ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/306000108

MUDANÇAS APONTADAS NO DSM-5 EM RELAÇÃO AOS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM EM LEITURA E ESCRITA

Article · July 2016

CITATIONS
5

READS
5,463

2 authors, including:

Ana Luiza Navas
Santa Casa Medicine School, São Paulo
32 PUBLICATIONS **96** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Publicação de Artigos Científicos: Recomendações práticas para jovens pesquisadores View project

Apoio aos transtornos específicos de aprendizagem View project

All content following this page was uploaded by Ana Luiza Navas on 09 August 2016.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

RENATA MOUSINHO
ANA LUIZA NAVAS

ARTIGO

MUDANÇAS APONTADAS NO DSM-5 EM RELAÇÃO AOS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM EM LEITURA E ESCRITA

DSM-5 CHANGES DIAGNOSTIC CRITERIA FOR SPECIFIC LEARNING DISABILITIES: READING AND WRITING

Resumo

A publicação, em 2013, da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) trouxe mudanças importantes para a classificação dos transtornos do neurodesenvolvimento, em especial para os transtornos específicos de aprendizagem. O presente trabalho descreve criticamente as diferenças encontradas na versão mais recente em comparação à 4ª edição (DSM-IV). De forma geral, houve mudanças em relação aos critérios diagnósticos, à terminologia adotada, bem como à importante recomendação do emprego do paradigma de resposta à intervenção para confirmar a hipótese diagnóstica dos transtornos específicos de aprendizagem, como na dislexia.

Palavras-chave: Dislexia, diagnóstico, leitura.

Abstract

The new version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), published in 2013, brought important changes to the classification of neurodevelopmental disorders, especially specific learning disorders. This paper critically describes the differences found in the latest version compared to 4th edition (DSM-IV). Overall, there were changes in relation to diagnostic criteria, in the terminology employed, as well as in the important recommendation to use the response to intervention paradigm to confirm diagnostic hypotheses of specific learning disorders, like dyslexia.

Keywords: Dyslexia, diagnosis, reading.

Introdução

Dislexia é um dos vários tipos de transtornos de aprendizagem. Trata-se de uma dificuldade específica de linguagem, de origem constitucional, caracterizada por dificuldades na decodificação de palavras isoladas, normalmente refletindo insuficiência do processamento fonológico. Estas dificuldades na decodificação de palavras isoladas são muitas vezes inesperadas em relação à idade e outras habilidades cognitivas e acadêmicas; não são o resultado do desenvolvimento generalizado de incapacidade ou deficiência sensorial. Dislexia é manifestada por dificuldades linguísticas variadas, incluindo, normalmente, para além das alterações de leitura, um problema com a aquisição da proficiência da escrita e da soletração.[1]

Após um longo período de discussões, foi publicada, em 2013, a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5[2]). O manual contém critérios diagnósticos para a classificação de transtornos mentais, e houve mudanças importantes em vários aspectos, incluindo os critérios para transtornos do neurodesenvolvimento.

Inicialmente, houve dúvida sobre a inclusão ou não dos transtornos de aprendizagem em um manual que concentra as principais doenças mentais. A justificativa para tal inclusão refere-se ao fato de que os transtornos de aprendizagem são transtornos do neurodesenvolvimento e podem estar associados a variados níveis de ansiedade e depressão[3].

RENATA MOUSINHO[1], ANA LUIZA NAVAS[2]

[1] Professora associada, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Mestre e Doutora em Linguística pela UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Pós-doutora em Psicologia, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. [2] Professora adjunta, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. Mestre e Doutora em Psicologia pela University of Connecticut, Storrs, CT, EUA. Pós-doutora em Linguística, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP.

Um dos pontos de grande debate nessa fase de revisão no DSM-5 sobre a categoria de transtornos de aprendizagem foi a decisão de incluir mudanças nos critérios diagnósticos propostos e também apresentar uma nova proposta de classificação dos transtornos específicos de leitura e escrita. Foi criada uma categoria geral para caracterizar as manifestações específicas de dificuldades de aprendizagem em três domínios acadêmicos, ou seja, na leitura, na escrita e na matemática. A partir dessa terminologia mais global, foram sugeridos especificadores, como, por exemplo, transtorno específico de aprendizagem com comprometimento da leitura, da expressão escrita ou da matemática.

Foram descritos quatro critérios, de A a D, que serão citados e discutidos a seguir.

A. Dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, conforme indicado pela presença de ao menos um dos sintomas a seguir, que tenha persistido por pelo menos 6 meses, apesar da provisão de intervenções dirigidas a essas dificuldades: (...).

O texto que inicia o critério A traz uma das maiores novidades dessa edição do DSM para os transtornos específicos de aprendizagem, que é a inclusão da proposta de resposta à intervenção (*response to intervention* – RTI). Trata-se de um modelo em que o diagnóstico não é dado *a priori*; inicialmente, pode ser estabelecida uma hipótese diagnóstica, que deve ser confirmada após um período de intervenção eficaz e cientificamente embasada[4-6]. Tal proposta baseia-se na ideia de que, como há muitas variáveis ambientais que podem promover um falso positivo para um diagnóstico (no caso, de dislexia), a evolução no período de 6 meses de intervenção ou a rapidez e o modo de resposta podem ser aspectos decisivos para confirmar ou não o diagnóstico.

A Figura 1 sintetiza as principais ideias sobre o princípio do modelo RTI[7].

Figura 1 - Modelo de resposta à intervenção (*response to intervention* – RTI)

RENATA MOUSINHO
ANA LUIZA NAVAS

ARTIGO

O critério A é subdividido em seis itens: os dois primeiros dizem respeito à leitura, e o terceiro e o quarto relacionam-se com a escrita. Eles serão devidamente detalhados em seções específicas. Os itens 5 e 6 referem-se às habilidades matemáticas e não serão discutidos, visto que não são objeto do presente artigo.

Aspectos centrais para o diagnóstico: leitura

Critério A: subitens 1 e 2

1. **Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (p. ex., lê palavras isoladas em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las).**
2. **Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (p. ex., pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido).**

A precisão e a fluência de leitura são consideradas como aspectos centrais para o diagnóstico, o que parece ser um ponto de alta concordância entre especialistas na área[8-10]. No caso da investigação da dislexia em adultos, o desempenho em fluência de leitura é a questão-chave. Por essa razão, cabe detalhar a discussão desses pontos nos tópicos a seguir.

A precisão de leitura de palavras é um aspecto extremamente importante e relacionado ao diagnóstico, tendo em vista a natureza do transtorno em questão. Palavras com diferentes características psicolinguísticas podem promover estratégias diferentes de leitura, que devem ser consideradas na elaboração de listas de palavras para avaliação em diversas línguas diferentes. As palavras regulares, por exemplo, requerem uma decodificação mais simples, que permite o acesso das letras em sequência, garantindo boa acurácia. As palavras regras já dependem, além do conhecimento das próprias, de uma decodificação mais complexa. Por exemplo, para saber que a primeira sílaba da palavra "cena" se pronuncia com o fonema /s/, além do conhecimento da regra – ou seja, de que antes de "e" e "i", a letra "c" representa o fonema /s/ –, o leitor deve ser capaz de ler além, para julgar o som que a letra precedente terá. Por fim, as palavras irregulares são aquelas em que o processo de decodificação é insuficiente (por exemplo, "táxi", que se lê /taksi/), já que é necessário ter a palavra memorizada no léxico ortográfico (dicionário mental); dessa forma, ao ler a palavra, a pessoa a identifica imediatamente, acessando o seu significado. É o processo mais frequente em leitores competentes, cuja leitura já é automática.

Tendo em vista que o português brasileiro utiliza uma ortografia considerada transparente para a leitura, com uma relação direta ou regular entre as letras (grafemas) e os sons (fonemas), essa tarefa pode ser considerada fácil. O reconhecimento de palavras pela leitura é atingido precocemente por escolares sem dificuldades. Do mesmo modo que essa característica torna esse tipo de teste de leitura de palavras bastante eficaz em crianças mais jovens, pode ser menos efetivo na avaliação de crianças mais velhas, adolescentes e adultos. O mesmo não ocorre no processo de escrita, que é menos transparente, já que a irregularidade aumenta: há mais dificuldades de representações ortográficas, como no caso do fonema /s/, que pode ser grafado com "s", "x", "ç", "ss" e "c", entre tantos outros exemplos. Nesse caso, ditados de palavras balanceados, especialmente elaborados para os mais velhos, podem ser sensíveis e auxiliar na avaliação diagnóstica[11].

Alguns autores já pressupõem que o conceito de fluência de leitura necessariamente engloba a acurácia, a velocidade, a prosódia e a compreensão leitora[12]. Existe uma forte correlação, principalmente no início do processo, entre a velocidade de reconhecimento de palavras e a compreensão do material lido[13]. No início do processo de leitura, o esforço de decodificação faz com que a leitura seja mais lenta e segmentada. Uma simples frase como "a bola quebrou a vidraça da janela do vizinho", lida rapidamente por um leitor competente, que a subdivide, no máximo, em nove segmentos, pode ser lida por um leitor principiante ou disléxico da seguinte forma: "a-bo-la-que-brou-a-vi-dra-ça-da-ja-ne-la-do-vi-zi-nho". Para compreendê-la, o indivíduo necessita resgatar pelo menos 17 segmentos, o que inviabiliza a recuperação da informação, uma vez que sobrecarrega a memória operacional. Portanto, a fluência e a velocidade de leitura são fatores que influenciam diretamente a compreensão leitora. Um leitor principiante ou disléxico é capaz de interpretar um texto ouvido, mas sua habilidade de leitura não permite que resgate as informações lidas para interpretá-las.

RENATA MOUSINHO[1], ANA LUIZA NAVAS[2]

[1] Professora associada, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Mestre e Doutora em Linguística pela UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Pós-doutora em Psicologia, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. [2] Professora adjunta, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. Mestre e Doutora em Psicologia pela University of Connecticut, Storrs, CT, EUA. Pós-doutora em Linguística, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP.

Com o decorrer da experiência de leitura, a velocidade de leitura textual aumenta, tornando-se um processo automatizado. É exatamente o automatismo da leitura que faz com que o indivíduo possa deixar sua cognição voltada para aspectos mais complexos da interpretação, comparar informações novas àquelas que já têm em sua experiência de vida, inferir, questionar, criticar. No entanto, há leitores que conseguem ler a uma velocidade que seria suficiente para atingir a compreensão leitora e, ainda assim, não conseguem depreender o sentido do texto. Nesse caso, a dificuldade poderia ser explicada pelas habilidades de alto nível, isto é, aquelas relacionadas também à linguagem oral[14]. O texto poderia ser lido ou ouvido, mas em ambos os casos o indivíduo teria dificuldade de fazer correlações e/ou inferências, por exemplo. A mudança das dificuldades de compreensão mais globais da categoria dos transtornos de aprendizagem para o tópico dos transtornos da comunicação se deu exatamente por essa razão.

Nessa perspectiva, Snowling & Hulme[15] propuseram, durante a elaboração do DSM-5, que essas dificuldades mais globais de compreensão pudessem ser pensadas em duas direções: a) secundárias a outros quadros (por exemplo, nos transtornos do espectro do autismo ou nos déficits atencionais); ou b) consequentes de algum déficit linguístico. Nesse caso, haveria interferência na modalidade oral, ainda que de forma discreta, sendo este déficit evidenciado na linguagem escrita, que costuma ser bem mais complexa. Na discussão desses aspectos linguísticos, os autores ainda levantaram a hipótese de que a dislexia poderia estar vinculada a um desvio fonológico (mais focado nesse nível linguístico), enquanto déficits na compreensão estariam relacionados aos transtornos de linguagem.

Aspectos centrais para o diagnóstico: escrita

Critério A: subitens 3 e 4

3. Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (p. ex., pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes).
4. Dificuldades com a expressão escrita (p. ex., comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprega organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza).

O transtorno da expressão escrita parece ter ficado menos criterioso se comparado ao da leitura. Desde 2011, já havia sido considerado o risco da confusão entre os aspectos de elaboração e de linguagem *versus* o processo de codificação no nível da palavra[16]. A delimitação do que seria um transtorno de linguagem mais global e um transtorno específico de escrita, ou disortografia, como nos manuais precedentes, ficou um pouco vaga. Tal percepção será mais detalhada e justificada nos próximos parágrafos.

O subitem 3 refere-se à ortografia, e nesse caso localizar as dificuldades no nível da palavra fica mais claro. O que não está especificado são os tipos de trocas que podem fazer parte do processo em dada fase escolar e o fato de algumas serem sinais que evidenciam processos fonológicos atípicos. Por exemplo, em pesquisas nacionais, trocas entre grafemas que representam fonemas homorgânicos (p/b, t/d, c/g, f/v, s/z, x/j) aparecem em poucos escolares, mesmo na fase inicial da alfabetização[17]. A diferença entre os dois fonemas de cada par é que um apresenta vibração das pregas vocais e o outro não, mas o ponto e o modo de articulação são exatamente os mesmos. Grafá-los de forma errada indica uma fragilidade na seleção fonológica. Portanto, este seria um sinal mais forte do que as dificuldades ortográficas mais complexas, que exigem mais tempo de escolarização para serem dominadas. Exemplos destas são as regras de contexto, como "m" antes de "p" e "b", e aquelas que exigem mais experiência de leitura para serem globalmente memorizadas, por não haver uma explicação para serem escritas de determinada forma, como, por exemplo, "táxi" em vez de "táquissi". A persistência e a frequência acima da média de equívocos em relação aos pares seriam indicadores de problemas na área[18].

Outro tipo de alteração possível na escrita foi chamado por muito tempo de troca visual. Tratam-se de confusões no formato ou posicionamento espacial das letras, como trocas entre "b" e "d", cuja diferença visual é apenas uma estar virada para o lado oposto ao da outra. O espelhamento era um ponto considerado de risco, mesmo para os não alfabetizados. No entanto, pesquisas recentes[19] mostram que a lógica deve ser inversa. Até a alfabetização, somos expostos a conceitos sobre as coisas, em que o posicionamento espacial não é um fator a ser

RENATA MOUSINHO
ANA LUIZA NAVAS

ARTIGO

considerado; uma cadeira será sempre uma cadeira, quer esteja virada ou não. É justamente a entrada no mundo letrado que modifica isso; a partir desse momento, somos ensinados que mesmo diferenças sutis em traçados podem mudar um som ou um significado. Uma pessoa com um transtorno específico de aprendizagem poderia manter o padrão pelas dificuldades apresentadas no aprendizado da leitura e da escrita, ao pressupor que signos como letras e números, da mesma forma que os objetos concretos que conhece, podem mudar sua posição sem que se altere seu significado (por exemplo, b/d, p/q).

Em relação ao subitem 4, as informações se misturam em níveis diversos, o que pode se tornar confuso no momento de um processo diagnóstico. Inicialmente, pelo já relatado anteriormente, tem que haver uma diferença de desempenho quando se comparam crianças com desenvolvimento típico, tanto na frequência quanto na persistência dos erros, já que fazem parte de um processo de aprendizagem. Quando se fala em cometer múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases, isso se refere ao nível morfossintático, ou seja, de estruturação frasal e seus componentes. Por outro lado, quando se fala da organização inadequada de parágrafos e da expressão escrita das ideias sem clareza, isso se refere ao nível de planejamento linguístico mais elaborado. Neste último ponto, é relevante perceber se a dificuldade na elaboração está presente também na linguagem oral. Não é incomum encontrar crianças que apresentam uma habilidade oral suficiente para uma conversa do tipo pergunta/resposta, mas que não são capazes de estruturar uma narrativa (história com encadeamento temporal). E é exatamente isso que é exigido na escola em grande parte das produções textuais.

Em suma, tal qual defendido em relação à leitura, alterações em processos mais amplos da linguagem só deveriam ser considerados como transtornos específicos caso fossem consequência das habilidades básicas envolvidas na leitura e na escrita, como decodificação/codificação e/ou reconhecimento/produção de palavras. Dessa forma, não seriam oriundas de falhas nas habilidades de alto nível, aquelas que não são exclusivas da linguagem escrita[7,20], mas fazem parte do desenvolvimento linguístico global. Caso contrário, o diagnóstico deveria ser relacionado aos transtornos da linguagem.

DSM-5, DEMAIS CRITÉRIOS E CODIFICAÇÕES: MUDANÇAS E MAIS DISCUSSÕES

Critério de discrepância

> **B. As habilidades acadêmicas afetadas estão substancial e quantitativamente abaixo do esperado para a idade cronológica do indivíduo, causando interferência significativa no desempenho acadêmico ou profissional ou nas atividades cotidianas, confirmada por meio de medidas de desempenho padronizadas administradas individualmente e por avaliação clínica abrangente. Para indivíduos com 17 anos ou mais, história documentada das dificuldades de aprendizagem com prejuízo pode ser substituída por uma avaliação padronizada.**

Diferentemente da edição anterior do manual[21], no DSM-5 houve a eliminação do requisito da discrepância entre o desempenho e o quociente de inteligência (QI), utilizado por décadas, e passou-se a permitir o diagnóstico de transtornos específicos de aprendizagem em crianças com QI mais baixo (por exemplo, QI acima de 70±5) cujas dificuldades de leitura não sejam justificadas pela deficiência intelectual[22]. Em seu lugar, foram incluídos quatro critérios, de A a D, os quais devem ser todos cumpridos. O DSM-5 também admite que crianças com QI superior possam apresentar transtornos específicos de aprendizagem.

Nesse contexto, os dados psicométricos foram considerados insuficientes para um diagnóstico de transtornos específicos de aprendizagem no DSM-5. O manual sugere um limiar entre 1,0 e 2,5 abaixo da média populacional para a idade, desde que exista convergência de evidências de dificuldades de aprendizagem entre avaliação clínica, resultados de testes, história familial, história acadêmica e relatórios escolares. Uma colaboração muito mais estreita passa a ser necessária entre profissionais da saúde, educação e família, para fornecer acesso aos registros escolares formais e informais, boletins acadêmicos, história escolar, bem como informação obtida nas avaliações clínicas[22].

RENATA MOUSINHO[1], ANA LUIZA NAVAS[2]

[1] Professora associada, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Mestre e Doutora em Linguística pela UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Pós-doutora em Psicologia, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. [2] Professora adjunta, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. Mestre e Doutora em Psicologia pela University of Connecticut, Storrs, CT, EUA. Pós-doutora em Linguística, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP.

C. As dificuldades na aprendizagem começam na idade escolar, mas podem não se manifestar plenamente até que a demanda daquela habilidade ultrapasse a capacidade limitada do indivíduo (ex.: avaliações com limites de tempo, leitura ou produção de textos longos e complexos com prazo curto, sobrecarga acadêmica).

É interessante notar que, de acordo com o DSM-5, o diagnóstico pode ser dado em vários momentos diferentes. A demanda escolar apresenta um crescimento importante a cada ano: no início, leitura e escrita de palavras e frases; depois, textos concisos. Os textos aumentam muito em tamanho, bem como o grau de complexidade envolvido. Adicionalmente, os erros na escrita, considerados naturais em um primeiro momento, passam a chamar a atenção quando persistem. Desta feita, o diagnóstico de dislexia pode ser atribuído desde o ensino fundamental até a idade adulta. Antes disso, podem apenas ser levantados fatores de risco, que podem ser úteis em programas de prevenção, especialmente quando há história familial associada[23].

No entanto, apesar de considerar esta possibilidade de diagnóstico por um período mais estendido, os critérios de cada fase não estão descritos. Tal qual discutido na seção anterior, o desenvolvimento de testes padronizados no Brasil é um desafio por si só; se considerarmos instrumentos para adolescentes e adultos, a situação se torna ainda mais complexa, já que sua validade ainda está sendo estudada, mesmo em nível internacional. Um rastreio para adultos usado há anos no Reino Unido, o Bangor Dyslexia Test, por exemplo, apresentou pela primeira vez uma publicação com a análise das propriedades psicométricas confirmando sua validade[24].

Critérios de exclusão para fatores causais

D. As dificuldades na aprendizagem não podem ser explicadas por deficiências intelectuais, déficits visuais ou auditivos não corrigidos, outros transtornos neurológicos ou mentais, adversidade psicossocial, baixa proficiência na língua utilizada para a aprendizagem acadêmica ou instrução educacional inadequada.

Ainda que não sejam a questão causal, há outros transtornos, bem como condições socioambientais, que podem ocorrer simultaneamente com os transtornos específicos da aprendizagem, prejudicando o prognóstico. Em relação às comorbidades, muitas pesquisas levantam hipóteses sobre as possíveis raízes comuns dos transtornos do neurodesenvolvimento[25] ou pelo menos chamam a atenção para o alto índice de coexistência, especialmente em relação ao transtorno de déficit de atenção (TDAH)[26]. Há, ainda, o chamado efeito aditivo, ou seja, a combinação dos dois transtornos, impactando ainda mais a vida escolar[16]. No Brasil, estudiosos encontraram uma prevalência de comorbidade entre escolares com TDAH e transtornos de aprendizagem de 46,7% em Porto Alegre, sendo o mais frequente o transtorno da expressão escrita (32,6%), já considerando os novos critérios do DSM-5[27].

Outra questão levantada em relação às comorbidades, com as mudanças de critérios no DSM-5, foi a alteração na prevalência das mesmas. Em estudo de revisão sistemática no período de 2001 a 2011, foram encontrados 17 trabalhos com uma alta taxa de comorbidade entre TDAH e os transtornos específicos de aprendizagem (45,1%) de acordo com os novos critérios de diagnóstico, que agora incluem também os transtornos de escrita e de matemática[28]. Vale lembrar que essa associação frequente entre TDAH e os transtornos de aprendizagem justifica a necessidade de se investigar o desempenho de leitura e escrita nessas crianças.

Codificações

Como já mencionado no início deste artigo, o diagnóstico será atribuído como transtorno específico de aprendizagem, e as áreas de comprometimento deverão ser especificadas (Tabela 1). Orienta-se especificar, igualmente, todos os domínios e sub-habilidades acadêmicas prejudicadas. O especificador de prejuízo na matemática não será comentado, tendo em vista que não está no escopo do presente artigo.

RENATA MOUSINHO
ANA LUIZA NAVAS

ARTIGO

Tabela 1 - Codificação dos transtornos específicos de aprendizagem no DSM-5

Transtorno específico de aprendizagem (66)
315.00 Com comprometimento em leitura (CID 10: F81.0)
Precisão na leitura de palavras Velocidade ou fluência de leitura Compreensão leitora
Nota: *Dislexia* é um termo alternativo usado para se referir a um padrão de dificuldades de aprendizagem caracterizado por problemas com a precisão ou fluência para reconhecer palavras, pobreza nas habilidades de decodificação e de soletração. Se o termo *dislexia* for usado para especificar este padrão particular de dificuldades, é importante especificar qualquer dificuldade adicional que esteja presente, como dificuldade de compreensão leitora ou raciocínio matemático.
315.2 Com comprometimento em escrita (CID 10: F81.8)
Precisão na soletração Precisão em gramática e pontuação Clareza e organização na expressão escrita

Durante os anos de elaboração do DSM-5, a manutenção do termo dislexia foi um aspecto controverso. Houve tendência a excluí-lo, aplicando apenas o termo transtorno específico de leitura. Entretanto, as manifestações de associações e de parte dos profissionais foram acatadas, e o termo foi incluído no final, em uma nota entre as codificações, tal qual observado no quadro acima. Os principais argumentos para a manutenção do termo dislexia foram a identidade, a divulgação científica já realizada sob essa nomenclatura, bem como as leis e orientações educacionais existentes. Cientistas na área foram contundentes ao defender que a exclusão do termo poderia perpetuar a falta de reconhecimento e compreensão da dislexia, além de contribuir para o atraso no diagnóstico e tratamento[29]. Outros destacaram a importância do alinhamento dos termos tanto para outros manuais diagnósticos quanto para documentos oficiais na área de educação[30]. Exatamente por ser um campo de alta complexidade, o uso de terminologias pode clarear a área, já que essas categorias favorecem a organização das principais dificuldades de uma desordem dimensional. Cabe ressaltar que, no entanto, o termo disortografia ficou excluído dessa última edição[15].

Em relação aos graus de severidade, tendo em vista que a dislexia envolve claramente aspectos biológicos, mas que as questões ambientais têm uma interferência importante na evolução do quadro, tanto nos aspectos clínicos quanto nos educacionais, os graus de severidade tidos como leve, moderado e grave no DSM-5 correspondem ao grau de impacto na vida diária e à quantidade de adaptações educacionais necessárias. Tal opção aproxima a classificação de manuais que se baseiam em critérios funcionais, como o proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)[31]. É interessante notar, igualmente, que incluir um indivíduo em uma classificação, nesta perspectiva, não é determinante, pois ele pode necessitar cada vez menos adaptações, que é o objetivo central de uma intervenção eficaz, migrando em direção a um quadro cada vez mais leve, com menos prejuízo na vida escolar e profissional. A seguir, na Tabela 2, reproduzimos a proposta do DSM-5.

Tabela 2 - Níveis de severidade dos transtornos específicos de aprendizagem segundo o DSM-5

Especificar a gravidade atual
- **Leve:** Alguma dificuldade em aprender habilidades em um ou dois domínios acadêmicos, mas com gravidade suficientemente leve que permita ao indivíduo ser capaz de compensar ou funcionar bem quando lhe são propiciadas adaptações ou serviços de apoio adequados, especialmente durante os anos escolares.
- **Moderada:** Dificuldades acentuadas em aprender habilidades em um ou mais domínios acadêmicos, de modo que é improvável que o indivíduo se torne proficiente sem alguns intervalos de ensino intensivo e especializado durante os anos escolares. Algumas adaptações ou serviços de apoio por pelo menos parte do dia na escola, no trabalho ou em casa podem ser necessários para completar as atividades de forma precisa e eficiente.
- **Grave:** Dificuldades graves em aprender habilidades, afetando vários domínios acadêmicos, de modo que é improvável que o indivíduo aprenda essas habilidades sem um ensino individualizado e especializado contínuo durante a maior parte dos anos escolares. Mesmo com um conjunto de adaptações ou serviços de apoio adequados em casa, na escola ou no trabalho, o indivíduo pode não ser capaz de completar todas as atividades de forma eficiente.

RENATA MOUSINHO[1], ANA LUIZA NAVAS[2]

[1] Professora associada, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Mestre e Doutora em Linguística pela UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Pós-doutora em Psicologia, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. [2] Professora adjunta, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. Mestre e Doutora em Psicologia pela University of Connecticut, Storrs, CT, EUA. Pós-doutora em Linguística, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP.

Considerações finais

A partir da descrição das mudanças relativas aos transtornos de aprendizagem implementadas no DSM-5, podemos identificar avanços positivos para a atuação clínica e promoção de adaptações educacionais, mas há outros pontos que ainda requerem vasta discussão no meio científico. Um exemplo claro de avanço é a discussão da importância da avaliação da fluência de leitura – o que, particularmente para o português brasileiro, é relevante –, bem como a introdução do conceito da resposta à intervenção para se chegar ao diagnóstico.

Com relação aos pontos que ainda precisam ser melhorados, destaca-se o critério diagnóstico para indivíduos adultos ou adolescentes que já podem ter desenvolvido estratégias para a leitura de textos simples, mas que, em situações de estresse, ou frente a textos linguisticamente complexos, mantêm as dificuldades de precisão e fluência de leitura que podem prejudicar a compreensão. No Brasil, acrescenta-se ainda outro obstáculo, que é a escassez de instrumentos de avaliação de linguagem escrita, desenvolvidos respeitando-se as características psicolinguísticas do português brasileiro.

Artigo submetido em 04/03/2016, aceito em 09/03/2016.
Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.
Fontes de financiamento inexistentes.
Correspondência: Renata Mousinho, Av. das Américas, 2678, 11, Barra da Tijuca, CEP 22.640-102, Rio de Janeiro, RJ. E-mail: mousinho.ufrj@gmail.com

Referências

1. Lyon GR, Shaywitz SE, Shaywitz BA. A definition of dyslexia. Ann Dyslexia. 2003;53:1-15.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Koulopoulou A. P01-221 - Anxiety and depression symptoms in children-commorbidity with learning disabilities. Eur Psychiatry. 2010;25:432.
4. Fuchs LS, Vaughn S. Responsiveness-to-intervention: a decade later. J Learn Disabil. 2012;45:195-203.
5. Cavendish W. Identification of learning disabilities: implications of proposed dsm-5 criteria for school-based assessment. J Learn Disabil. 2013;46:52-7.
6. Fletcher JM, Lyon GR, Fuchs LS, Barnes MA. Learning disabilities: from identification to intervention. New York: Guilford; 2007.
7. Mousinho R. Transtornos específicos de aprendizagem – dislexia. In: Marquesan I, Silva H, Tomé M. Tratado das especialidades em fonoaudiologia. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2014. p. 583-92.
8. Navas ALGP. Annual research review: the nature and classification of reading disorders--a commentary on proposals for DSM-5. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17:370-1.
9. Share DL. On the Anglocentricities of current reading research and practice: the perils of overreliance on an "outlier" orthography. Psychol Bull. 2008;134:584-615.
10. Shaywitz SE, Morris R, Shaywits BA. The education of dyslexic children from childhood to young adulthood. Annu Rev Psychol. 2008;59:451-75.
11. Rodrigues JC, Salles JF. Tarefa de escrita de palavras/pseudopalavras para adultos: abordagem da neuropsicologia cognitiva. Let Hoje. 2013;48:50-8.
12. Schwanenglugel PJ, Hamilton AM, Wisenbaker JM, Kuhn MR, Stahl SA. Becoming a fluent reader: reading skill and prosodic features in the oral reading of young readers. J Educ Psychol. 2004;96:119-29.
13. Salles JF. Compreensão de leitura textual entre crianças com e sem dificuldades de leitura e escrita. In: Barbosa T, Rodrigues CC, Melo CB, Capellini SA, Mousinho R, Mendonça L, org. Temas em dislexia. São Paulo: Artes Médicas; 2009. p. 103-13.
14. Geva E, Yaghoub Zadeh Z. Reading efficiency in native English speaking and English-as-a-second-language children: the role of oral proficiency and underlying cognitive-linguistic processes. Sci Stud Read. 2006;10:31-57.
15. Snowling MJ, Hulme C. Annual research review: the nature and classification of reading disorders-

-a commentary on proposals for DSM-5. J Child Psychol Psychiatry. 2012;53:593-607.
16. Gooch D, Snowling M, Hulme C. Time perception, phonological skills and executive function in children with dyslexia and/or ADHD symptoms. J Child Psychol Psychiatry. 2011;52:195-203.
17. Zorzi JL. Aprendizagem e distúrbios da linguagem escrita: questões clínicas e educacionais. Porto Alegre: Artmed; 2003.
18. Mousinho R, Correa J. Conhecimento ortográfico na dislexia fonológica. In: Barbosa T, Rodrigues C, Mello C, Capellini S, Mousinho R, Alves L, org. Temas em dislexia. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 33-45.
19. Kolinsky R, Fernandes T. A cultural side effect: learning to read interferes with identity processing of familiar objects. Front Psychol. 2014;5:1224.
20. Van Dijk TA, Kintsch W. Strategies of discourse comprehension. New York: Academic Press; 1983.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Arlington: American Psychiatric Publishing; 1994.
22. Tannock R. DSM 5 changes in diagnostic criteria for specific learning disabilities, (SLD): what are the implications? [Internet]. International Dyslexia Association (IDA). 2014 [cited 2016 Mar 28]. dyslexiahelp.umich.edu/sites/default/files/IDA_DSM-5%20Changes.pdf
23. Lyytinen H, Erskine J. Early identification and prevention of reading problems. learning disabilities. 2006 Feb [cited 2016 Mar 28]. child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/897/early-identification-and-prevention-of-reading-problems.pdf
24. Reynolds AE, Caravolas M. Evaluation of the Bangor Dyslexia Test (BDT) for use with Adults. Dyslexia. 2016;22:27-46.
25. Willcutt EG, DeFries JC, Pennington BF, Olson RK, Smith SD, Cardon LR. Genetic etiology of comorbid reading difficulties and ADHD. In: Plomin R, DeFries JC, Craig IW, McGuffin P, editors. Behavioral genetics in a postgenomic era. Washington: American Psychological Association; 2003. p. 227-46.
26. Riesgo RS. Transtornos de atenção: Co-morbidades. In: Rotta NT, Ohlweilwe L, Riesgo RS, editores. Transtornos de aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 347-63.
27. Dorneles BV, Corso LV, Costa AC, Pisacco NMT, Sperafico YLS, Rohde LAP. Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. Psicol Reflex Crit. 2014;27:759-67 .
28. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-V for assessment and treatment. J Learn Disabil. 2013;46:43-51.
29. Cowen CD, Dakin KE. Breaking news & call to action: DSM-5 proposed revisions remove the term dyslexia [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 28]. eida.org/dsm5-revisions/
30. Susan C, Lowell MA; International Dyslexia Association (IDA). Reading, literacy & learning. In: 63rd Annual IDA Conference; 2012 Oct 24-7; Baltimore, USA. [cited 2016 Mar 28]. pt.slideshare.net/mdconferencefinder/63rd-annual-international-dyslexia-association-conference-reading-literacy-learning
31. World Health Organization (WHO). International classification of functioning, disability and health (ICF) [Internet]. 2001 [cited 2016 Mar 28]. who.int/classifications/icf/en/

View publication stats