

TEA E COMORBIDADES. COMO O PROFESSOR PODE INTERVIR EM SALA DE AULA?

Prof. Luiz Paulo Moura Soares
Neuropsicopedagogo
@luizpaulomourasoes

Siga nossas Redes Sociais



O que são Comorbidades?





- **Comorbidade** significa a presença de uma associação entre condições, em um mesmo indivíduo simultaneamente. Ou seja, uma mesma pessoa possuir múltiplos diagnósticos, ou diferentes quadros clínicos.



Comorbidades no Transtorno do Espectro do Autismo. TEA

- Quando se fala em diagnóstico de TEA é muito comum profissionais mencionarem as possíveis comorbidades.
- O autismo pode vir acompanhado de comorbidades, ou até mesmo ser uma comorbidade de outros transtornos neuropsiquiátricos ou do neurodesenvolvimento. De qualquer forma, essa associação de condições tende a deixar o transtorno mais severo.

• Partindo do princípio de que a presença de uma condição, piora a condição inicial da outra, o indivíduo pode apresentar um maior déficit nas interações ambientais e menor engajamento na escola e nas respostas às terapias. Assim, as comorbidades podem dificultar o diagnóstico e comprometer prognóstico do indivíduo.

• De acordo com Neto et al. (2019), comumente incluem-se ao quadro de TEA as seguintes comorbidades:

a) psiquiátricas e cognitivas, tais como ansiedade, depressão, transtorno de déficit de atenção e deficiência intelectual;

b) médicas, como convulsões, distúrbios do sono, desregulação/anormalidades gastrointestinais e epilepsia.

- **Garcia (2016), expõe que 15% a 20% dos indivíduos diagnosticados, em seu estudo, apresentaram comorbidades genéticas ou ambientais.**
- **As ambientais englobam eventos ocorridos durante o parto.**
- **As genéticas indicam fator de hereditariedade, e dados coletados em um estudo na Suécia demonstram que 52,4% dos indivíduos diagnosticados com TEA apresentam tal fator.**
- **Em outro estudo, apresentado pela mesma autora, a taxa de hereditariedade foi de 76%.**



- **Pesquisas desenvolvidas por Moreira (2012) apontam que, dentre as comorbidades psiquiátricas mais comuns, se encontram:**
- **Ansiedade, presente em cerca de 42% a 56% dos indivíduos com TEA**
- **Depressão, em cerca de 12% a 75%;**
- **Transtorno obsessivo-compulsivo, em 7% a 24%;**
- **Transtorno Opositor – Desafiador (TOD), surge em 16% a 28%;**
- **Abuso de substâncias psicoativas, em menos de 16%; e**
- **Transtornos alimentares, em 4%. Sendo que, além disso, cerca 45% dos indivíduos diagnosticados com TEA apresentam déficit no desenvolvimento intelectual.**
- **A mesma autora ainda expõe que aproximadamente 70% dos sujeitos com TEA apresentam também algum nível de perturbação mental, e que 40% deles pode ter duas ou mais comorbidades.**

Autismo e o ALGO MAIS COMORBIDADES.

COMORBIDADES: Corresponde a associação de pelo menos duas patologias num mesmo paciente. Após um diagnóstico de TEA concluiu-se que este não exclui a possibilidade de outras psicopatologias.



Associação com outro Transtorno mental



Podem ter 2 ou mais transtornos.

Mais Comuns:

TDAH, Ansiedade, Depressão, Dislexia, Discalculia, Distúrbio Alimentar.

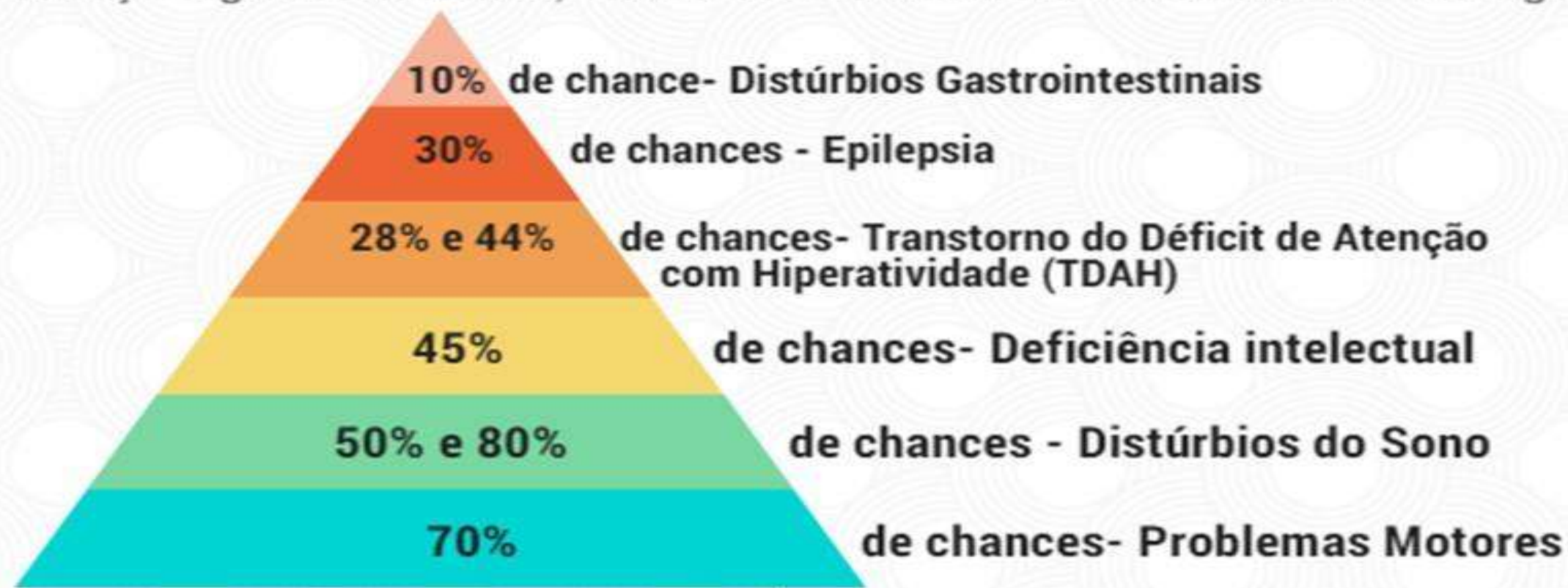
Condições Médicas:

33% Epilepsia, Distúrbio do Sono, Constipação

JEANNE MAZZA - NEUROLOGIA INFANTOJUVENIL
HMIB - COMPP JUNHO/2014

QUAL É A FREQUÊNCIA DE COMORBIDADES EM AUTISTAS?

"Mais de 70% dos indivíduos com a TEA apresentam alguma comorbidades, envolvendo distúrbios neurológicos, psiquiátricos, condições gastrointestinais, entre outras". Danielle de Paula Moreira - Bióloga



Fonte Revista ler&saber - autismo



SÍNDROME DE
ASPERGER
AUTISMO



Deficiência Intelectual – TDI

- Em terminologias anteriores já obteve a nomenclatura de Atraso Mental, Retardo Mental e Deficiência Mental.
- Entre todas as perturbações do Neurodesenvolvimento a mais grave e de mais difícil diagnosticar devido ao estado e limite do sujeito e determina uma intervenção complexa e a de pior prognóstico.
- Patologia que tem origem e afeta o sistema Nervoso Central.
- Diagnóstico é elaborado efetivamente pelo Médico.
- Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – (DSM – V) a nomenclatura oficial é Transtorno do Desenvolvimento Intelectual – (TDI).

- É um conjunto de sintomas e sinais de etiologias diversas, com início durante o **período de desenvolvimento**, que inclui **déficit cognitivo** e no **funcionamento intelectual**.
- Juntamente com associação no **déficit no funcionamento/comportamento adaptativo** (autonomia do sujeito).
- As relações entre os déficits de ordem no desenvolvimento, cognitivo e de funcionamento/comportamento adaptativo, afeta predominantemente três domínios importantes na área do desenvolvimento global como:
- **Domínio Conceitual, Domínio de Funcionamento Prático e Domínio Social.**
- A presença destes três domínios, caracteriza critérios fundamentais para conclusão de um diagnóstico de PDI.

**As Causas que
levam ao
Transtorno do
Desenvolvimento
Intelectual – TDI**

Complicações pré-natais.

Complicações perinatais.

Desnutrição e desidratação grave.

Envenenamento ou intoxicação.

Infecções.

Situações que diminuem o fornecimento de oxigênio para o cérebro.

Como Professor pode identificar uma criança com TDI.

- Na escola é primordial nas fases iniciais a criança apresentar dificuldades de entendimento, compreensão e assim o início de problemas quanto aprendizagem sistemática.
- Dificuldades quanto adaptação em qualquer ambiente, seguimento e entendimento de regras.
- Ausência de interesse pelas atividades do cotidiano.
- Isolamento da família, dos colegas ou da professora.
- Dificuldade de coordenação motora tanto ampla como fina.
- Dificuldade quanto atenção e concentração.
- Dispersão.





Como Professor pode identificar uma criança com TDI.

Dificuldades:

- Quanto ao uso da linguagem e produção.
- Categorizar objetos.
- De se relacionar com os pares.
- Domínio de conceitos.
- Organização espacial.
- Questões de do cotidiano como higiene pessoal.
- Comportamentos rígidos.
- Desempenho em tarefas simples ou solicitadas.

TRANSTORNO DÉFICIT ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH

- **Padrão persistente de Desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, por pelo menos seis meses, em um grau inconsistente com nível do desenvolvimento, com impacto negativo direto nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais. (fonte: DSMV)**
- **É de origem genética, causado pela pouca produção de neurotransmissores (adrenalina e noradrenalina (responsáveis pela atenção, comportamento motor e a motivação).**

TDAH

- Transtorno neurológico
- Desatenção
- Hiperatividade e inquietação
- Impulsividade
- Forte cunho social
- Associado às expectativas que a sociedade coloca nos indivíduos
- Atinge cerca de 5% dos jovens no mundo

AUTISMO

- Transtorno neurológico
- Comprometimento da interação social
- Problemas de comunicação
- Comportamentos repetitivos e restritivos
- Forte fator biológico
- Intensidade variável de sintomas
- Afeta 70 milhões de pessoas pelo mundo

ESTRATÉGIAS DE TRABALHO PARA TEA/TDAH



- Usar estratégias e recursos de ensino mais flexíveis.
- Realizar tarefas visuoauditivas.
- Desenvolver um método para auto informação e monitoração.
- Reforçar de forma positiva quando for bem sucedido.
- Transformar a lição de casa em uma parte da rotina diária.
- Lembrar que as regras devem ser breves e claras.
- Transformar sempre que possível as tarefas em jogos.



- **Reconhecer a necessidade de movimento e criar um espaço.**
- **Definir claramente regras e limites.**
- **Antecipar as situações problemáticas e preparar o aluno.**
- **Redirecionar para outra atividade o situação.**
- **Permitir que manipule um objeto.**
- **Intervalos entre as atividades.**



- **Explicar claramente e mostrar o comportamento. desejado.**
- **Colocar o aluno entre colegas tranquilos.**
- **Lembrar: “Pare e Pense”.**
- **Usar sinais combinados para lembrar o comportamento desejado.**
- **Recompensas e punições devem ser imediatas.**

TRANSTORNO Opositor DESAFIANTE.

- TOD – Transtorno Opositor Desafiante.



- Sintomas são agrupados em três categorias: vingativa, humor irritado/irritável e comportamento argumentativo/desafiador.
- Reação tanto comportamental como emocional.
- Atualização do DSM-5 TOD passou a ser mais bem compreendido e encarado como uma condição oriunda de problemas de autorregulação ou autocontrole emocional frente a adversidades e imposições de autoridades ou de regras preestabelecidas.

FATORES BIOLÓGICOS – TOD

FATORES BIOLÓGICOS	FATORES AMBIENTAIS
Criança ou adolescente com perfil insensível em relação aos outros.	Desorganizado, Perfil inadequado.
Transtorno de Neurodesenvolvimento	Família Disfuncional
Perfil genioso, “cabeça dura” , déficit neurofuncional	Pobreza de autoridade e desajuste de regras e rotinas
	Depressão materna
	Alcoolismo e abuso de Drogas

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS

Comportamento Opositor/Desafiador.

- **Dar uma boa explicação para crianças sobre as consequências de seus comportamentos, fazendo com que ela aprenda e entenda como modificar as atitudes.**
- **Explicar de maneira clara quais são os tipos de consequências para suas atitudes e qual é o esforço feito para resolver todas as questões que estão envolvidas no problema causado.**
- **Permitir uma breve reflexão e faça uma clara avaliação de como substituir uma atitude opositora por uma mais adequada e que leve a menos problemas.**



- **Falar com firmeza, segurança, tom de voz decidido e sério, mas sem agredir ou humilhar a criança. A ideia é que você não seja autoritário.**
-
- **Na condução da conversa, eleve os pensamentos construtivos e que proporcionam a busca de situações menos estressantes e mais apaziguadoras.**
 - **Evitar ordens a distância, conversas com apenas perguntas ou palavras vagas, por isso fará com que a criança queira ignorá-lo. Estar frente a frente com ela ajudará na direção do diálogo.**

Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação motora.

- O TDC - Transtorno de Desenvolvimento da Coordenação é uma dificuldade de coordenação motora que limita o desempenho em atividades como agarrar uma bola, andar de bicicleta, cortar comida, amarrar sapatos e escrever.
- O TDC pode ocorrer sozinho ou pode estar presente na criança que também tem distúrbio de aprendizagem, dificuldade de fala/linguagem e/ou transtorno do déficit de atenção.

O diagnóstico pode ser feito pelo médico, que vai se certificar de que:

- 1) Os problemas de movimento não são devidos a qualquer outro transtorno físico, neurológico ou comportamental conhecidos.**
- 2) Se mais de um transtorno está presente. As características das crianças com TDC geralmente são notadas primeiro por aqueles mais chegados a elas, pois as dificuldades motoras interferem no desempenho acadêmico e/ou nas atividades de vida diária (ex.: vestir, habilidade para brincar no parquinho, escrita, atividades de educação física).**

Características Físicas TDC

- 1. A criança pode parecer desajeitada ou incoordenada em seus movimentos. Ela pode trombar, derramar ou derrubar coisas.**
- 2. A criança pode ter dificuldade com habilidades motoras grossas (corpo inteiro), habilidades motoras finas (usando as mãos) ou ambas.**
- 3. A criança pode ter atraso no desenvolvimento de certas habilidades motoras, tais como: andar de velocípede ou bicicleta, agarrar bola, saltar a corda, abotoar a roupa e atar os cordões aos sapatos.**
- 4. A criança pode apresentar discrepância entre suas habilidades motoras e habilidades em outras áreas. Por exemplo, as habilidades intelectuais e de linguagem podem ser altas, enquanto as habilidades motoras atrasadas.**



5. A criança pode ter dificuldade para aprender habilidades motoras novas. Uma vez aprendidas, certas habilidades motoras podem ser desempenhadas muito bem, enquanto outras podem continuar a ser desempenhadas de maneira pobre.

6. A criança pode ter mais dificuldade com atividades que requerem mudança constante na posição do corpo, ou quando ela tem que se adaptar a mudanças ao seu redor (ex.: futebol, beisebol, tênis).



7. A criança pode ter dificuldades com as atividades que requerem o uso coordenado dos dois lados do corpo (ex.: recortar com tesoura, cortar alimento usando faca e garfo, fazer polichinelo, segurar um bastão com duas mãos para acertar na bola, ou manejar o bastão de hockey).

8. A criança pode apresentar postura ou equilíbrio pobre, particularmente em atividades que requerem equilíbrio (ex.: subir escadas ou manter-se de pé enquanto se veste).

Características Emocionais/Comportamentais TDC/TEA.

1. A criança pode parecer desinteressada em certas atividades, ou as evita, especialmente aquelas que requerem resposta física. Para a criança com TDC, habilidades motoras são muito difíceis e requerem mais esforço. O cansaço e fracasso repetido podem fazer com que ela evite participar de tarefas motoras.

2. A criança pode demonstrar problemas emocionais secundários, como baixa tolerância à frustração, autoestima diminuída e falta de motivação, devido aos problemas para lidar com atividades corriqueiras, requeridas em todos os aspectos da vida.



3. A criança pode evitar socialização com os colegas, principalmente no parquinho. Algumas crianças procuram outras mais jovens para brincar, enquanto outras vão brincar sozinhas ou procuram o professor ou a pessoa responsável. Isso pode ser devido à baixa autoconfiança ou tendência a evitar atividades físicas.



4. A criança pode parecer insatisfeita com seu desempenho (ex.: apaga trabalho que escreveu, queixa-se do desempenho em atividades motoras, mostra-se frustrada com o produto do trabalho).

5. A criança pode se mostrar resistente a mudanças na sua rotina ou no ambiente. Se ela tem que fazer muito esforço para planejar a tarefa, depois, mesmo uma pequena mudança na forma de desempenhá-la pode representar um grande problema.



Transtorno de Ansiedade de Social e Separação.

- O transtorno de ansiedade de separação envolve ansiedade persistente e intensa sobre se estar longe de casa ou separado de pessoas com as quais a criança tem apego, em geral a mãe. A maioria das crianças sente alguma ansiedade de separação, mas ela em geral desaparece com a idade.

Quais são os tipos de ansiedade?

Os tipos mais comuns de distúrbios de ansiedade são:

- Fobias.
- Transtorno obsessivo compulsivo.
- Ataque de pânico.
- Transtornos de estresse pós-traumático.
- Ansiedade generalizada.

Os pais/cuidadores devem estar atentos a mudanças repentinas de comportamento e/ou a alterações nos padrões de comportamentos que já existiam, como:

- Aumento na fala ou na emissão de sons.
- Mudanças na apresentação da fala (ex.: fala acelerada, sem pausas).
- Episódios de euforia intercalados com episódios de tristeza.
- Irritabilidade e comportamentos mais agressivos.
- Aumento ou retorno de estereotipias.
- Mudanças significativas nos padrões de sono (por ex., sono excessivo e resistência para sair da cama e/ou episódios de insônia).
- Aumento da impulsividade.
- Maior distração.
- Aumento na frequência de rituais.
- Fome excessiva.

Problemas do Sono/TEA

- Historicamente, a dor abdominal interfere no padrão normal do sono ou desperta o paciente (CHELIMSKY, 2005).
- Nesse contexto, Horvath e Perman (2002) observaram que manifestações gastrointestinais não identificadas em crianças não verbais com TEA podem levar a problemas de insônia.
- Maenner et al. (2014) identificaram que crianças com alterações do sono tinham mais probabilidade de ter uma história médica documentada de problemas gastrointestinais do que aquelas sem tais alterações.
- Pesquisas realizadas por Williams et al. 2010 reiteram a premissa de que alterações do sono e manifestações gastrointestinais podem ter alguma correlação.
- Em um estudo realizado por Williams et al. (2010), foi verificado que os problemas do sono ocorreram mais frequentemente em pessoas com problemas gastrointestinais (50%) do que aqueles sem tais problemas (37%).



-
- **Os distúrbios de sono em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) são muito comuns e persistentes, atingindo 44% a 83% das crianças segundo alguns estudos.**
 - **Esse distúrbios incluem insônia (inicial, mediana e terminal), padrões irregulares de sono, poucas horas de sono e noites sem dormir.**

- Em outro estudo, o autor constatou que 24,5% das crianças com autismo tinham alterações do sono e sintomas gastrointestinais crônicos, enquanto 25,2% não tinham nem alterações do sono nem problemas GI.
- Na amostra, 42,5% tinham apenas alterações do sono, enquanto que 7,8% tiveram apenas uma queixa gastrointestinal. Nos demais, as alterações do sono ocorreram simultaneamente a alguma manifestação gastrointestinal nas seguintes frequências:
 - 84% que cursavam com alterações do sono e náuseas.
 - 82% alterações do sono e diarreia crônica.
 - 81% alterações do sono e distensão abdominal.
 - 79% alterações do sono e constipação.
 - 78% dor abdominal crônica e alterações do sono (WILLIAMS et al., 2010).

- **Mannion, Leader e Healy (2013) investigaram os preditores de alterações do sono em crianças com TEA. Na amostra, foram identificados os seguintes preditores:**

- **Diminuição do apetite,**

- **Comportamento esquivo e sintomas gastrointestinais.**

- **Especificamente, a dor abdominal estava associada a um sono agitado;**

- **A falta de apetite, o comportamento esquivo e os sintomas gastrointestinais (constipação, diarreia, náuseas, dor abdominal e distensão abdominal) estavam relacionados à parassonias e sonolência diurna.**

As principais dificuldades de sono dessa população são:

- **Recusar ir para a cama.**
- **Protelar ou precisar da presença de um dos pais ou cuidadores até adormecer.**
- **Dificuldade em adormecer e de permanecer dormindo.**
- **Dormir por curtos períodos ou não dormir o suficiente todas as noites.**
- **Problemas de comportamento diurno associados a sono insuficiente à noite.**



Qual é a relação entre autismo e distúrbios de sono?

- **Em pessoas com transtorno do espectro autista é comum haver um desequilíbrio do ritmo circadiano. A atividade de dormir e ficar acordado nas 24 horas do dia é regulada por um relógio biológico, que é o mecanismo que avisa ao cérebro se é noite ou dia, e se devemos ter sono ou ficar acordados.**
- **Uma das ferramentas que regula o ciclo circadiano é a melatonina – um hormônio produzido naturalmente pelo organismo que é liberado à noite, avisando ao cérebro quando chegou a hora de adormecer.**
- **Justamente a produção e a liberação de melatonina tende a ocorrer de forma irregular nos pacientes com autismo devido a uma alteração genética.**



Manias e Restrições Alimentares

- Dentre as alterações comportamentais presente nos quadros de TEA, a literatura, destaca a seletividade alimentar.
- A **seletividade alimentar** pode ser entendida como um comportamento alimentar que tem como característica principal a exclusão de uma variedade de alimentos.
- Essa postura, muitas vezes, pode ser transitória, (correspondendo à fase de adaptação a novos alimentos), ou perdurar ao longo do desenvolvimento da pessoa (SAMPAIO ABM, et al., 2013).

- A **Seletividade Alimentar** caracteriza-se pela tríade: pouco apetite, recusa alimentar e desinteresse pelo alimento. Essa combinação pode provocar uma certa limitação a variedades de alimentos ingeridos, além disso provoca um comportamento de resistência em experimentar novos alimentos.
- Alimentação de variedades na hora da refeição pode agregar carências nutricionais e prejudicar o organismo, pois a ingestão de macro e micronutrientes está estreitamente relacionada com a ingestão de energia e bom funcionamento do organismo (DOMINGUES G, 2011).

- **Uma nutrição adequada ajuda na prevenção de doenças, no bom funcionamento do organismo, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida.**
- **Para a manutenção de uma nutrição adequada é necessário que o indivíduo consuma uma variedade de alimentos, pois essa variedade traz uma maior oferta de nutrientes.**
- **Crianças com TEA podem apresentar dificuldades em aceitar novas experiências alimentares, o que pode ocasionar deficiência de algum nutriente (SILVA, 2011).**

Epilepsia e Autismo

- Crianças com TEA têm maior chance de evoluírem com epilepsia (em torno de 11,2%), e crianças com epilepsia também apresentam maior risco de serem diagnosticadas com TEA em algum momento da vida (aproximadamente 8,1%). Essa relação não é casual e não é completamente compreendida pela ciência.
- Os neurônios cerebrais comunicam-se entre si através de informações elétricas ou químicas. Quando em um determinado ponto do cérebro, um grupo de neurônios passa a gerar descargas elétricas de modo excessivo e síncrono, estas células podem dar origem a uma crise epiléptica “focal”.
- Quando grupos muito extensos de neurônios de ambos os hemisférios cerebrais passam a gerar descargas elétricas excessivas e simultaneamente, pode haver o surgimento de crises epilépticas que chamamos de “generalizadas”.



- A **epilepsia no autismo** é uma das comorbidades mais sérias e preocupantes. Além das características recorrentes do transtorno, uma pessoa com epilepsia pode ter convulsões que, aparentemente, não têm hora para acontecer.
- A **convulsão** é um distúrbio em que ocorre contração involuntária dos músculos do corpo ou de uma parte dele, devido ao excesso de atividade elétrica em algumas áreas do cérebro.
- **Crises são comuns em crianças com autismo**, especialmente quando alguma situação ou pessoa faz com que elas se desregulem emocionalmente. A crise é caracterizada por uma série de comportamentos que também geram estresse e sentimentos de ansiedade nos cuidadores, que muitas vezes não sabem como lidar com elas.

Esquizofrenia/Autismo

- **Esquizofrenia é uma perturbação mental caracterizada por episódios contínuos ou recorrentes de psicose. Os sintomas mais comuns são alucinações (incluindo ouvir vozes), delírios (convicções falsas) e desorganização do pensamento.**
- **A esquizofrenia é um transtorno mental grave que muda o modo como a pessoa pensa, sente e se comporta socialmente. Ou seja, essa desestruturação psíquica tem sintomas como alucinações, delírios, dificuldades no raciocínio e alterações no comportamento como indiferença afetiva e isolamento social.**

Quais os principais sintomas de pessoas com esquizofrenia?

- Ver ou ouvir coisas que não existem (alucinações).
- Sentimento constante de estar sendo vigiado (delírio).
- Sentir profunda indiferença diante de situações importantes (apatia).
- Queda drástica de desempenho nos estudos ou trabalho.
- Mudanças visíveis na higiene pessoal e na aparência.
- Isolamento social.
- Respostas irracionais, como medo ou raiva da família e amigos.
- Dificuldade de dormir, insônia e de se concentrar.
- Comportamentos que parecem estranhos e inapropriados em situações sociais.



- **O tratamento do autismo visa promover as habilidades sociais, comunicativas e adaptativas, e reduzir a frequência e a intensidade de alguns comportamentos.**
-
- **Intervenções educativas e comportamentais associadas à psicofarmacologia, com o uso coadjuvante de antipsicóticos para aliviar a agitação e a agressividade.**
 - **Objetivo de promover autonomia dos pacientes, melhorar a aderência ao tratamento e devolver a capacidade de se relacionar adequadamente.**

Fobia Social / Autismo

- A fobia social é um tipo de transtorno de ansiedade que causa elevado desconforto em situações de possível avaliação social.
- Já o TEA leve é um transtorno do neurodesenvolvimento, que acompanha o indivíduo por toda a vida e se manifesta por prejuízos significativos na comunicação social verbal e não verbal, na reciprocidade emocional e pela presença de estereotipais.
- Na esfera social, é comum os sintomas acabarem se tornando parecidos, mas um indivíduo com TEA pode ser diferenciado pelos prejuízos nas outras esferas (literalidade excessiva, dificuldade no reconhecimento e expressão das emoções, estereotipais, interesses restritivos e hiperfoco).

Bibliografia

- Barros Neto, Sebastião Gonçalves de, Brunoni, Decio and Cysneiros, Roberta Monterazzo Abordagem psicofarmacológica no transtorno do espectro autista: uma revisão narrativa. *Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.*, Dez 2019, vol.19, no.2, p.38-60.
- Garcia, Aline Helen Corrêa et al. Transtornos do espectro do autismo: avaliação e comorbidades em alunos de Barueri, São Paulo. *Psicol. teor. prat.*, Abr 2016, vol.18, no.1, p.166-177.
- Moreira, D. P. Estudos de comorbidades e dos aspectos genéticos de pacientes com transtorno do espectro autista. Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 18(1), 166-177. São Paulo, SP, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Ed. 2014(DSM-V).
- ROTTA, Newra Tellechea. Transtornos da Aprendizagem. Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar. Porto Alegre. Editora Artmed, ed. 2016.
- ROTTA, Newra Tellechea. Neurobiologia e Aprendizagem. Abordagem Multidisciplinar. Porto Alegre. Editora Artmed, ed. 2016.
- FONSECA, Vitor. Introdução às Dificuldades de Aprendizagem. 2ed. Porto Alegre. Editora Artmed, ed. 2015.
- GARCIA, Nicasio García. Manual de Dificuldades de Aprendizagem. Linguagem, Leitura, Escrita, e Matemática. 2 ed. 1998 Porto Alegre, 1998.
- BARBOSA, Laura Monte Serrat. Intervenção Psicopedagógica no Espaço da Clínica. 2.ed. Curitiba, 2012.
- IGEA RINCÓN, Benedito Del e colaboradores. Presente e Futuro do Trabalho Psicopedagógico. Artmed, 2005.
- SÁNCHEZ-CANO. Manuel. Avaliação Psicopedagógica, Artmed, ed. 2008.



Siga nossas Redes Sociais



www.rhemaeducacao.com.br