A CONTRIBUIÇÃO DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TDAH E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO DESENVOLVIMENTO INFANTO-JUVENIL: UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO.

Adriana Martins Rovaron

Resumo

O presente artigo investiga a relevância da avaliação neuropsicológica como recurso mediador no diagnóstico diferencial entre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e os Transtornos de Ansiedade na adolescência, fundamentando-se nos pressupostos teóricos de Malloy-Diniz et al. (2016). O cenário clínico contemporâneo apresenta um aumento exponencial de diagnósticos de TDAH muitas vezes baseados apenas em observações comportamentais, o que pode mascarar etiologias distintas da desatenção. Por meio de um estudo de caso de uma adolescente de 17 anos (J.), com diagnóstico prévio de TDAH, este trabalho descreve como o refinamento da análise das funções executivas permite dissociar o déficit primário de controle inibitório da desatenção secundária. Os resultados obtidos por meio do WAIS-III e do FDT revelaram um funcionamento intelectual de nível Superior (QIT 124) e uma Memória Operacional Muito Superior (IMO 132), contrastando com uma Velocidade de Processamento na média (IVP 109). Essa assincronia cognitiva, somada ao perfil de hipercontrole e perfeccionismo identificado qualitativamente, sugere que a desatenção reportada deriva de um quadro de ansiedade de desempenho e subestimulação (Altas Habilidades), e não de um déficit neuroquímico atencional. Conclui-se que a avaliação neuropsicológica, ao realizar o cruzamento entre dados psicométricos e o vínculo clínico longitudinal, é indispensável para evitar a patologização indevida e balizar intervenções assertivas.

Palavras-chave: Avaliação Neuropsicológica; TDAH; Ansiedade; Funções Executivas; Diagnóstico Diferencial.

Abstract

This article investigates the relevance of neuropsychological assessment as a mediating resource in the differential diagnosis between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Anxiety Disorders in adolescence, based on the theoretical framework of Malloy-Diniz et al. (2016). The current clinical landscape shows an exponential increase in ADHD

diagnoses based on purely behavioral criteria, which may mask distinct etiologies of inattention. Through a case study of a 17-year-old adolescent (J.), previously diagnosed with ADHD, this work describes how the refinement of executive functions analysis allows for the dissociation of primary inhibitory control deficits from secondary inattention. Results obtained through WAIS-III and FDT revealed Superior intellectual functioning (FSIQ 124) and Very Superior Working Memory (WMI 132), contrasting with average Processing Speed (PSI 109). This cognitive asynchrony, combined with a profile of hypercontrol and perfectionism identified qualitatively, suggests that the reported inattention stems from performance anxiety and understimulation (High Abilities), rather than a primary attentional neurochemical deficit. It is concluded that neuropsychological assessment, by cross-referencing psychometric data with a longitudinal clinical bond, is essential to avoid undue pathologization and guide assertive interventions.

Keywords: Neuropsychological Assessment; ADHD; Anxiety Disorders; Executive Functions; Differential Diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

A demanda por avaliações neuropsicológicas motivadas por queixas de desatenção e dificuldades acadêmicas tem apresentado um crescimento exponencial na clínica contemporânea. O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento de etiologia complexa e multifatorial (American Psychiatric Association [APA], 2014), consolidou-se como a principal hipótese diagnóstica diante de comportamentos de dispersão e agitação no ambiente escolar. No entanto, Malloy-Diniz et al. (2016) alertam que a similaridade dos fenótipos comportamentais pode conduzir a erros diagnósticos, uma vez que a desatenção é um sintoma transdiagnóstico, presente em diversas condições psicopatológicas e quadros de ansiedade.

O problema central desta investigação reside na dificuldade de distinguir o déficit primário de atenção da "desatenção secundária". Conforme aponta Mattos (2006), a fenomenologia da desatenção na ansiedade não decorre de uma falha estrutural nos mecanismos de seleção de estímulos, mas sim de uma interferência cognitiva. Em adolescentes, essa distinção é ainda mais crítica: a presença de quadros de ansiedade pode gerar um estado de hipervigilância que mimetiza a distratibilidade do TDAH. Portanto, questiona-se: de que forma a análise minuciosa das funções executivas e do perfil intelectual permite o diagnóstico diferencial, minimizando a ocorrência de falso-positivos e a consequente patologização indevida?

A relevância deste estudo sustenta-se no impacto clínico das intervenções. Barkley (2020) enfatiza que o uso inadvertido de psicoestimulantes em pacientes cujo sintoma primário é a ansiedade pode exacerbar o estado de alerta e a ruminação mental, agravando o prejuízo funcional. Além disso, em indivíduos com alto funcionamento intelectual, a desatenção pode estar associada à subestimulação ou a uma assincronia entre o processamento cognitivo e a execução motora, exigindo que o neuropsicólogo atue como um investigador da dinâmica psíquica, e não apenas como um aplicador de testes.

A hipótese norteadora é que a mensuração neuropsicológica revela perfis cognitivos distintos para cada condição. Enquanto no TDAH as falhas no controle inibitório e na sustentação atencional são centrais e independentes do estado emocional (Diamond, 2013), nos transtornos de ansiedade a desatenção é modulada por uma sobrecarga na memória operacional. Segundo Echeburúa (2014), a preocupação excessiva atua como um "ruído" constante que consome os recursos cognitivos disponíveis para tarefas externas. Este artigo visa, portanto, demonstrar, por meio de um estudo de caso clínico, como o cruzamento de dados quantitativos

e qualitativos é eficaz na elucidação dessa fronteira clínica, garantindo uma prática profissional ética e baseada em evidências.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 O Escopo da Avaliação Neuropsicológica: Entre o Quantitativo e o Qualitativo

A avaliação neuropsicológica é definida como o estudo aplicado das relações entre o funcionamento do sistema nervoso central e as manifestações cognitivas, comportamentais e emocionais (Lezak et al., 2012). No cenário do desenvolvimento infantojuvenil, essa prática não se restringe à mensuração isolada de funções psíquicas por meio de escores psicométricos; ela constitui um processo de investigação clínica abrangente. Segundo Lezak (2012), o neuropsicólogo deve atuar como um sintetizador de dados, integrando o desempenho quantitativo do sujeito, traduzido em percentis e escores padronizados, a uma análise qualitativa rigorosa da postura, do nível de esforço e das estratégias de resolução de problemas demonstradas durante a testagem.

Malloy-Diniz et al. (2016) corroboram essa perspectiva ao enfatizar que a avaliação neuropsicológica clínica busca mapear não apenas as disfunções, mas as potencialidades e os recursos preservados do indivíduo. No âmbito do diagnóstico diferencial, os autores destacam a necessidade de compreender o perfil cognitivo dentro de um contexto biopsicossocial. Portanto, a interpretação de um desempenho deficitário em testes de atenção não deve ser feita de forma estanque; deve ser confrontada com o histórico de desenvolvimento, a dinâmica ambiental e o estado afetivo do paciente. Essa integração garante que o diagnóstico transcenda a descrição de sintomas e reflita o funcionamento neurocognitivo real do indivíduo.

1.1.2 Funções Executivas e o Modelo de Autorregulação de Barkley

As Funções Executivas (FE) representam um constructo multidimensional que engloba processos cognitivos de ordem superior, necessários para o comportamento orientado a metas. Diamond (2013) organiza as FE em três pilares centrais e interdependentes: o controle inibitório (capacidade de suprimir impulsos e resistir a distratores ambientais ou internos), a memória de trabalho (habilidade de manter e manipular informações mentalmente em curto prazo) e a flexibilidade cognitiva (capacidade de alternar o foco atencional ou mudar estratégias diante de demandas mutáveis).

No contexto do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), o modelo teórico de Barkley (2006, 2020) postula que o déficit primário reside na inibição

comportamental. Para o autor, o TDAH não é essencialmente um distúrbio da atenção "em si", mas um transtorno da autorregulação e da organização temporal do comportamento. Quando o controle inibitório falha, os outros componentes das funções executivas sofrem um efeito em cascata. Barkley sustenta que o indivíduo com TDAH possui a informação (o "saber"), mas falha na execução (o "fazer") devido à incapacidade de inibir o impulso imediato e de sustentar o esforço em direção a recompensas de longo prazo. Essa falha é de natureza estrutural e persistente, caracterizando uma dificuldade neurobiológica na gestão do comportamento no tempo.

1.1.3 Transtornos de Ansiedade e o Fenômeno da Interferência Cognitiva

Distintamente da falha inibitória primária observada no TDAH, a desatenção nos transtornos de ansiedade é de natureza reativa e secundária. Echeburúa (2014) define a ansiedade como um estado de ativação emocional e alerta excessivo diante de uma ameaça percebida. Na adolescência, tais ameaças frequentemente se manifestam como o medo do julgamento social, a intolerância à incerteza e a preocupação exacerbada com o desempenho acadêmico (perfeccionismo).

Sob a ótica da neuropsicologia cognitiva, a ansiedade opera por meio da hipervigilância e do enviesamento atencional. Conforme discute Mattos (2006), o cérebro ansioso direciona recursos cognitivos massivos para o monitoramento de possíveis falhas ou riscos, gerando um "ruído" interno constante. Esse processo causa a saturação da memória de trabalho — que, conforme Diamond (2013), possui capacidade limitada. Quando o sistema executivo é drenado por pensamentos intrusivos e ruminações, ocorre o que a literatura denomina desatenção secundária. Nesse caso, a distratibilidade não provém de um déficit neuroquímico nos circuitos atencionais, mas sim de uma sobrecarga emocional que impede que o sujeito aloque seus recursos cognitivos de forma eficiente em tarefas externas.

1.1.4 O Diagnóstico Diferencial: A Fronteira entre o Déficit Executivo e o Hipercontrole

A distinção entre o TDAH e a Ansiedade constitui um dos maiores desafios da prática clínica ética. Malloy-Diniz et al. (2016) observam que, enquanto o paciente com TDAH tende a apresentar um perfil de resposta rápido e impreciso (impulsividade cognitiva), o paciente ansioso frequentemente exibe uma lentidão executiva decorrente do hipercontrole. Essa lentidão, por vezes confundida com baixo processamento, reflete comportamentos de checagem excessiva e hesitação motivada pelo medo do erro.

Barkley (2020) reforça essa distinção ao apontar que o indivíduo com TDAH falha por falta de monitoramento, enquanto o ansioso falha pelo excesso de monitoramento. Na avaliação das funções executivas, essa fronteira torna-se visível através da análise qualitativa: a ansiedade pode "mimetizar" sintomas de TDAH em escalas comportamentais, mas os testes neuropsicológicos de esforço e controle inibitório tendem a revelar que o potencial executivo está preservado, embora esteja sendo subutilizado ou bloqueado por variáveis emocionais. Assim, a investigação detalhada permite evitar diagnósticos falso-positivos e garante que a intervenção seja direcionada à raiz da desregulação, seja ela neurobiológica ou afetiva.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia e Delineamento

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa e exploratória, adotando o delineamento de Estudo de Caso Clínico Único. Segundo Yin (2015), o estudo de caso é a estratégia ideal para investigar fenômenos contemporâneos em profundidade e em seu contexto real. A investigação foca na análise do perfil neuropsicológico de uma adolescente, visando o diagnóstico diferencial entre TDAH e Transtorno de Ansiedade por meio da integração de dados psicométricos e observação clínica.

2.2 Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu rigorosamente os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 006/2019 do Conselho Federal de Psicologia. Foi garantido o sigilo da identidade da participante através do uso do pseudônimo "J.", e os responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a utilização dos dados para fins científicos.

2.3 Caracterização da Participante

A participante (J.) é uma adolescente de 17 anos, estudante da 2ª série do Ensino Médio. Possui um diagnóstico prévio de TDAH (Apresentação Combinada), estabelecido na infância (8 anos), e encontrava-se sob intervenção farmacológica com Venvanse. A demanda para a reavaliação surgiu devido à exacerbação de sintomas ansiosos e a uma discrepância entre seu potencial cognitivo percebido e sua autopercepção de competência.

2.4 Instrumentos e Procedimentos

A investigação neuropsicológica foi estruturada de forma a garantir a fidedignidade dos dados, utilizando instrumentos com parecer favorável no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) e adequados à escolaridade da participante (2ª série do Ensino Médio). O protocolo foi executado em janeiro de 2026, abrangendo os seguintes eixos:

2.4.1 Entrevistas Clínicas e Anamnese: Realização de anamnese com os progenitores para levantamento do histórico de desenvolvimento e entrevistas semiestruturadas com a adolescente. Este procedimento visou compreender a evolução dos sintomas atencionais e a interferência dos componentes ansiosos na rotina académica e social.

2.4.2 Descrição Técnica e Justificativa Clínica dos Instrumentos (SATEPSI)

A seleção da bateria neuropsicológica foi pautada na necessidade de mapear não apenas o nível de eficiência cognitiva da paciente, mas principalmente o processo e a estratégia de execução das tarefas. Todos os instrumentos utilizados possuem parecer favorável no SATEPSI e são validados para a população brasileira. A seguir, detalha-se o escopo de cada ferramenta e sua relevância para a elucidação do presente estudo de caso:

Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III) O WAIS-III é considerado o instrumento padrão-ouro para a avaliação do funcionamento intelectual global. Composto por subtestes verbais e de execução, o teste permite a extração do Quociente de Inteligência Total (QIT) e de quatro índices fatoriais: Compreensão Verbal (ICV), Organização Perceptual (IOP), Memória Operacional (IMO) e Velocidade de Processamento (IVP).

Justificativa para o caso: A inclusão do WAIS-III foi determinante para afastar a hipótese de deficiência intelectual e identificar a presença de indicadores de Altas Habilidades/Superdotação. Mais do que medir o QI (124), o teste foi fundamental para o diagnóstico diferencial ao permitir a análise de discrepâncias intracognitivas. A comparação entre o IMO (132) e o IVP (109) revelou a assincronia cognitiva da paciente, evidenciando que sua lentidão na rotina não é fruto de desatenção, mas de um descompasso estrutural entre um raciocínio altamente veloz e uma execução motora mediana.

Teste dos Cinco Dígitos (FDT – *Five Digit Test*) Desenvolvido por Sedó (2007), o FDT é um instrumento fundamentado no paradigma de *Stroop*, cujo objetivo é avaliar a velocidade de processamento, a atenção sustentada, o controle inibitório e a flexibilidade cognitiva. Diferentemente de outros testes de funções executivas, o FDT possui uma baixíssima demanda

cultural e linguística, utilizando apenas números e quantidades (contagem), o que isola a função executiva de possíveis vieses de leitura.

Justificativa para o caso: O FDT foi a peça central para refutar o TDAH de J. Segundo a literatura, pacientes com TDAH falham sistematicamente nas etapas de Inibição e Alternância por impulsividade. No caso de J., o FDT permitiu mensurar o fenômeno do hipercontrole: a paciente obteve precisão máxima (zero erros), mas com tempos de reação na faixa deficitária. O teste comprovou que o "freio inibitório" da paciente está preservado e, de fato, hiperativado pela ansiedade de desempenho.

Bateria Psicológica de Atenção (BPA) A BPA é um instrumento psicométrico desenvolvido para avaliar a capacidade atencional de forma fatiada, mensurando três construtos específicos: Atenção Concentrada (capacidade de focar em um estímulo alvo), Atenção Dividida (capacidade de focar em dois ou mais estímulos simultaneamente) e Atenção Alternada (capacidade de mudar o foco entre diferentes regras).

Justificativa para o caso: Em diagnósticos de TDAH clássico, observa-se frequentemente um rebaixamento generalizado ou estrutural nos índices da BPA. A utilização deste teste permitiu mapear se a desatenção queixada pela escola era um déficit primário da rede de orientação atencional ou se era secundária. Ao fracionar a atenção, a BPA possibilita observar o nível de fatigabilidade mental da paciente e como a ansiedade atua como um "ruído" que prejudica o rastreio visual ao longo do tempo.

Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT) O RAVLT é um teste extensamente utilizado para avaliar a memória declarativa episódica, a curva de aprendizagem, a suscetibilidade à interferência (proativa e retroativa) e os índices de retenção e reconhecimento. O sujeito é exposto a uma lista de 15 palavras repetidas vezes, o que permite avaliar como o cérebro codifica e armazena novas informações auditivo-verbais.

Justificativa para o caso: A queixa de "desatenção" no ambiente escolar frequentemente se confunde com falhas de memória (a família relata que a adolescente "esquece" as coisas). O RAVLT foi inserido no protocolo para isolar essa variável. Um desempenho preservado neste instrumento indica que, quando as condições estruturais são favoráveis, a capacidade de evocação e consolidação mnêmica de J. está intacta. Isso reforça a tese de que o esquecimento no dia a dia não é amnésico ou atencional primário, mas decorrente da sobrecarga da memória de trabalho por preocupações excessivas.

Provas de Avaliação dos Processos de Leitura para Alunos do Ensino Secundário (PROLEC-SE) O PROLEC-SE é uma bateria focada na avaliação dos processos de leitura,

englobando rotas lexicais, sintáticas e semânticas. O teste não avalia apenas a velocidade, mas a precisão e a capacidade do indivíduo de extrair significado de textos de maior complexidade.
Justificativa para o caso: Dado que as queixas de J. envolviam o ambiente acadêmico, o uso do PROLEC-SE, adequado à sua etapa escolar (Ensino Médio), foi necessário para excluir comorbidades com Transtornos Específicos da Aprendizagem (como a Dislexia). Além disso, adolescentes ansiosos tendem a apresentar releituras constantes (checagem excessiva do texto) por insegurança na compreensão. O PROLEC-SE auxiliou na observação qualitativa de como o perfeccionismo interfere na fluidez e no tempo de prova da paciente.

2.4.3 Escalas de Rastreio e Inventários de Autorrelato

Além da bateria de desempenho, foram utilizados instrumentos de rastreio para mapear a autopercepção da paciente e identificar possíveis comorbidades ou interferências emocionais:

Escala de Autoavaliação para Adultos (ASRS-18) A ASRS-18 é um instrumento de rastreio desenvolvido pela OMS para identificar sintomas de TDAH. Embora validada para indivíduos a partir dos 18 anos, sua aplicação no presente caso justificou-se pela maturidade cognitiva da paciente e pela necessidade de capturar falhas executivas em um contexto de exigência acadêmica de Ensino Médio, onde escalas infantis careceriam de validade ecológica.
Justificativa Clínica: O uso da ASRS-18 permitiu confrontar a autopercepção da paciente (que relatou alta frequência de sintomas) com os dados objetivos da BPA e do FDT. Essa discrepância foi fundamental para diferenciar o déficit real de atenção da sensação subjetiva de desatenção provocada pela ansiedade.
Inventário de Altas Habilidades e Superdotação para Adultos (IAHSA). Este inventário avalia cinco dimensões: Habilidades Cognitivas, Criativas, Motivação, Liderança e Autoconsciência.
Justificativa Clínica: A aplicação de um instrumento para adultos em uma adolescente de 17 anos fundamentou-se no seu perfil de Alto Funcionamento (QI 124). O IAHSA permitiu identificar a "Dupla Excepcionalidade", revelando como o alto potencial criativo e a elevada autoconsciência de J. interagem com sua sintomatologia ansiosa, transformando o dom intelectual em uma fonte de cobrança interna e perfeccionismo.
Questionário de Depressão Infantil (CDI - Kovacs) Apesar do nome, o CDI é amplamente utilizado para rastrear sintomas afetivos e de humor em adolescentes.
Justificativa Clínica: Sua inclusão visou realizar o diagnóstico diferencial e excluir a hipótese de que a desatenção e o isolamento social relatados pela família fossem sintomas de um quadro

depressivo primário, garantindo que o foco da discussão permanecesse na tríade TDAH, AH/SD e Ansiedade.

Screenings para Transtornos de Aprendizagem (Dislexia e Discalculia). Foram aplicados protocolos específicos de rastreio para dificuldades em leitura, escrita e raciocínio matemático. **Justificativa Clínica:** Dado o histórico de reprovação escolar em disciplinas de exatas, esses rastreios foram essenciais para descartar transtornos específicos de aprendizagem. A análise permitiu concluir que as dificuldades acadêmicas de J. não são cognitivo-estruturais, mas sim bloqueios emocionais (ansiedade matemática) e falhas de execução decorrentes do hipercontrole.

Escala de Responsividade Social, 2ª Edição (SRS-2) A SRS-2 é um instrumento padronizado que mensura o comportamento social recíproco, permitindo identificar prejuízos na comunicação social e rastrear características do Espectro Autista (TEA).

Justificativa Clínica: A sua inclusão no protocolo foi motivada pelo relato familiar de que a paciente tem se apresentado "mais fechada" e isolada. A aplicação visou realizar o diagnóstico diferencial e descartar que o distanciamento social fosse decorrente de déficits pragmáticos ou TEA, confirmando que a esquiva social de J. é de ordem puramente ansiosa.

Questionário de Rastreio para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Este inventário avalia a intensidade de sintomas como preocupação crônica, tensão constante e hipervigilância, solicitando ao paciente que gradue o impacto desses pensamentos no seu dia a dia.

Justificativa Clínica: Considerando a queixa inicial de ansiedade, este rastreio foi vital para mensurar quantitativamente a sobrecarga emocional da paciente. Os dados permitiram correlacionar a "falta de atenção" queixada com a presença de pensamentos intrusivos acelerados.

Inventário de Procrastinação (Basco) Instrumento destinado a avaliar não apenas o nível de prejuízo gerado pela procrastinação, mas também o perfil do comportamento (ex: Tipo Evitativo, Indeciso, Desorganizado).

Justificativa Clínica: Como o comportamento de adiar tarefas é frequentemente associado ao TDAH (por falha executiva ou desmotivação), o uso deste inventário teve como objetivo investigar a etiologia da procrastinação de J., confirmando a hipótese de que o seu adiamento é, na verdade, um mecanismo de evitação diante do perfeccionismo (medo de errar).

Questionário de Crenças da Personalidade (Leahy) Instrumento que investiga as crenças nucleares do paciente sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro, focando em exigências de desempenho e tolerância à frustração.

Justificativa Clínica: Essencial para mapear o perfeccionismo clínico da paciente. O rastreio justificou-se para entender o custo emocional do seu Alto Funcionamento e provar que a lentidão observada nos testes de desempenho (como o FDT) estava ancorada em crenças rígidas de que "falhas são intoleráveis".

2.4.4 Procedimentos Qualitativos e Triangulação de Dados

Entrevistas Semiestruturadas e Anamnese Detalhada Foram realizadas sessões de anamnese com a genitora e entrevistas semiestruturadas com a própria paciente e com sua irmã (colateral).
Justificativa: A coleta de dados colaterais foi o que permitiu identificar o comportamento de procrastinação como uma estratégia de evitação perfeccionista (medo de errar), e não como falta de motivação. A triangulação entre o que a família observa, o que a paciente sente e o que os testes mostram garantiu o rigor científico necessário para a revisão do diagnóstico anterior de TDAH.

2.5 Análise Qualitativa, Observação Clínica e Escalas de Autorrelato

Durante o processo avaliativo, a examinanda apresentou-se com higiene preservada e vestimentas condizentes com o contexto social e sua faixa etária. Do ponto de vista das funções mentais superiores, demonstrou-se lúcida, vigil e globalmente orientada (auto e alopsiquicamente).

No que tange à conduta social, estabeleceu *rapport* adequado com a examinadora, mantendo atitude colaborativa, cordial e contato visual funcional. Esta observação clínica de adequação interacional é objetivamente corroborada pelos resultados da Escala de Responsividade Social (SRS-2), na qual a paciente apresentou escores normativos (Escore-T máximo de 56), descartando quaisquer prejuízos estruturais na reciprocidade social ou indicativos do Espectro Autista.

Durante a aplicação dos instrumentos, evidenciou engajamento sustentado e persistência frente às tarefas, concluindo todos os protocolos propostos sem intercorrências que comprometessem a fidedignidade dos dados. Observou-se, clinicamente, um ritmo de execução notadamente ágil, acompanhado de grande precisão nas respostas, indicando, *a priori*, boa eficiência cognitiva e velocidade de processamento preservada.

Contudo, a triangulação destas observações de excelência executiva com os instrumentos qualitativos de autorrelato revelou o alto custo emocional subjacente a este desempenho. No Questionário de Crenças da Personalidade, a paciente endossou com pontuação máxima (nível

4 - "Acredito totalmente") afirmações centrais de vulnerabilidade, tais como: *"Falhas, defeitos ou erros são intoleráveis"*, *"Ser exposto como inferior ou inadequado é intolerável"* e *"Qualquer defeito ou falha no desempenho pode levar a uma catástrofe"*.

Este perfeccionismo clínico severo atua em consonância com os dados obtidos no Questionário de Rastreio para TAG (Transtorno de Ansiedade Generalizada). Neste instrumento, J. atribuiu nota máxima (10/10) à afirmação *"Não consigo desligar minha cabeça das preocupações e dos pensamentos ansiosos"*, além de altos índices para a preocupação crônica. Torna-se evidente, portanto, que a precisão e a agilidade observadas nas sessões não fluem de um estado de tranquilidade cognitiva, mas são mantidas à custa de um estado de hipervigilância, caracterizando o fenômeno clínico onde o indivíduo "mascara" o sofrimento interno através do hipercontrole externo.

Por fim, a avaliação do seu comportamento perante as demandas acadêmicas, mensurada pelo Inventário de Procrastinação, resultou em um escore de 54 pontos, com prevalência do *Tipo Evitativo* (escore 12). Sob a ótica do diagnóstico diferencial, este dado é crucial: a procrastinação relatada pela família não advém de um déficit primário de atenção (TDAH), mas atua como um mecanismo de esquiva ansiosa. A paciente adia o início das tarefas porque o seu medo paralisante de falhar e a sua crença de que erros são "intoleráveis" transformam qualquer exigência acadêmica em uma ameaça ao seu autoconceito.

3 Análise do Caso e Discussão

A avaliação neuropsicológica baseou-se no cruzamento de dados quantitativos e observações qualitativas.

A **Tabela 1** apresenta o desempenho da paciente J. na Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III), que estabeleceu o seu funcionamento intelectual global e mapeou as suas competências cognitivas específicas.

Tabela 1 - Resultados dos Índices Fatoriais da paciente J. no WAIS-III

Índice Fatorial (Domínio Cognitivo)	**Pontuação Padrão**	**Classificação Normativa**
Quociente de Inteligência Total (QIT)	**124**	**Superior**
Índice de Memória Operacional (IMO)	132	Muito Superior
Índice de Compreensão Verbal (ICV)	118	Superior

Índice Fatorial (Domínio Cognitivo)	Pontuação Padrão	Classificação Normativa
Índice de Organização Perceptual (IOP)	117	Médio Superior
Índice de Velocidade de Processamento (IVP)	109	Média

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados clínicos da avaliação (2026).

Conforme exposto na Tabela 1, o desempenho da paciente evidencia um nível intelectual de Alto Funcionamento. O destaque absoluto recai sobre a Memória Operacional, o que contraria as expectativas para um diagnóstico de TDAH estrutural, onde este índice costuma ser o mais rebaixado. Contudo, a análise intrassujeito revela uma discrepância significativa entre a capacidade de retenção (IMO = 132) e a velocidade de execução motora (IVP = 109).

Para ilustrar esta assincronia cognitiva, que é o cerne do sofrimento clínico da adolescente, o **Gráfico 1** demonstra o hiato de 23 pontos entre os dois índices extremos do seu processamento.

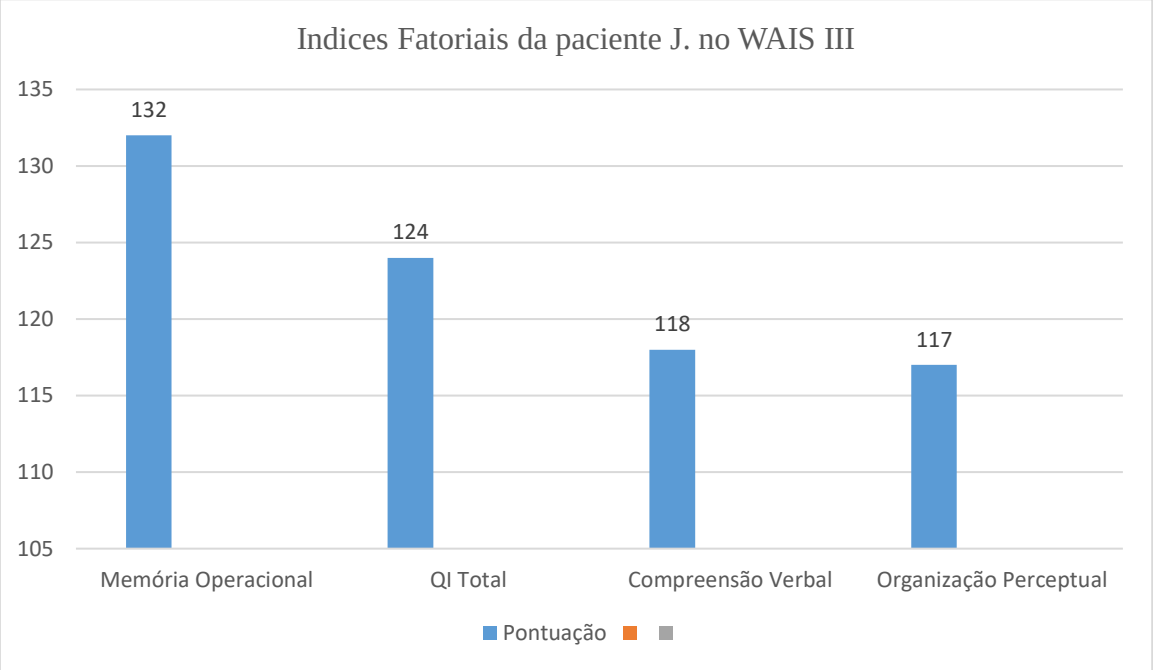


Gráfico 1 - Assincronia Cognitiva: Discrepância entre Memória Operacional e Velocidade de Processamento.

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

A visualização do Gráfico 1 materializa o conceito de "engarrafamento cognitivo". O fluxo de pensamento e a capacidade de manipulação mental da paciente (coluna azul) operam em uma frequência significativamente superior à rapidez com que ela consegue registar ou executar as tarefas mecanicamente (coluna cinza). Esta discrepância é o principal gatilho da sua ansiedade de desempenho e da sua sensação subjetiva de lentidão.

Altas Habilidades e a Dupla Excepcionalidade A análise qualitativa da anamnese e do histórico de desenvolvimento reforça os achados quantitativos do WAIS-III (QIT 124). Os relatos maternos indicam um desenvolvimento psicomotor e de linguagem "acima do esperado" para a idade. Atualmente, a paciente destaca-se pela excelente oratória, escrita, criatividade e capacidade de atuar como "conselheira" dos pares, traços evidentes de maturidade verbal e empatia cognitiva. A aplicação do Inventário de Altas Habilidades e Superdotação para Adultos (IAHSA), no qual J. obteve o escore de 162/250, confirmou a presença de características superiores e aptidões específicas.

Estes achados inserem o caso no paradigma da Dupla Excepcionalidade: a coexistência de Altas Habilidades com um quadro psicopatológico ou de sofrimento emocional (Ansiedade). Indivíduos com este perfil frequentemente apresentam comportamentos de isolamento ("mais fechada", como relatado pela família) e tédio acadêmico, que são erroneamente diagnosticados como TDAH. O alto potencial cognitivo de J. permite que ela mascare suas dificuldades emocionais, mas o custo psíquico desse esforço reflete-se na exaustão e no isolamento social reportados na entrevista clínica.

3.1 O Modelo de Barkley vs. o Perfil Executivo de J.

Para testar a hipótese de falha no controlo inibitório e impulsividade, características centrais do TDAH segundo Barkley (2006), foi administrado o Teste dos Cinco Dígitos (FDT). Os resultados exatos obtidos pela paciente J. encontram-se descritos na Tabela 2.

Tabela 2 - Desempenho da paciente J. no Teste dos Cinco Dígitos (FDT)

Etapa do Teste	**Percentil de Tempo (Classificação)**	**Percentil de Erros (Classificação)**	**Interpretação Clínica**
Leitura (Processo Automático)	25 (Média Inferior)	95 (Média Superior / 0 erros)	Eficiência base ligeiramente lentificada.
Contagem (Processo Automático)	5 (Deficitário)	95 (Média Superior / 0 erros)	Lentidão severa por excesso de monitorização.
Escolha (Inibição / Controlo)	5 (Deficitário)	95 (Média Superior / 0 erros)	Supressão de resposta impulsiva preservada, com sacrifício de tempo.

Etapa do Teste	Percentil de Tempo (Classificação)	Percentil de Erros (Classificação)	Interpretação Clínica
Alternância (Flexibilidade)	25 (Média Inferior)	95 (Média Superior / 0 erros)	Flexibilidade preservada, mantendo o padrão de hipercontrole.

Fonte: Elaborada pela autora com base no relatório clínico (2026).

A análise da Tabela 2 revela o marcador quantitativo mais importante deste diagnóstico diferencial: a dicotomia extrema entre a precisão e a eficiência temporal. Em todas as etapas do teste, quer nos processos automáticos quer nos controlados, os índices de erros da paciente posicionaram-se no percentil 95 (Média Superior), indicando uma execução de precisão absoluta (zero erros impulsivos ou de omissão).

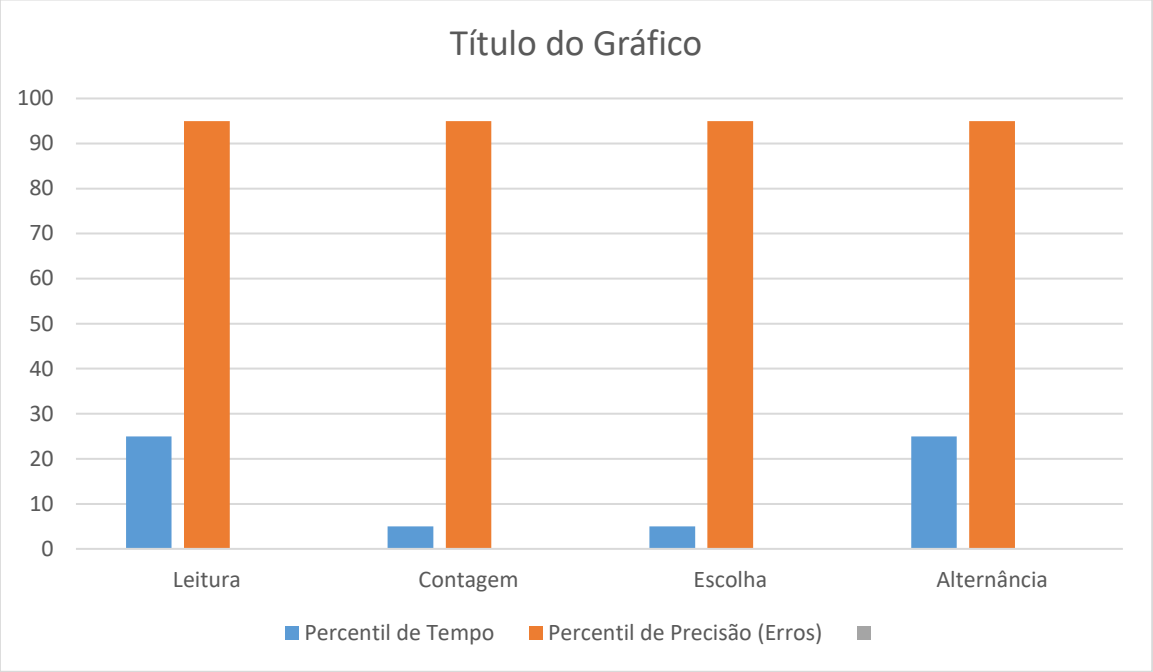
Contudo, este nível cirúrgico de exatidão foi alcançado à custa de uma significativa lentificação psicomotora. Nas etapas de Contagem e de Escolha (Inibição), o tempo de reação da paciente sofreu uma queda abrupta para o percentil 5 (Deficitário). Curiosamente, na fase de Alternância, a paciente conseguiu recuperar ligeiramente o tempo (percentil 25), provando que a sua capacidade de flexibilidade cognitiva está íntegra e não estruturalmente comprometida.

Em termos clínicos, J. não falha na inibição de distratores (refutando assim o TDAH); pelo contrário, o seu sistema inibitório encontra-se hiperativado. A queda do tempo de execução ilustra o fenômeno da "paralisia pela análise". A necessidade absoluta de controlo para evitar a falha, traço típico do perfeccionismo e dos transtornos de ansiedade, é o que justifica o tempo deficitário e inferior à média, descartando por completo a impulsividade e a desatenção primária típicas dos transtornos do neurodesenvolvimento.

A discussão central deste caso reside no confronto entre a teoria de Barkley (2006) e a realidade clínica de J. Segundo o autor, o TDAH é definido por uma falha no controle inibitório, resultando em respostas rápidas e imprecisas. No entanto, o desempenho de J. no Teste dos Cinco Dígitos (FDT) revelou um padrão inverso: a paciente obteve zero erros em todas as etapas, incluindo as de alternância e inibição.

Este resultado demonstra que o "freio" inibitório da adolescente não está ausente, mas sim excessivamente ativado. J. sacrifica a velocidade (operando em níveis lentificados) para garantir a perfeição da resposta. Clinicamente, isso indica que a sua dificuldade não é a impulsividade do TDAH, mas o hipercontrole característico da ansiedade, onde o medo de errar paralisa a fluidez da execução.

Gráfico 2 - Desempenho no Teste dos Cinco Dígitos (FDT): Dicotomia entre Eficiência Temporal e Precisão.



Fonte: Elaborado pela autora com base no relatório clínico (2026).

A representação visual do Gráfico 2 materializa o fenômeno clínico da "paralisia pela análise". Conforme exposto, as colunas referentes à precisão (erros) mantêm-se intactas no limite superior normativo (percentil 95) ao longo de todo o instrumento, independentemente do aumento da complexidade da tarefa. Em contrapartida, as colunas referentes ao tempo de execução sofrem uma queda drástica e sustentada, estabilizando-se na faixa deficitária (percentil 5) nas etapas de Contagem e Escolha.

Se o quadro da paciente fosse compatível com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a literatura prevê que o esforço cognitivo nas etapas de Inibição e Alternância resultaria em uma queda simultânea de ambas as colunas (falhas por impulsividade e oscilação do tempo). No entanto, a dicotomia visual apresentada no gráfico comprova que o sistema executivo de J. opera sob um regime de hipercontrole. A adolescente sacrifica intencionalmente e de forma severa a sua velocidade de processamento como estratégia compensatória para garantir o perfeccionismo e evitar a falha, um comportamento nuclear dos Transtornos de Ansiedade.

3.2 Memória Operacional e Desatenção Secundária

O ponto de maior impacto para a refutação do diagnóstico de TDAH é o Índice de Memória Operacional (IMO) de 132 (Muito Superior). A literatura (Diamond, 2013) estabelece que a memória de trabalho é o componente mais vulnerável e frequentemente deficitário no TDAH. O fato de J. apresentar uma capacidade de manipulação mental acima de 98% da população, sem estar sob efeito de medicação, torna a hipótese de um déficit atencional estrutural altamente improvável.

A desatenção percebida por professores e familiares deve ser classificada como desatenção secundária (Mattos, 2006). Como postula Echeburúa (2014), a ansiedade patológica gera uma "inundação" de preocupações intrusivas que ocupam o espaço da memória de trabalho. Mesmo possuindo um "processador" potente (IMO 132), J. experimenta falhas atencionais porque seu sistema está "sequestrado" pela hipervigilância ansiosa. A atenção não é deficitária; ela está apenas direcionada para o monitoramento interno de falhas, e não para o conteúdo acadêmico.

3.3 A Assincronia Cognitiva como Geradora de Ansiedade

Um achado fundamental deste estudo é a discrepância entre o QI Total (124) e a Velocidade de Processamento (109). Embora ambos os índices estejam dentro ou acima da média, o hiato entre o potencial de raciocínio e a velocidade de execução manual caracteriza uma assincronia cognitiva. Conforme Malloy-Diniz et al. (2016), em indivíduos com alto funcionamento intelectual, essa distância entre o "pensar" e o "executar" pode gerar altos níveis de frustração. J. percebe que sua velocidade de registro não acompanha a rapidez de seu fluxo de pensamento. Esse descompasso alimenta o ciclo de ansiedade, levando a paciente a acreditar que é "lenta" ou "incapaz", quando, na verdade, ela está operando sob um regime de hipercontrole que sacrifica a fluidez em favor da perfeição.

3.4 O Impacto do Uso de Psicoestimulantes em Quadros de Ansiedade

A utilização de cloridrato de lisdexanfetamina (Venvanse) pela paciente é um ponto crítico da discussão. Barkley (2020) explica que os psicoestimulantes atuam aumentando o alerta cortical para corrigir uma hipoativação dopaminérgica. Todavia, em um cérebro cujo estado de base já é de hiperalerta devido à ansiedade, a introdução de um estimulante pode ser paradoxal.

A persistência dos sintomas de J., mesmo sob medicação, reforça a tese de que a etiologia de sua desatenção não é neuroquímica-atencional, e a necessidade da revisão do diagnóstico. Elevar o alerta de um sistema já hipervigilante pode intensificar as ruminações e exacerbar a lentidão executiva por excesso de monitoramento. Do ponto de vista ético, os resultados da avaliação neuropsicológica indicam que a manutenção do diagnóstico de TDAH e do

tratamento farmacológico correspondente pode estar mascarando a necessidade de intervenções focadas na regulação emocional e no manejo das Altas Habilidades.

3.5 A Preservação Mnésica e a Interferência da Ansiedade

Para investigar a queixa de esquecimento e isolar variáveis amnésicas de falhas puramente atencionais, procedeu-se à aplicação do Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT). Os dados normativos do desempenho da paciente encontram-se sumarizados na **Tabela 3**.

Tabela 3 - Desempenho da paciente J. no Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT)

Etapa do Teste (Função Avaliada)	**Pontos**	**Percentil**	**Classificação Clínica**
A1 (Atenção e Memória a Curto Prazo)	7	75	Médio Superior
A2 (Curva de Aprendizagem)	10	75	Médio Superior
Escore Total A1-A5 (Aprendizagem Global)	50	50	Médio
B1 (Suscetibilidade à Interferência)	5	50	Médio
A6 (Evocação Imediata pós-interferência)	10	50	Médio
A7 (Evocação Tardia - após 20 minutos)	8	5	Inferior
Reconhecimento (Memória com Pistas)	12	25	Médio Inferior

Fonte: Elaborada pela autora com base no relatório clínico (2026).

A análise da Tabela 3 fornece evidências robustas contra a hipótese de um déficit de atenção primário. No TDAH, a desatenção compromete severamente a fase de codificação inicial do estímulo, resultando em pontuações rebaixadas logo na primeira tentativa (A1). Contudo, J. apresentou uma excelente capacidade de captação e registo imediato (A1 e A2 no percentil 75), alcançando um escore total de aprendizagem perfeitamente normativo (percentil 50). Isto prova que a sua atenção concentrada está preservada durante a entrada da informação.

O aspeto clinicamente mais revelador deste instrumento reside na queda acentuada observada na Evocação Tardia (A7), onde o desempenho decaiu para a faixa inferior (percentil 5). Como a paciente codificou bem a informação inicial (A1-A5), este "esquecimento" após 20 minutos não reflete uma amnésia estrutural, mas sim o impacto nefasto do hiperalerta. Conforme Echeburúa (2014) descreve, o cérebro ansioso é constantemente bombardeado por preocupações intrusivas. Durante o intervalo de 20 minutos do teste, a sobrecarga emocional e

a ruminação atuaram como interferências internas, bloqueando o acesso e a consolidação da memória episódica.

Portanto, as queixas de que a adolescente "esquece" as coisas no dia a dia não devem ser interpretadas como sintomas de um transtorno de déficit de atenção, mas sim como falhas de evocação secundárias a um sistema cognitivo saturado pela ansiedade de desempenho.

3.6 A Avaliação Direta da Atenção e a Refutação do Déficit Estrutural

Para avaliar o funcionamento das redes atencionais primárias e confrontar diretamente a hipótese de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), foi aplicada a Bateria Psicológica de Atenção (BPA). Este instrumento permite fracionar a capacidade atencional em três domínios: Concentrada, Dividida e Alternada. Os resultados de J. encontram-se sumarizados na Tabela 4.

Tabela 4 - Desempenho da paciente J. na Bateria Psicológica de Atenção (BPA)

Domínio Atencional Avaliado	**Pontos Brutos**	**Percentil**	**Classificação Normativa**
Atenção Concentrada (AC)	92	70	Média Superior
Atenção Dividida (AD)	84	60	Média Superior
Atenção Alternada (AA)	62	60	Média Superior
Atenção Geral (Total)	238	65	Média Superior

Fonte: Elaborada pela autora com base no relatório clínico (2026).

A análise da Tabela 4 fornece a prova psicométrica definitiva de que o sistema atencional de base da paciente encontra-se não apenas preservado, mas operando num nível de eficiência acima da média populacional (Média Superior). No modelo neuropsicológico do TDAH (Barkley, 2020; Malloy-Diniz et al., 2016), espera-se um rebaixamento significativo, sobretudo nos índices de Atenção Concentrada (manutenção do foco) e Atenção Alternada (flexibilidade atencional).

O facto de J. ter alcançado o percentil 70 em Atenção Concentrada e o percentil 60 nos restantes domínios demonstra que a sua maquinaria cognitiva para selecionar e focar em estímulos está estruturalmente intacta.

Como explicar, então, a desatenção que motiva a sua medicação com psicoestimulantes? O cruzamento destes dados de excelência na BPA com a lentidão observada no FDT (Tabela 2) reitera o diagnóstico de desatenção secundária. Em ambiente de testagem clínica, estruturado e

focado, J. mobiliza o seu Alto Funcionamento (QI 124) e o seu perfeccionismo para rastrear os estímulos com precisão cirúrgica. No entanto, no ambiente ecológico (escola e rotina diária), que é desestruturado e repleto de pressões sociais, a ansiedade gera pensamentos intrusivos que "roubam" essa atenção primária.

Conclui-se que o problema de J. não é a "falta" de atenção (como os dados da BPA comprovam), mas sim o direcionamento dessa atenção, que acaba por ser canalizada para o hipercontrole interno e para a hipervigilância, deixando a paciente mentalmente exausta para as tarefas acadêmicas.

3.7 A Dissonância entre Autopercepção e Eficiência Cognitiva

A literatura neuropsicológica adverte sobre os vieses das escalas de rastreio baseadas em autorrelato, especialmente em adolescentes com alto nível de exigência pessoal. A aplicação da Escala ASRS-18 (Autoavaliação para TDAH) ilustra perfeitamente este fenômeno. No questionário, J. reportou uma alta frequência de sintomas de desatenção (marcando "Muito Frequentemente" em diversos itens do domínio desatento). No entanto, este autorrelato entra em contradição direta com o seu desempenho na Bateria Psicológica de Atenção (BPA), onde obteve um rendimento *Média Superior*.

Esta dissonância entre a autopercepção da paciente e a sua real eficiência cognitiva é um marcador clássico dos Transtornos de Ansiedade. A adolescente sente-se desatenta não por uma falha estrutural, mas porque a sua régua de autoexigência é inatingível. Ela interpreta a interferência dos seus pensamentos intrusivos como "falta de atenção", o que acaba por gerar falsos-positivos em rastreios puramente clínicos ou de questionários, provando a necessidade indispensável da testagem neuropsicológica objetiva.

4. CONCLUSÃO

O presente artigo buscou investigar a contribuição da avaliação neuropsicológica no diagnóstico diferencial entre o TDAH e os Transtornos de Ansiedade na adolescência, utilizando como evidência empírica o estudo de caso da paciente J. Ao longo da investigação, evidenciou-se que a queixa de desatenção, embora fenomenologicamente similar em ambos os quadros, possui raízes etiológicas distintas que apenas o exame minucioso das funções executivas, aliado a um rastreio qualitativo profundo, é capaz de elucidar.

A hipótese central deste estudo foi corroborada: enquanto a literatura clássica define o TDAH por um déficit primário no controle inibitório e nas redes atencionais, o perfil neuropsicológico

de J. revelou uma preservação estrutural de excelência. O desempenho em nível Média Superior na Bateria Psicológica de Atenção (BPA) e o Índice de Memória Operacional de 132 (Muito Superior) invalidam a premissa de um compromisso neurobiológico primário. A desatenção reportada pela paciente — e expressa em escalas de autorrelato como a ASRS-18 — demonstrou ser de natureza estritamente secundária.

A triangulação dos dados quantitativos com os inventários qualitativos permitiu decodificar o real funcionamento da adolescente. O marcador clínico da "checagem excessiva" no Teste dos Cinco Dígitos (FDT) — traduzido por uma precisão absoluta ao custo de extrema lentidão — não configura uma incapacidade de sustentar o foco, mas sim um estado de hiper-rigidez inibitória. Como evidenciado pelo Questionário de Crenças da Personalidade e pelo Inventário de Procrastinação (Perfil Evitativo), o sistema cognitivo de J. encontra-se saturado por um estado de hipervigilância, onde o perfeccionismo atua como bloqueador da fluidez executiva. A queda de rendimento isolada na evocação tardia do RAVLT ilustra perfeitamente este mecanismo: a informação é adequadamente codificada, mas o seu resgate é "sequestrado" por ruminações intrusivas desencadeadas pelo TAG.

Respondendo ao problema de pesquisa, conclui-se que a avaliação neuropsicológica minimiza a ocorrência de diagnósticos falso-positivos ao fornecer evidências que transcendem a observação de comportamentos de fachada. A identificação do quadro de Dupla Excepcionalidade — caracterizado pela coexistência de Altas Habilidades (atestadas pelo WAIS-III e IAHSA) e um Transtorno de Ansiedade Generalizada — foi o ponto de virada do caso. Compreendeu-se que a assincronia cognitiva entre a alta velocidade do raciocínio e a execução motora controlada pelo medo de errar é o fator gerador da sensação subjetiva de incapacidade.

Esta revisão diagnóstica apresenta implicações clínicas e éticas imperativas. O deslocamento do foco terapêutico do TDAH para o manejo da Dupla Excepcionalidade e da Ansiedade de Desempenho evita a manutenção de intervenções farmacológicas psicoestimulantes que podem, paradoxalmente, exacerbar o quadro de hiperalerta. Finalmente, o estudo ressalta que a prática neuropsicológica, quando pautada na integração de instrumentos robustos e na escuta clínica sensível, resgata a totalidade do indivíduo, promovendo intervenções baseadas em evidências que asseguram não apenas a adaptação acadêmica, mas, sobretudo, a preservação da saúde mental no neurodesenvolvimento.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, E. M. L. S.; FLEITH, D. S. **Superdotação: determinantes, educação e ajustamento**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2001.

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

BARKLEY, R. A. **TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

BASCO, M. R. **The Procrastinator's Guide to Getting Things Done**. Nova York: The Guilford Press, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 006, de 29 de março de 2019**. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional. Brasília, DF, 2019.

CONSTANTINO, J. N.; GRUBER, C. P. **SRS-2: Escala de Responsividade Social**. Adaptação brasileira. São Paulo: Hogrefe, 2016.

DIAMOND, A. Executive functions. **Annual Review of Psychology**, v. 64, p. 135-168, 2013.

ECHEBURÚA, E. **Ansiedade**. Porto Alegre: L&PM, 2014.

KESSLER, R. C. et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. **Psychological Medicine**, v. 35, n. 2, p. 245-256, 2005. *(Adaptação brasileira validada por Mattos et al., 2006).*

KOVACS, M. The Children's Depression Inventory (CDI). **Psychopharmacology Bulletin**, v. 21, n. 4, p. 995-998, 1985.

LEAHY, R. L. **Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do Terapeuta**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

LEZAK, M. D. et al. **Neuropsychological assessment**. 5. ed. Nova York: Oxford University Press, 2012.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. (Org.). **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. **Neuropsicologia: aplicações clínicas**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MATTOS, P. **No mundo da lua: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade**. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2006.

NASCIMENTO, E. **WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos: manual técnico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

PAULA, J. J.; MALLOY-DINIZ, L. F. **Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT)**. São Paulo: Vetor, 2012.

RUEDA, F. J. M. **Bateria Psicológica de Atenção (BPA): manual**. São Paulo: Vetor, 2013.

SEDÓ, M. A. **Teste dos Cinco Dígitos (FDT)**. Adaptação brasileira de F. C. P. de Paula et al. São Paulo: Hogrefe, 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.