



Desempenho escolar de crianças com distúrbio de aprendizagem: comparação entre crianças com e sem deficiência intelectual

School performance of children with learning difficulties: comparison between children with and without intellectual disabilities

El rendimiento escolar de niños con trastorno de aprendizaje: comparación entre niños con y sin discapacidad intelectual

*Patrícia Aparecida Zuanetti**

*Kelli Alves Silva Santos**

*Fabíola Mishima-Nascimento**

*Marisa Tomoe Hebihara Fukuda**

Resumo

Em uma cultura onde o saber ler/escrever é tão valorizado, estudar as variáveis envolvidas nas dificuldades de aprendizagem é de suma importância. Essas variáveis são relacionadas a fatores orgânicos e sociais e, por tal tema ser tão importante e complexo, diversos profissionais o pesquisam. Neste trabalho analisamos o desempenho escolar de crianças com dificuldades de aprendizagem, mas em um grupo as crianças apresentavam deficiência intelectual (DI) e no outro, o nível cognitivo médio. Vale ressaltar que tanto o diagnóstico de DI como o de alterações de aprendizagem foi dado após avaliação e discussão em equipe multiprofissional. A hipótese inicial era que as crianças com DI tivessem um pior desempenho acadêmico, porém, após análise estatística dos dados, observou-se que as crianças com nível cognitivo normal apresentavam uma grande dificuldade acadêmica, assim como aquelas como DI. O diagnóstico médico dessas crianças era variável, englobando transtorno do humor, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, inadequações ambientais, dentre outros. Este dado serviu como alerta, demonstrando que muitas crianças com pobre desempenho escolar, que são “rotuladas” por seus professores, pais e outros profissionais como tendo deficiência intelectual, na verdade apresentam nível cognitivo na média, mas possuem outras variáveis que interferem de modo importante na aprendizagem, como alterações emocionais e ambientais. O estudo também reforça a importância do diagnóstico diferencial em cada caso, pois mesmo essas crianças apresentando o mesmo rendimento escolar, as causas são variáveis e, em cada situação há um tratamento mais apropriado, melhorando o prognóstico.

**Universidade de São Paulo – USP - Ribeirão Preto- SP – Brasil*

Contribuição dos autores: PAZ – concepção e desenho do trabalho científico; interpretação dos dados; redação e revisão crítica do trabalho. KASS – aquisição e interpretação dos dados; redação do trabalho. FMN – aquisição e interpretação dos dados; revisão crítica do trabalho. MTHF – concepção e desenho do trabalho científico, revisão crítica do trabalho; aprovação final.

E-mail para correspondência: Patrícia Aparecida Zuanetti - patí_zua@yahoo.com.br

Recebido: 19/04/2015 **Aprovado:** 09/03/2016



Palavras-chave: Deficiência intelectual; Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; Baixo rendimento escolar; Transtornos de aprendizagem; Diagnóstico diferencial.

Abstract

In a culture where the ability to read / write is so valuable, studying the variables involved in learning disabilities is very important. These variables are related to organic and social factors and since these subjects are important and complex, many professionals research them. In the present study, we examined the school performance of children with learning difficulties. Children of the first group had intellectual disability (ID) whereas the cognitive level of the children in the second group was adequate. The diagnosis of ID and learning disorder was made after review and discussion by a multidisciplinary team and included mood disorder, attention deficit disorder, hyperactivity disorder, and environmental inadequacies, among others. The initial hypothesis was that children with ID had worse academic performance; however, after statistical analysis, we observed that children with a normal cognitive level had great academic difficulty, as also did those with ID. These data are a warning for us, because they show that children with poor school performance who are "labeled" by their teachers, parents and other professionals as having intellectual disabilities really have an average cognitive level. However, they have other features that interfere with learning, such as emotional and environmental changes. The study also reinforces the importance of a differential diagnosis in each case, because even though these children show the same school performance, the cause of their problems is distinct and there is a more appropriate treatment for each specific case.

Keywords: Intellectual disability; Attention deficit disorder with hyperactivity; underachievement; Learning disorders; Differential diagnosis.

Resumen

En una cultura donde la capacidad de lectura/escritura es tan valorada, el estudio de las variables que intervienen en los problemas de aprendizaje es de suma importancia. Estas variables están relacionadas con factores orgánicos y sociales y porque este tema es tan importante y complejo, muchos profesionales lo investigan. En este estudio se analiza el desempeño académico de niños con problemas de aprendizaje, en un grupo de niños con discapacidad intelectual (DI) y en otro con nivel cognitivo normal. Tanto el diagnóstico de DI como de trastorno del aprendizaje fue definido después de evaluación y discusión en equipo multidisciplinario. La hipótesis inicial era que los niños con DI tendrían un rendimiento académico peor, sin embargo, después del análisis estadístico, se observó que los niños con nivel cognitivo normal presentaban una gran dificultad académica, así como aquellos como DI. El diagnóstico médico de estos niños variaba, abarcando trastorno del estado de ánimo, de hiperactividad y déficit de atención, deficiencias ambientales, entre otros. Estos datos han servido como una advertencia, mostrando que muchos niños con bajo rendimiento escolar, que están "etiquetados" por sus profesores, padres y otros profesionales como teniendo discapacidad intelectual, en realidad tienen nivel cognitivo en promedio, pero son influenciados por otras variables que interfieren de manera importante en el aprendizaje, como cambios emocionales y ambientales. El estudio también refuerza la importancia del diagnóstico diferencial en cada caso, porque aun que los niños presenten el mismo bajo rendimiento escolar, las causas son variadas y, en cada caso hay un tratamiento más apropiado lo que mejora el pronóstico.

Palabras clave: Discapacidad intelectual; Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; Rendimiento escolar bajo; Trastornos del aprendizaje; Diagnóstico diferencial.

Introdução

As causas do fracasso escolar têm sido estudadas por profissionais de diferentes áreas (e.g. neurologistas, pediatras, fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogos). Assim sendo, uma definição comum sobre o que vem a ser dificuldade ou distúrbio de aprendizagem torna-se uma tarefa bastante complexa. O baixo rendimento escolar é uma das manifestações mais evidentes presentes tanto na criança que apresenta uma simples dificuldade de aprendizagem, quanto naquela que tenha realmente um distúrbio de aprendizagem.

A dificuldade de aprendizagem caracteriza-se por um resultado substancialmente abaixo do esperado no desenvolvimento de elementos básicos escolares¹⁻² e se manifesta por fatores extrínsecos, tais como prejuízos de ordem emocional e comportamental.

Distúrbio de aprendizagem, por outro lado, é uma expressão que se refere a um grupo heterogêneo de alterações e manifestações por dificuldades significativas na aquisição e uso da audição, fala, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas, caracterizado por desempenho abaixo do esperado, em relação às referências de medidas de inteligência e educação



apropriadas para a idade³. Nesta há a discrepância de aptidão-realização, com aptidão representada pela capacidade geral de inteligência e a realização pelo desempenho específico em leitura, expressão escrita ou matemática representando o desempenho acadêmico⁴. O maior diferencial entre eles é que a dificuldade de aprendizagem é manifestada por fatores extrínsecos e o distúrbio de aprendizagem por fatores intrínsecos ao indivíduo.

A deficiência intelectual (DI) tem sido apontada como a principal causa do fracasso no desempenho escolar. Ela é definida como uma parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizado essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. A taxa de prevalência da DI varia de 1 a 3% da população⁵, mas há estimativas de até 10%.

O diagnóstico de DI é definido com base em três critérios: início do quadro clínico antes de 18 anos de idade; função intelectual significativamente abaixo da média, demonstrada por um quociente de inteligência (QI) igual ou menor que 70; e deficiência nas habilidades adaptativas em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, autocuidados, habilidades sociais/interpessoais, auto-orientação, rendimento escolar, trabalho, lazer, saúde e segurança. O QI acima de 85 é considerado normal, e os indivíduos com um escore de 71 a 84 são descritos como tendo função intelectual limítrofe⁶.

Na avaliação neuropsicológica, um dos instrumentos utilizados é a Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC)⁷. Esse teste foi originalmente publicado em 1949 nos Estados Unidos, em 1974 sofreu a primeira revisão e, na década de 90, surgiu o WISC III totalmente remodelado⁷. É um teste psicométrico, portanto, de utilização exclusiva dos psicólogos. De acordo com a legislação em vigor ele avalia e mensura dois dados

importantes: o quociente de inteligência (QI) verbal e o QI de execução. O QI total é o resultado da soma das duas medidas (QI verbal e de execução). Este instrumento avalia crianças e adolescentes de 6 a 16 anos e é um dos testes necessários para o diagnóstico de déficit intelectual.

Outro material utilizado é o Teste das Matrizes Progressivas de Raven, que foi desenvolvido por John C. Raven na Universidade de Dumfries, Escócia, sendo padronizado e publicado em 1938. A forma original, denominada Matrizes Progressivas Standard, conhecida no Brasil como Escala Geral, foi planejada para abranger todas as faixas de desenvolvimento intelectual, no entanto, foi observado que as crianças apresentavam dificuldades em testes que exigiam mais raciocínio. Visto isto, em 1947, foi desenvolvida uma versão especial colorida (Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven), aplicável a crianças de 3 a 11 anos e a pessoas que apresentassem dificuldades de compreensão⁸.

Diante da variedade de fatores que podem estar envolvidos no baixo rendimento escolar, e na proposição de que a deficiência intelectual é um fator limitante no desempenho acadêmico de crianças, este estudo teve como objetivo analisar o desempenho escolar de crianças com dificuldades de aprendizagem e que apresentavam, ou não, o diagnóstico de deficiência intelectual.

Método

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP – USP (Processo HCRP nº 12250/2014). Trata-se de um estudo retrospectivo, cujos dados utilizados estavam descritos em prontuários desta instituição.

A amostra foi composta pelos dados de prontuário das crianças avaliadas entre 2008 e 2013 em um ambulatório específico de atendimento a crianças com dificuldade de aprendizagem desse Hospital terciário. As avaliações de 2014 não entraram neste estudo, pois ocorreu uma transição nos protocolos de avaliação psicológica que substituiu a WISC III pela WISC IV.

Foram separados dois grupos: G1 (n = 11) contendo os prontuários de crianças com dificuldades na aprendizagem e com diagnóstico de deficiência intelectual leve; e G2 (n = 13) os prontuários de crianças com dificuldade na aprendizagem e nível cognitivo mediano/limítrofe. O diagnóstico de deficiência intelectual era determinado após discussão multidisciplinar (fonoaudiólogo, neurologista e neuropsicólogo) e baseado nos resultados dos testes WISC III⁹, Raven⁸ e Escala Vineland II¹⁰.

Foram excluídos deste estudo os casos de crianças com síndromes que prejudicassem a parte cognitiva; presença de alterações de função auditiva; prontuários com dados incompletos referentes à avaliação multidisciplinar, e indefinição de diagnóstico multidisciplinar;

Material e procedimentos de coleta de dados

Foram colhidos e tabulados dados relativos ao histórico de nascimento da criança, idade, gênero, escolaridade e os seguintes dados relativos ao diagnóstico após a avaliação/discussão dos casos pelos integrantes da equipe multiprofissional:

- Resultados da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC III)⁹: É um instrumento clínico de aplicação individual, para avaliação da capacidade intelectual de crianças e adolescentes (de 6 a 16 anos). É composto de vários subtestes, cada um mensurando um aspecto diferente da inteligência. O teste foi aplicado por um profissional neuropsicólogo. Os dados coletados dizem respeito à classificação do QI geral da criança.

- Resultados do teste Matrizes Progressivas de Raven⁸: Trata-se de um teste não verbal para testar a inteligência. Consiste na apresentação de uma matriz de figuras em que há um padrão lógico entre as figuras. Uma das caselas da matriz é deixada em branco e o examinando é incentivado a preencher a casela com a figura correta segundo o seu raciocínio. Conforme a idade da criança foi

utilizado o teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (5 – 11 anos) ou o teste correspondente para crianças acima de 11 anos. O resultado da classificação de inteligência (percentis) foi tabulado e analisado.

- Resultados da Escala de comportamento adaptativo de Vineland II¹⁰: O instrumento avalia o comportamento adaptativo do indivíduo. Ele pode ser aplicado como uma entrevista dirigida aos pais e aborda quatro grandes domínios: comunicação (receptiva, expressiva e escrita); autonomia (pessoal, doméstica e comunitária); socialização (relações interpessoais, lazer e regras sociais) e função motora (fina e grossa).

A dificuldade em duas destas áreas associada a baixos valores de QI nos testes acima descritos, sugere um indivíduo com deficiência intelectual.

- Resultados do Teste de Desempenho Escolar (TDE)¹¹: O instrumento permite quantificar o desempenho da criança em leitura, escrita e aritmética. Foram obtidos os escores brutos nos três subtestes: de escrita (escrita do próprio nome e de palavras isoladas apresentadas sob a forma de ditado – máximo de 35 pontos), o de aritmética (solução de problemas oralmente e de operações aritméticas por escrito – máximo de 38 pontos) e o de leitura (reconhecimento de palavras isoladas do contexto – máximo de 70 pontos). Foram coletados os valores brutos alcançados pela criança em cada subteste e o seu valor total (soma dos três subtestes).

Análise estatística dos dados

Métodos de estatística descritiva foram utilizados para a caracterização das crianças em relação às diversas variáveis estudadas.

Para a inferência estatística foi utilizado o teste Mann – Whitney (nível de significância de $\alpha = 5\%$) para analisar a diferença entre o desempenho escolar dos grupos e o teste Igualdade de Proporções (nível de significância de $\alpha = 5\%$) que analisou se houve diferença de proporção entre

os grupos em relação às variáveis de intercorrências pré, peri e pós natais.

Resultados

Foram selecionados inicialmente 43 prontuários. Destes, 19 prontuários apresentaram dados incompletos e foram excluídos. Portanto, apenas os dados de 24 crianças compuseram este estudo.

Em relação às características da amostra, observou-se idade média do G1 de 10 anos e três meses (desvio padrão de 1,6) e do G2 de nove anos e cinco meses (desvio padrão de 2,5). Quanto ao gênero, G1 (n=11) foi

composto por cinco crianças do sexo masculino/ seis do feminino e o G2 (n=13) por sete crianças do sexo masculino/seis do sexo feminino. O grau de escolaridade foi variável nos dois grupos entre o 2º e 7º ano do ensino fundamental, com distribuição semelhante em ambos os grupos.

As intercorrências no período pré, peri e pós natal em forma de percentuais estão demonstradas na Figura 1. Estatisticamente, não houve diferença entre os grupos na proporção de intercorrências.

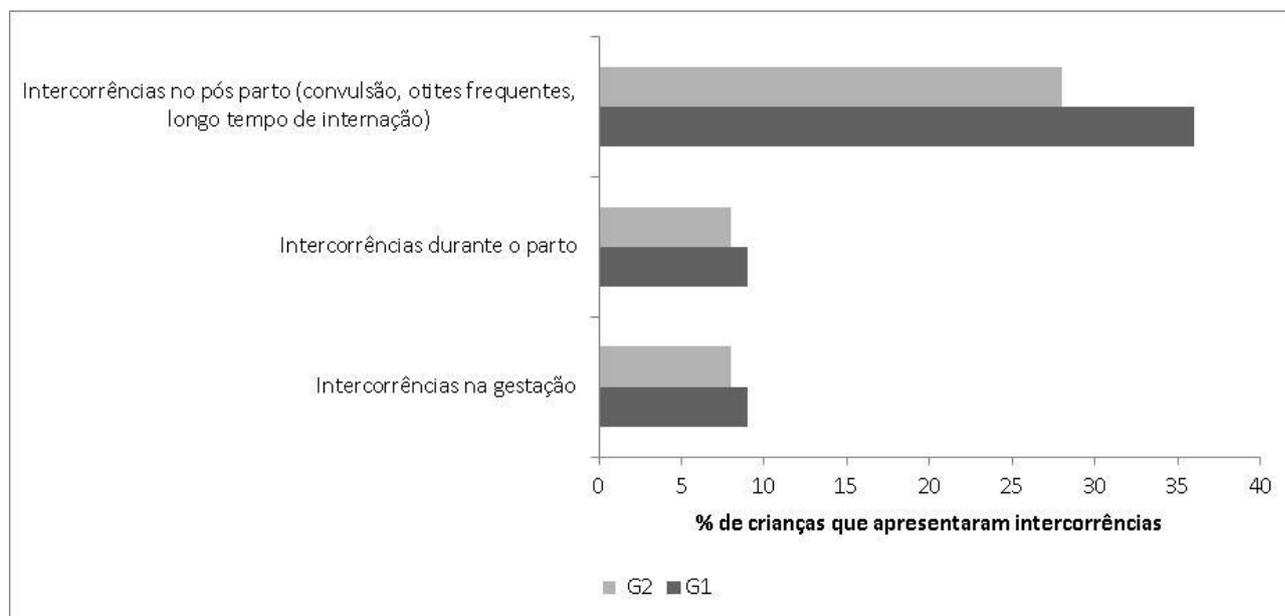


Figura 1. Percentual de intercorrências no período pré, peri e pós natal. Teste de Igualdade de Proporções ($\alpha = 0,05$) - sem diferenças estatísticas.

A Figura 2 demonstra os diagnósticos evidenciados pela equipe multiprofissional das crianças do G2. Observa-se uma grande variabilidade estando presentes os diagnósticos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), alterações emocionais, alterações ambientais, dislexia e distúrbio específico de linguagem (DEL). Vale ressaltar que as crianças do G1 apresentaram diagnóstico de deficiência intelectual.

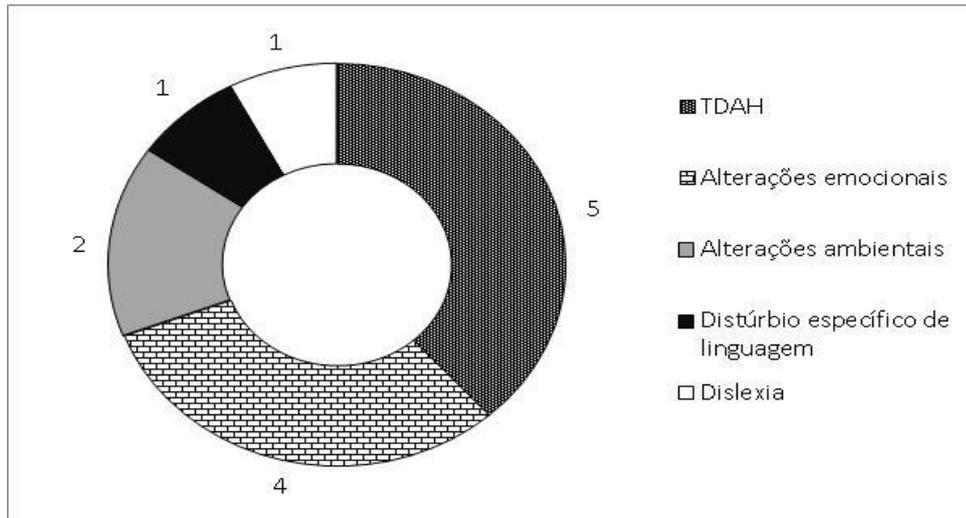


Figura 2. Diagnósticos dados às crianças do G2, após discussão em equipe multidisciplinar

Os resultados do desempenho do TDE, nas diversas tarefas (escrita, leitura e aritmética) estão demonstrados na Tabela 1. Estatisticamente, não foram evidenciadas diferenças entre os grupos quando o desempenho foi analisado separadamente por tarefas (escrita, leitura e aritmética). Por outro lado, quando analisado o desempenho geral do teste (soma dos escores) o resultado obtido demonstra que o G2 apresenta maior

dificuldade na execução das tarefas, quando comparado ao grupo de crianças com deficiência intelectual (G1). A análise estatística revela que o G1 obteve escores estatisticamente maiores que o G2.

Para uma melhor visualização desses resultados, os mesmos dados estão demonstrados graficamente na Figura 3.

Tabela 1. Valores nas diversas tarefas do TDE em cada grupo

| | G1 | | | | | G2 | | | | | p-valor |
|-------------------|-------|----|-----|-------|-------|-------|----|-----|-------|-------|---------|
| | Média | DP | Med | V Min | V Max | Média | DP | Med | V Min | V Max | |
| Escrita | 10.4 | 9 | 7 | 0 | 29 | 3.8 | 7 | 1 | 1 | 25 | 0.4 |
| Leitura | 34.7 | 5 | 43 | 0 | 69 | 14 | 5 | 2.5 | 4 | 65 | 0.3 |
| Aritmética | 6 | 29 | 4 | 0 | 18 | 4.9 | 24 | 4.5 | 1 | 17 | 0.6 |
| Total | 51 | 39 | 62 | 0 | 106 | 22.8 | 35 | 10 | 10 | 107 | 0.02* |

DP = desvio padrão/ Med = mediana/ V min = valor mínimo/ V max = valor máximo. Não houve diferença estatística segundo o Teste estatístico de Mann – Whitney ($\alpha = 0,05$). * indica diferença estatística

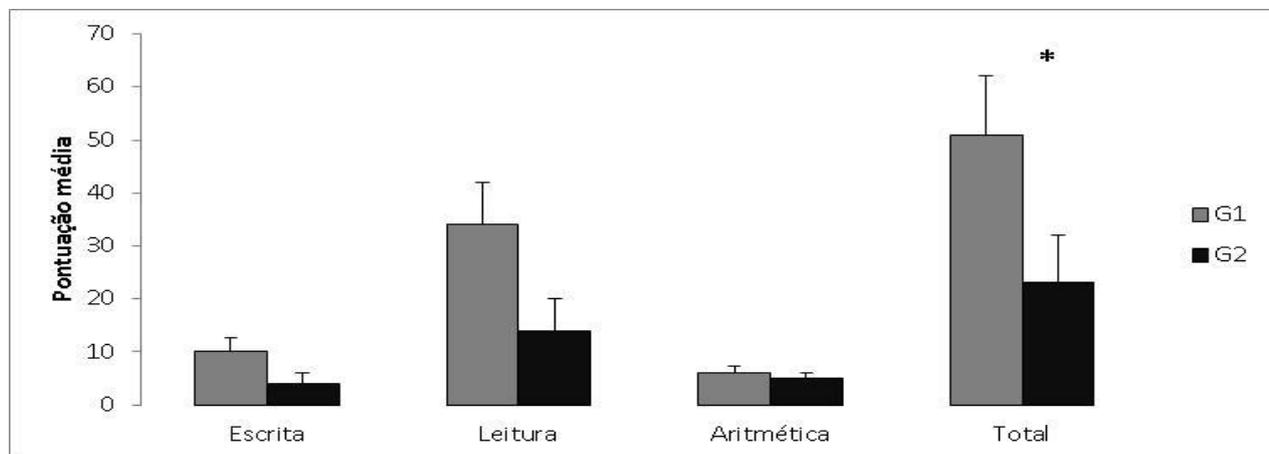


Figura 3. Escores médios dos grupos por tarefas do TDE e escore total. * indica diferença estatística entre os grupos nesse item, segundo o *Mann-Whitney test* ($\alpha = 0,05$).



Discussão

A literatura aponta que dentre os diversos fatores que podem causar a deficiência intelectual, encontram-se os problemas ocorridos em período pré, peri e pós natal. As causas pré-natais podem ser exemplificadas como subnutrição materna, doenças infecciosas, fatores tóxicos e genéticos. No período perinatal a deficiência pode surgir por hipóxia ou anóxia, prematuridade e baixo peso. As causas pós-natais dizem respeito à subnutrição/desidratação graves, infecções, intoxicações e acidentes⁵. No presente estudo, foram encontradas diversas intercorrências tanto no G1 quanto no G2, porém a proporção de tais intercorrências foi semelhante nos dois grupos, ou seja, não foram encontrados indícios dos fatores causais da deficiência intelectual do G1.

A avaliação da equipe multiprofissional detectou diferentes outros diagnósticos no G2, grupo composto por crianças que apresentavam transtornos de aprendizagem, mas não tinham déficits. Entre os diferentes diagnósticos que poderiam estar, de alguma forma, contribuindo para o fracasso escolar dessas crianças, o mais frequente foi “TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade)” seguido por “alterações emocionais” e “alterações ambientais”. Apenas um caso de dislexia e um de distúrbio específico de linguagem foram evidenciados.

Sobre as variáveis diagnósticas encontradas no presente estudo, salienta-se a repercussão do TDAH na vida da criança, pois causa prejuízos em múltiplas áreas, como a adaptação ao ambiente acadêmico, relações interpessoais e desempenho escolar¹². As dificuldades escolares em crianças com diagnóstico de TDAH podem ser justificadas pelo processo de atenção ser essencial e de primordial importância para a adequada aprendizagem na fase de aquisição e desenvolvimento de linguagem¹³.

Nossos resultados demonstraram que a presença de alterações emocionais também pode ter efeito devastador no desempenho escolar da criança, já que esteve presente em várias crianças do G2. Sabe-se que crianças com alterações psicológicas apresentam dificuldade no uso do repertório de estratégias de aprendizagem, tais como, de

organização e planejamento, monitoramento, atenção e elaboração¹⁴, além de problemas comportamentais que potencializam a dificuldade escolar²⁻¹⁵. Como dito anteriormente, essas crianças geralmente apresentam capacidade intelectual adequada, mas em função da falta de interesse e motivação e do seu sentimento de autodesvalorização, essas crianças evitam participar das atividades escolares¹⁶. Dentre as alterações emocionais na idade escolar, o transtorno de ansiedade é o mais comum (prevalência entre 4% e 25% nesta população)¹⁷. Num estudo brasileiro, a prevalência de transtorno de ansiedade foi de 4,6% em crianças e 5,8% em adolescentes¹⁸.

Inadequações ambientais surgiram, neste estudo, como outro possível fator causal de baixo rendimento escolar. Estudos afirmam que o ambiente familiar de crianças com baixo rendimento escolar, geralmente apresenta um maior número de adversidades e fatores de risco, tais como usuários de drogas, desestruturação familiar, presença de violência física e doméstica, dentre outros, além de ser um ambiente mais pobre em termos de materiais (livros, jornais, brinquedos e músicas)¹⁹⁻²⁰. Alguns autores apontaram, ainda, que um nível maior de escolaridade materna está relacionado positivamente com a quantidade de recursos no ambiente¹⁹⁻²¹ e age como um fator de proteção para o desenvolvimento da linguagem escrita²⁰.

Um dado de alerta a educadores e clínicos foi observado neste estudo ao compararmos os dois grupos quanto aos resultados nas provas de escrita, leitura e aritmética. Já era de certa forma esperado que o grupo com deficiência intelectual apresentasse dificuldades na realização de atividades de desempenho escolar, já que essa tarefa demanda habilidades cognitivas. No entanto, foram observadas dificuldades ainda maiores em crianças com diagnóstico de TDAH, alterações emocionais, ambientais ou de linguagem mesmo que essas apresentassem nível intelectual dentro dos padrões médios.

Tradicionalmente, muitos educadores acreditam que os alunos com deficiência intelectual esquecem

rapidamente aquilo que foi previamente ensinado. Um dia eles “sabem” algumas coisas e no dia seguinte eles não lembram mais isso. Existe a crença de que eles podem aprender, mas que há dificuldade em transferir o conhecimento para outras situações ou materiais. A condição de deficiência intelectual tem sido citada como uma variável que proporciona uma aquisição lenta e retenção pobre de discriminações previamente ensinadas. Entretanto, a questão da retenção pobre pode ser atribuída, em grande parte, às falhas na programação instrucional, mais do que às características da deficiência intelectual²². Um dos dados mais interessantes deste presente estudo foi relativo ao fato de haver desempenho melhor em teste de atividades acadêmicas como leitura/escrita e aritmética escolar, no grupo com deficiência intelectual. Esse dado sugere fortemente que há associação de fatores intrínsecos e extrínsecos, reforçando a importância tanto do ambiente escolar, quanto do familiar para o desempenho da criança em diferentes atividades.

Existe uma tendência a se acreditar que o fracasso escolar é provocado por um déficit intelectual, “rotulando”, em muitos casos, a criança como sendo alguém incapaz. No entanto, nossos resultados demonstraram que nem sempre isso acontece. Dessa forma, os resultados do presente estudo servem como alerta para os profissionais da saúde, professores e pais, mostrando que é de extrema importância um diagnóstico diferencial para uma intervenção mais precisa e criteriosa e o encaminhamento para as intervenções pertinentes (psicoterapia, fonoterapia, psicopedagogia, “reforço escolar”, dentre outras).

A infância é um período crítico de desenvolvimento de habilidades e conhecimento, e a educação nessa fase tem papel primordial na integração do indivíduo à sociedade. Assim sendo, os profissionais de saúde e educação têm que estar habilitados a identificar as crianças com risco para dificuldades em aprender, orientar os familiares e, se necessário, encaminhar para reabilitação multidisciplinar o mais rapidamente e buscar

um diagnóstico etiológico. Tais dificuldades podem ser potencialmente compensadas e até superadas desde que estratégias oportunas e adequadas sejam executadas precocemente¹⁹.

Conclusão

Crianças com transtornos de aprendizagem decorrentes de causas variadas (TDAH, alterações emocionais, causas ambientais e outros) apresentam graves dificuldades, representadas por um baixo desempenho escolar. Esse desempenho escolar inadequado é semelhante, ou pior, quando comparado ao de crianças com deficiência intelectual. Os resultados do presente estudo alertam para o fato que um diagnóstico diferencial nos casos de baixo desempenho escolar deve ocorrer precocemente, desvendando assim sua etiologia e proporcionando um tratamento mais eficaz e melhor prognóstico. Também ressalta que nem todas as crianças com graves dificuldades escolares possuem deficiência intelectual, como muitos profissionais julgam.

Referências bibliográficas

1. Santos LC, Marturano EM. Crianças com dificuldade de aprendizagem: um estudo de seguimento. *Psicol. Reflex. Crít.* 1999; 12(2):s/pag.
2. Santos PL, Graminha SSV. Estudo comparativo das características do ambiente familiar de crianças com alto e baixo rendimento acadêmico. *Paideia*. 2005; 15(31):217-26.
3. Silva C, Capellini SA. Correlação entre tempo, erro, velocidade e compreensão de leitura em escolares com distúrbio de aprendizagem. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2011; 16 (4):412-6.
4. Büttner, G, Hasselhorn M. Learning Disabilities: Debates on definitions, causes, subtypes, and responses. *Intl.J.Disabil.Dev.Edu.* 2011,58(1): 75-87.



5. Vasconcelos MM. Mental Retardation. *J. Pediatr.* 2004; 80(2):71-82.
6. Rittey CD. Learning difficulties: what the neurologist needs to know. *J. Neurol. NeurosurgPsychiatry.* 2003; 74(1):30-6.
7. DalVesco A, Mattos D, Benincá C, Tarascon C. Correlação entre WISC e rendimento escolar na escola pública e na escola particular. *Psicol. Reflex. Crit.* 1998;11(3):481-95.
8. Angelini AL, Alves ICB, Custódio EM, Duarte WF, Duarte JLM. Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial. Manual. São Paulo: CETEPP, 1999.
9. Wechsler D. WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual. 3ª ed.; São Paulo: Casa do Psicólogo. 309 p. 2002.
10. Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti D. Vineland Adaptive Behavior Scales-II. Circle Pines, MN: American Guidance Service. 2006.
11. Stein LM. TDE - Teste de desempenho escolar; manual para aplicação e interpretação. São Paulo: Casa do psicólogo. 1994.
12. Pastura GMC, Mattos P, Araújo APQC. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Psiq. Clín.* 2005; 32(6):324-9.
13. Malerbi FF, Scheuer CI. Memória implícita em crianças com TDA/H. *Ver Soc Bras Fonoaudiol.* 2005; 10(3):133-8.
14. Cruvinel M, Boruchovitch E. Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicol. Estud.* 2004; 4(3):369-78.
15. D'Avila-Bacarji KMG, Marturano EM, Elias LCS. Recursos e adversidades no ambiente familiar de crianças com desempenho escolar pobre. *Paidéia.* 2005; 15(30):43-55.
16. Brumback RA, Jackoway MK, Weinberg WA. Relation of Intelligence to childhood depression in children referred to Educational Diagnostic Center. *Percep Mot. Skills.* 1980; 50(1):11-7.
17. Boyd CP, Kostansk M, Gullone E, Ollendick TH, Schek DTL. Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparison with worldwide data. *J. Genet. Psychol.* 2000; 161(4):479-92.
18. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J. Am. Acad. of Child Adolesc. Psych.* 2004; 43(6):727-34.
19. Ferreira SHA, Barrera, SD. Ambiente familiar e aprendizagem escolar em alunos da educação infantil. *Rev. Psico.* 2010; 41(4):462-72.
20. Zuanetti PA, Fukuda MT. Aspectos perinatais, cognitivos e sociais e suas relações com as dificuldades de aprendizagem. *Rev. CEFAC.* 2012; 14(6): 1047-56.
21. Oliveira GR, Barbosa CL, Haguiera-Cervellini NG. Práticas de Letramento de Mães de Crianças de Educação Infantil. *Rev. Distúrbios Comum.* 2015; 27(3): 554-68.
22. Rossit RAS, Goyos C. Deficiência intelectual e aquisição matemática: currículo como rede de relações condicionais. *Psicol. Esc. Educ.* 2009; 13(2):213-25.