

Transtornos específicos da aprendizagem (dislexia, discalculia e expressão escrita)

A criança com dificuldade escolar no consultório, da exclusão de causas pedagógicas, emocionais, sensoriais e de sono ao encaminhamento multiprofissional

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Antes de pensar em transtorno, afaste as causas de **dificuldade escolar**: pedagógicas (método, troca de escola, faltas), emocionais, familiares e sociais, **visão e audição, sono**, doenças crônicas, **TDAH**, **deficiência intelectual** e **crises de ausência** (SBP 2018). O **transtorno específico da aprendizagem** (TEAp) — com prejuízo na leitura (dislexia), na expressão escrita ou na matemática (discalculia) — é um transtorno do neurodesenvolvimento: dificuldade em leitura, escrita ou matemática que **persiste por pelo menos 6 meses apesar de intervenção dirigida**, bem abaixo do esperado para a idade e não explicada por aquelas causas (DSM-5-TR). O diagnóstico é **multiprofissional** (neuropsicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia). 🟢 O pediatra corrige fatores e pede intervenção pedagógica; 🟡 se persistir, encaminhamento eletivo para avaliação multiprofissional. 🔴 só diante de **perda de habilidades** ou **sinais neurológicos**: não é transtorno de aprendizagem, e a criança vai ao pronto-socorro ou ao neuropediatra com urgência. Não há remédio para o TEAp; não indique treinamento visual nem lentes coloridas.

1. O que é e como se apresenta

Dificuldade escolar × transtorno. A SBP (2018) separa as **dificuldades escolares** — pedagógicas, familiares, emocionais, sociais ou orgânicas tratáveis, muito mais frequentes — dos **transtornos da aprendizagem**, neurobiológicos, presentes desde o início da escolarização. Baixo rendimento não é sinônimo de transtorno (AAP 2011).

Critérios (DSM-5, mantidos no DSM-5-TR; citados pela SBP 2018 e pela AEP 2022):

- **A.** Pelo menos um sintoma **persistente por ≥ 6 meses, apesar de intervenções dirigidas**: leitura imprecisa ou lenta; dificuldade de compreender o que lê; dificuldade ortográfica ou na expressão escrita; dificuldade com senso numérico, cálculo ou raciocínio matemático.
- **B.** Desempenho **bem abaixo do esperado para a idade** em testes padronizados individuais, com prejuízo escolar ou na vida diária.
- **C.** Início na idade escolar.
- **D. Não explicado** por deficiência intelectual, déficit visual ou auditivo não corrigido, outro transtorno mental ou neurológico, adversidade psicossocial, língua de instrução diferente ou ensino inadequado.

Especificadores (terminologia da SBP 2018, igual à do DSM-5): com prejuízo na **leitura** (F81.0 — dislexia), na **expressão escrita** (F81.1) e na **matemática** (F81.2 — discalculia). "Disortografia" (erros ortográficos) e "disgrafia" (letra e traçado, que pode refletir transtorno da coordenação) são termos da fonoaudiologia e da psicopedagogia, não usados pela SBP.

Frequência. Problemas de aprendizagem atingem 5–15% dos escolares; 80% envolvem a leitura e um terço tem **TDAH** associado (AEP 2022). A SBP cita dislexia em 6–7% e discalculia em 3–6%; o Ministério da Saúde (BVS), dislexia em cerca de 4%. Parentes de 1º grau têm risco 4 a 8 vezes maior (AEP 2022).

Mecanismo. A dislexia é de base **linguística** (déficit fonológico), não visual (AAP/AAO 2011).

Sinais precoces (AEP 2022):

- **Pré-escola:** trocas persistentes na fala, dificuldade de encontrar palavras, de aprender rimas, alfabeto, números, cores e dias da semana, de seguir instruções; dificuldade motora fina. **Atraso de linguagem** prévio é o principal marcador.
- **5–9 anos:** não associa letra e som, leitura em voz alta lenta e com esforço, ortografia inconsistente, dificuldade com a magnitude dos números, sequências, horas e dinheiro; conta nos dedos quando os colegas já memorizaram.
- **10–13 anos:** compreensão leitora pobre, evita ler em voz alta, muitos erros ortográficos, organização deficiente.
- Motivos de consulta: queixas somáticas, recusa escolar, baixa autoestima, *bullying* (AEP 2022).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve — seguimento pelo pediatra	Dificuldade recente ou com causa identificável (faltas, troca de escola, conflito familiar, telas e sono); visão, audição e exame neurológico normais; sem sinais de TDAH, deficiência intelectual ou ausências; ainda sem intervenção dirigida	Corrigir fatores; relatório da escola, cadernos e provas; pedir intervenção pedagógica dirigida (reforço em pequenos grupos); reavaliar em 3 meses (sugestão do site)
● Moderada — encaminhamento eletivo	Dificuldade persistente por ≥ 6 meses apesar de intervenção dirigida ; defasagem importante; sinais precoces com história familiar; triagem visual ou auditiva alterada; suspeita de comorbidade (TDAH, TEA, deficiência intelectual, linguagem, ansiedade, depressão) ou de ausências	Encaminhar para avaliação multiprofissional; oftalmologista e audiologia conforme a triagem; neuropediatra se ausências, deficiência intelectual, distúrbios ou exame neurológico duvidoso — com prioridade na suspeita de ausências
● Grave — urgência	Perda de habilidades já adquiridas ou declínio cognitivo progressivo; sinais neurológicos : déficit focal, ataxia, alteração de consciência, crises frequentes ou prolongadas, cefaleia com vômitos matinais, papiledema	Não é transtorno de aprendizagem: pronto-socorro se sinais agudos, hipertensão intracraniana ou crise ≥ 5 min; neuropediatra com urgência, por contato direto, na regressão insidiosa

Fatores de risco que elevam a suspeita ou a gravidade:

- História familiar de dislexia, discalculia ou TDAH; **atraso de linguagem** na pré-escola.
- Prematuridade, baixo peso, infecções congênitas, **exposição pré-natal ao álcool**.
- Perda auditiva (inclusive otite média com efusão de repetição) ou déficit visual não corrigido.
- TDAH, TEA, epilepsia, paralisia cerebral, sequela de traumatismo craniano ou meningite.
- Síndromes genéticas: X frágil, Turner, neurofibromatose tipo 1, deleção 22q11.2, Williams, Noonan (SBP 2018; AEP 2022).
- Adversidade psicossocial, estresse tóxico, perdas escolares da pandemia (SBP 2026).

3. Diagnóstico no consultório

O pediatra não faz sozinho o diagnóstico, mas afasta causas médicas, identifica comorbidades e coordena o processo (SBP 2018).

Anamnese dirigida:

- **Escola:** método, trocas de escola, faltas, *bullying*. Peça **relatório escolar** e veja **cadernos e provas** (SBP 2018).
- **Desenvolvimento** da linguagem e da motricidade fina; história familiar.
- **Sono:** horário, telas à noite, ronco com pausas, pernas inquietas.
- **Emocional e familiar:** humor, conflitos, violência.
- **"Desligamentos"** de segundos, várias vezes ao dia: suspeitar de crises de ausência.
- **Medicamentos:** anti-histamínicos sedativos, fármacos anticrise (sonolência, lentificação — SBP 2023).
- **Perda de habilidades:** pergunte sempre; se houver, o caso é .

Exame físico: crescimento, perímetro cefálico, dismorfias, manchas café com leite, tireoide, palidez, **exame neurológico** completo com fundo de olho quando possível. **Hiperventilação por 3 minutos** pode desencadear uma crise de ausência.

Triagens obrigatórias antes de qualquer encaminhamento:

- **Visão:** acuidade monocular e alinhamento; oftalmologista se **pior que 20/30 ou diferença entre os olhos** (SBOP/SBP). A triagem não detecta hipermetropia nem insuficiência de convergência: com queixa para perto (cansaço, cefaleia, diplopia ao ler), encaminhe ao oftalmologista (AAP/AAO 2011).
- **Audição:** audiometria tonal e imitanciometria, mesmo com teste da orelhinha normal; a SBP inclui o **processamento auditivo** no transtorno de aprendizagem (SBP 2014).

Exames complementares: nenhum exame diagnóstica TEAp. Conforme a clínica: hemograma e ferritina, TSH e T4 livre, polissonografia. **EEG** só na suspeita de ausências, crises focais ou regressão de linguagem. **Neuroimagem e genética** só com sinais neurológicos, dismorfias, deficiência intelectual ou antecedentes perinatais relevantes (AEP 2022); **X frágil** se fenótipo sugestivo ou deficiência intelectual na família materna (SBP 2018).

Diagnóstico diferencial que não pode passar:

- Déficit visual ou auditivo; **deficiência intelectual** (dificuldade global) e síndromes genéticas.
- **TDAH** (causa ou comorbidade), **transtorno de linguagem**, TEA.
- **Crises de ausência**; **privação de sono** e apneia; **ansiedade**, **depressão**, violência.
- **Regressão**: síndrome de Landau-Kleffner (perda da linguagem com EEG alterado), adrenoleucodistrofia ligada ao X (menino escolar com queda do rendimento), tumor do sistema nervoso central, doenças metabólicas.

Quem faz o diagnóstico: equipe **multiprofissional** — **neuropsicólogo** (inteligência, atenção, memória, funções executivas), **fonoaudiólogo** (linguagem oral e escrita, consciência fonológica), **psicopedagogo** (habilidades acadêmicas) (SBP 2018; AEP 2022; MS). Os testes padronizados não são para o consultório pediátrico (AEP 2022).

4. Tratamento e seguimento

A base é educacional. O mau leitor do 1º ano raramente se recupera sozinho; a intervenção precoce muda o prognóstico (AAP 2011).

O que é do pediatra:

- Corrigir óculos, audição, sono, anemia, tireoide. **Psicoeducação:** explicar à família e, a partir de cerca de 8 anos, à criança que o transtorno não é preguiça nem falta de inteligência, e que repetir o ano não resolve (SBP 2018).
- **Relatório à escola** com hipóteses, triagens e pedido de intervenção.
- Orientar os direitos: a **Lei nº 14.254/2021** obriga o poder público a manter **acompanhamento integral** para educandos com dislexia, TDAH ou outro transtorno de aprendizagem — **identificação precoce, encaminhamento para diagnóstico, apoio educacional na escola e apoio terapêutico na rede de saúde**, com **equipe multidisciplinar** e capacitação dos professores; vale para escolas públicas e privadas. A **Lei nº 13.146/2015** ampara o **Plano de Ensino Individualizado (PEI)**, sem cobrança adicional na escola privada (SBP 2018).
- Tratar ou encaminhar as **comorbidades**; acompanhar a cada 3–6 meses (sugestão do site) rendimento, autoestima, humor e *bullying*.

O que é do especialista e da escola:

- **Intervenção intensiva:** consciência fonológica, correspondência letra-som (método fônico), fluência e compreensão (AAP 2011); senso numérico e fatos aritméticos na discalculia; ortografia e produção de texto no prejuízo da expressão escrita.
- **Adaptações:** mais tempo nas provas, enunciado lido em voz alta, provas orais, menos cópia, avaliar o conteúdo e não a ortografia (AEP 2022; SBP 2018).

Medicamentos: não há tratamento farmacológico para o TEAp; medicação só para comorbidade diagnosticada (AEP 2022).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Nenhum para o TEAp	—	—	—	Sem indicação sem comorbidade (AEP 2022); evitar medicalização (SBP 2018)
Metilfenidato ou lisdexanfetamina	Conforme o documento TDAH desta Biblioteca	Idem	Com reavaliação	Só com TDHA comórbido confirmado ; não trata a dislexia (AAP 2019; NICE NG87; bula)
ISRS	Conforme o documento Ansiedade e depressão	—	—	Só com ansiedade ou depressão diagnosticada (SBP 2018)

O que não fazer:

- **Medicar sem diagnóstico:** estimulante "para ver se melhora a nota" não é teste diagnóstico (SBP 2018; AEP 2022).
- **Treinamento visual**, exercícios oculares, prismas, **lentes ou filtros coloridos** (método Irlen): sem evidência de benefício; atrasam a intervenção correta (AAP/AAO 2009 e 2011).
- Ômega-3, *Ginkgo biloba*, *neurofeedback*, quiropraxia: discuta com a família a falta de evidência (SBP 2018).
- **EEG ou neuroimagem de rotina** (AEP 2022; Boston Children's).
- **Esperar que "amadureça"** ou indicar repetência como tratamento.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

O TEAp nunca é indicação de pronto-socorro; encaminhe com urgência quando a queixa escolar esconder outra doença:

- **Perda de habilidades já adquiridas** (leitura, escrita, fala, marcha) ou declínio cognitivo progressivo.
- **Hipertensão intracraniana:** cefaleia que acorda a criança ou matinal com vômitos, papiledema, diplopia.

- **Déficit focal novo**, ataxia, alteração de consciência.
- **Crise epiléptica ≥ 5 minutos** (siga o Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site).
- **Ideação suicida com plano ou autolesão grave** (comorbidade emocional): emergência psiquiátrica.

Como encaminhar: registre o início da perda de habilidades (vídeos, cadernos antigos comparados aos atuais), o exame neurológico e o fundo de olho. Na crise em curso, resgate conforme o protocolo do site (midazolam IN 0,2 mg/kg, bucal 0,3 mg/kg ou IM 0,2 mg/kg, máx. 10 mg; ou diazepam retal 0,5 mg/kg, máx. 10 mg), decúbito lateral e oxigênio para manter **SpO₂ $\geq$ 94%** no transporte. Na regressão insidiosa sem sinais agudos, contato direto com o neuropediatra para avaliação com urgência.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Dificuldade para ler, escrever ou fazer contas não é preguiça nem falta de inteligência. Vamos descobrir a causa antes de dar nome ou remédio."
- "Traga boletim, cadernos, provas e um relatório da professora."
- "Sono suficiente, sem telas 1–2 horas antes de dormir, e leitura diária junto com a criança."
- "Não compre lentes coloridas, exercícios para os olhos ou suplementos para dislexia: não funcionam."
- "A Lei nº 14.254/2021 garante acompanhamento na escola; peça o plano de apoio."
- **Voltar antes** se a criança deixar de fazer o que já fazia (ler, falar, andar), tiver "desligamentos" várias vezes ao dia, convulsão, dor de cabeça forte com vômitos, fraqueza de um lado do corpo, andar cambaleante, ou falar em morrer ou se machucar.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição	DSM-5, ≥ 6 meses apesar de intervenção (2018)	Neurobiológico; diagnóstico por exclusão	Baixo rendimento ≠ transtorno; base linguística (2011)	Sem diretriz específica localizada	DSM-5 (2022)	Sem posição específica localizada	Leitura imprecisa com linguagem oral competente	Segue o NICE
Pediatra e triagens	Visão, audição, sono, ausências; coordena	Lei 14.254: identificação precoce	Visão e audição; oftalmologista se falhar	—	Exame neurológico, visão, audição	—	Neurologista na equipe	Segue o NICE
Exames	Conforme a clínica; X frágil se fenótipo	—	—	—	Neuroimagem e genética só com sinais neurológicos	—	Imagem não diagnóstica dislexia	Segue o NICE
Diagnóstico	Equipe multiprofissional	Equipe multidisciplinar	Avaliação educacional e psicológica	—	Saúde, educação e social	—	Neurologia, neuropsicologia, linguagem	Segue o NICE
Tratamento	PEI e psicoeducação	Apoio educacional e terapêutico	Método fônico intensivo	—	Adaptações; sem fármaco	—	Leitura intensiva diária na escola	Segue o NICE
Sem evidência	Alternativos: discutir risco-benefício	—	Contra terapia visual e lentes coloridas	—	—	—	—	Segue o NICE

Leitura: SBP, AEP, AAP e Boston Children's convergem: o transtorno é neurobiológico e linguístico, exige persistência apesar de intervenção, o diagnóstico é multiprofissional e o tratamento é educacional; o pediatra afasta causas sensoriais, de sono, emocionais e neurológicas, e coordena. As diferenças são de ênfase: a **SBP** dá mais peso aos fatores pedagógicos e familiares e ao risco de medicalização, e inclui o processamento auditivo; a **AEP** é a mais explícita ao restringir neuroimagem e genética e ao negar fármaco para o TEAp; a **AAP/AAO** é a referência contra treinamento visual e lentes coloridas, tema que SBP e AEP não contradizem. A Lei nº 14.254/2021 torna a identificação precoce e o acompanhamento multidisciplinar obrigação do poder público e das escolas. O NICE não tem diretriz sobre o tema; não foi localizada posição da Johns Hopkins. **O site adota a posição da SBP**, complementada pela AAP/AAO quanto a visão e terapias visuais.

PONTOS PRÁTICOS

1. Dificuldade escolar não é transtorno: afaste escola, faltas, emoções, sono, visão e audição antes do rótulo.
2. Transtorno exige persistência ≥ 6 meses apesar de intervenção e diagnóstico multiprofissional.
3. Acuidade visual e audiometria em toda queixa escolar; pense em TDAH, deficiência intelectual e ausências.
4. Não há remédio para dislexia; estimulante só com TDAH comórbido confirmado.
5. Treinamento visual, lentes coloridas e suplementos não funcionam (AAP/AAO).
6. Perda de habilidades ou sinal neurológico não é transtorno de aprendizagem: é urgência neurológica.

Veja também, nesta Biblioteca: **TDAH, Atraso de fala e do desenvolvimento, Distúrbios do sono na infância e Ansiedade e depressão** (Patologias do consultório); **Isolamento social e aprendizagem** (Temas SBP 2026); **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo** (Urgências); **Consultas de puericultura** de 5 a 10 anos.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. O papel do pediatra diante da criança com dificuldade escolar (Diretrizes nº 1), 2018. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Neurologia. Epilepsia e aprendizagem — a importância da relação neuropedagógica (Documento Científico nº 73), 2023. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Otorrinolaringologia. Audição e aprendizagem, 2014. sbp.com.br
- Brasil. Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021 — acompanhamento integral para educandos com dislexia, TDAH ou outro transtorno de aprendizagem. planalto.gov.br
- Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde. 16/11 — Dia Nacional de Atenção à Dislexia. bvsmis.saude.gov.br
- American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology e Council on Children with Disabilities; AAO; AAPOS; AACO. Handler SM, Fierson WM et al. Learning disabilities, dyslexia, and vision (Joint Technical Report). Pediatrics, 2011;127:e818–e856. [PDF](#)
- American Academy of Ophthalmology, AAP, AAPOS, AACO. Learning disabilities, dyslexia and vision (declaração conjunta, revisão de 2009). aao.org

- Asociación Española de Pediatría / SENEP. Amado Puentes A et al. Trastornos del aprendizaje: definiciones; Trastornos del aprendizaje: abordaje e intervención. Protoc diagn ter pediatr, 2022;1:1-17. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital (Harvard Medical School). Learning Disabilities Program. childrenshospital.org; Dyslexia. childrenshospital.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.