

FACULDADE CATÓLICA DE ANÁPOLIS  
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA INSTITUCIONAL E CLÍNICA

**INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA EM UM ADOLESCENTE COM HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA DE TDAH**

HELYNE VERANO M. MOREIRA

ANÁPOLIS

2015

HELYNE VERANO MUNDIM MOREIRA

**INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA EM UM ADOLESCENTE COM HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA DE TDAH**

Trabalho apresentado à Coordenação da Faculdade Católica de Anápolis para obtenção do título de Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Esp. Ana Maria Vieira de Souza.

ANÁPOLIS

2015

**HELYNE VERANO MUNDIM MOREIRA**

**INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA EM UM ADOLESCENTE COM HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA DE TDAH**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso de Especialização em Psicopedagogia Institucional e Clínica da Faculdade Católica de Anápolis como requisito para obtenção do título de Especialista.

Anápolis-GO, 20 de março de 2015.

APROVADA EM: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ NOTA \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Esp. Ana Maria Vieira de Souza  
Orientadora

---

Esp. Aracelly Loures Rangel  
Convidada

---

Me. Halan Bastos Lima  
Convidado

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo investigar um diagnóstico pré-estabelecido de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) de um adolescente. De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção, a prevalência do TDAH gira em torno de 3 a 5% da população infantil do Brasil e de vários países do mundo onde o transtorno já foi pesquisado. Nos adultos, estima-se prevalência em aproximadamente 4%. Segundo o DSM-5, levantamentos populacionais sugerem que o TDAH ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos. Diante das queixas apresentadas pela escola e mãe do adolescente, iniciou-se a avaliação psicopedagógica composta por entrevistas, testes projetivos, provas de diagnóstico operatório e teste de inteligência. O diagnóstico não foi confirmado em virtude da inconsistência dos sintomas observados no adolescente.

**Palavras-chave:** Avaliação psicopedagógica. Diagnóstico. Sintomas. TDAH.

## ABSTRACT

This study aims to investigate an established diagnosis of Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder of a teenager. According to the Brazilian Association of Attention Deficit prevalence of ADHD is around 3-5% of children in Brazil and countries around the world where the disorder has been researched. In adults, it is estimated prevalence of approximately 4%. DSM-5 population surveys suggest that ADHD occurs in most cultures around 5% of children and 2,5% of adults. In the face of complaints by the school and teenager's mother, began the psychoeducational evaluation composed of interviews, projective tests, operative diagnosis of evidence and intelligence test. The diagnosis was not confirmed because of the inconsistency of the symptoms observed on teenager.

**Keywords:** Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder. Diagnosis. Psychoeducational Evaluation. Symptoms.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	7
1.1 O PAPEL DA PSICOPEDAGOGIA.....	7
1.2 AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA .....	7
1.2.1 Observação de Campo .....	9
1.2.2 Entrevista Familiar Exploratória Situacional .....	9
1.2.3 Entrevista Operacional Centrada na Aprendizagem.....	10
1.2.4 Testes Projetivos .....	10
1.2.5 Teste Não Verbal de Inteligência R1 .....	11
<b>CAPÍTULO 2 – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)</b> .....	12
<b>CAPÍTULO 3 – ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO</b> .....	16
<b>CAPÍTULO 4 – RESULTADOS FINAIS E DISCUSSÃO</b> .....	19
4.1 PRIMEIRO SISTEMA DE HIPÓTESES.....	19
4.2 SEGUNDO SISTEMA DE HIPÓTESES .....	19
4.3 TERCEIRO SISTEMA DE HIPÓTESES.....	19
4.4 CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA .....	20
4.5 ENCAMINHAMENTO.....	20
4.6 DEVOLUTIVA .....	20
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	21
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	22
<b>ANEXOS</b> .....	23

## INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é investigar sobre um diagnóstico de TDAH pré-estabelecido no adolescente H.M. de 14 anos.

A Síndrome reconhecida como Transtorno de *Déficit* de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma das possibilidades diagnósticas frente ao comportamento discrepante daquele esperado para a faixa etária e que acarrete prejuízo para o desenvolvimento da criança em diferentes domínios da interação social. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística nas Doenças Mentais IV (DSM IV), o diagnóstico é obtido quando o paciente atende a pelo menos seis dos nove critérios de um ou de ambos os domínios da síndrome (hiperatividade/impulsividade e desatenção).

O diagnóstico do TDAH exige bastante cuidado por ser complexo. Deve-se levar em conta não somente uma lista de sintomas, mas uma análise minuciosa do caso, pois há uma série de outros problemas que não se tratam necessariamente de transtornos, que produzem sintomas parecidos, tais como: distração, hiperatividade, impulsividade, desorganização, prejuízos nos relacionamentos e baixo desempenho escolar.

A avaliação psicopedagógica se deu através de entrevistas com o aluno, professores, mãe do aluno e profissional responsável pelo AEE (Atendimento Educacional Especializado), anamnese, observações em sala de aula e intervalos, testes projetivos, testes psicopedagógicos e teste de inteligência.

## **CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO**

### **1.1 O PAPEL DA PSICOPEDAGOGIA**

A psicopedagogia é um campo de conhecimento e atuação que lida com problemas de aprendizagem nos seus padrões normais ou patológicos, considerando a influência da família, da escola e da sociedade no seu desenvolvimento. É uma ciência que estuda o processo de aprendizagem humana, suas características, como se aprende, como a aprendizagem varia evolutivamente, como se produzem as alterações na aprendizagem e como reconhecer, tratar e prevenir essas alterações.

O papel inicial da psicopedagogia é focado no estudo do processo de aprendizagem, diagnóstico e tratamento dos seus obstáculos. O psicopedagogo irá fazer uma análise da situação do aluno para poder diagnosticar os problemas e suas causas. Ele levanta hipóteses através da análise de sintomas que o indivíduo apresenta, ouvindo a sua queixa, a queixa da família e da escola. Para isso, torna-se necessário conhecer o sujeito em seus aspectos neurofisiológicos, afetivos, cognitivos e sociais, bem como entender a modalidade de aprendizagem do sujeito e o vínculo que o indivíduo estabelece com o objeto da aprendizagem, consigo mesmo e com o outro. O psicopedagogo procura, portanto, compreender o indivíduo em suas várias dimensões para ajudá-lo a reencontrar seu caminho, superar as dificuldades que impeçam um desenvolvimento harmônico e que estejam se constituindo num bloqueio da comunicação dele com o meio que o cerca.

De acordo com Bossa (2000) o psicopedagogo também pesquisa as condições para que se produza a aprendizagem do conteúdo escolar, identificando quais são os obstáculos e os elementos que facilitam, quando se trata de uma abordagem preventiva. Alguns elementos facilitadores e obstáculos são condicionados a diferentes fatores, fazendo com que cada situação seja única e particular. Esse trabalho irá requerer do psicopedagogo uma atitude de investigação e intervenção no que está prejudicando o indivíduo.

### **1.2 AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA**

A avaliação psicopedagógica é um dos componentes críticos da intervenção psicopedagógica, pois nela se fundamentam as decisões voltadas à prevenção

e solução das possíveis dificuldades dos alunos, promovendo melhores condições para o seu desenvolvimento.

A avaliação psicopedagógica envolve: a) a identificação dos principais fatores responsáveis pelas dificuldades da criança. Precisamos determinar se trata-se de um distúrbio de aprendizagem ou de uma dificuldade provocada por outros fatores (emocionais, cognitivos, sociais...). Isto requerer que sejam coletados dados referentes à natureza da dificuldade apresentada pela criança, bem como que se investigue a existência de quadros neuropsiquiátricos, condições familiares, ambiente escolar e oportunidades de estimulação oferecidas pelo meio a que a criança pertence; b) o levantamento do repertório infantil relativo às habilidades acadêmicas e cognitivas relevantes para a dificuldade de aprendizagem apresentada, o que inclui: conhecimento, pelo profissional, do conteúdo acadêmico e da proposta pedagógica, à qual a criança está submetida; investigação de repertórios relevantes para a aprendizagem, como a atenção, hábitos de estudos, solução de problemas, desenvolvimento psicomotor, linguístico, etc.; avaliação de pré-requisitos e/ou condições que facilitem a aprendizagem dos conteúdos; identificação de padrões de raciocínio utilizados pela criança ao abordar situações e tarefas acadêmicas, bem como déficits e preferências nas modalidades percentuais etc.; c) a identificação de características emocionais da criança, estímulos e esquemas de reforçamento aos quais responde e sua interação com as exigências escolares propriamente ditas.

Ela deve ser um processo dinâmico, pois é nela que são tomadas decisões sobre a necessidade ou não de intervenção psicopedagógica. Ela é a investigação do processo de aprendizagem do indivíduo visando entender a origem da dificuldade e/ou distúrbio apresentado. Inclui entrevista inicial com os pais ou responsáveis pela criança, análise do material escolar, aplicação de diferentes modalidades de atividades e uso de testes para avaliação do desenvolvimento, áreas de competência e dificuldades apresentadas. Durante a avaliação podem ser realizadas atividades matemáticas, provas de avaliação do nível de pensamento e outras funções cognitivas, leitura, escrita, desenhos e jogos.

A avaliação de H.M. foi composta por Observação de Campo, Entrevista Familiar Exploratória Situacional (E.F.E.S.), Observação do Aluno, Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem (E.O.C.A.), Testes Projetivos, Testes psicopedagógicos e Teste Não Verbal de Inteligência.

### **1.2.1 Observação de Campo**

A observação de campo inicia-se a partir do primeiro encontro com a direção da escola, seguido pela observação de todo o espaço físico, administrativo e pedagógico.

O primeiro contato se deu com a diretora do colégio estadual Professor Heli Alves Ferreira que se prontificou a mostrar todo espaço físico e direcionou o estágio até o AEE (Atendimento Educacional Especializado).

O AEE é uma modalidade de ensino presente nas escolas estaduais que se destina a alunos com deficiência física, deficiência mental, alunos com surdez, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades.

Foi encaminhado para este estágio H.M., um adolescente de 14 anos, cursando o 1º ano do ensino médio e com diagnóstico de TDAH.

### **1.2.2 Entrevista Familiar Exploratória Situacional**

De acordo com Weiss (2001), a E.F.E.S. visa compreender as queixas e observar as relações existentes entre os envolvidos nas dimensões familiar e escolar. O ambiente deve ser de confiança e respeito, onde cada um exerça o seu papel, sabendo ouvir e ser ouvido.

Os dados colhidos na E.F.E.S. devem ser comparados e relacionados com o material obtido através dos testes e outros instrumentos.

Foi solicitado à mãe do adolescente que comparecesse à escola para uma conversa e ela compareceu no dia e no horário marcados.

A mãe relata que H.M. é um bom menino, mas é desobediente e tem apresentado mal comportamento em casa e na escola.

H.M. mora com a mãe e com o irmão de 2 anos de idade. Ele não convive com o pai.

Segundo a mãe, H.M. nasceu de parto de parto cesáreo e meses depois do nascimento foi diagnosticado com Tetralogia de Fallot, uma doença cardíaca que se dá pela má formação congênita do coração. Fez a cirurgia de correção e faz acompanhamento médico até os dias de hoje.

Dos 7 aos 9 anos de idade, H.M. morou com a avó materna, pois sua mãe foi morar fora do país.

H.M. tem boas notas e nunca foi reprovado na escola, mas seu comportamento é muito ruim. Ele termina primeiro as atividades e atrapalha seus colegas que ainda não as terminaram.

O adolescente gosta muito de desenhar histórias em quadrinho. Ele cria os personagens e cria suas histórias também.

### **1.2.3 Entrevista Operacional Centrada na Aprendizagem**

Esta entrevista, segundo Weiss (2001), trata-se de um procedimento de diagnóstico flexível, investigando o indivíduo nos aspectos psicogenético, psicanalítico ou psicossocial. Prepara-se um local previamente e, em seguida, desenvolve-se um diálogo espontâneo com a apresentação de uma caixa de trabalho contendo vários objetos e com consigna de fácil compreensão.

Em todo momento, a intenção é permitir ao sujeito construir a entrevista de maneira espontânea, porém dirigida de forma experimental.

É importante ressaltar que a partir deste momento, inicia-se a construção do 1º Sistema de Hipóteses, juntando-se às primeiras impressões.

A organização de uma caixa lúdica de trabalho está estreitamente ligada aos resultados da avaliação diagnóstica psicopedagógica. A escolha do material deve ser criteriosa e deve conter materiais básicos que servem de apoio ao aprendiz, tais como: papéis, lápis, apontador, borracha, régua, cola, tesoura, gravuras para recortes, cadernos, tinta, massa de modelar, brinquedos de encaixe, blocos de montar, etc.

Para desenvolver o estudo de caso de H.M. foi montada uma caixa lúdica. O adolescente se interessou pelo caderno e pelos lápis de cor e desenhou uma história em quadrinhos. Ele criou os personagens e desenvolveu a história.

### **1.2.4 Testes Projetivos**

Os testes projetivos são instrumentos capazes de descrever o funcionamento mental do sujeito.

Para entender um sujeito na sua totalidade é necessário conhecer seu processo psíquico, seu mecanismo interno e sua história. O teste projetivo tem como objetivo chegar ao nível do latente e às vivências do sujeito. Tem um caráter de en-

volvimento não só de percepção e de cognição, mas também de outros aspectos mais complexos como as memórias, os afetos, as representações e as imagens.

Os testes projetivos aplicados em H.M. foram o HTP e Desenho da Família.

No teste HTP, assim como nas demais técnicas projetivas, o significado da informação obtida fundamenta-se, não no desempenho do indivíduo relativo a grupos previamente estabelecidos, mas em seu próprio desempenho, avaliado por métodos independentes. A esse conjunto de critérios, dá-se o nome de validade clínica, a qual enfatiza o significado singular de um conjunto de indicadores para um sujeito e seu contexto específico, que inclui o contexto de vida e contexto da avaliação.

O Desenho da Família é um teste projetivo que possibilita uma maior objetividade na caracterização das relações familiares. São analisados neste teste a composição do grupo familiar, os aspectos estruturais gerais dos personagens, os aspectos de organização geral do desenho e a especificação dos personagens e das relações interpessoais.

### **1.2.5 Teste Não Verbal de Inteligência R1**

O teste R1 é um teste não verbal, com posto de 40 itens. Sua finalidade é medir a capacidade intelectual do indivíduo. Os itens são apresentados constituindo-se de uma figura com uma parte faltando e alternativas colocadas abaixo desta figura, entre as quais está a parte que falta. Nos itens iniciais são mostrados objetos comuns, que são estímulos concretos. Eles vão ficando mais complexos, pelo uso de figuras geométricas e pela inclusão de relações de identidade e analogia, pelo acréscimo do número de elementos na matriz e de relações de soma e subtração.

H.M. foi submetido a este teste e obteve percentil acima da média para sua idade.

## **CAPÍTULO 2 – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)**

O transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) é uma síndrome, ou seja, um conjunto de sintomas caracterizados por distração, agitação, hiperatividade, impulsividade, esquecimento, desorganização, entre outros. Indivíduos com TDAH tem dificuldade em manter a concentração, costumam ser agitadas e tem problemas para desenvolver atividades até o final.

O TDAH é um transtorno de base orgânica, associado a uma disfunção em áreas do córtex cerebral, conhecida como lobo pré-frontal. Quando seu funcionamento está comprometido, ocorrem dificuldades com a concentração e com a memória, originando seus sintomas.

Normalmente, em atividades como estudo, leituras e outras atividades que exigem concentração, o cérebro aumenta os níveis de ativação, justamente para dar conta das exigências. Nos casos típicos de TDAH, a característica psicofisiológica mais comum é a hipofunção do córtex frontal, na qual uma quantidade significativa de neurônios pulsa mais devagar que o esperado, especialmente quando as circunstâncias exigem maior esforço mental e, portanto, maior ativação.

O TDAH é um dos transtornos psiquiátricos mais bem estudados no mundo, entretanto existe um questionamento contínuo sobre a sua origem e até o momento não há um consenso científico sobre as suas reais causas, ou seja, quanto a ele ser inato (genético) ou adquirido (ambiental).

Considerando-se que o TDAH é um transtorno heterogêneo (manifesta-se de inúmeras formas) e dimensional (os sintomas se combinam nos mais variados graus de intensidade) é possível inferir a complexidade da questão, com múltiplas causas e fatores de risco. Assim, ainda continua difícil precisar a influência e a importância relativa de cada fator no aparecimento do transtorno, havendo necessidade de mais pesquisas sobre o tema.

Em resumo, a maioria dos estudiosos concorda com a origem multifatorial do TDAH, com seus componentes genéticos e ambientais, em que provavelmente vários genes anômalos de pequeno efeito em combinação com um ambiente hostil, formatariam um cérebro alterado em sua estrutura química e anatômica.

O DSM-5 (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais) tem alguns critérios que definem o diagnóstico de uma criança ou adulto com TDAH.

Em primeiro lugar, é necessário que a pessoa apresente um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfira no funcionamento e no desenvolvimento. Para tanto, ela precisa apresentar sintomas destes dois aspectos.

São sintomas comuns de desatenção:

- Deixar de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou durante outras atividades.
- Ter dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
- Não escutar quando lhe dirigem a palavra.
- Não seguir instruções e não terminar deveres de casa, tarefas domésticas ou tarefas no local de trabalho.
- Ter dificuldade para organizar tarefas e atividades.
- Evitar, não gostar ou relutar em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (tarefas escolares, deveres de casa, preparo de relatórios etc.)
- Perder objetos necessários às tarefas ou atividades.
- Ser esquecido em relação a atividades cotidianas.
- São sintomas comuns de hiperatividade e impulsividade:
- Remexer ou batucar mãos e pés ou se contorcer na cadeira.
- Levantar da cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.
- Correr ou subir nas coisas, em situações onde isso é inapropriado ou, em adolescentes ou adultos, ter sensações de inquietude.
- Ser incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
- Não conseguir ou se sentir desconfortável em ficar parado por muito tempo, em restaurantes, reuniões, etc.
- Falar demais.
- Não conseguir aguardar a vez de falar, respondendo uma pergunta antes que seja terminada ou completando a frase dos outros.
- Ter dificuldade de esperar a sua vez.
- Interrompe ou se intromete em conversas e atividades.

Em geral, é preciso que a criança apresente seis ou mais desses sintomas por mais de seis meses antes de ser feito o diagnóstico. Já em adultos ou ado-

lescentes (com mais de 17 anos), é preciso apresentar apenas cinco destes sintomas.

É preciso haver evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem a sua qualidade.

O tratamento precoce do TDAH é o “ponto-chave” para que a vida daqueles que têm o transtorno seja mais saudável, produtiva e com mais qualidade. Por isso é imprescindível que os sintomas sejam logo identificados e tratados corretamente.

O tratamento de crianças e adolescentes com TDAH é multidisciplinar, ou seja, se baseia na intervenção com profissionais de várias áreas, como os da área médica, de saúde mental e pedagógica.

Os psicoestimulantes são o padrão-ouro no tratamento do TDAH até os dias atuais. Eles apresentam um alto poder de eficácia e melhoram o funcionamento das áreas cerebrais responsáveis pelos sintomas do transtorno.

Portadores do TDAH e familiares devem frequentar Grupos de Apoio Psicoeducativos sobre o TDAH, nos quais o profissional de saúde fala tudo sobre o transtorno com informações claras e objetivas, para que eles aprendam a lidar com os sintomas e também possam trocar vivências e experiências com outros portadores e familiares. A orientação aos pais é fundamental, pois os instrui sobre a doença, facilita o convívio em família e os ensinam a lidar com a criança.

Em relação às intervenções psicoterápicas, a mais estudada e com maior evidência científica de eficácia para os sintomas cardinais do TDAH é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Crianças com TDAH muito desadaptativas demandam técnicas comportamentais que podem ajudar muito. Nem toda a criança com TDAH necessita fazer psicoterapia, o quadro sempre exige orientação familiar.

Nos casos mais complexos, com prejuízo funcional em várias áreas, presença de comorbidades e pais de opiniões discordantes, devemos iniciar o tratamento pela psicoeducação familiar e suporte educacional.

Nas famílias em que o TDAH for frequente, deve-se ter muito cuidado com as variáveis ambientais que possam servir de gatilho para aqueles que tiverem predisposição ao transtorno.

O diagnóstico para TDAH é inteiramente clínico, feito por médico especialista em TDAH. Não é necessário exame de ressonância, eletroencefalograma ou

qualquer outro que avalie características físicas. Também não é preciso fazer avaliação neuropsicológica, só em certos casos.

O processo diagnóstico de TDAH segue uma relação de critérios médicos específicos, incluindo a determinação de subtipo, nível de remissão e gravidade do transtorno.

Geralmente as consultas de pessoas com TDAH são mais longas, pois é preciso colher as histórias não só do paciente, como também as de seus familiares mais próximos (pais, irmãos, avós, etc.), em função da grande herdabilidade do TDAH.

Não menos importante é saber como transcorreram a gestação, parto, período pós-parto, o desenvolvimento neuropsicomotor, a esfera social e a escolaridade (para adolescentes investigar também a vida acadêmica e para adultos saber como está sendo a vida conjugal e profissional).

É também muito importante entender com detalhes o funcionamento da dinâmica familiar do paciente, ou seja, qual é o modo que os pais e familiares lidam com ele, se os pais o rotulam ou se fazem comparações com irmãos ou colegas, se eles sabem que o filho apresenta um transtorno que tem tratamento, entre outras questões.

O TDAH costuma ser observado com mais facilidade durante o ensino fundamental pela desatenção, que fica mais saliente e prejudicial.

Na adolescência, a hiperatividade costuma diminuir podendo limitar-se a comportamentos mais irrequietos ou sentimentos de inquietude interna e impaciência. O transtorno pode permanecer “estável” neste período, mas alguns têm piora no curso da doença e podem apresentar comportamentos antissociais.

A maioria dos adolescentes e adultos com TDAH apresentam redução da atividade motora, embora persistam sintomas de desatenção, inquietude, impulsividade e comprometimento das funções executivas (planejamento, organização, etc.). O adulto costuma sofrer de desatenção, inquietude, impulsividade e presença de compulsões. Uma parcela significativa de crianças com TDAH permanecem prejudicadas por toda a vida.

### **CAPÍTULO 3 – ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 3% a 5% da população brasileira é portadora de altas habilidades, e segundo as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (Ministério da Educação, 2001), o conceito de altas habilidades/superdotação é adotado por alguns programas brasileiros para destacar crianças consideradas superdotadas e talentosas. São destacadas as que apresentam notável desempenho e elevada potencialidade em aspectos isolados ou combinados: “capacidade intelectual geral, aptidão acadêmica específica, pensamento criador ou produtivo, capacidade de liderança, talento especial para as artes e capacidade psicomotora.” (SEESP – Secretaria de Educação Especial, 2006).

Os termos “superdotado” e “talentoso” se referem a crianças e jovens, identificados na pré-escola, no ensino fundamental ou no ensino médio, como possuidores de habilidades potenciais ou demonstradas, que evidenciam alta capacidade de desempenho, em áreas tais como no desempenho intelectual, criativo, acadêmico específico ou habilidade de liderança, ou nas artes de representação, artes de um modelo geral e que, por essa razão, necessitam de serviços ou atividades que não são rotineiramente oferecidas pela escola.

Desde a década de 80 surgiram novas teorias sobre inteligência que vêm ampliando nossa visão sobre altas habilidades; a partir da década de 90, as pesquisas cognitivas foram enriquecidas com o desenvolvimento das ciências neurais. A Teoria da Desintegração Positiva de Dabrowski, o modelo Diferenciado de Superdotação e Talento de Gagné, o Círculo dos Três Anéis de Renzulli, o modelo das Inteligências Múltiplas de Gardner e o modelo WICS de Sternberg são estudos que se destacam, apesar de serem modelos diferentes que não se excluem, mas se completam.

Gardner (1995) deixa claro que a modalidade refere-se não especificamente a altas habilidades, mas à manifestação das várias inteligências de um indivíduo, enfatizando a capacidade de resolver problemas e de elaborar produtos, afastando o conceito de uma inteligência única e geral. Segundo ele, o ser humano é dotado de inteligências múltiplas que incluem as dimensões linguística, lógico-matemática, espacial, musical, cinestésico-corporal, naturalista, interpessoal, e intrapessoal. Com isso, entende-se que as altas habilidades podem e devem ser consideradas uma modalidade ao alcance de todos os alunos, já que se encontram em

pleno processo de desenvolvimento de suas atividades e aptos a desenvolverem suas potencialidades, uns demonstrando sua capacidade de uma maneira e outros de outra, porém todos evidenciam capacidades ou habilidades.

No artigo 5º, inciso III, da Resolução CNE/CEB Nº 2 de 2001, que estabelece as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (Brasil, 2001), tem como aceção de educandos com altas habilidades/superdotação aqueles que apresentam grande facilidade de aprendizagem, levando-os a dominar rapidamente conceitos, procedimentos e atitudes. Já os Parâmetros Curriculares Nacionais, em sua série de Adaptações Curriculares, Saberes e Práticas da Inclusão (Brasil, 2004), publicada pela Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação, atribuem os seguintes traços como comuns aos superdotados:

- Alto grau de curiosidade;
- Boa memória;
- Atenção concentrada;
- Persistência;
- Independência e autonomia;
- Interesse por áreas e tópicos diversos;
- Facilidade de aprendizagem;
- Criatividade e imaginação:
- Iniciativa;
- Liderança;
- Vocabulário avançado para sua idade cronológica;
- Riqueza de expressão verbal (elaboração e fluência de ideias);
- Habilidade para considerar pontos de vistas de outras pessoas;
- Facilidade para interagir com crianças mais velhas ou com adultos;
- Habilidade para perceber discrepâncias entre ideias e pontos de vistas;
- Interesse por livros e outras fontes de conhecimento;
- Alto nível de energia;
- Preferência por situações/objetos novos;
- Senso de humor;
- Originalidade para resolver problemas.

O processo de identificação deve ser diluído em diversas fases e a identificação precoce e necessária para assegurar o desenvolvimento saudável de crian-

ças superdotadas e evitar problemas de desajustamento, desinteresse em sala de aula e baixo rendimento escolar.

Devido a falta de atendimento no desenvolvimento educacional dos portadores de altas habilidades, que sentindo-se frustrados e insatisfeitos podem ter alteração em seu comportamento, tanto social como emocional, e por isso são comumente confundidos com pessoas portadoras de transtornos, como o TDAH. Os alunos portadores de altas habilidades, normalmente terminam as atividades antes dos colegas e ficam ociosos e como, normalmente, tem alto nível de energia, não conseguem esperar quietos, provocando então bagunça e atrapalhando os demais.

O Portador de Altas Habilidades/Superdotação é muito ativo. Isso tem levado milhares de crianças a terem a desmotivação e a falta de interesse - produtos da falta de desafios adequados às suas necessidades educacionais especiais -, interpretados como sintomas do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Essas crianças, ao serem encaminhadas a profissionais da saúde que não tiverem em sua formação profissional informações sobre os Portadores de Altas Habilidades/Superdotação, poderão ser diagnosticadas equivocadamente e medicados com drogas que causam perigosos efeitos colaterais. Uma das grandes diferenças entre as crianças com TDAH e as crianças com AH/SD é exatamente que, enquanto a primeira, devido a sua patologia, não consegue focar a atenção, nem sequer em atividades que sejam extremamente interessantes para ela, a criança com AH/SD jamais apresenta desmotivação ou falta de atenção quando a atividade lhe interessa.

## **CAPÍTULO 4 – RESULTADOS FINAIS E DISCUSSÃO**

### **4.1 PRIMEIRO SISTEMA DE HIPÓTESES**

De acordo com Sara Pain (1989), ao observar o jogar e o aprender, neles apresentam movimentos semelhantes. Quando se lê um livro, no primeiro contato com ele, tratamos de saber do que se trata, observa-se o índice para saber quais são os temas. Em seguida, tratamos de estabelecer relações entre os conceitos transmitidos pelo autor, para fazer uma organização do material. Somente num terceiro momento conseguimos integrar essas relações e conceitos aos nossos esquemas.

Após realizadas as observações em sala de aula, no ambiente externo escolar, após os primeiros encontros com o adolescente, com sua mãe e após escutadas as queixas dos profissionais da escola, verificou-se no 1º Sistema de Hipóteses, que H.M. pode ser portador de altas habilidades e surgiu então a necessidade de reavaliar o diagnóstico pré-estabelecido de TDAH.

### **4.2 SEGUNDO SISTEMA DE HIPÓTESES**

Neste momento, são confirmadas ou não as hipóteses já levantadas nas quatro dimensões: cognitiva, afetiva, funcional e cultural. Neste sistema, se trabalha com as respostas encontradas na anamnese e com as hipóteses avaliadas e confirmadas no 1º Sistema de Hipóteses. No caso de H.M., as hipóteses foram confirmadas.

### **4.3 TERCEIRO SISTEMA DE HIPÓTESES**

O objetivo básico do diagnóstico psicopedagógico é identificar obstáculos básicos no modelo de aprendizagem do sujeito que o impedem de crescer na aprendizagem dentro do esperado pelo meio social.

Fernández (1990) afirma que o diagnóstico é um processo que permite ao profissional investigar, levantar hipóteses provisórias que serão ou não confirmadas ao longo do processo recorrendo, para isso, a conhecimentos práticos e teóricos.

As hipóteses confirmadas no 2º Sistema de Hipóteses são agora confirmações finais e subsídios para a elaboração do diagnóstico final.

#### 4.4 CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

Após avaliados todos os testes e todo o material utilizado na elaboração diagnóstica de H.M, exclui-se o diagnóstico prévio de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade.

O que levava os profissionais da escola a tratar o adolescente como portador do TDAH é o fato dele ser hiperativo, terminar as atividades de sala de aula antes dos colegas e atrapalha-los com brincadeiras fora de hora. De fato, nas atividades que o desinteressam, ele é desatento, mas nem toda pessoa desatenta, necessariamente seja portadora do TDAH. E é fato também que o adolescente é hiperativo, mas de acordo com seu histórico, ele faz bagunça, é indisciplinado para chamar atenção da família. Em seus testes projetivos, foi observada forte carência afetiva.

H.M é portador de altas habilidades e essa hipótese diagnóstica foi confirmada através dos resultados obtidos em seus testes, principalmente no Teste R1, onde obteve um percentil elevado para sua idade.

#### 4.5 ENCAMINHAMENTO

O adolescente foi encaminhado ao Núcleo de Atividades de Altas Habilidades/ Superdotação (NAAH/S-GO) de Goiânia.

#### 4.6 DEVOLUTIVA

Com a presença do adolescente, de sua mãe, da diretora da escola e da profissional do AEE, foi demonstrado todo o processo que envolveu este trabalho e foi transmitido e explicado o diagnóstico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicopatologia da atenção tem sido pouco valorizada, assim como o fato de que a maior parte dos transtornos psiquiátricos cursa com alterações da atenção. A própria natureza do processo atencional raramente é discutida no nível clínico, e muita gente fala de déficit de atenção sem sequer ter uma ideia clara do que seja, realmente, a atenção. Critérios puramente comportamentais são utilizados para o diagnóstico, sem levar em conta as funções neuropsicológicas essenciais que estão na pauta. Por essa razão, é preciso muita cautela porque existem muitos casos que sugerem um déficit - diagnosticado pelo comportamento - nos quais há deficiência de tudo, **menos** de atenção. H.M. definitivamente não possui déficit de atenção.

Sinais de superdotação e sintomas de TDAH são muito parecidos, tornando difícil determinar se uma criança brilhante é simplesmente superdotada e entediada ou tem TDAH. Como não existem testes para identificar o TDAH, seu diagnóstico fica ainda mais difícil. Sobretudo, quando não diagnosticados corretamente, os portadores de altas habilidades não recebem o tratamento e as condições necessárias para seu desenvolvimento intelectual e emocional e se perdem muitas vezes juntamente com os professores e direção da escola. Ficam todos perdidos e sem saber o que fazer com aquele aluno. E era exatamente isso o que acontecia com H.M., que era tratado como portador de TDAH, mas não se enquadrava totalmente no diagnóstico, tornando então um enigma e um desafio para a escola e em especial para a coordenadora do AEE.

Com a definição e clareza do diagnóstico, a partir de agora, torna-se possível que o adolescente tenha condições de desenvolver melhor suas potencialidades e de resignificar todo aquele antigo cenário no qual estava inserido. O diagnóstico correto possibilitou a H.M. a ter um norte, a saber por onde, de agora em diante, poderá andar.

## REFERÊNCIAS

BOSSA, N. A. **A Psicopedagogia no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

FERNÁNDEZ, Alicia. **Inteligência Aprisionada**. Abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família. 2e. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. **DSM 5**, 2013.

GARDNER, H. **Estruturas da mente**: a teoria das inteligências múltiplas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (1995). Diretrizes gerais para o atendimento educacional aos alunos portadores de altas habilidades/superdotação e talentos. Brasília: Secretaria de Educação Especial. (2001). **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica** - Resolução nº 02 de 11 de setembro de 2001.

PAIN, S. **Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

VISCA, Jorge. **Clínica Psicopedagógica**. Epistemologia Convergente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

WEISS, Maria Lúcia L. **Psicopedagogia Clínica**. Uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

## ANEXOS

### ANEXO A – CONTROLE DE FREQUÊNCIA DO ALUNO NAS ATIVIDADES DE CAMPO

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO: Estágio em Psicopedagogia Clínica

**Campo de Estágio:** Colégio Estadual Professor Heli Alves Ferreira

**Nome do professor-supervisor:** Ana Maria Vieira de Souza

**Nome do profissional de Campo:** Elisabeth Correia de Almeida Leite

**Nome do Estagiário:** Helyne Verano Mundim Moreira

#### 2. FREQUÊNCIA NAS ATIVIDADES DE CAMPO:

Data	Carga-horária	Atividade desenvolvida	Assinatura
03/04	8 horas	Aula teórica de estágio supervisionado	
15/04	2 horas	Visita à escola	
16/04	4 horas	Leitura e preparação de material	
22/04	2 horas	Visita à Escola	
29/04	2 horas	Encaminhamento do aluno pela coordenadora do AEE	

13/05	2 horas	Anamnese	
14/05	4 horas	Leitura e preparação de material	
03/06	4 horas	Observação do aluno em sala de aula e recreio	
05/06	1 hora	1ª sessão com aluno	

<b>Data</b>	<b>Carga-horária</b>	<b>Atividade desenvolvida</b>	<b>Assinatura</b>
10/06	1 hora	Aplicação do HTP	
11/08	2 horas	Entrevista com professores	
12/08	4 horas	Leitura e preparação do material	
03/11	2 horas	E.O.C.A.	
10/11	2 horas	Aplicação do Teste R1	
17/11	2 horas	Aplicação do Teste Par Educativo	

24/11	2 horas	Aplicação do Teste O dia do meu aniversário	
28/11	8 horas	Leitura e preparação do Material	
08/11	10 horas	Leitura e preparação do Material	
06/12	2 horas	Supervisão de Estágio	
08/12	10 horas	Leitura e preparação do Material	
09/12	10 horas	Leitura e preparação do Material	
15/12	10 horas	Leitura e preparação do Material	
05/01/15	2 horas	Devolutiva na Escola	
09/01	2 horas	Finalização do Material	

## ANEXO B – DECLARAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA

**FACULDADE CATÓLICA DE ANÁPOLIS  
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA INSTITUCIONAL E CLÍNICA****DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que Helyne Verano M. Moreira é aluna do Curso de Pós-Graduação em Psicopedagogia Clínica da Faculdade Católica de Anápolis e atendendo ao que dispõe a Lei 9.394/96 (LDB), o mesmo estará realizando estágio supervisionado, totalizando carga horária de 100 horas.

Anápolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Ana Maria Vieira de Souza  
Especialista em Psicopedagogia - Supervisora de  
Estágio Clínico em Psicopedagogia

## ANEXO C – ENCAMINHAMENTO À ESCOLA

**FACULDADE CATÓLICA DE ANÁPOLIS  
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA INSTITUCIONAL E CLÍNICA**Estágio Supervisionado em Psicopedagogia Clínica**ENCAMINHAMENTO**

Estamos encaminhando o aluno, regularmente matriculado, estando em processo de avaliação psicopedagógica e necessita de Avaliação.

Observações: Há dúvidas a respeito desse diagnóstico apresentado pela escola. O aluno será avaliado e posteriormente será possível chegar a uma conclusão.

Anápolis, 30 de Abril de 2014.

---

Ana Maria Vieira de Souza  
Especialista em Psicopedagogia  
Supervisora de Estágio Clínico  
Em Psicopedagogia

---

Helyne Verano M. Moreira  
Pós graduando em  
Psicopedagogia

## ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**FACULDADE CATÓLICA DE ANÁPOLIS  
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA INSTITUCIONAL E CLÍNICA****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Profissional: Ana Maria Vieira de Souza. Pedagoga-Psicóloga-  
Psicopedagoga.**

**Estagiário: Helyne Verano Mundim Moreira.**

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar do **Processo de Atendimento Psicopedagógico**, cujo objetivo central é o de atender o participante oferecendo acompanhamento psicopedagógico e intervenções psicopedagógicas.

Estou ciente de que terei atendimento psicopedagógico durante as sessões, submetendo-me a atividades de testes, entrevistas e observações por parte do estagiário de psicopedagogia.

Reconheço que tenho o direito de fazer perguntas que julgar necessárias.

Entendo que minha participação é voluntária e que poderei me retirar do processo a qualquer momento.

Os profissionais se comprometem a manter em confidência toda e qualquer informação que possa me identificar individualmente quando da apresentação de resultados deste trabalho às pessoas interessadas.

Anápolis, 29 de Abril de 2014.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Profissional Responsável

---

Assinatura do Aluno Responsável

## ANEXO E – ANAMNESE

Curso de Pós-Graduação em PSCIOPEDAGOGIA

## Estágio Supervisionado

**ANAMNESE****A – IDENTIFICAÇÃO:**

Nome do (a) cliente: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Celulares: Pai: \_\_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

**B – CONSTELAÇÃO FAMILIAR****PAI:** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Se mora separado da família, endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**MÃE:** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Se mora separado da família, endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**B-1-RESPONSÁVEIS**

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_.

**B-2-IRMÃOS:** (Citar idade, sexo, escolaridade).\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B-3-PARENTESCO:**

Há parentesco entre os pais? \_\_\_\_\_ Se sim, qual é o grau deste parentesco? \_\_\_\_\_

Pais casados ( ) Separados ( ) Pai ausente ( ) Motivo \_\_\_\_\_

Pais adotivos ( ) Com que idade (da criança) assumiram a guarda? \_\_\_\_\_

Qual(ais) o(s) motivo (s) que levaram a adotar uma criança?

---



---

A condição de filho (a) adotado (a) é sabida pela criança: sim ( ) Não (...)

Se SIM desde quando tomou conhecimento? \_\_\_\_\_

Qual foi a reação? \_\_\_\_\_

Se NÃO, qual (ais) o(s) motivo(s) que impedem de tomar conhecimento?

---



---

**C-CONDIÇÕES DE GESTAÇÃO:** (especificar época dos itens assinalados).

Gravidez planejada – Sim ( ) Não ( )

**Houve:** Quedas-S ( ) N ( ); Ameaças de Aborto-S ( ) (com quantos meses?) \_\_\_\_\_ N ( )

Alguma doença? S ( ) qual(is) \_\_\_\_\_ N ( )

Raio X – S ( ) (com quantos meses? \_\_\_\_\_) N ( )

**Evolução da gravidez**

Visitas periódicas Adquiriu muitos quilos Fumava: Sim ( ) Quantos cigarros? \_\_\_\_\_  
(mensais) ao médico durante a gravidez? \_\_\_\_\_

(PRÉ-NATAL): Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ - Não ( )

Sim ( ) Não ( ) Não ( ) Bebida Alcoólica S ( ):

As visitas aconteceram Quantos copos? \_\_\_\_\_

Mensalmente? Não ( )

Sim ( ) Não ( )

Fez ultra-sonografia? Sim ( ) Quantas? \_\_\_\_\_ Não ( )

Para que? e Por quê?

---



---

O bebê mexia muito?

Sim ( ) Quando? \_\_\_\_\_ Não ( )

**D- CONDIÇÕES DO PARTO:**

Prematuro ( ); Com os nove meses completos ( ); Bolsa estourou em casa ( )

Em casa ( ) – Quem fez? \_\_\_\_\_

Ao nascer, a criança chorou logo? Sim ( )

Não ( ) Por quê? \_\_\_\_\_

No hospital ( )

Parto: Normal ( ) Cezariana ( ) Demorado ( ) Rápido ( ) Forçado ( ) Com Fórceps ( )

**D – CONDIÇÕES DO NASCIMENTO:**

Chorou Sim ( ) Não ( )

Icterícia Sim ( ) Não ( )

Cianose (pele azulada/roxa) Sim ( ) Não ( )

Convulsão Sim ( ) Não ( )

Outras dificuldades ocorridas ao nascer:

---



---

**F - ALIMENTAÇÃO:**

Depois de quantas horas de nascido (a) chegou para mamar a primeira vez?  
 \_\_\_horas.

Dificuldades para sugar o buco do  
 seio?

Mamava com exagero – Sim ( ) Não ( )

Sim ( ) Não ( )

Mamava de madrugada-Sim ( ) Não ( )

Rejeição ao bico – Sim ( ) Não ( )

ATÉ O \_\_\_\_\_MÊS.

Rejeição ao leite – Sim ( ) Não ( )

Fazia vômitos – Sim ( ) Não ( )

Sugou muito forte – Sim ( ) Não ( )

Prisão de Ventre – Sim ( ) Não ( )

Sugou com dificuldade-Sim ( ) Não ( )

Muita? Sim ( ) Não ( )

Adormecia ao seio – Sim ( ) Não ( )

Mamou durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

Quando começou a comer comidas pastosas? \_\_\_\_\_ E sucos?

Quando começou a comer comida de sal? \_\_\_\_\_

Que tipo de comida? \_\_\_\_\_

Se amassada (papinha), por quê? \_\_\_\_\_

Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

Qual foi a reação ao receber este novo tipo de alimento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E a da mãe, ao ver a criança aceitando outro alimento que não fosse o leite de seio?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caso não tenha amamentado (a) no seio, por quê?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por que tentou fazer até chegar, realmente, a dar o alimento através de mamadeiras?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aconselhada por quem?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**G – DESENVOLVIMENTO:** (responde em meses ou idade, anos)

Comportamento: (muito quieto ( ) Agitado ( ) choro frequente ( ) calmo ( )

Firmou a cabeça com \_\_\_\_\_ meses.

Engatinhou aos \_\_\_\_ meses.

1º dentinho \_\_\_\_ meses, babou

Falou aos \_\_\_\_ anos

até \_\_\_\_\_ meses.

Controle das fezes, aos \_\_\_\_ anos.

Regurgitava? \_\_\_\_\_ quando? \_\_\_\_\_

Falou aos \_\_\_\_ anos

Sentou-se \_\_\_\_\_ meses.

Controle das fezes, aos \_\_\_\_ anos.

Andou \_\_\_\_\_ meses.

Controle da urina durante o dia aos

Mão que começou a usar com mais

\_\_\_\_ anos.

frequência: D ( ) E ( )

Possíveis (primeiras) palavras (se vocês lembrarem!)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Deficiência na fala: Sim ( ) Não ( )

Se SIM, quantas, quando e por quê? O que foi descoberto?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Convulsões, com febre: Sim ( ) Não

( )

Se SIM, quantas quando e por quê? O que foi descoberto?

---



---

Convulsões, sem febre: Sim ( ) Não ( )

Se SIM quantas, quando e por quê? O que foi descoberto?

---



---

Doenças – Quais:?

---



---

Internações: Sim ( ) Não ( )

Se sim quantas, quando e por quê? O que foi descoberto?

---



---

Além da mãe, outras pessoas cuidam da criança?

Quem? Quando? Por quê?

---



---

#### **H – SONO:**

Tranquilo ( ); agitado ( ); difícil ( )

com interrupções: ( ) durante o dia;

( ) à noite

Dorme bem ( ); Mexe muito ( ); res-

munga ( ); Range os dentes ( ); Fa-

la/grita ( ); Chora ( ); Ri ( ); Sonam-

bulismo ( );

Tem pesadelos, constante ( );

Dorme no quarto dos pais ( )

Precisa de companhia até “pegar” no sono ( )

Levanta-se à noite e passar para a cama dos ou irmãos ( )

Tem companhia (irmãos ou babá) que dorme no mesmo quarto ( )

#### **I – MANIPULAÇÕES:**

Usou chupeta; Sim ( ) Não ( )

Tempo: \_\_\_\_\_

Chupou / chupa o dedo: Sim ( ) Não

( ) Tempo \_\_\_\_\_

Roeu ou rói unhas: Sim ( ) Não ( )

Quando: \_\_\_\_\_

Arranca cabelos: Sim ( ) Não ( )

Quando: \_\_\_\_\_

Morde os lábios: Sim ( ) Não ( )

Quando: \_\_\_\_\_

Pisca os olhos (num gesto de tique): S ( )

N( ) Quando: \_\_\_\_\_

Quais atitudes tomadas diante de cada ou de todos esses hábitos comportamentais?

---

---

**J – SEXUALIDADE:**

Curiosidade despertada ( ) com que idade? \_\_\_\_\_

Masturbação: Sim ( ) Não ( ) - Com que idade? \_\_\_\_\_

Local: Quarto ( ) Banheiro ( ) Qualquer Local: ( )

Quando percebeu (ram) este comportamento? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

Envolve (eu) em jogos sexuais? Sim ( ) Não ( ); Sozinha, Com outras crianças ( ),  
Quando? (Descreva a situação).

---

---

**L – SOCIABILIDADE:**

Quando bebê ia facilmente com outras pessoas? S ( ) N ( )

Prefere (ria) brincar sozinho (a)? S ( ) N ( )

Com frequência, larga (va) outras crianças brincando com os seus brinquedos? S ( )  
N ( ).

Recebe (ia) com frequência, a visita de amigos? S ( ) N ( )

Visita (va) com frequência, a casa dos amigos? S (...) N ( )

Mesmo brincando com brinquedos de outras crianças, não deixava brincar com os  
seus? S ( ) N ( )

Aceitava que outras crianças assentassem no colo de pessoas conhecidas, como:  
mãe, avó, babá? S ( ) N ( ).

Adaptava-se facilmente meio, com outras crianças? S (...) N ( )

Faz amigos, facilmente? S ( ) N ( )

Tem amigos? S ( ) N ( )

Conserva as amizades? S ( ) N ( )

Atualmente, como esta a socialização dele (a), na Escola, na Família e em outro  
ambiente? Gosta de sair, ir shopping, em festas, em clubes, enfim, de conviver com  
outras pessoas e outros ambientes? (Procure descrever).

---

---

---



---

Descreva um dia (de 2ª a sábado, quando os adultos estão trabalhando) de seu (sua) filho (a): (Continue sendo fiel as informações!)

---



---

Descreva um dia de seu (sua) filho (a) com um colega: (Continue sendo fiel às informações!)

---



---

Descreva um domingo de seu (sua) filho (a): (Continue sendo fiel às informações!)

---



---

**M – RELAÇÕES AFETIVAS:**

Descreva quando ocorre, e torna-se incômodo:

Choros:

---



---



---

Fantasias:

---



---



---

Mentiras:

Fantasias:

---



---



---

Emoções

---



---



---

Quando ocorrem demonstrações de:

Carinho: Com quem?

---



---



---

Raiva/Ódio: De quem?

---



---



---

Piedade: De quem?

---



---

Ciúmes: De quem?

_____	_____
_____	_____
_____	Amizade: Com quem?
Inveja: De quem?	_____
_____	_____
_____	_____

Prefere amigos: Mais velhos ( ) ; Mais novos ( ) ; Mesma idade ( )

Como são as brincadeiras e as relações afetivas (alegria, tranquilidade, indiferença, imposição e outros...) com os amigos:

Mais velhos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Da mesma idade?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mais novos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E quando aos animais? Possui algum (ns)? Qual (is)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **N – ESCOLARIDADE:**

Frequentou creches:	S ( ) N( )	Recebe ajuda para fazer as tarefas? S
Frequentou maternal?	S ( ) N( )	( ) N( )
Mudou muito de escola?	S ( ) N( )	Os pais ou outras pessoas estudam
Vai bem na escola?	S ( ) N( )	com a criança ou adolescente? S ( )
Gosta da escola?	S ( ) N( )	N( )
		Quem? _____

Procura estar em destaque na sala de aula?

S ( ) Quando? \_\_\_\_\_ N ( )

Gosta do (s) professor (res)? S ( ) Por quê? \_\_\_\_\_

N ( ) Por quê? \_\_\_\_\_

---



---

Se é o primeiro ano Colégio, procure resumir como foi a primeira semana:

---



---

➤ No momento, como ele (a) se encontra na escola, em relação:

AO COLÉGIO?

A SI MESMO?

---



---



---



---



---



---

AOS COLEGAS?

À FAMÍLIA?

PAI:

---



---



---



---



---



---

AOS PROFESSORES?

MÃE:

---



---



---



---



---



---

AS MATÉRIAS?

IRMÃOS:

---



---



---



---



---



---

**O – DOS ADJETIVOS ABAIXO, QUAIS OS QUE APLICAM MELHOR EM SEU**

**(SUA) FILHO (A)?**

Atento ( )

Lento ( )

Observador ( )

Cruel ( )

Descuidado ( )

Sociável ( )

Cauteloso ( )

Sensível ( )

Cuidadoso ( )

Rápido ( )

Impetuoso ( )

Ativo ( )

Indiferente ( )

Participativo ( )

Preocupado ( )

Interessado ( )

Asseado ( )

Esperto ( )

Persistente	( )	Criativo	( )
Critico	( )	Agressivo	( )
Curioso	( )	Mimado	( )
Desinteressado	( )	Inseguro	( )
Inquieto	( )	Carinhoso	( )
Introspectivo	( )	Chorão	( )
Teimoso	( )	Independente	( )
Submisso	( )	Dissimulado (a)	( )
Mandão	( )		

## ANEXO F – FOLHA DE RESPOSTA DO TESTE R1

<h2 style="text-align: center;">R-1 – FOLHA DE RESPOSTA</h2> <p style="text-align: center;"><b>Rynaldo de Oliveira</b> Parte integrante do Livro de Aplicação (vol. 3) da coleção R1.</p>							
Nome: _____							
CPF: _____ Idade: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
Escolaridade: _____ Local de Nasc.: _____							
Data de Aplic.: ____/____/____							
1		11		21		31	
2		12		22		32	
3		13		23		33	
4		14		24		34	
5		15		25		35	
6		16		26		36	
7		17		27		37	
8		18		28		38	
9		19		29		39	
10		20		30		40	
PONTOS: _____ PERCENTIL: _____ CLASSIF.: _____ AVAL.: _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 1.2em; font-weight: bold;"> <span>160914</span> <span>0423855</span> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Esta folha possui numeração sequencial, impressa em vermelho.</p>							
<small>Esta folha está impressa em AZUL, PRETO e VERMELHO. Se for apresentada impressa em qualquer outra cor ou de qualquer outro modo, trata-se de uma reprodução ilegal. Recuse-se a utilizá-la.</small>		 <small>Vetor</small> <small>EDITORA MECO-VEICULOS LTDA.</small> <small>Rua Oliveira, 48 - CEP 54275-000 - SP</small> <small>TE: (11) 3444-0235 - Fax: (11) 3444-0240</small> <small>www.vetor Editora.com.br - vendas@vetoreditores.com.br</small>		<small>© 1973/2003 - É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, por qualquer meio existente e para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.</small>			