para ajudar crianças e adolescentes na busca por diagnóstico e isso inclui buscar conhecimento para que possamos fazer os encaminhamentos necessários. Tal equipe também deve conter profissionais da educação, pois é na escola que as dificuldades começam a aparecer e se intensificam com o aumento das exigências externas. Poderá haver ensino individualizado, acompanhamento integral e outras adaptações necessárias além de trabalhar com a inclusão e com os pais.

Do ponto de vista da avaliação neuropsicológica, um dos desafios reside em investigar se outros transtornos estão presentes, como o TPAC. Esse é o momento de encaminhar o avaliando a outro profissional da área pertinente aos achados para, no caso de suspeita de TPAC, orientá-lo a buscar o profissional da fonoaudiologia simultaneamente ou imediatamente após o término na avaliação neuropsicológica. A partir dos resultados deste estudo, é possível propor ações preventivas, avaliativas e interventivas tanto no âmbito da saúde mental como na área educativa e institucional, assim como na prática clínica do psicólogo e de outros profissionais da saúde e educação.

Por último, qualquer condição de saúde mental com a qual os indivíduos convivam demanda empatia, respeito, humildade e atuação ética com a finalidade de minimizar os

sofrimentos vivenciados pelo paciente e suas famílias e para obterem mais qualidade de vida, hoje e no futuro.

REFERÊNCIAS

- AFINANDO O CÉREBRO. **Por que o termo TPAC foi substituído por TPAC?** 2020. Disponível em: <https://www.afinandocerebro.com.br/post/por-que-o-termo-dpac-foi-substitu%C3%ADdo-por-tpac>. Acesso: 10 de agosto de 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais: DSM-5**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5-TR™**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.
- ANKER, Espen; GINSBERG, Ylva; HEIR, Trond. *Prevalence of criminal convictions in Norwegian adult ADHD outpatients and associations with ADHD symptom severity and emotional dysregulation*. BMC Psychiatric. Oslo, 21:226, p. 2-8, 2021.
- ANTONIAZZI, Adriane; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise Ruschel. **O conceito de coping: uma revisão teórica**. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/XkCyNCL7HjHThgtWMS8ndhL/?lang=pt>. Acesso: 23 de julho de 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA. **SNAP-IV**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://tdah.org.br/>. Acesso: 15 de agosto das 2020.
- BALARDIM, Graziela. **Estilos de Aprendizagem**: conheça os estilos do Modelo VARK e saiba como estimular os seus alunos de diferentes formas. 2021. Disponível em: <https://www.clipescola.com/estilos-de-aprendizagem-modelo-vark/>. Acesso: 15 de julho de 2022.
- BEE, Helen; BOYD, Denise. **A criança em desenvolvimento**. Tradução Cristina Monteiro. Revisão técnica Antonio Carlos Amador Pereira. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011: *E-book*.
- BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni *et al.* **TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade): desafios, possibilidades e perspectivas interdisciplinares**. Edyleine Bellini Peroni Benczik (org.). Belo Horizonte: Artesã, 2020.
- BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni; BOLFER, Cristiana. A Avaliação Neuropsicológica do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). In: **TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade): desafios, possibilidades e perspectivas interdisciplinares**. Edyleine Bellini Peroni Benczik (org.). Belo Horizonte: Artesã, p. 163-186, 2020.
- BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni; FIGARO, Rosângela Ascensão Dias de Souza. Aspectos Emocionais e Psicodinâmicos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). In: **TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade): desafios, possibilidades e**

perspectivas interdisciplinares. Edyleine Bellini Peroni Benczik (org.). Belo Horizonte: Artesã, p. 111-123, 2020.

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

BENITEZ, Yaser Ramirez; DIAZ, Rosario Torres; DIAZ, Valeska Amor. *Contribución de la inteligencia fluida y cristalizada em el rendimiento académico*. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179348853004>. Acesso: 19 de julho de 2022.

BERGER, Kathleen Stassen. **O desenvolvimento da pessoa**: do nascimento à terceira idade. Tradução Gabriela dos Santos Barbosa. 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

BLEGER, José. **Temas de Psicologia**: entrevista e grupos. Tradução Rita Maria E. de Moraes; revisão da tradução Luís Lorenzo Rivera. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

BRANDÃO, Marcus Lira. **As bases biológicas do comportamento**. 1. ed. São Paulo: EPU, 2004.

BRIKELL, Isabell; BURTON, Christie; MOTA, Nina Roth; MARTIN, Joanna. *Insights into attention-deficit/hyperactivity disorder from recent genetic studies*. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33814023/>. Acesso: 10 de junho de 2022.

BRICKENKAMP, Rolf; SCHMIDT-ATZERT, Lothar; LIEPMANN, Detlev. **d2-R**: Teste d2 – revisado. Adaptação Leandro Fernandes Malloy-Diniz, Carlos G. F. E. Schlottfeld. Tradução Gisele Müller Roger Welter. 1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2018.

BRASIL. **Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021**. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14254&ano=2021&ato=a27IzYE9UMZpWT004>. Acesso: 11 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 14, de 29 de julho de 2022. Dispõe sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 146, p. 117, 3 de agosto de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt#t>. Acesso: 11 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)**. DF: Brasília, 2022. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-14-de-29-de-julho-de-2022-419678091>. Acesso: 10 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metilfenidato e lisdexanfetamina para indivíduos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade**. DF: Brasília, 2021. Disponível em <https://sites.bvsalud.org/redetsa/pt/brisa/resource/?id=biblioref.referencesource.1254673>. Acesso: 26 de setembro de 2022.

BROSA, Juliane Callegaro; LINS, Manuela Ramos; ROSA, Hugo Leonardo Rocha Silva da (orgs.). **Dicionário de avaliação psicológica**. São Paulo: Vetor Editora, 2022.

BUCK, John N. **H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: guia de interpretação**. Tradução: Renato Cury Tardivo; revisão Irai Cristina Boccato Alves. 2. ed. São Paulo: Vetor, 2009. (Coleção tat; v. 1).

CARVALHO, Lucas de Francisco. Personalidade. In: BROSA, Juliane Callegaro; LINS, Manuela Ramos; ROSA, Hugo Leonardo Rocha Silva da (orgs.). **Dicionário de avaliação psicológica**. São Paulo: Vetor Editora, p. 447-152, 2022.

CONRADO, Silla Mescouto; ENCARNAÇÃO JÚNIOR, Antônio Carlos Dias da. **Perspectivas teóricas sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação**. 2021. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/rdd/article/view/1377/1232>. Acesso: 13 de julho de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 9, de 25 de abril de 2018**. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI e revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 01/2017 e 02/2017. Disponível em: <https://satepsi.cfp.org.br/legislacao.cfm>. Acesso 25 de julho de 2022.

CONSULTA REMÉDIOS. **Bula da Ritalina**. Disponível em: <https://consultaremedios.coE.br/ritalina/bula> Acesso: 13 de setembro de 2020.

CUNHA, Jurema Alcides. **Psicodiagnóstico – V. 5**. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CORTEZ, Marlene Tavares; SOUZA, Luciana Karine de; PINHEIRO, Ângela Maria Vieira. **É mesmo (só) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)? Avaliando TDAH e encontrando dislexia**. 2019. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/29924/pdf> Acesso: 29 de novembro de 2021.

DAMÁSIO, Antônio R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. Tradução portuguesa Dora Vicente e Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

FINKLER, Andréa Dulor; BARBA, Marion Cristine De; MATOS, Taís da Silva. **Habilidades Auditivas e dificuldades de aprendizagem: Uma revisão integrativa da literatura**. 2022. Disponível em: <https://www.revistapsicopedagogia.coE.br/detalhes/716/habilidades-auditivas-e-dificuldade-de-aprendizagem-uma-revisao-integrativa-da-literatura> Acesso: 12 de julho de 2022.

FOLHA VITÓRIA. **OMS: transtorno de hiperatividade atinge 2 milhões de brasileiros**. 2019. Disponível em: <https://www.folhavitoria.coE.br/saude/noticia/08/2019/oms-transtorno-de-hiperatividade-atinge-2-milhoes-de-brasileiros> Acesso: 08 de setembro de 2020.

FONSECA, Cláudio. **Distúrbio do Processamento Auditivo Central**. 2015. Disponível em: www.direitodeouvir.coE.br. Acesso: 07 de setembro 2021.

FRANCA, Emanuele Janoca; ALVES, Rosilda Brunete da Silva; ROCHA, Livia Pêpe Leão da Rocha; BRAGA, Beatriz Will; LANA, Emanuel Sampaio Borba; COLARES, Ana Larissa Nunes; LOPES, Ana Beatriz Ramos; ROCHA, Silvio Matheus Azevedo; NAVES, Maria Eduarda Costa; SOARES, Gustavo Fonseca Genelhu. **Importância do diagnóstico precoce em crianças com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: revisão narrativa.** 2021. Disponível em: <https://acervomais.coE.br/index.php/cientifico/article/view/7818/5285> Acesso: 13 de julho de 2022.

FREUD, Anna. **O Ego e os Mecanismos de Defesa.** 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1982.

FUNDEPAR, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Educacional. **Semana Pedagógica.** Anexo I Cláudia Camargo Saldanha, Eliete C Berti Zamproni, Maria de Lourdes Arapongas Batista. Paraná: SEED/PR, p. 1-6, 2016.

GARCIA, Elisandra Santos Mendes. **Transtorno do Processamento Auditivo Central – TPAC.** 2021. Disponível em: <https://blogcocreativa.com/2021/01/18/transtorno-do-processamento-auditivo-central-tpac/>. Acesso: 10 de agosto de 2022.

GONÇALVES, Inês Faria de Souza. **Instrumentos de Avaliação Psicológica em Idosos.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – ISMT, Coimbra, Defesa em 25 dez. 2014.

GRASSANO, Elsa. **Indicadores psicopatológicos em técnicas projetivas.** Tradução Rosângela Dantas. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

HAASE, Vitor Geraldi. Cem máximas da anamnese neuropsicológica. In: **Compêndio de testes neuropsicológicos: atenção, funções executivas e memória.** Annelise Júlio-Costa; Ricardo Moura; Vitor Geraldi Haase (orgs.). 1. EN. São Paulo: Hogrefe, p. 23-31, 2017.

HATZENBERGER, Roberta *et al.* **Transtorno do estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo.** 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsaluN.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000200009. Acesso: 10 de setembro de 2019.

HEATON, Robert K.; CHENULE, Gordon J.; TALLEY, Jack L.; KAY, Gary G.; CURTISS, Glenn. **WCST: Teste Wisconsin de Classificação de Cartas.** Adaptado por Margareth da S. Oliveira *et al.* 2. ed. São Paulo: Pearson, 2019.

HUTZ, Cláudio Simon; NUNES, Carlos Henrique Sancineto da Silva; NUNES, Maiana Farias Oliveira. **Bateria Fatorial de Personalidade -BFP: manual técnico.** 1. ed. 3ª reimpressão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

INSTITUTO NEUROSABER. **Distúrbio do Processamento Auditivo Central e TDAH.** 2017. Disponível em: <https://institutoneurosaber.coE.br/disturbio-do-processamento-auditivo-central-e-tdah/>. Acesso: 06 de setembro de 2020.

LINS, Rita Márcia Pacheco; CARDOSO, Saulo Batinga. Perspectiva histórica, prevalência, etiologia e critérios diagnósticos do TDAH. In: **TDAH (Transtorno de Déficit de**

Atenção/Hiperatividade): desafios, possibilidades e perspectivas interdisciplinares. Edyleine Bellini Peroni Benczik (org.). Belo Horizonte: Artesã, p. 21-38, 2020.

LOPES, Regina Maria Fernandes; WENDT, Guilherme Welter; RATHKE, Scheila Michele; SENDEM, Débora Alves; SILVA, Roselaine B. Ferreira; ARGIMON, Irani I. Lima.

Reflexões teóricas e práticas sobre a interpretação da escala de inteligência Wechsler para adultos. 2021. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552012000200011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 12 de julho de 2022.

MAIA, Maria Inete Rocha; CONFORTIN, Helena. **TDAH e Aprendizagem:** um desafio para a educação. 2015. Disponível em:

https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/148_535.pdf. Acesso: 30 de novembro de 2021.

MANGILI, Ana Raquel Périco. **O que é TPAC – Distúrbio do Processamento Auditivo Central?** 2016. Disponível em: <https://adap.org.br/site/conteudo/225-49-o-que-e-o-TPAC-disturbio-do-processamento-a.html> Acesso: 31 de maio de 2022.

MARREIROS, Nathalia. **É TPAC ou DPAC?** 2022. Disponível em:

<https://fluxodeinformacao.com/biblioteca/artigo/read/70396-e-tpac-ou-dpac>. 2022. Acesso: 10 de agosto de 2022.

MATOS, Paulo. **Linguagem e TDAH.** ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA. 2019. Disponível em: <https://tdah.org.br/linguagem-e-tdah/#:~:text=Estes%20problemas%20s%C3%A3o%20%20que,que%20%20indiv%C3%A2duo%20quer%20dizer>. Acesso: 31 de maio de 2022.

MAKUOTA, Jessica Yumi; JÚNIOR, Haliton Alves de Oliveira; PARREIRA, Patrícia do Carmo Silva. **Metilfenidato e lisdexanfetamina para indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade.** DF: Brasília, 2021.

MORAES, Ana Jô Jennings. **Avaliação da capacidade de autorregulação emocional em pacientes psiquiátricos:** sob a perspectiva das funções executivas quentes. (dissertação). 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47135/tde-04072022-174056/pt-br.php>. Acesso: 23 de julho de 2022.

MOREIRA, Sebastião Rogério Goes; CARREGAL, Daniel Corradi. **Aspectos Psicológicos de Crianças Portadoras de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.** Mental – ano IX, nº 17. Dez. 2011. [MG]. P. 643-650.

MIGUEL, Fabiano Koich. Psicometria. In: **Dicionário de avaliação psicológica.** Juliane Callegaro Brosa, Manuela Ramos Lins, Hugo Leonardo Rocha Silva da Rosa (orgs.). São Paulo: Vetor Editora, p. 165-166, 2022. *E-book*.

NASCIMENTO, Elizabeth do; FIGUEIREDO, Vera Lúcia Marques; VIDAL, Francisco Antonio Soto. Histórico das Escalas *Wechsler* de Inteligência. In: **Escala Wechsler abreviada de inteligência – WASI:** manual. David Wechsler. Adaptação e padronização brasileira Clarissa Marcelli Trentini, Denise Balem Yates, Vanessa Stumpf Heck. Tradução Ana Lúcia Leitão Carraro, Flávia Wagner. São Paulo: Person Clinical Brasil, 2018.

OCAMPO, Maria Luisa Siquier; ARZENO, Maria Esther Garcia. A entrevista inicial. In. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. Maria Luisa Siquier Ocampo, Maria Esther Garcia Arzeno, Elza De Piccolo (orgs.). 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

OLIVEIRA, Janaína Soares de. **Inteligência Fluida e Cristalizada interligada à Deficiência Intelectual**. 2022. Disponível em: <https://apaeciencia.org.br>. Acesso: 20 de julho de 2022.

OLIVEIRA, Rosinda Martins; CHARCHAT-FICHMAN, Helenice. **Brazilian children performance on Rey's auditory verbal learning paradigm**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/pvcVpsmpMND45kmPg5ggZHh/?lang=em>. Acesso: 07 de junho de 2022.

OUTEIRAL, José. **Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes: Desenvolvimento, Psicopatologia e Tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth N.; com MARTORELL, Gabriela. **Desenvolvimento Humano**. Tradução Carla Filomena Marques Pinto Vercesi *et al.* 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. *E-book*.

PAULA, Jonas Jardim de; MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes. **Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey: livro de instruções**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2018. (Coleção RAVLT, v. 1).

PAUL-BROWN, Diane. **Central Auditory Processing: Current Status of Research and Implications for Clinical Practice**. 1996. Disponível em: <https://pubs.asha.org/doi/10.1044/1059-0889.0502.41>. Acesso: 15 de julho de 2022.

PEREIRA, Cristovão. **A Formação Reticular e a sua importância**. 2022. Disponível em: <https://www.sanarmeN.com/a-formacao-reticular-e-a-sua-importancia-colunistas>. Acesso: 17 de julho de 2022.

PEREIRA, Kátia Helena. **Transtorno do processamento auditivo central: orientando a família e a escola**. São José: FCEE, 2018. *E-book*.

_____; BRAZ, Patrícia. **Estudos dos Indivíduos com Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e suas correlações com Processamento Auditivo Central (PAC), Transtorno Específico da Aprendizagem (TA) e Funções Executivas (FEs)**. São José: FCEE, 2021. *E-book*.

PRADO, Mirella Liberatore; JACOBSEN, Geise Machado; MORAES, André Luiz; GONÇALVES, Hosana Alves; FONSECA, Rochele Paz. **Avaliação da Linguagem e do Processamento Auditivo na Caracterização Neuropsicológica do TDAH: revisão sistemática**. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsaluN.org/pdf/psipesq/v7n1/v7n1a04.pdf>. Acesso: 01 de dezembro de 2021.

PRIFITERA, Aurelio; SAKLOFSKE, Donald; WEISS, Lawrence G. **WISC-IV: avaliação clínica e intervenção**. Tradução Gisele Alves. São Paulo: Pearson, 2016.

REINALDO, Francisco; CAMACHO, Rui; REIS, Luiz Paulo. **Arquitetura híbrida das teorias de aprendizagem em camadas comportamentais para o ensino à distância**. 2011.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/276204047_Arquitetura_Hibrida_das_Teoria_de_Aprendizagem_em_Camadas_Compormamentais_Para_Ensino_a_Distancia. Acesso: 19 de julho de 2022.

REIS, Aline Henriques; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Manejo da raiva em crianças. In: **PROPSICO Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde: ciclo 5**. Sociedade Brasileira de Psicologia. Ricardo Gorayeb, E. Cristina Miyazaki, Maycoln Teodoro (orgs.). Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 81-130, 2021. (Ciclo 5, v. 4).

REY, André. **Figura Complexa de Rey**. Adaptação brasileira Margareth da S. Oliveira e Maisa dos Santos Rigoni. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

RUEDA, Fabián Javier Marín. **Bateria Psicológica para a Avaliação da Atenção (BPA)**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2013. (Coleção BPA, v.1).

SANTOS, Anderson Oramísio; GHELLI, Kelma Gomes Mendonça. **Implicações das teorias behavioristas e cognitivistas na aprendizagem matemática nas séries iniciais do ensino fundamental**. 2019. Disponível em: <https://uniube.br/eventos/epeduc/2015/completos/72.pdf> Acesso: 20 de julho de 2022.

SANTOS, Érica da Cruz; ROCCA, Cristiana C. de Almeida; ACHÁ, Maria Fernanda F. Avaliação neuropsicológica nos transtornos da infância e adolescência. In: **Psicologia Hospitalar em Psiquiatria**. Antônio Serafim *et al.* (orgs.). 1. ed. São Paulo: Vetor, 2017.

SANTOS, Merysany Silva dos; SANTOS, Sanymary Silva dos; LOURINHO, Lídia Andrade. **A importância da identificação precoce do distúrbio do processamento auditivo central e suas interferências na aprendizagem**. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343596754_A_importancia_da_identificacao_precoce_do_disturbio_do_processamento_auditivo_central_e_suas_interferencias_na_aprendizagem. Acesso: 12 de julho de 2022.

SALLES, Jerusa Fumagalli de; HAASE, Vitor Geraldi; MALLOY-DINIZ, Leandro F. (orgs.). **Neuropsicologia do desenvolvimento: infância e adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2016. *E-book*.

SCHEFFER, Morgana; CZERMAINSKI, Fernanda Rasch; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Medidas comportamentais e biológicas na avaliação neuropsicológica. In: **Neuropsicologia do desenvolvimento: infância e adolescência**. Jerusa Fumagalli de Salles, Vitor Geraldi Haase, Leandro F. Malloy-Diniz (orgs.). Porto Alegre: Artmed, 2016. *E-book*.

SCHELINI, Patrícia Waltz. **Teoria das inteligências fluida e cristalizada: início e evolução**. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/BCX9HwQJpSFXjJSfVmrYDKH/?lang=pt>. Acesso: 20 de julho de 2022.

SERAFIM, Antonio de Pádua; SAFFI, Fabiana; MARQUES, Natali Maia; Achá, Maria Fernanda F.; OLIVEIRA, Mery Candido de. **Avaliação Neuropsicológica Forense**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017. (Neuropsicologia na Prática Clínica editada por Leandro Malloy-Diniz e Paulo Mattos).

SERAFIM, Antonio de Pádua; DUARTE, Éverton; ACHÁ, Maria Fernanda F. Aspectos históricos da neuropsicologia clínica e forense. In: **Neuropsicologia forense**. Antonio Serafim, Fabiana Saffi (orgs.). Porto Alegre: Artmed, p. 17-25, 2015. *E-book*.

SERAFIM, Antonio de Pádua; SAFFI, Fabiana (orgs.). **Neuropsicologia forense**. Porto Alegre: Artmed, 2015. *E-book*.

SERAFIM, Antonio; YOKOMIZO, Juliana Emy; BARONI, Laís; PARANHOS, Letícia; FACHIN, Raquel de V. P.; SANTOS, Renata Faustina. **Apostila de testes**. Revisores Adriana Foltran, Beatriz Baldivia, Érica Santos, Fabiana Saffi, Graça Maria Ramos de Oliveira, Priscila Dib Gonçalves. São Paulo: Serviço de Psicologia e Neuropsicologia – Ipq HCFMUSP, 2018.

SERRALLACH, Bettina L.; GROB, Christine; CHRISTINER, Markus; WILDERMUTH, Simon; SCHNEIDER, Peter. *Neuromorphological and Neurofunctional Correlates of ADHD and ADD in the Auditory Cortex of Adults*. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35600622/>. Acesso: 15 de julho de 2022.

SERTORI, Priscila Lima Cerqueira Ferreira; SERAFIM, Antônio de Pádua; ROCCA, Cristiana Castanho de Almeida. **Estimulação da Atenção de Crianças e Adolescentes**. Editores da série: Cristiana Castanho de Almeida Rocca, Telma Patano, Antonio de Pádua SerafiE. 1. ed. Barueri: Manole, 2020.

SILVA, Daniele Caetano da; ALMEIDA, Gabriel Souza; LYDIJUSSE, Jeferson Mangueira de Castro; ALENCAR, Lívia Pereira de; SILVA, Matheus Henrique Sampaio Costa. **Estudo de Identificação dos tipos de alunos frequentadores da disciplina de química de um cursinho popular**. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/expressaextensao/article/view/18716/pdf> Acesso: 15 de julho de 2022.

SILVA, Izabella Brito; NAKANO, Tatiana de Cássia. **Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas**. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100006. Acesso: 02 de agosto de 2022.

SILVEIRA, Ismar Frango; MUSTARO, Pollyana Notargiacomo; OMAR, NizaE. **Aprendizagem significativa baseada em uma arquitetura multicamadas de objetos de aprendizagem adaptativos**. 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/nice/eventos/RIBIE/2004/breve/breves1122-1131.pdf> Acesso: 21 de julho de 2022.

SOUZA, Isadora de Lourdes Signorini; FARIA, Fabiana de Fátima; ANJOS, Elaine Gouveia Consulin; MENEGHELLI, Carolina Meira; FUJITA, Thaís Dullius; CARON, Lilian; IVATUIK, Ana Lucia. **Relações entre funções executivas e TDAH em crianças e adolescentes: Uma revisão sistemática**. 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/revistapsicopedagogia.coE.br/pdf/v38n116a06.pdf> Acesso: 23 de julho de 2022.

SOUZA, Marina Alves de; PASSAGLIO, Nathália de Jesus Silva; LEMOS, Stela Maris Aguiar. **Alteração de Linguagem e processamento auditivo**: revisão de literatura. Ver. CEFAC. Mar-Abr, 18(2), p. 513-519, 2016.

SPARROW, Sara S.; CICCHETTI, Domenic V.; SAULNIER, Celine A. **Vineland-3**: Escala de comportamento adaptativo Vineland. 3. ed. São Paulo: Pearson Clinical, 2019.

STEIN, Lilian Milnitsky; GIACOMONI, Cláudia Hofheinz; FONSECA, Rochele Paz. **TDE II**: livro de instruções. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2019.

TAVARES, Marcelo. A entrevista clínica. In: **Psicodiagnóstico-V**. Jurema Alcides Cunha *et al.* 5. ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, p. 45-56, 2000.

TONIETTO, Lauren; SPERB, Tania Mara; POGGERE, Letícia Carol. Inteligência e Desenvolvimento Humano. In: **Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI)**. Adaptação e padronização brasileira Clarissa Marcell Trentini, Denise Balem Yates, Vanessa Stumpf Heck. Tradução Ana Lúcia Leitão Carraro e Flávia Wagner. 1. ed. 2ª reimpressão 2018. São Paulo: Person Clinical Brasil, p. 98-108, 2018.

UEHARA, Emmy; MATA, Fernanda; FICHMAN, Helenice Charchat e MALLLOY-DINIZ, Leandro F. Funções executivas na infância. In: **Neuropsicologia do desenvolvimento: infância e adolescência**. SALLES, Jerusa Fumagalli de; HAASE, Vitor Geraldí; MALLOY-DINIZ, Leandro F. (orgs.). Porto Alegre: Artmed, 2016. *E-book*.

VALENTINI, Felipe. Inteligência. In: **Dicionário de avaliação psicológica**. Juliane Callegaro Brosa, Manuela Ramos Lins, Hugo Leonardo Rocha Silva da Rosa (orgs.). São Paulo: Vetor Editora, p. 412-415, 2022.

VICARI, Maria Isabel. A Fonoterapia e Possibilidades de Intervenção no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH. In: **TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade)**: desafios, possibilidades e perspectivas interdisciplinares. Edyleine Bellini Peroni Benczik (org.). Belo Horizonte: Artesã, p. 299-326, 2020.

VIEIRA, Rafael. **Hipocampo**. 2022. Disponível em: <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/hipocampo-anatomia-e-funcoes>. Acesso: 17 de julho de 2022.

WECHSLER, David. **WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos**: manual técnico. Tradução Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva. Adaptação e padronização de uma amostra brasileira Elizabeth do Nascimento. 1. ed. 16ª reimpressão. São Paulo: Person Clinical Brasil, 2004.

_____. **WISC-IV: Escala de Inteligência Wechsler para crianças**: manual. Tradução Maria de Lourdes Duprat. 1. ed. 12ª reimpressão. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2013.

ZORZETTO, Neivo Luiz; GIACHETI, Célia Maria; GUIDA, Heraldo Lorena. Neuroanatomia do Processamento Auditivo. In: **Perspectivas multidisciplinares em fonoaudiologia: da avaliação à intervenção**. Célia Maria Giacheti, Sandra Regina Gimenez-Paschoal (orgs.). Marília: Oficina Universitária. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013.

ZUANETTI, Patrícia Aparecida; LUGLI, Marília Buzzo; FERNANDES, Ângela Cristina Pontes; SOARES, Mônica da Silva Trabuco; SILVA, Kelly da; FUKUDA, Marisa Tomoe Hebihara. **Desempenho em memória, compreensão oral e aprendizagem entre crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e crianças com transtorno de ansiedade.** 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Vxmqt6KVjxRhwB5B74Kq7hc/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso: 07 de junho de 2022.

ANEXO A – REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ALBINO, Letícia Moreira de Souza; BARROS, Sarah Gonçalves. **A Teoria das Inteligências Múltiplas de Gardner e sua Contribuição para a Educação**. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaISE/article/view/683>. Acesso: 19 de julho de 2022 às 13h22min.

ANDRADE, Rebecca Damacena de; DI VELLASCO, João Paulo Moreira; RIBEIRO, Sara Rezende Coutinho. **Os Impactos do TDAH na Interação Social da Criança: uma revisão de literatura**. 2021. Disponível em: <http://ojs.unialfa.coE.br/index.php/psicologiaemfase/article/view/124>. Acesso: 23 de julho de 2022 às 12h40min.

BELLAK, Leopold; ABRAMS, David E. **CAT-A: Teste de Apercepção Infantil: Figuras de animais**. Adaptado a população brasileira Adele Dri *et al.* Tradução Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva. São Paulo: Vetor, 2010.

BOLFER, Cristiana Pacheco Martini. **Avaliação neuropsicológica das funções executivas e da atenção antes e depois do uso de metilfenidato em crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-24022015-115036/pt-br.php>. Acesso: 23 de julho de 2022.

BRASIL. Senado Federal. **Manual de comunicação da Secom**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/estilos/deficit-e-superavit>. Acesso: 24 de agosto de 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso: 29 de setembro de 2022.

BUFFONE, Flávia Regina Ribeiro Cavalcanti; SCHOCHAT, Elaine. **Perfil sensorial de crianças com Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC)**. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/5PMKqp7GjjntrLsXpQCGxNn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 12 de julho de 2022 às 15h36min

CAMILO, Lujani Aparecida. **O Conceito de TDAH: concepções e práticas de profissionais da saúde e educação [dissertação]**. Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu. 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/123180/000825188.pdf?sequen> Acesso: 08 de setembro de 2020 às 14h24min.

CRITIS, Maria. **Aspectos neuropsicológicos do córtex pré-frontal**. 2022 (monografia). Disponível em: <http://www.jobairubiratan.coE.br/cortex.html#:~:text=A%20%C3%A1rea%20pr%C3%A9%20Dfrontal%20do,pelo%20controle%20do%20comportamento%20emocional> Acesso: 17 de julho de 2022 às 12h26min.

FAGUNDES, Robson. **O que faz a ressonância magnética, para que é utilizada e como preparar o paciente para o exame**. 2021. Disponível em:

<https://rdicoE.coE.br/blog/ressonancia-magnetica/#o-que-e-ressonancia-magnetica-e-para-que-serve>. Acesso: 16 de julho de 2022.

FFA, Huan Lin; CIPRIANO *et al.* **Consequências do uso prolongado de metilfenidato no tratamento de transtornos de neurodesenvolvimento, como o TDAH.** Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/189>. Acesso: 23 de julho de 2022 às 10h40min.

FREUD, Sigmund (1856-1939). **A Interpretação dos Sonhos.** (1900). Tradução Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. (Obras completas v.4).

_____. **Psicopatologia da Vida Cotidiana.** (1901). Tradução Paulo César de Souza. 1. EN. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. (Obras completas v.4).

GANIEV, A.G; GANIEVA, Sh.A; BAHODIROVA, G.B. **The Importance Of Applying “Multi-Intelligence Theory” to The Educational Process.** 2021. Disponível em: <https://www.metadataindexings.com/index.php/tajas/article/view/550>. Acesso: 19 de julho de 2022.

KENT, Phillip. **Fluid intelligence: a brief history.** 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21622965.2017.1317480>. Acesso: 19 de julho de 2022 às 12h02min.

KONESKI, Júlio. **Escala SNAP-IV.** Disponível em: <https://www.scp.org.br>. Acesso 11 de agosto de 2022 às 14h59min.

LAMY, Marcelo. **Metodologia da pesquisa: técnicas de investigação, argumentação e redação.** 2. ed. revisada, atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Matrioska, 2020.

LARA, Aline Frollini Lunardelli; LIMA, Bianca Naomi de; CAMILO, Franciele Cardoso; SOUSA, Gabriela Porto Sbordoni de; SILVA, Heloísa Corrêa Higino Silva; RONCOLETA, Isabela Rossi; SANTOS, Jaqueline Evans dos. **Os tradicionais Diagnósticos de Problemas de Aprendizagem e a Atuação do Pedagogo.** Universidade Estadual de Maringá. 2018. Disponível em: <http://www.ppe.uem.br/semanadepedagogia/2018/minicursos/14.pdf>. Acesso: 15 de setembro de 2020.

MURRAY, Henry A. **T. A. T.:** Teste de Apercepção Temática. Henry A. Murray e colaboradores da Clínica Psicológica de Harvard. Adaptação e padronização brasileira Maria Cecília Vilhena E. Silva. 3. ed. adaptado e ampliado. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

NOVARTIS. **Ritalina® LA.** Disponível em: https://guiadafarmaciadigital.coE.br/arquivos-uploads/bula/bula_010762_1.pdf. Acesso: 29 de julho de 2022.

OUTEIRAL, José. **Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes: Desenvolvimento, Psicopatologia e Tratamento.** 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

SILVA, Samuel Reis e. **Correlação de traços de personalidade, funções executivas e sintomas depressivos em jovens adultos.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus: 2021. Disponível em: <https://www.tede.ufaE.edu.br/handle/tede/8670>. Acesso: 23 de julho de 2022 às 12h56min.

SIMON, Margarete Andreozzi Vaz Pereira. **Controle das emoções de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e validação do instrumento *Expression and emotion Scale for Children* para o Português.** Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Pediatria. 2014.

TRINDADE, Maria João Gomes. **A Magnetoencefalografia: aplicações clínicas.** 2004. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com. Acesso: 16 de julho de 2022.

VYGOTSKY, Lev Semenovitch. Tomo III. In: **Dominio de la atención.** Lev Semenovitch Vygotsky, p. 212-245, 1995. (Obras escogidas). Disponível em: <https://bit.ly/2SU0IUUV>. Acesso em: 14 de julho de 2022.

ANEXO B – LEI N° 14.254, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2021



Presidência da República
Secretaria-Geral
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 14.254, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2021

Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O poder público deve desenvolver e manter programa de acompanhamento integral para educandos com dislexia, Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem.

Parágrafo único. O acompanhamento integral previsto no caput deste artigo compreende a identificação precoce do transtorno, o encaminhamento do educando para diagnóstico, o apoio educacional na rede de ensino, bem como o apoio terapêutico especializado na rede de saúde.

Art. 2º As escolas da educação básica das redes pública e privada, com o apoio da família e dos serviços de saúde existentes, devem garantir o cuidado e a proteção ao educando com dislexia, TDAH ou outro transtorno de aprendizagem, com vistas ao seu pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, com auxílio das redes de proteção social existentes no território, de natureza governamental ou não governamental.

Art. 3º Educandos com dislexia, TDAH ou outro transtorno de aprendizagem que apresentam alterações no desenvolvimento da leitura e da escrita, ou instabilidade na atenção, que repercutam na aprendizagem devem ter assegurado o acompanhamento específico direcionado à sua dificuldade, da forma mais precoce possível, pelos seus educadores no âmbito da escola na qual estão matriculados e podem contar com apoio e orientação da área de saúde, de assistência social e de outras políticas públicas existentes no território.

Art. 4º Necessidades específicas no desenvolvimento do educando serão atendidas pelos profissionais da rede de ensino em parceria com profissionais da rede de saúde.

Parágrafo único. Caso seja verificada a necessidade de intervenção terapêutica, esta deverá ser realizada em serviço de saúde em que seja possível a avaliação diagnóstica, com metas de acompanhamento por equipe multidisciplinar composta por profissionais necessários ao desempenho dessa abordagem.

Art. 5º No âmbito do programa estabelecido no art. 1º desta Lei, os sistemas de ensino devem garantir aos professores da educação básica amplo acesso à informação, inclusive quanto aos encaminhamentos possíveis para atendimento multissetorial, e formação continuada para capacitá-los à identificação precoce dos sinais relacionados aos transtornos de aprendizagem ou ao TDAH, bem como para o atendimento educacional escolar dos educandos.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de novembro de 2021; 200º da Independência e 133º da República.

JAIR MESSIAS BOLSONARO
Milton Ribeiro
Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes
João Inácio Ribeiro Roma Neto
Dameres Regina Alves

Este texto não substitui o publicado no DOU de 1º.12.2021

ANEXO C – PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 29 DE JULHO DE 2022



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA Nº 14, de 29 de JULHO de 2022.

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

A SECRETÁRIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE e a SECRETÁRIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se estabelecerem os parâmetros sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade no Brasil e diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação nº 718/2022 e o Relatório de Recomendação nº 722 – Maio de 2022 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a atualização da busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais (efeitos ou eventos adversos) relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme suas competências e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no anexo a esta Portaria, disponível no sítio citado no parágrafo único do art. 1º.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

SANDRA DE CASTRO BARROS

ANEXO
PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETIZES TERAPÊUTICAS
TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5)¹, da Associação Americana de Psiquiatria (APA), o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é considerado uma condição do neurodesenvolvimento, caracterizada por uma tríade de sintomas envolvendo desatenção, hiperatividade e impulsividade em um nível exacerbado e disfuncional para a idade²⁻⁴. Os sintomas iniciam-se na infância, podendo persistir ao longo de toda a vida.

A prevalência mundial de TDAH estimada em crianças e adolescentes é de 3% a 8%⁵⁻⁹, dependendo do sistema de classificação utilizado. Embora o TDAH seja frequentemente diagnosticado durante a infância, não é raro o diagnóstico ser feito posteriormente. As evidências científicas sustentam sua continuidade na idade adulta, com uma prevalência estimada entre 2,5% a 3%¹⁰⁻¹². No Brasil, a prevalência de TDAH é estimada em 7,6% em crianças e adolescentes com idade entre 6 e 17 anos, 5,2% nos indivíduos entre 18 e 44 anos e 6,1% nos indivíduos maiores de 44 anos apresentando sintomas de TDAH⁹⁻¹³.

Os sintomas e o comprometimento do TDAH são frequentemente graves durante a infância e podem evoluir ao longo da vida^{14,15}. Por se tratar de um transtorno de neurodesenvolvimento, as dificuldades muitas vezes só se tornam evidentes a partir do momento em que as responsabilidades e independência se tornam maiores, como quando a criança começa a ser avaliada no contexto escolar ou quando precisa se organizar para alguma atividade ou tarefa sem a supervisão dos pais⁹. Os indivíduos com TDAH também apresentam dificuldades nos domínios das funções cognitivas, como resolução de problemas, planejamento, orientação, flexibilidade, atenção prolongada, inibição de resposta e memória de trabalho¹⁶⁻¹⁸. Outras dificuldades envolvem componentes afetivos, como atraso na motivação e regulação do humor^{2,16}.

Em médio e longo prazo, crianças e adolescentes com TDAH podem apresentar dificuldades no desempenho acadêmico, nas interações interpessoais e autoestima baixa. Crianças com TDAH têm mais chances de apresentar obesidade quando comparadas com as crianças sem TDAH¹⁹. Problemas de conduta podem aparecer no final do período da pré-adolescência^{4,20,21}. Além disso, pessoas com TDAH podem apresentar comportamentos sexuais de alto risco e gravidez precoce indesejada²², dificuldades no trabalho, abuso de drogas ou álcool, maior probabilidade a acidentes²³, e criminalidade na fase adulta^{24,25}. O TDAH também está associado a resultados psicológicos negativos, com um maior risco de desenvolver transtornos do humor (unipolar ou bipolar), distúrbios de personalidade, especialmente, transtorno de personalidade *borderline* e antissocial^{7,11,14,26}, e possivelmente condições psicóticas²⁷.

Apesar de ter se tornado uma condição bastante conhecida nos últimos anos, o diagnóstico de TDAH não é simples, pois os seus principais sintomas se confundem com outras condições clínicas e com características normais do desenvolvimento do indivíduo. Assim, torna-se necessária a utilização de critérios operacionais que são estabelecidos a partir da realização da avaliação clínica por profissionais capacitados e experientes. Tanto o diagnóstico equivocado e incorreto, quanto, principalmente, a ausência de diagnóstico traz para o indivíduo sérias consequências.

Os conceitos dos profissionais de saúde sobre o TDAH são diversos, colocando os indivíduos com diagnóstico de TDAH em maior risco de serem rotulados pela sociedade^{23,28,29}. A liga canadense para a pesquisa do TDAH, *Canadian ADHD Resource Alliance* (CADDRA)²³, orienta que os estereótipos e mitos acerca do TDAH sejam explorados na consulta com o paciente e sua família, na tentativa de se obter esclarecimentos, a fim de evitar prejuízos e tratamentos inadequados. Os estigmas do TDAH podem afetar crianças e adultos com o diagnóstico da doença, além de parentes ou pessoas próximas. Além disso, podem influenciar as atitudes das autoridades em relação a esses pacientes. Esse estigma provém da incerteza do público quanto à

confiabilidade/validade de um diagnóstico de TDAH, da avaliação diagnóstica relacionada e do desconhecimento da população em como interagir com indivíduos com TDAH^{23,28,29}. O TDAH apresenta uma demanda crescente por serviços de saúde mental e está associado a outras condições de saúde, problemas familiares e escolares em comparação com a população em geral ou controles clínicos²⁰.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos. Este Protocolo visa a estabelecer os critérios diagnósticos e terapêuticos do TDAH. A metodologia de busca e avaliação das evidências estão detalhadas no **Apêndice 3**.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

F 90.0 – Distúrbios da atividade e da atenção

F 90.1 – Transtorno hipercinético de conduta

F 90.8 – Outros transtornos hipercinéticos

F 90.9 – Transtorno hipercinético não especificado

3. DIAGNÓSTICO

Em casos de suspeita de TDAH, deve ser realizada uma avaliação clínica e psicossocial completa. O diagnóstico deve ser realizado por um médico psiquiatra, pediatra ou outro profissional de saúde (como neurologista ou neuropediatra). Cabe ressaltar que, para adequada avaliação e gerenciamento da doença, é fundamental o envolvimento de equipe multidisciplinar. O profissional deve ser devidamente qualificado, com treinamento e experiência em TDAH. A confirmação do diagnóstico, tanto em crianças como em adultos, pode ser baseada em 18 sintomas indicativos de desatenção excessiva, hiperatividade e impulsividade.

Os principais sistemas de classificação de diagnóstico são: 1) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima edição (CID-10), relativamente ao código F90, conforme publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS)³⁴; e 2) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5)¹, da Associação Americana de Psiquiatria (APA)³⁵. Esses sistemas de classificação de diagnóstico são bastante similares, embora os critérios da APA estejam mais atualizados do que os critérios presentes na CID-10 da OMS³⁴. Apesar disso, os critérios para diagnóstico de TDAH, adotados formalmente pelo Ministério da Saúde seguem as recomendações da CID-10 e estão descritos no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Características e comportamentos frequentes

<p>Definição:</p> <p>Esse grupo de transtornos é caracterizado por início precoce, uma combinação de comportamento hiperativo e pobremente modulado com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas, conduta invasiva nas situações e persistência no tempo dessas características de comportamento.</p>
<p>Características:</p> <p>Transtornos hipercinéticos sempre têm início em fases iniciais do desenvolvimento, usualmente nos primeiros cinco anos de vida. Suas principais características são falta de persistência em atividades que requeiram envolvimento cognitivo e uma tendência a mudar de uma atividade para outra sem completar nenhuma, juntamente com movimentos excessivos do corpo de forma descoordenada. Esses problemas usualmente persistem nos dois anos escolares e mesmo na vida adulta, embora muitos indivíduos afetados mostrem uma melhora gradual no controle dos movimentos hipercinéticos e na atenção.</p>

<p>Características adicionais:</p> <p>Crianças hiperativas são assiduamente imprudentes e impulsivas, propensas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares por infrações não premeditadas de regras (em vez de desafio deliberado). Seus relacionamentos com adultos são, com frequência, socialmente desinibidos, com uma falta de precaução e reserva normais; elas são impopulares com outras crianças e podem se tornar isoladas. Comprometimento cognitivo é comum e atrasos específicos do desenvolvimento motor e da linguagem são desproporcionalmente frequentes.</p>
<p>Complicações secundárias:</p> <p>Incluem comportamento antissocial e baixa autoestima. Em consonância, há considerável sobreposição entre hiperatividade e outros padrões de comportamento destrutivos, tais como o “transtorno de conduta não socializado”. Todavia, evidências atuais favorecem a separação de um grupo no qual a hiperatividade é o problema principal.</p>
<p>Diferenças entre gêneros:</p> <p>Transtornos hiperativos são mais frequentes em meninos do que em meninas.</p> <p>Dificuldades de leitura associada a outros problemas escolares são comuns.</p>

Fonte: CID-10 – OMS³⁴.

Os critérios da CID-10 exigem que a desatenção excessiva, a hiperatividade e a impulsividade sejam vistas em várias situações por pelo menos seis meses e estejam presentes antes dos seis anos de idade³⁴, ao passo que segundo o DSM-5 essas características podem ser detectadas até os 12 anos¹. Além disso, algumas deficiências resultantes desses sintomas devem ser observadas em dois ou mais contextos (casa, escola e ambiente clínico)^{9,36}. O comprometimento clinicamente significativo do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional também deve ser evidente.

O DSM-5 fornece três subtipos diferentes para identificar e classificar sintomas particulares: 1) tipo predominantemente desatento; 2) tipo predominantemente hiperativo-impulsivo; ou 3) tipo combinado, apresentando sintomas hiperativos-impulsivos e desatentos³⁷. O subtipo é determinado pela quantidade de manifestações clínicas encontradas em cada modalidade. O subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo (18% dos casos) ocorre quando há seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade, mas menos de seis sintomas de desatenção. O subtipo predominantemente desatento (27% dos casos) é diagnosticado quando há seis ou mais sintomas de desatenção, mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade. O subtipo combinado (55% dos casos) ocorre quando seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade são apontados^{5,35,38,39}.

Para a definição do diagnóstico são consideradas as informações advindas da família/cuidadores/responsáveis e da escola, no caso de pacientes em idade escolar^{9,40,41}. Em todas as faixas etárias, devem ser considerados para diagnóstico os critérios dos sintomas ajustados à fase de desenvolvimento e, sempre que possível, os pontos de vista da pessoa com TDAH^{8,42}. O profissional poderá fazer uso de diferentes escalas de avaliação (como a SNAP-IV, descrito no **Apêndice 2**) e empregá-las para se obter maior rigor em sua prática profissional⁴³, servindo também como medida de seguimento para avaliar se as intervenções propostas (medicamentosas, comportamentais, escolares e cognitivas ou sociais) estão sendo bem-sucedidas ou se precisam ser repensadas. Nesse contexto, em se tratando de indivíduos no contexto escolar, a escala SNAP-IV poderá ser aplicada pela equipe pedagógica em caráter auxiliar, que deverá comunicar aos pais ou responsáveis para que sejam tomadas as providências cabíveis.

Durante a avaliação, o profissional deve considerar, principalmente, a tríade de sintomas característica do quadro de TDAH envolvendo desatenção, hiperatividade e impulsividade^{2,17,25}. A literatura descreve o déficit de atenção como a constante interrupção de tarefas e atividades, prematuramente ou inacabadas, com frequente perda de interesse em uma atividade, desviando-se para outras atividades que possam parecer mais interessantes. A dificuldade de manter a atenção é persistente e compromete o desenvolvimento global da criança, trazendo sérios prejuízos nas diferentes atividades do dia a dia. No entanto, essa dificuldade de atenção não deve ser confundida com dificuldades intelectuais ou de outra natureza^{2,17,25}. A

hiperatividade/impulsividade implica inquietação psicomotora intensa em ambientes onde é necessário ou se esperaria que mantivesse a calma, e envolvimento em atividades motoras intensas e por vezes sem controle, havendo clara dificuldade em permanecer parado ou quieto. Esse comprometimento está além do esperado para o nível de desenvolvimento da criança ou adolescente e traz também sérios prejuízos nas diferentes situações e atividades cotidianas. Observa-se, além das características descritas anteriormente, dificuldades na realização de atividades estruturadas de maneira calma e organizada, em um padrão comportamental persistente e de pouco controle por parte do indivíduo, mesmo quando há compreensão de sua inadequação e desejo voluntário de controle^{2,17,25}.

Entre as dificuldades funcionais elencadas podemos citar prejuízos acadêmicos, problemas de socialização e de organização, resistência em aderir a rotinas ou atividades monótonas, além de cobranças e punições. Essas dificuldades geram baixa autoestima, problemas de comportamento e risco para comorbidades e transtornos psiquiátricos associados, como depressão, ansiedade, transtorno de conduta e oposição à autoridade, uso de substâncias psicoativas, abandono escolar precoce, envolvimento em atividades de risco e práticas delitivas^{2,17,25}.

Durante a avaliação, o profissional deve estar ciente de que pessoas nos seguintes grupos podem ter maior prevalência de TDAH em comparação com a população em geral²⁹:

- pessoas nascidas prematuras;
- crianças e jovens com diagnóstico de transtorno desafiador de oposição ou transtorno de conduta;
- crianças e jovens com transtornos de humor (por exemplo, ansiedade e depressão);
- pessoas com um familiar próximo com diagnóstico de TDAH;
- pessoas com epilepsia;
- pessoas com transtornos de neurodesenvolvimento (por exemplo, transtorno do espectro do autismo); e
- pessoas com histórico de uso indevido de substâncias psicoativas²⁹.

3.1 Diagnóstico diferencial

A avaliação da história pessoal e uma revisão funcional completa, acompanhadas por um exame físico, geralmente confirmam as condições físicas subjacentes. Em certos casos, exames laboratoriais são necessários para eliminar a suspeita de outra doença. No entanto, a maioria dos indivíduos com TDAH não precisa de investigações laboratoriais como parte de sua avaliação diagnóstica.

Algumas investigações adicionais podem ser relevantes, incluindo polissonografia ou eletroencefalograma. No geral, os testes psicológicos são frequentemente úteis porque abordam quaisquer problemas de aprendizagem e ajudam a determinar componentes específicos do funcionamento cognitivo que se sobrepõem ao funcionamento executivo (por exemplo, memória de trabalho e velocidade de processamento)^{23,29}. Outros testes, como avaliação de personalidade ou teste projetivo, podem ser úteis para estabelecer traços de personalidade e avaliar o contato com a realidade. O **Quadro 2** mostra as principais condições que podem se assemelhar a sintomas de TDAH^{23,29}.

Quadro 2 - Principais condições que podem se assemelhar a sintomas de TDAH

Condição	Sinais e sintomas <u>não</u> característicos de TDAH
<i>Desordens psiquiátricas</i>	
Transtorno de ansiedade generalizada	Preocupação incontrolável por seis ou mais meses; falta de energia; humor ansioso e sintomas de ansiedade somática.
Transtorno obsessivo-compulsivo	Presença de obsessões ou compulsões que interferem no nível de funcionamento.

Condição	Sinais e sintomas <u>não</u> característicos de TDAH
Transtorno bipolar I ou II (episódio maníaco ou hipomaníaco)	Sintomas psicóticos; discurso sob pressão de grandiosidade.
Transtorno do espectro do autismo	Comprometimento qualitativo nas interações sociais, comunicação ou comportamentos excêntricos.
Transtorno opositivo-desafiador	Perda da paciência; irritabilidade.
Transtorno de tique/síndrome de <i>Tourette</i> (TS)	Presença de tiques vocais ou motores
<i>Relacionado a medicamentos</i>	
Medicamento com evento adverso de entorpecimento cognitivo (como o uso de estabilizadores de humor)	
Medicamento com ativação psicomotora (por exemplo, descongestionantes, beta-agonista)	
<i>Condições médicas gerais</i>	
Disfunção tireoidiana	Os níveis de TSH indicam hipotireoidismo ou hipertireoidismo
Hipoglicemia	Níveis anormalmente baixos de glicose no sangue confirmam o diagnóstico
Distúrbios do sono	A avaliação do laboratório do sono confirma o diagnóstico

Elaborado a partir de informações obtidas das diretrizes canadense²³.

As dificuldades em reconhecer os sintomas do TDAH resultam em diagnóstico incorreto ou em fatores de compensação alternativos pouco efetivos. Por exemplo, a hiperatividade é mais frequentemente internalizada por sensações de inquietação e os sintomas de desatenção podem ser mascarados por sintomas de ansiedade ou o paciente pode utilizar-se de estratégias obsessivas de compensação dos sintomas. É fundamental que o clínico responsável consiga fazer o diagnóstico diferencial e das comorbidades presentes, visto que o tratamento e prognósticos são bastante distintos entre essas condições^{44,45}. A avaliação da presença de comorbidades é crucial, considerando os seguintes aspectos:

- 50% a 90% das crianças com TDAH têm pelo menos uma condição comórbida;
- Aproximadamente 50% das crianças com TDAH têm pelo menos duas comorbidades; e
- 85% dos adultos com TDAH atendem aos critérios de comorbidade^{44,45}.

Em crianças podem aparecer simultaneamente distúrbios de humor, conduta, aprendizado, controle motor, linguagem e comunicação. Esses distúrbios abrangem um amplo espectro, entre os quais:

- Transtornos do humor (unipolar ou bipolar);
- Transtornos de ansiedade;
- Transtornos do desenvolvimento neurológico;
- Transtornos de personalidade, especialmente, transtorno de personalidade *borderline* e antissocial;
- Transtornos por uso de substâncias psicoativas, como consequência da impulsividade e desregulação emocional ou como tentativa de autotratamento; e
- Distúrbios do sono, especialmente a síndrome das pernas inquietas e a hipersonolência, podem compartilhar mecanismos fisiopatológicos comuns com o TDAH^{44,45}.

Os sintomas relacionados à comorbidade são responsáveis por comprometimento funcional grave, em vários domínios, levando a consequências acadêmicas, sociais, vocacionais e familiares^{4,45,46}.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todas as pessoas com diagnóstico de TDAH, segundo o critério do CID-10 ou o diagnóstico proposto pelo DSM-5 descrito na seção Diagnóstico serão incluídas neste Protocolo.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pessoas com desordens psiquiátricas que podem ser confundidas com TDAH, como transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno bipolar ou transtorno do espectro do autismo, não são contempladas por este Protocolo.

6. CASOS ESPECIAIS

A apresentação dos subtipos de TDAH e dos transtornos comórbidos mais comuns muda com o tempo e com o estágio de desenvolvimento^{4,23,47-49}. Os transtornos comórbidos mais comuns na primeira infância são os transtornos desafiadores de oposição (TDO), distúrbios de linguagem e enurese. Muitas crianças com TDAH têm um distúrbio de aprendizagem específico. O TDAH é duas a três vezes mais comuns em crianças com deficiências de desenvolvimento ou com deficiência intelectual limítrofe. No meio da idade escolar, sintomas de ansiedade ou transtornos do espectro de tiques também podem ser observados. Os transtornos do humor tendem a ser mais observáveis no início da adolescência^{4,23,47-49}. No **Quadro 3** estão descritas as principais comorbidades que podem dificultar a avaliação e o tratamento do TDAH.

Quadro 3 - Comorbidades que podem dificultar a avaliação e o tratamento do TDAH

Problemas psiquiátricos	Aspectos clínicos a serem considerados
<i>Alterações de humor</i>	
Depressão grave	<ul style="list-style-type: none"> • Preconiza-se que seja tratado primeiro o distúrbio mais prejudicial. • A depressão moderada a grave deve ser tratada primeiro e a tendência ao suicídio deve ser avaliada em todos os casos. • Distímia e depressão leve podem se beneficiar primeiro com o tratamento do TDAH. • Os estimulantes podem ser combinados com a maioria dos antidepressivos quando monitorados.
Transtorno bipolar	<ul style="list-style-type: none"> • Preconiza-se tratar primeiro o transtorno bipolar. • O tratamento do TDAH pode ser oferecido quando o transtorno bipolar estiver estabilizado.
<i>Transtornos de ansiedade</i>	
Transtorno de ansiedade generalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar primeiro o distúrbio mais prejudicial.
Transtorno de pânico	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns pacientes podem apresentar agravamento da ansiedade.
Fobia social	<ul style="list-style-type: none"> • Os tratamentos de TDAH podem ser menos tolerados em alguns indivíduos dessa população.
Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)	<ul style="list-style-type: none"> • Observar as possíveis interações farmacológicas com medicamentos metabolizados por meio do sistema CYT2D6.
Transtorno de estresse pós-traumático	

Problemas psiquiátricos	Aspectos clínicos a serem considerados
Transtorno do espectro do autismo	<ul style="list-style-type: none"> • Os tratamentos para TDAH podem ser menos tolerados em alguns indivíduos dessa população, mas podem ser muito úteis no tratamento geral. • Consultar um especialista para intervenções específicas.
Transtornos psicóticos	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar primeiro o transtorno psicótico. • Consultar um especialista: o tratamento do TDAH pode desencadear uma recaída psicótica em um paciente predisposto. • Pacientes estáveis que estão em remissão podem se beneficiar do tratamento de TDAH.
Transtorno de oposição Transtorno de conduta	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar ambas as condições. • O transtorno de oposição precisa de intervenções psicossociais. • Os casos moderados e graves podem exigir combinações de psicoestimulantes e um agonista Alfa 2. • A adição de um antipsicótico pode melhorar os sintomas de transtorno de conduta, de acordo com alguns casos citados na literatura.
Problemas médicos	
Epilepsia	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar primeiro a epilepsia, depois o TDAH. • Um novo início de convulsão deve ser tratado com medicamento antiepiléptico.
Tiques	<ul style="list-style-type: none"> • A adição de antipsicótico pode ser necessária em casos graves.
Apneia do sono	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar primeiro o distúrbio primário. • Os psicoestimulantes podem reduzir a sonolência residual e melhorar a função diária na apneia do sono e narcolepsia, com ou sem TDAH.
Problemas cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Preconiza-se realizar um exame físico antes do tratamento (medida de pressão arterial, pulso e ausculta cardíaca). • Em caso de história cardíaca positiva ou doença cardíaca estrutural, consultar um especialista. • Controlar sinais vitais e os eventos adversos cardíacos durante o tratamento.
Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir hábitos saudáveis de alimentação e sono. • Introduzir a prática de exercícios. • O tratamento do TDAH pode melhorar a capacidade do paciente de implementar mudanças no estilo de vida.
Outros problemas	
Transtornos de aprendizado	<ul style="list-style-type: none"> • O tratamento do TDAH pode melhorar a atenção, permitindo a melhora nas habilidades de aprendizagem. • Adaptações escolares, estudo e habilidades organizacionais acadêmicas devem ser consideradas e oferecidas quando necessário.
Transtornos de fala	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar um fonoaudiólogo para intervenções específicas.
Dispraxia	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar um terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta para intervenções específicas.

Elaborado a partir de informações obtidas das diretrizes canadense²³.

7. TRATAMENTO

7.1. Tratamento não medicamentoso

No que tange ao gerenciamento do TDAH, dada à complexidade dessa condição, preconiza-se a intervenção multimodal, incluindo intervenções não medicamentosas (precisamente intervenções cognitivas e comportamentais) para melhora dos sintomas deste transtorno, no controle executivo e no funcionamento ocupacional e social^{26,50-57}. As diretrizes propostas pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)²⁹ preconizam que, no plano de tratamento, os profissionais devem enfatizar o valor de uma dieta equilibrada, boa nutrição e exercício físico regular para crianças, jovens e adultos com TDAH.

Muitos adultos desenvolvem estratégias compensatórias para lidar melhor com o impacto do TDAH em suas vidas. O tratamento do adulto deve utilizar essas estratégias de enfrentamento e avaliar como elas funcionam em situações específicas, como rotinas diárias, cuidando de si mesmos, no trabalho e na vida familiar. A literatura atual enfatiza que as intervenções psicossociais, comportamentais e de habilidades sociais são essenciais para crianças e adultos com TDAH. Dentre as intervenções psicossociais, destaca-se a terapia cognitivo comportamental (TCC)^{54,56,58}.

7.1.1. Terapia cognitivo comportamental

Terapia cognitivo comportamental (TCC) é um termo genérico que contempla várias abordagens do modelo cognitivo comportamental. As técnicas da TCC possibilitam que o paciente (criança ou adulto) seja capaz de reestruturar suas crenças a partir de perspectivas mais adaptativas, suprimindo ou amenizando os comportamentos condicionados, mal adaptativos e modificando suas crenças, pensamentos, emoções e, conseqüentemente, suas sensações. Com isso, espera-se desenvolver habilidades comportamentais que podem perdurar por toda a vida^{27,57}.

As técnicas utilizadas para o tratamento do TDAH podem ser divididas didaticamente em cognitivas e comportamentais, embora na prática, ambas sejam utilizadas de forma complementar. Dentre as técnicas cognitivas mais utilizadas, destacam-se: reestruturação cognitiva, solução de problemas, diálogo interno, treinamento de autocontrole, autorreforço e treino de autoinstrução. Já dentre as técnicas comportamentais, destacam-se: automonitoramento e autoavaliação, sistema de recompensas, sistema de fichas, custo de resposta, punições, tarefas de casa, modelagem, dramatizações⁴², além de treinamento de comunicação social, planejamento e cronogramas^{55,57}.

As intervenções comportamentais são a forma de tratamento psicológico mais bem estabelecido, recomendado e amplamente utilizado. O gerenciamento de contingências ocorre por meio da análise funcional do comportamento, que possibilita ao paciente dar sentido aos seus sintomas por meio da identificação dos estímulos que mantêm a frequência desses comportamentos⁵⁹. A psicoeducação visa proporcionar, tanto ao paciente quanto à família, informações compartilhadas de maneira compreensível sobre o diagnóstico do TDAH, os sintomas, tratamento e o ensino de estratégias compensatórias, capacitando-os a lidar com o transtorno, facilitando assim o processo de mudanças comportamentais. Essa aprendizagem é efetiva e se estende para além do período de tratamento⁶⁰.

Na infância, a intervenção geralmente assume a forma de treinamento dos pais^{14,44}. Abordagens focais melhoram áreas específicas do funcionamento diário, como a social⁶¹ e habilidades organizacionais⁶²⁻⁶⁴. Além dessas abordagens para crianças com TDAH, a TCC e o treinamento de habilidades de manejo de situações de vida são preconizados para pacientes adolescentes e adultos^{8,65}.

Na vida adulta e na fase infanto-juvenil, a literatura atual mostra que a TCC associada a medicamentos quando comparada ao uso de medicamentos isolados é superior ao controle de sintomas de TDAH autorreferidos, assim como diminuição nos níveis

de ansiedade autorrelatados e uma tendência a ter menor depressão autorreferida. Esses dados apoiam a hipótese de que a TCC para adultos com TDAH com sintomas residuais é uma abordagem de tratamento da próxima etapa viável, aceitável e potencialmente eficaz, digna de mais testes.

7.2. Tratamento medicamentoso

Os medicamentos metilfenidato e lisdexanfetamina para tratamento de crianças e adolescentes com TDAH foram avaliados pela Conitec⁶⁶. A comissão considerou que as evidências que sustentam a eficácia e a segurança destes tratamentos para TDAH são frágeis dada sua baixa/muito baixa qualidade, bem como o elevado aporte de recursos financeiros apontados na análise de impacto orçamentário. Ainda, após consulta pública os membros presentes entenderam que não houve argumentação suficiente para alterar a recomendação inicial. Desta forma, a Conitec recomendou a não incorporação do metilfenidato e da lisdexanfetamina para o tratamento de TDAH em crianças e adolescentes.

O tratamento de adultos com TDAH também foi avaliado pela Conitec, desta vez somente o tratamento com lisdexanfetamina⁶⁷. Mais uma vez a comissão deliberou que a matéria fosse disponibilizada em Consulta Pública com recomendação preliminar desfavorável à incorporação de dimesilato de lisdexanfetamina no SUS. Os membros da Conitec consideraram o número pequeno de participantes da maioria dos estudos primários, o curto tempo de acompanhamento (máximo 20 semanas), o grau de confiança das evidências (avaliado como baixo e muito baixo) e o elevado impacto orçamentário para a tomada de decisão. Essa decisão foi mantida após as contribuições da consulta pública.

Assim, o uso desses medicamentos não é preconizado neste Protocolo.

7.3. Apoio educacional

7.3.1. Ambiente escolar

Crianças com diagnóstico de TDAH, com frequência, apresentam piores resultados educacionais: deixam a escola mais cedo, têm mais faltas não justificadas e são mais propensas a serem excluídas entre os colegas da escola⁶⁸⁻⁷⁰. O TDAH envolve uma grande pluralidade de dimensões: comportamentais, intelectuais, sociais e emocionais e se configura como um grande desafio para pais, professores e especialistas^{70,71,72,42}. Os sintomas do TDAH podem contribuir para uma trajetória de fracasso escolar, haja vista que no contexto acadêmico a transição de um período escolar para outro demanda um maior nível de funcionamento executivo, principalmente nas habilidades de planejamento, autocontrole e resolução de problemas^{16,68-70}.

Do ponto de vista teórico ou conceitual, seria difícil projetar um ambiente mais problemático para indivíduos com TDAH do que a típica sala de aula do ensino fundamental. Espera-se que os alunos fiquem quietos, ouçam a instrução acadêmica, sigam as instruções em várias etapas, concluam o trabalho de forma independente, esperem sua vez e se comportem de maneira adequada com os colegas e professores. Em particular, espera-se que eles demorem a responder e pensem antes de agir. Esses requisitos são excepcionalmente desafiadores para alunos com TDAH, devido às dificuldades subjacentes em atrasar sua resposta ao ambiente, à motivação e ao funcionamento executivo^{16,68-70}.

7.3.2. Intervenções escolares

Diferentes tipos de intervenções têm sido usadas para tratar os sintomas e prejuízos exibidos por alunos do ensino fundamental com TDAH, incluindo estratégias comportamentais, acadêmicas e de autorregulação^{16,68-70}.

As intervenções comportamentais visam substituir o comportamento socialmente indesejável (por exemplo, gritar) por um comportamento socialmente apropriado (por exemplo, trabalhar em silêncio). Do ponto de vista comportamental, cada comportamento deve ser entendido no contexto de seus antecedentes e consequências. Mais especificamente, o comportamento é teorizado para servir a uma das quatro funções principais: (1) escapar ou evitar uma atividade ou ambiente não preferencial, (2) ganhar atenção, (3) obter acesso a materiais ou ambientes preferenciais, ou (4) estimulação sensorial.

As intervenções comportamentais proativas visam os antecedentes de comportamentos disruptivos, tornando os alunos menos propensos a se envolverem em tais comportamentos (por exemplo, revisar as expectativas da sala de aula). Por outro lado, as intervenções comportamentais reativas visam as consequências de um determinado comportamento, reforçando o comportamento desejável e ignorando ou punindo os comportamentos interferentes (por exemplo, advertência verbal por gritar). Intervenções bem-sucedidas são aquelas que facilitam a função (por exemplo, atenção) do comportamento interferente do aluno (por exemplo, gritar), reforçando um comportamento de substituição socialmente apropriado (por exemplo, levantando a mão)^{16,68-70}.

O uso de dicas e avisos aumenta a conformidade com o comportamento desejado. Ao fornecer aos alunos regras adequadas à idade e não duvidosas em relação às expectativas da sala de aula, os professores podem melhorar o comportamento desses indivíduos em sala de aula. A atenção diferencial do professor também é considerada eficaz para alunos com TDAH. Os professores devem dar atenção positiva ao comportamento socialmente desejável. O elogio deve ocorrer imediatamente após o comportamento desejado e deve ser de natureza específica. Além disso, os professores podem extinguir comportamentos perturbadores menores (por exemplo, tocar um lápis) não dando muita atenção a tais ações. As evidências atuais sugerem que as advertências dos professores podem ser eficazes na redução de comportamentos de interferência. Os redirecionamentos devem ser breves e específicos e devem ser feitos de forma consistente, imediatamente após o comportamento negativo de uma maneira calma e silenciosa^{16,68-70}.

O reforço simbólico é uma estratégia reativa que fornece aos alunos um reforço imediato (por exemplo, um adesivo) para atingir uma expectativa comportamental específica (por exemplo, preencher uma planilha). Esses reforçadores ou fichas iniciais são trocados por reforçadores de reserva (por exemplo, tempo adicional no computador) no final do dia ou no final da semana. Os programas de reforço são particularmente úteis para alunos com TDAH, que geralmente exigem *feedback* imediato e recompensa para mudar o comportamento. Além disso, o reforço de fichas oferece flexibilidade valiosa, pois os critérios para ganhar reforçadores imediatos e de reserva podem ser cada vez mais rigorosos para ajudar a obter períodos mais longos ou níveis mais elevados de comportamento apropriado^{16,68-70}.

Incentivar a família a fortalecer as parcerias ajuda o processo de gerenciamento do TDAH. Os tratamentos psicossociais, que incluem esforços de coordenação na escola e em casa podem aumentar os efeitos. Quanto mais informados são os familiares e o paciente, melhores são suas escolhas e a resposta ao tratamento^{60,71-73}.

Essas intervenções sugeridas não necessariamente resolvem o transtorno, mas auxiliam a criança a se organizar. A família deve saber que se trata de um problema crônico, e que, apesar de não haver cura, é possível reorganizar comportamentos e viabilizar atitudes para que a criança (e, posteriormente, o jovem e o adulto) seja funcional na família, na escola e na sociedade^{60,71-73}.

7.4. Orientação para pacientes

Após um diagnóstico de TDAH, é aconselhável que o profissional de saúde proporcione uma discussão estruturada com o paciente (na presença de seus familiares ou cuidadores, conforme apropriado) sobre como o TDAH pode afetar suas vidas. Essa conversa deve incluir os seguintes aspectos:

- Esclarecer sobre os impactos positivos de receber um diagnóstico;
- melhorar a compreensão dos sintomas, identificando e construindo pontos fortes individuais;
- orientar sobre os impactos negativos de receber um diagnóstico, como estigma e rotulagem;
- informar sobre a importância das modificações ambientais para reduzir o impacto das questões de educação de sintomas de TDAH (por exemplo, ajustes razoáveis na escola e faculdade);
- orientar sobre as questões de emprego (por exemplo, impacto nas escolhas de carreira e direitos a ajustes razoáveis no local de trabalho);

- explicar os desafios do relacionamento social e orientar formas de gerenciar o TDAH; e
- orientar quanto ao aumento do risco de uso indevido de substâncias e automedicação²⁹.

7.5. Orientações para familiares

Os pais precisam ser informados sobre como o quadro clínico do TDAH possivelmente afetará a criança/adolescente. Também é importante informar que todos os aspectos da vida da pessoa devem ser tratados por meio de uma abordagem multimodal que considere as questões sociais, emocionais, comportamentais e acadêmicas²⁹. O debate sobre algumas questões pode auxiliar as famílias, por exemplo:

- Perguntar às famílias ou cuidadores de pessoas com TDAH como isso os afeta diretamente e como afeta outros membros da família e discutir quaisquer preocupações que eles tenham;
- incentivar os familiares ou cuidadores de pessoas com TDAH a buscar uma avaliação de suas necessidades pessoais, sociais e de saúde mental e a ingressar em grupos de autoajuda e apoio, se apropriado;
- Pensar nas necessidades de um pai ou uma mãe com TDAH que também tem um filho ou uma filha com TDAH, incluindo se eles precisam de apoio extra com estratégias organizacionais (por exemplo, adesão ao tratamento e rotinas escolares diárias).

7.6. Hábitos alimentares

Ainda não existe consenso na literatura a respeito da associação entre consumo de açúcar e o agravamento dos sintomas do TDAH. Alguns estudos identificaram efeitos protetores com a maior ingestão de ferro, zinco e ácidos graxos poli-insaturados; e eventos adversos devido à maior ingestão de corantes alimentares, conservantes e açúcar em pacientes com TDAH^{19,74}. Alguns autores também têm mostrado que crianças com TDAH têm hábitos alimentares irregulares, apresentando maior prevalência de compulsão alimentar^{19,74}. Contudo, mais estudos se fazem necessários para comprovar essa associação.

8. MONITORAMENTO

O acompanhamento de pessoas com TDAH em tratamento, o monitoramento dos efeitos das medidas terapêuticas instituídas e o acompanhamento das condições de saúde associadas são aspectos muito importantes e necessita de um cuidado multidisciplinar. A equipe responsável pelo cuidado à pessoa com TDAH, sempre que possível, deve ser composta por médico, psicólogo, fonoaudiólogo e educadores, entre outros especialistas, conforme o caso.

O monitoramento contínuo garante que o tratamento do paciente seja adequado aos sintomas atuais e às circunstâncias familiares, sociais e culturais. Para avaliar a resposta ao tratamento e a revisão periódica do progresso é aconselhado o uso de questionários baseados em evidências, como por exemplo, as escalas de TDAH / DSM-IV.

Para um melhor controle dos sintomas, há necessidade de consultas mais próximas no início do tratamento. O ideal é que as primeiras consultas não ocorram com intervalos superiores a 30 dias, podendo ampliar para a cada três ou quatro meses, se o caso tiver boa evolução. O tratamento não medicamentoso (atendimento psicológico, orientação aos pais, apoio escolar) deve ser iniciado precocemente, com frequência semanal, cuja demanda deve ser periodicamente avaliada.

Em relação ao desempenho escolar, a equipe multidisciplinar deve fornecer informações à família e à criança sobre o transtorno e tratamento do TDAH, assim como ajudá-los a atingir metas específicas e atingíveis durante o tratamento. Algumas das metas que podem ser sugeridas são: (1) o melhor relacionamento com pais, professores, irmãos e colegas; (2) melhora das notas no colégio; e (3) maior seguimento de regras.

Devido às necessidades mutáveis dos pacientes com TDAH, é imprescindível a prestação de cuidados clínicos ideais à medida que eles fazem a transição na escola e na vida adulta⁷⁵. Os sintomas de TDAH vistos na primeira infância podem não,

necessariamente, permanecer na mesma intensidade na adolescência. Por exemplo, o comportamento hiperativo pode diminuir ou desaparecer mais tarde na vida, enquanto o comportamento desatento tende a ser mais constante ao longo do desenvolvimento.

Um jovem com TDAH recebendo tratamento e cuidados em serviços pediátricos deve ser reavaliado na idade de deixar a escola para estabelecer a necessidade de continuar o tratamento até a idade adulta. Se o tratamento for necessário, devem ser feitos arranjos para uma transição suave para os serviços de adultos, com detalhes do tratamento previsto e dos serviços que o jovem necessitará. O tempo preciso dos arranjos pode variar localmente, mas geralmente deve ser concluído quando o jovem tiver 18 anos²⁹. No **Quadro 4** consta a composição de uma equipe multiprofissional que pode estar envolvida no tratamento e acompanhamento dos usuários com TDAH e exames que podem ser solicitados, de acordo com as necessidades individuais. Quanto à periodicidade de avaliação, esta deve ser constante e realizada a cada sessão terapêutica cuja frequência deve ser determinada pelo profissional-terapeuta (psicólogo ou fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional. Exames não são preconizados como prática cotidiana. Estes devem ser solicitados por profissional de saúde quando houver necessidade.

Quadro 4 - Equipe multidisciplinar, avaliações e exames complementares

AVALIAÇÃO
Médico psiquiatra
Médico de família e comunidade
Psicólogo
Fonoaudiólogo
Psicopedagogo
Assistente social
AVALIAÇÃO CLÍNICA
Primeiras consultas- intervalos inferiores à 30 dias, podendo se ampliar para a cada três ou quatro meses.
EXAMES COMPLEMENTARES
Nenhum específico

9. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Diante da complexidade que envolve a problemática de saúde do TDAH, são necessários o envolvimento e a articulação dos entes federados na organização dos serviços, a fim de ofertar cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal, por meio de abordagens individuais e coletivas. Essas abordagens devem envolver ações direcionadas tanto para o usuário quanto para a família, o que exige a organização do processo de trabalho em toda a rede de atenção à saúde, assim como nos demais setores envolvidos (educação e assistência social, por exemplo). Os serviços de saúde devem ser compostos por equipes multidisciplinares especializadas em TDAH para que possam fornecer diagnóstico, tratamento e acompanhamento para pacientes com essa condição clínica.

Atualmente, existem políticas governamentais que apoiam pacientes que necessitam de cuidados relacionados a saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que define as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde para organizar de forma interfederativa com municípios e estados, a promoção do cuidado integral e longitudinal às pessoas com transtornos mentais ou com problemas e necessidades em decorrência do uso de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. A legislação federal relacionada à atenção integral às pessoas com TDAH está listada no **Apêndice 1**.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 3.088 2011) que prevê a criação, a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

É uma rede prioritária para constituição das regiões de saúde nos Estados como determina o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Em 2017, a RAPS foi ampliada, com a inclusão de novos pontos de atenção, por meio da Portaria GM/MS nº 3.588/2017 que “Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017”. Com a ampliação, a RAPS passa a contar com a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo I, II e III e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) IV AD, Hospital Dia e Hospital Especializado em Psiquiatria, além dos serviços já existentes, com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial e da variedade de oferta de cuidados, regidos pelas normas da Lei Federal nº 10.216/2001.

A porta de entrada para o cuidado em saúde mental são os serviços da Atenção Primária à Saúde, os CAPS e os serviços de urgência e emergência, onde as pessoas são acolhidas, sejam elas referenciadas ou por demanda espontânea. O cuidado de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicicamente, como os pacientes com TDAH, autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, é realizado gratuitamente nos serviços especializados - Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi).

10. REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - 5a Edição. In: Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos. 2013.
2. Nigg JT, Casey BJ. An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Dev Psychopathol.* 2005;17(3):785–806.
3. Diaz JH. Hypothesis: angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers may increase the risk of severe COVID-19. *J Travel Med.* 2020;27(3):taaa041
4. Weibel S, Menard O, Ionita A, Boumendjel M, Cabelguen C, Kraemer C, et al. Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *Encephale.* 2020;46(1):30-40
5. Polanczyk G V., Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):434–42.
6. P Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):942-8.
7. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics.* 2012;9(3):490–9.
8. Lima Teles da Hora AF, Silva SS da C, Ramos MFH, Pontes FAR, Nobre JP dos S. A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. *Psicologia.* 2015;29(2):47–62.
9. Arruda MA, Querido CN, Bigal ME, Polanczyk G V. ADHD and Mental Health Status in Brazilian School-Age Children. *J Atten Disord.* 2015;19(1):11–7.
10. Jernelöv S, Larsson Y, Llenas M, Nasri B, Kaldo V. Effects and clinical feasibility of a behavioral treatment for sleep problems in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a pragmatic within-group pilot evaluation. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):226.
11. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord.* 2017;9(1):47-65.
12. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry.* 2009;194(3):204-11

13. Schulz E, Fleischhaker C, Hennighausen K, Heiser P, Oehler KU, Linder M, et al. A double-blind, randomized, placebo/active controlled crossover evaluation of the efficacy and safety of Ritalin® la in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in a laboratory classroom setting. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20(5):377–85.
14. Weibel S, Menard O, Ionita A, Boumendjel M, Cabelguen C, Kraemer C, et al. Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *Encephale*. 2019;46(1):30–40.
15. Banaschewski T, Soutullo C, Lecendreux M, Johnson M, Zuddas A, Hodgkins P, et al. Health-related quality of life and functional outcomes from a randomized, controlled study of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs*. 2013;27(10):829–40.
16. Castellanos FX, Sonuga-Barke EJS, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: Beyond executive dysfunction. *Trends Cogn Sci*. 2006;10(3):117–23.
17. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727–38.
18. Liu Y, Yang Y, Zhang C, Huang F, Wang F, Yuan J, et al. Clinical and biochemical indexes from 2019-nCoV infected patients linked to viral loads and lung injury. *Sci China Life Sci*. 2020;63(3):364–74.
19. Del-ponte B, Anselmi L, Cec M, Assunc F, Tovo-rodrigues L, Munhoz TN, et al. Sugar consumption and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A birth cohort study. *J Affect Disord*. 2018;243:290-296
20. Vibert S. *Your attention please: the social and economical impact of ADHD*. London: Demos; 2018.
21. Gobbo MA, Louzã MR. Influence of stimulant and non-stimulant drug treatment on driving performance in patients with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(9):1425-43
22. Chen MH, Hsu JW, Huang KL, Bai YM, Ko NY, Su TP, et al. Sexually Transmitted Infection Among Adolescents and Young Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide Longitudinal Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(1):48–53.
23. CADDRA. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines. Fourth Edition. Toronto On. Toronto; 2018.
24. Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K. Side Effects of Metylphenidate in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 1990;86(2).
25. Storebø OJ, Pedersen N, Ramstad E, Kielsholm ML, Nielsen SS, Krogh HB, et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(5).
26. Crescenzo F De, Cortese S, Adamo N, Janiri L. Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD : a meta-review. *Evid Based Ment Heal*. 2017;20(1):4–11.
27. López-Villalobos JA, Sacristán-Martín AM, Garrido-Redondo M, Martínez-Rivera MT, López-Sánchez MV, Rodríguez-Molinero L, et al. Health-related quality of life in cases of attention deficit hyperactivity disorder with and without pharmacological treatment. *An Pediatr*. 2019;90(5):272–9.
28. Mueller AK, Fuermaier ABM, Koerts J, Tucha L. Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2012;4(3):101-14.
29. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NICE Guideline). NICE - National Institute for Health and Care Excellence. 2018.
30. Ministério da Saúde. *Manual de Desenvolvimento de Diretrizes da Organização Mundial da Saúde*. 2020.
31. BRASIL. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2015.

32. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924–6.
33. McMaster University. GRADEpro GDT: GRADEpro Guideline Development Tool [Software]. Evidence Prime, Inc. 2015.
34. OMS - Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.
35. APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 5ª edição, 2014. Artmed. 2014.
36. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000;9(3):541–55.
37. Storebø OJ, Krogh HB, Ramstad E, Moreira-Maia CR, Holmskov M, Skoog M, et al. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *BMJ*. 2015;351:h5203.
38. Ptacek R, Kuzelová H. P-323 - Developmental changes in children with ADHD. *Eur Psychiatry*. 2012;27:1.
39. Keen D, Hadjikhouri I. ADHD in children and adolescents. *BMJ clinical evidence*. 2011;2011:0312.
40. Soto-Insuga V, Calleja ML, Prados M, Castaño C, Losada R, Ruiz-Falcó ML. Utilidad del hierro en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *An Pediatr*. 2013;79(4):230–5.
41. Graham P, People Y. Attention Deficit Hyperactivity Disorder The NICE Guideline on Diagnosis and Management. National Clinical Practice Guideline. 2009.
42. Dias TGC, Kieling C, Graeff-Martins AS, Moriyama TS, Rohde LA, Polanczyk G V. Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35(suppl 1):S40-S50.
43. Barkley RA. Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento. Porto Alegre: Artmed. 2008.
44. López-Soler C, Romero Medina A. TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento. Ediciones. Madrid. 2013.
45. Louzã Neto MR. TDAH ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010.
46. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
47. Antshel KM, Faraone S V. Attention deficit/hyperactivity disorder. In: *The Curated Reference Collection in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. 2016.
48. Hennissen L, Bakker MJ, Banaschewski T, Carucci S, Coghill D, Danckaerts M, et al. Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *CNS Drugs*. 2017;31(3):199-215.
49. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone S V. Do stimulants have a protective effect on the development of psychiatric disorders in youth with ADHD? A ten-year follow-up study. *Pediatrics*. 2009;124(1):71–8.
50. Boyer BE, Geurts HM, Prins PJM. Two novel CBTs for adolescents with ADHD : the value of planning skills Two novel CBTs for adolescents with ADHD : the value of planning skills. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;24(April 2015):1075–90.
51. Chan E, Fogler JM, Hammerness PG. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents A Systematic Review. *JAMA*. 2016;315(18):1997–2008.
52. Dittner AJ, Hodsoll J, Rimes KA, Russell AJ, Chalder T. Cognitive – behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder : a proof of concept randomised controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137:125–37.

53. Huang F, Qian Q, Wang Y. Cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder : study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16(161):1–8.
54. Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, Lischinsky AG, Cetkovich-Bakmas M, Rojas JI, et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;CD010840(3):1–123.
55. Solanto M V, Surman CB, Ma J. The efficacy of cognitive – behavioral therapy for older adults with ADHD : a randomized controlled trial. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2018;10(3):223–35.
56. Manfred Do'pfner EI, Metternich-Kaizman TW, , Stephanie Schu'rmann, Christiane Rademacher DB. Adaptive Multimodal Treatment for Children with Attention- Deficit-/Hyperactivity Disorder: An 18 Month Follow-Up. *Psychiatry Hum Dev*. 2015;46:44–56.
57. Ahmad S, Ali KNM, Fatima S, Asghar A, Shahid H, Ishfaq B, et al. Effect of Cognitive Behavioral Therapy in Children Affected by Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis. *Int J Res Stud Med Heal Sci*. 2018;3(7):10–23.
58. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.3 (updated February 2022). Cochrane, 2022. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
59. Friedberg R, McClure J, Garcia J. *Técnicas de Terapia cognitiva para crianças e adolescentes: Ferramentas para aprimorar a prática*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
60. Pinheiro M. *Manual educativo sobre transtorno do déficit de atenção/hiperatividade*. Curitiba UFPR/Setor Educ. 2015.
61. Abikoff HB, Vitiello B, Riddle MA, Cunningham C, Greenhill LL, Swanson JM, et al. Methylphenidate effects on functional outcomes in the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17(5):581–92.
62. Malone MA, Swanson JM. Effects of Methylphenidate on Impulsive Responding in Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Child Neurol*. 1993;8(2):157–63.
63. Martins FAG, Ladislau AJ, Vilchez MK, Fiamoncini GM, Ferreira M de AN, Karpinski DM, et al. Metilfenidato em crianças no Brasil: Análise crítica de publicações científicas de 2004 a 2014. *Rev Neurociencias*. 2015;23(2):190–204.
64. Padilha SCOS, Virtuoso S, Tonin FS, Borba HHL, Pontarolo R. Efficacy and safety of drugs for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(10):1335–45.
65. Carvalho NG de, Novelli CVL, Colella-Santos MF. Fatores na infância e adolescência que podem influenciar o processamento auditivo: revisão sistemática. *Rev CEFAC*. 2015;17(5):1590-1603.
66. Ministério da Saúde (Brasil). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Metilfenidato e lisdexanfetamina para indivíduos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: Relatório de Recomendação. 2021. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210319_Relatorio_601_metilfenidato_lisdexanfetamina_TDAH.pdf.
67. Ministério da Saúde (Brasil). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Dimesilato de lisdexanfetamina para indivíduos adultos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: Relatório de Recomendação. 2020. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210602_Relatorio_610_Lisdexanfetamina_TDAH_P_20.pdf .
68. DuPaul G, Weyandt L. School-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on academic, social, and behavioural functioning. *Int J Disabil Dev Educ*. 2006;53(2):161-176.
69. Weyandt LL, DuPaul G. ADHD in college students. *Journal of Attention Disorders*. 2006; 10(1):9-19
70. DuPaul GJ, Weyandt LL, Janusis GM. Adhd in the classroom: Effective intervention strategies. *Theory Pract*.

2011;50(1):35-42.

70. Polanczyk G V., Casella C, Jaffee SR. Commentary: ADHD lifetime trajectories and the relevance of the developmental perspective to Psychiatry: reflections on Asherson and Agnew-Blais, (2019). *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2019;60(4):353-355
71. BENCZIK E. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Atualização Diagnóstica e Terapêutica*. Ed Pearson. 2004.
72. BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni e CASELLA EB. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Rev Psicopedag*. 2015;32(97).
71. MUZETTI, C.M.G., DE LUCA-VINHAS MC. Influencia do déficit de atenção e hiperatividade na aprendizagem em escolares. *Psicol Argum*. 2011;29(65):242
72. ROHDE L. A. Mattos P. *Princípios e Práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed. 2003.
73. ROTTA NT et al. *Transtornos de aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed. 2006.
74. Hontelez S, Stobernack T, Pelsser LM, Baarlen P Van, Frankena K, Groefsema MM, et al. Correlation between brain function and ADHD symptom changes in children with ADHD following a few - foods diet : an open - label intervention trial. *Sci Rep*. 2021;1–12.
75. NH and MRC. *Clinical practice points on the diagnosis, assessment and management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents*. Australian Government, National Health and Medical Research Council; 2012.

APÊNDICE 1

LEGISLAÇÃO FEDERAL RELACIONADA À ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

Normativas publicadas no âmbito da Gestão Federal relacionadas à Atenção Integral às pessoas com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade no Sistema Único de Saúde.

Normativas
<p>Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr 2001 [acesso em 26 out 2020].</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.</p>
<p>Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CEB nº 13/2009, aprovado em 3 de junho de 2009 – Diretrizes Operacionais para o atendimento educacional especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial.</p> <p>Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pceb013_09_homolog.pdf</p>
<p>Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007.</p> <p>Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pceb013_09_homolog.pdf</p>
<p>Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.081/2010, acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Diário da Câmara dos Deputados, Brasília, 22 de junho de 2013, pp. 25849-25858.</p> <p>Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=472404</p>
<p>Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Lei 3092 de 14/02/2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos gratuitos pelo SUS para tratar TDHA em crianças portadoras da síndrome sem distinção de classe, nem mesmo aqueles pacientes que não se enquadram como os mais carentes poderão ser excluídos do benefício.</p> <p>Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=533790</p>
<p>Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Lei C nº 118 de 08/11/2011. Dispõe sobre a obrigatoriedade de exame físico e mental p/ detectar o TDAH em motociclistas (Altera a Lei nº 9503 de 23/09/1997 (C. T. B.)</p> <p>Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/99558</p>

ANEXO D – SNAP-IV (SCP)



ESCALA SNAP-IV

Dr. Julio Koneski

Presidente do DC de Neurologia da SCP

O SNAP-IV é um questionário de domínio público, de livre acesso, que inclui os 18 itens correspondentes aos sintomas do critério A do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5^a ed. - DSM-5)¹ da Associação Americana de Psiquiatria para TDAH. O SNAP é utilizado no mundo todo, traduzido para diferentes idiomas e suas propriedades psicométricas são consideradas sólidas², sendo utilizado tanto para pesquisas quanto na clínica. A versão apresentada aqui, foi traduzida para o português e validada para a população brasileira³.

Importante salientar que este questionário é somente uma ferramenta que serve como auxiliar para detectar possíveis sintomas do TDAH, na visão de diferentes observadores, e que o SNAP considera apenas os Critério A do DSM-5, e há necessidade de preencher os outros critérios: B - sintomas devem estar presentes antes dos 11 anos de idade; C – os sintomas devem estar presentes em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa): D - existem problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas; E – os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a outros diagnósticos.

Trata-se de uma escala de quatro níveis de gravidade (graduadas como nem um pouco, só um pouco, bastante ou demais). Deverá ser respondido por pelo menos 3 observadores que tenham contato frequente e regular com a criança ou adolescente:

- Se forem pontuados pelo menos 6 itens “bastante” ou “demais” (características de 1 a 9), considera-se que existem mais sintomas de desatenção que o esperado;

- Se forem pontuados pelo menos 6 itens marcados como “bastante” ou “demais” (questões de 10 a 18), considera-se que existem mais sintomas de hiperatividade / impulsividade que o esperado.

ESCALA SNAP-IV

(Versão em português: (MATOS, P et al. Revista de Psiquiatria RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006)³.

Marque um X na coluna que melhor descreve o comportamento da criança ou adolescente.

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				

8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia a dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a “mil por hora”				
15. Fala em excesso				
16. Responde perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas				
17. Tem dificuldade em esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (nas conversas, jogos, etc.)				

REFERÊNCIAS

1. Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, Arnold LE, Conners CK, Abikoff HB, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(2):168-79.
3. Matos, P; Serra-Pinheiro, MA; Rohde, LA; Pinto, D. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. Revista de Psiquiatria, RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006.