ISSN-2966-0785 REVISTA ACADÊMICA DA LUSOFONIA

DISLEXIA: UMA CONTRIBUIÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO NA INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA

DYSLEXIA: A CLASSIFICATION CONTRIBUTION TO INTERVENTION IN PSYCHOLOGY

DISLEXIA: UNA CONTRIBUCIÓN DE CLASIFICACIÓN EN LA INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA

Francisco Casimiro Lubalo[1]

[1] Universidade 11 de Novembro (UON), Cabinda, Angola. E-mail: filantropico2003@yahoo.es | Telemóvel: +244 928 66 32 87.

RESUMO

O presente artigo científico analisa os fundamentos epistemológicos, neuropsicológicos e clínicos da dislexia do desenvolvimento, tendo como objetivo geral propor uma classificação operacional da dislexia em contexto de intervenção psicológica, articulando os contributos da neurociência cognitiva, da psicologia escolar e da psicopedagogia clínica. Metodologicamente, a investigação adota uma abordagem qualitativa de natureza teórica, bibliográfica e documental, sustentada na revisão crítica de literatura especializada clássica e contemporânea, bem como na análise comparativa dos principais manuais nosológicos internacionais, designadamente o DSM-5-TR e a CID-11. A discussão evidencia que as classificações meramente descritivas ou estritamente médicas revelam insuficiências operacionais quando transpostas para a prática psicoterapêutica e reeducativa, pois negligenciam a heterogeneidade dos perfis cognitivos, emocionais e socioculturais dos sujeitos avaliados. Como resultado central, apresenta-se uma matriz classificatória multidimensional para a intervenção psicológica, estruturada em quatro eixos integrados: o perfil cognitivo-linguístico predominante, o nível de severidade e compensação funcional, a presença de comorbilidades neurodesenvolvimentais e emocionais secundárias, e a responsividade à intervenção psicopedagógica. Conclui-se que a adoção desta taxonomia clínica permite superar o reducionismo diagnóstico, orientando o psicólogo na elaboração de planos de intervenção individualizados, preventivos e ecologicamente validados, com especial relevância para contextos educativos lusófonos e africanos, como o sistema de ensino angolano, onde o diagnóstico precoce, a formação docente e a diferenciação pedagógica constituem desafios prioritários para a promoção da equidade e da verdadeira inclusão escolar de crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Dislexia do desenvolvimento; Classificação clínica; Intervenção psicológica; Neuropsicologia cognitiva; Inclusão escolar.

ABSTRACT

This scientific article analyzes the epistemological, neuropsychological, and clinical foundations of developmental dyslexia, with the general objective of proposing an operational classification of dyslexia within the context of psychological intervention, articulating key contributions from cognitive neuroscience, school psychology, and clinical psychopedagogy. Methodologically, the research adopts a qualitative approach of a theoretical, bibliographic, and documentary nature, supported by a critical review of classical and contemporary specialized literature, as well as a comparative analysis of the main international nosological manuals, namely the DSM-5-TR and ICD-11. The discussion highlights that purely descriptive or strictly biomedical classifications reveal significant operational shortcomings when transposed into psychotherapeutic and re-educational practice, as they neglect the broad heterogeneity of cognitive, emotional, and sociocultural profiles of evaluated individuals. As a

central outcome, a multidimensional classificatory matrix for psychological intervention is presented, structured along four integrated axes: the predominant cognitive-linguistic profile, the level of severity and functional compensation, the presence of neurodevelopmental and secondary emotional comorbidities, and the responsiveness to structured psychopedagogical intervention. It is concluded that adopting this clinical taxonomy allows practitioners to overcome diagnostic reductionism, guiding psychologists in designing individualized, preventive, and ecologically validated intervention plans, with particular relevance for Lusophone and African educational contexts, such as the Angolan education system, where early diagnosis, teacher training, and pedagogical differentiation represent priority challenges for promoting equity and genuine school inclusion for children and adolescents facing specific reading difficulties.

Keywords: Developmental dyslexia; Clinical classification; Psychological intervention; Cognitive neuropsychology; School inclusion.

RESUMEN

El presente artículo científico analiza los fundamentos epistemológicos, neuropsicológicos y clínicos de la dislexia del desarrollo, teniendo como objetivo general proponer una clasificación operativa de la dislexia en el contexto de la intervención psicológica, articulando los aportes de la neurociencia cognitiva, la psicología escolar y la psicopedagogía clínica. Metodológicamente, la investigación adopta un enfoque cualitativo de naturaleza teórica, bibliográfica y documental, sustentado en la revisión crítica de literatura especializada clásica y contemporánea, así como en el análisis comparativo de los principales manuales nosológicos internacionales, designadamente el DSM-5-TR y la CIE-11. La discusión evidencia que las clasificaciones meramente descriptivas o estrictamente médicas revelan insuficiencias operativas cuando se transponen a la práctica psicoterapéutica y reeducativa, pues descuidan la amplia heterogeneidad de los perfiles cognitivos, emocionales y socioculturales de los sujetos evaluados. Como resultado central, se presenta una matriz clasificatoria multidimensional para la intervención psicológica, estructurada en cuatro ejes integrados: el perfil cognitivo-lingüístico predominante, el nivel de gravedad y compensación funcional, la presencia de comorbilidades del neurodesarrollo y emocionales secundarias, y la capacidad de respuesta a la intervención psicopedagógica. Se concluye que la adopción de esta taxonomía clínica permite superar el reduccionismo diagnóstico, orientando al psicólogo en la elaboración de planes de intervención individualizados, preventivos y ecológicamente validados, con especial relevancia para contextos educativos lusófonos y africanos, como el sistema educativo angoleño, donde el diagnóstico precoz y la diferenciación pedagógica constituyen desafíos prioritarios para la inclusión escolar.

Palabras clave: Dislexia del desarrollo; Clasificación clínica; Intervención psicológica; Neuropsicología cognitiva; Inclusión escolar.

1 INTRODUÇÃO

A leitura e a escrita constituem aquisições culturais de extraordinária complexidade neurocognitiva que transformaram radicalmente a organização das sociedades letradas e o próprio funcionamento cerebral da espécie humana (DEHAENE, 2012). Diferentemente da linguagem oral, para a qual o cérebro humano dispõe de circuitos filogeneticamente programados e maturação espontânea em ambientes linguisticamente estimulantes, a aprendizagem da linguagem escrita exige uma reciclagem neuronal intencional e sistemática de estruturas visuais e fonológicas pré-existentes (MORAIS, 2013; SHAYWITZ, 2006). Quando esse processo de apropriação do código alfabético encontra obstáculos persistentes, inesperados e resistentes à instrução pedagógica convencional, emerge o fenómeno clínico e educacional denominado dislexia do desenvolvimento.

Nas últimas quatro décadas, os avanços proporcionados pela neuroimagem funcional, pela genética comportamental e pela psicologia cognitiva permitiram consolidar o consenso científico de que a dislexia possui uma base neurobiológica e constitucional, não podendo ser atribuída a défices sensoriais primários, deficiência intelectual, carência socioeconómica extrema ou inadequação instrucional isolada (LYON; SHAYWITZ; SHAYWITZ, 2003; SNOWLING; HULME, 2012). Contudo, a tradução desse conhecimento neurocientífico para a prática cotidiana da intervenção psicológica e psicopedagógica ainda enfrenta um hiato epistemológico e metodológico significativo: os sistemas nosológicos internacionais — tais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) — privilegiam critérios categoriais de inclusão e exclusão voltados à rotulagem diagnóstica, oferecendo escassa diretividade clínica sobre como intervir diferencialmente perante a vasta heterogeneidade de manifestações funcionais apresentadas pelos sujeitos disléxicos (APA, 2022; OMS, 2022; PENNINGTON, 2006).

No contexto educativo lusófono, e particularmente na realidade escolar angolana, essa lacuna assume contornos ainda mais críticos. A ausência de instrumentos padronizados adaptados à realidade sociolinguística local, aliada à escassez de protocolos classificatórios orientados para a prática do psicólogo escolar e clínico, conduz frequentemente a dois extremos igualmente prejudiciais: por um lado, o subdiagnóstico, em que crianças com dislexia são estigmatizadas como desinteressadas, preguiçosas ou intelectualmente incapazes, acumulando fracassos escolares e sofrimento psíquico; por outro, o sobrediagnóstico

indiferenciado, no qual dificuldades pedagógicas transitórias são patologizadas sem rigor técnico (CAPELLINI; GERMANO; CUNHA, 2010; FONSECA, 2014).

Diante desta problemática, formula-se a seguinte questão norteadora da investigação: De que maneira uma classificação multidimensional da dislexia, fundamentada na articulação entre perfis neurocognitivos, variáveis emocionais e responsividade terapêutica, pode otimizar a eficácia da intervenção psicológica?

Para responder a esta indagação, estabelece-se como objetivo geral: propor uma classificação operacional da dislexia em contexto de intervenção psicológica, integrando dimensões neuropsicológicas, emocionais e psicopedagógicas para orientar a tomada de decisão clínica.

Como desdobramento lógico e metodológico, definem-se os seguintes objetivos específicos:

1. Analisar criticamente a evolução histórico-epistemológica, os fundamentos neurobiológicos e os modelos cognitivos explicativos da dislexia do desenvolvimento, confrontando as abordagens médicas, neuropsicológicas e psicopedagógicas na literatura científica;

2. Examinar as potencialidades e limitações das principais taxonomias clássicas e dos manuais diagnósticos contemporâneos (DSM-5-TR e CID-11) quanto à sua aplicabilidade na prática clínica do psicólogo;

3. Estruturar uma matriz classificatória multidimensional da dislexia orientada para a intervenção psicológica, estabelecendo indicadores diagnósticos, eixos de severidade e diretrizes terapêuticas diferenciadas.

Metodologicamente, o estudo configura-se como uma investigação de abordagem qualitativa, de natureza teórica, bibliográfica e documental (GIL, 2019; LAKATOS; MARCONI, 2021). O corpus analítico compreendeu obras fundacionais e artigos científicos indexados publicados entre 1970 e 2025 nas bases SciELO, PubMed, PsycINFO e PePSIC, selecionados a partir dos descritores developmental dyslexia, subtypes of dyslexia, neuropsychological classification e psychological intervention. A análise hermenêutica e comparativa dos referenciais teóricos permitiu sintetizar as convergências e controvérsias do campo, culminando na formulação da proposta taxonómica apresentada nas secções subsequentes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E EPISTEMOLÓGICA DA DISLEXIA DO DESENVOLVIMENTO

2.1 Evolução Histórico-Conceitual, Fundamentos Neurobiológicos e Modelos Cognitivos da Dislexia

A compreensão científica da dislexia percorreu um longo e sinuoso trajeto epistemológico desde as primeiras observações clínicas no final do século XIX até às atuais formulações da neurociência cognitiva, da genética comportamental e da psicologia do desenvolvimento. Historicamente, o fenómeno foi inicialmente descrito sob o prisma estritamente oftalmológico e neurológico lesional. Em 1877, o médico alemão Adolph Kussmaul cunhou a expressão cegueira verbal (wortblindheit) para designar a perda adquirida da capacidade de leitura em pacientes adultos que mantinham preservadas a acuidade visual, a inteligência geral e a expressão oral, após sofrerem lesões cerebrais focais (CRITCHLEY, 1970; SHAYWITZ, 2006). Uma década mais tarde, em 1887, o oftalmologista alemão Rudolf Berlin introduziu formalmente o vocábulo dislexia na literatura médica internacional para caracterizar um subgrupo específico de afasias em que a dificuldade residia na decodificação de símbolos gráficos impressos (SNOWLING, 2004).

A transição crucial do modelo neurológico adquirido para a conceção desenvolvimental ocorreu em novembro de 1896, quando o médico clínico britânico W. Pringle Morgan publicou no prestigiado periódico British Medical Journal o célebre relato de caso de Percy F., um adolescente de catorze anos descrito como brilhante nos jogos, perspicaz no raciocínio lógico e oralmente articulado, mas incapaz de aprender a ler e a escrever palavras simples apesar de sete anos de instrução escolar dedicada. Morgan denominou essa condição de cegueira verbal congénita, inaugurando o estudo sistemático das dificuldades específicas de leitura na infância (MORGAN, 1896; RUTTER, 1978).

Nos anos imediatamente seguintes, o oftalmologista escocês James Hinshelwood (1900, 1917) aprofundou essa linha de investigação clínica ao documentar diversos casos familiares de cegueira verbal congénita e ao postular que o transtorno decorria de uma agenesia ou defeito congénito localizado no giro angular do hemisfério cerebral esquerdo, região anatómica que acreditava ser responsável pelo armazenamento da memória visual das palavras. Embora a localização estritamente visual de Hinshelwood refletisse o localizacionismo clássico da neurologia oitocentista, suas observações sobre a agregação familiar do transtorno anteciparam em quase um século as descobertas da genética molecular contemporânea (GALABURDA et al., 2006; SHAYWITZ, 2006).

Na década de 1920, o neuropatologista e psiquiatra norte-americano Samuel Torrey Orton promoveu uma verdadeira rutura paradigmática ao deslocar o eixo explicativo das alterações exclusivamente visuais periféricas para a organização funcional inter-hemisférica e o processamento linguístico-motor. A partir da avaliação de centenas de crianças encaminhadas por fracasso escolar no estado de Iowa, Orton (1925, 1937) observou que os sujeitos com graves dificuldades na leitura apresentavam frequentemente inversões de letras simétricas (tais como b/d e p/q), transposições de sílabas (como ler sol por los) e episódios de escrita em espelho, fenómeno ao qual atribuiu o nome de estrefossimbolia, do grego símbolos torcidos.

Para Orton (1937), a estrefossimbolia resultava de um atraso ou falha no estabelecimento da dominância cerebral hemisférica esquerda para a linguagem. Segundo sua hipótese neurofisiológica, os engramas visuais das palavras seriam registados simultaneamente no hemisfério esquerdo em sua orientação correta e no hemisfério direito de forma especular (invertida); na ausência de uma supressão efetiva das imagens em espelho do hemisfério não dominante, ocorreria uma competição inter-hemisférica geradora de confusão na leitura e na escrita. Embora a teoria da estrefossimbolia tenha sido posteriormente refutada pelas evidências da psicolinguística moderna — que demonstraram que as inversões de letras ocorrem na fase inicial de alfabetização de qualquer criança devido à simetria invariante do sistema visual humano, conforme esclarece Dehaene (2012) —, o legado histórico de Orton permanece inestimável por ter reconhecido o caráter dinâmico e desenvolvimental da dislexia e por ter criado, juntamente com a educadora e psicóloga Anna Gillingham, a abordagem fónica multissensorial estruturada (método Orton-Gillingham), matriz das intervenções contemporâneas baseadas em evidências (GILLINGHAM; STILLMAN, 1997; SHAYWITZ, 2006).

Entre as décadas de 1950 e 1970, o debate científico internacional concentrou-se na tentativa de delimitar nosologicamente a dislexia frente a outras causas de baixo rendimento escolar. Em 1968, o Grupo de Investigação sobre Dislexia do Desenvolvimento e Analfabetismo Mundial da Federação Mundial de Neurologia (World Federation of Neurology - WFN), reunido em Dallas, formulou uma definição que exerceu profunda influência nas políticas educacionais e clínicas durante décadas. Segundo a WFN, a dislexia do desenvolvimento constituía um transtorno manifestado pela dificuldade na aprendizagem da leitura, apesar de instrução convencional, inteligência adequada e oportunidade sociocultural, dependendo de incapacidades cognitivas fundamentais que são frequentemente de origem constitucional (CRITCHLEY, 1970).

Contudo, essa definição clássica operava essencialmente por critérios de exclusão e ancorava-se no chamado modelo de discrepância entre o Quociente de Inteligência (QI) e o desempenho em leitura — paradigma consolidado pelos estudos epidemiológicos da Ilha de Wight conduzidos por Rutter e Yule (1975), que distinguiram o atraso específico de leitura (crianças com leitura significativamente abaixo do previsto pelo seu QI) do atraso geral de leitura (crianças com leitura baixa compatível com um QI globalmente reduzido). A partir do final da década de 1980, contudo, Keith Stanovich (1988, 1991) submeteu o critério de discrepância QI-leitura a uma crítica empírica e metodológica demolidora.

Por meio do seu modelo fonológico-nuclear de diferença variável (phonological-core variable-difference model), Stanovich (1988) demonstrou que os mecanismos cognitivos subjacentes à falha na decodificação de palavras — especificamente o défice no processamento fonológico — são qualitativamente e quantitativamente idênticos tanto em maus leitores com QI elevado quanto em maus leitores com QI na faixa média inferior. Ademais, Stanovich (1986) descreveu o célebre Efeito Mateus na leitura (em alusão à parábola bíblica em que aos que têm mais será dado, e aos que têm pouco até o que têm lhes será tirado): crianças com dificuldades iniciais na decodificação leem muito menos textos ao longo dos anos escolares, o que reduz drasticamente sua exposição a novas palavras e provoca um declínio secundário progressivo no vocabulário e nos escores verbais de QI, mascarando a própria discrepância psicométrica exigida para o diagnóstico.

Superado o paradigma reducionista da exclusão e da discrepância psicométrica rígida, a revolução cognitiva e a psicolinguística consolidaram uma definição positiva, operacional e neurobiologicamente fundamentada da dislexia. Nesse marco epistemológico, a definição consensual formulada pela International Dyslexia Association (IDA) em conjunto com o National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) estabelece que:

> A dislexia é uma dificuldade específica de aprendizagem de origem neurobiológica. Caracteriza-se por dificuldades no reconhecimento preciso e/ou fluente de palavras e por baixas capacidades de ortografia e decodificação. Estas dificuldades resultam tipicamente de um défice no componente fonológico da linguagem que é frequentemente inesperado em relação a outras capacidades cognitivas e à provisão de instrução eficaz em sala de aula. As consequências secundárias podem incluir problemas na compreensão da leitura e reduzida experiência de leitura, o que pode impedir o crescimento do vocabulário e do conhecimento geral (LYON; SHAYWITZ; SHAYWITZ, 2003, p. 2, tradução nossa).

Para compreender em profundidade a arquitetura explicativa condensada nesta definição consensual, torna-se fecundo recorrer ao modelo causal de três níveis proposto por John Morton e Uta Frith (1995), segundo o qual qualquer transtorno do neurodesenvolvimento deve ser analisado na intersecção dinâmica entre o nível biológico, o

nível cognitivo e o nível comportamental, todos eles permanentemente modulados pelos fatores ambientais, linguísticos e culturais.

2.1.1 Nível Neurobiológico, Genético e Neurofuncional

No plano biológico, as evidências acumuladas pela genética comportamental e molecular confirmam que a dislexia apresenta forte agregação familiar e elevada herdabilidade, estimada entre 50% e 70% em estudos com gémeos monozigóticos e dizigóticos (PENNINGTON, 2006; PETERSON; PENNINGTON, 2015). Uma criança que possui um dos progenitores disléxico apresenta um risco de 40% a 60% de desenvolver o mesmo transtorno, probabilidade significativamente superior à prevalência observada na população geral, situada entre 5% e 12% dependendo dos critérios diagnósticos e da transparência ortográfica do idioma avaliado (SHAYWITZ, 2006; SNOWLING, 2000).

Do ponto de vista molecular, a dislexia não obedece a uma herança mendeliana monogênica simples, mas configura um fenótipo complexo e poligénico. Investigações de ligação genética e associação genómica identificaram múltiplos loci de suscetibilidade — designados de DYX1 a DYX9 — nos quais se destacam genes candidatos como o DCDC2 e o KIAA0319 (localizados no cromossoma 6p22), o DYX1C1 (no cromossoma 15q21) e o ROBO1 (no cromossoma 3p12). Conforme demonstrado pelos estudos neuroanatómicos pioneiros de Albert Galaburda e colaboradores (1985, 2006), esses genes desempenham funções críticas na regulação da migração neuronal e na orientação axonal durante a embriogénese cortical, resultando em ectopias neuronais microscópicas e displasias focais predominantemente distribuídas nas regiões perisilvianas do hemisfério cerebral esquerdo.

No domínio da neuroimagem funcional — mediante técnicas como a Ressonância Magnética Funcional (fMRI), a Magnetoencefalografia (MEG) e a Tractografia por Tensor de Difusão (DTI) —, estudos conduzidos por Sally Shaywitz, Bennett Shaywitz, Kenneth Pugh, Stanislas Dehaene e Fumiko Hoeft revelaram uma assinatura neurofuncional consistente em leitores disléxicos de diferentes línguas e culturas (PAULESU et al., 2001; PUGH et al., 2001; SHAYWITZ; SHAYWITZ, 2008; DEHAENE, 2012). Em leitores típicos, a leitura proficiente mobiliza uma rede neural altamente especializada no hemisfério esquerdo composta por três circuitos principais:

1. O circuito dorsal (parieto-temporal), que engloba o giro supramarginal, o giro angular e a porção posterior do giro temporal superior, encarregado da análise fonológica consciente, da segmentação silábica e fonémica e da conversão sistemática entre grafemas e fonemas (rota analítica ou sublexical);

2. O circuito ventral (occipito-temporal), situado no giro fusiforme esquerdo — denominado por Cohen e Dehaene (2004) como Área da Forma Visual das Palavras (Visual Word Form Area - VWFA) —, que funciona como uma caixa de letras cerebral capaz de reconhecer instantaneamente e em paralelo a identidade ortográfica das palavras familiares, sustentando a leitura automática e fluente (rota lexical ou direta);

3. O circuito anterior (giro frontal inferior esquerdo, incluindo a área de Broca), implicado na recodificação articulatória subvocal e na integração sintático-fonológica.

Nos indivíduos com dislexia, observa-se uma hipoativação marcante e persistente tanto no sistema parieto-temporal quanto na Área da Forma Visual das Palavras (VWFA) durante tarefas de decodificação fonológica e reconhecimento de palavras escritas (SHAYWITZ; SHAYWITZ, 2008; DEHAENE, 2012). Simultaneamente, regista-se uma hiperativação compensatória no giro frontal inferior esquerdo e em regiões homólogas do hemisfério direito, evidenciando o esforço articulatório lento, consciente e energeticamente dispendioso a que o cérebro disléxico recorre para compensar a falha nos circuitos posteriores de automatização (HOEFT et al., 2011). Crucialmente, estudos de neuroimagem pré e pós-intervenção demonstram que programas estruturados de reabilitação fonológica promovem neuroplasticidade funcional, aumentando o recrutamento das vias parieto-temporais e occipito-temporais esquerdas (SHAYWITZ et al., 2004).

2.1.2 Nível Cognitivo-Linguístico: Convergências e Debates Teóricos

No nível intermediário de análise do modelo de Morton e Frith (1995), a psicologia cognitiva busca identificar os mecanismos de processamento de informação que medeiam a relação entre as alterações neurobiológicas e as dificuldades comportamentais de leitura. Embora a literatura internacional apresente amplo consenso quanto à centralidade do défice fonológico, investigações contemporâneas demonstram que um modelo explicativo monocausal é insuficiente para dar conta de toda a variabilidade clínica observada na dislexia (PENNINGTON, 2006; SNOWLING; HULME, 2012). Assim, destacam-se quatro grandes modelos teóricos complementares:

a) A Teoria do Défice Fonológico: Formulada originalmente a partir dos trabalhos pioneiros de Isabelle Liberman (1973), Lynette Bradley e Peter Bryant (1983), Keith Stanovich (1988) e Margaret Snowling (2000), esta teoria postula que o núcleo cognitivo da dislexia reside numa fragilidade específica na representação, armazenamento, acesso e manipulação dos segmentos sonoros da fala (fonemas). Para aprender a ler num sistema de escrita alfabético, a criança precisa compreender o princípio alfabético — isto é, perceber que

os sinais gráficos (grafemas) representam unidades abstratas da fala (fonemas). Quando as representações fonológicas são imprecisas ou degradadas (hipótese das representações fonológicas mal especificadas de Snowling, 2000), o sujeito manifesta acentuada dificuldade em tarefas de consciência fonémica (segmentação, síntese, elisão e transposição de sons), na memória de trabalho fonológica (alça fonológica do modelo de Baddeley e Hitch) e na recuperação lexical fonológica rápida (RAMUS, 2003; VELLUTINO et al., 2004).

b) A Teoria do Duplo Défice (Double-Deficit Hypothesis): Proposta por Maryanne Wolf e Patricia Bowers (1999), esta abordagem amplia o modelo fonológico ao demonstrar que a nomeação automatizada rápida (Rapid Automatized Naming - RAN) — capacidade de nomear com máxima rapidez estímulos visuais altamente familiares apresentados em série, como cores, objetos, dígitos e letras — constitui um preditor independente da fluência leitora, distinto da consciência fonológica. Segundo Wolf e Bowers (1999) e Norton e Wolf (2012), a velocidade de nomeação reflete a eficiência com que circuitos visuais, atencionais e fonológicos se sincronizam temporalmente para automatizar o acesso lexical. Com base nessa dissociação, os autores identificam três subgrupos clínicos: leitores com défice fonológico isolado (prejuízo na precisão da decodificação), leitores com défice isolado de velocidade de nomeação (decodificação precisa, porém leitura extremamente lenta e não automatizada) e leitores com duplo défice, que acumulam ambos os prejuízos e exibem os quadros mais severos e resistentes à intervenção.

c) A Teoria do Défice Visuo-Atencional (Visual Attention Span Deficit): Desenvolvida por Sylviane Valdois, Marie-Line Bosse e Marie-Josèphe Tainturier (2004), esta perspetiva demonstra empiricamente que uma parcela relevante de crianças disléxicos apresenta competências fonológicas totalmente preservadas, mas exibe uma redução significativa na amplitude da janela atencional visual simultânea (visual attention span) — definida como o número máximo de elementos visuais distintos que podem ser processados em paralelo durante uma única fixação ocular (BOSSE; TAINTURIER; VALDOIS, 2007). Uma janela atencional restrita obriga o leitor a processar as palavras letra por letra ou em fragmentos mínimos, impedindo a apreensão global da sequência ortográfica e bloqueando a consolidação da rota lexical.

d) A Teoria Magnocelular e do Processamento Temporal: Defendida por John Stein (2001, 2019) e Paula Tallal (1980), propõe que o défice fonológico e as alterações visuais observadas na dislexia derivam de uma vulnerabilidade neurodesenvolvimental mais ampla no sistema magnocelular — conjunto de neurónios de grande calibre especializados na deteção de estímulos sensoriais rápidos, em movimento ou de baixa frequência espacial e alta

frequência temporal. No domínio auditivo, uma disfunção no processamento temporal rápido prejudicaria a discriminação de transições acústicas breves (como as consoantes oclusivas /b/, /d/, /g/, /p/, /t/, /k/), comprometendo a formação de categorias fonémicas nítidas (TALLAL, 1980). No domínio visual, a instabilidade magnocelular afetaria o controlo binocular e a precisão dos movimentos oculares sacádicos durante a leitura, gerando sensação de movimento, sobreposição ou embaralhamento das letras na página impressa (STEIN, 2019).

2.1.3 Nível Comportamental, Afetivo e Sociocultural

No nível comportamental e fenotípico, as vulnerabilidades neurocognitivas descritas manifestam-se por uma leitura oral caracterizada por hesitações frequentes, silabação excessiva, perda de linha, omissões, adições, substituições de grafemas visualmente ou fonologicamente próximos, inversões de sílabas, dificuldade na leitura de palavras longas, complexas ou desconhecidas e acentuada lentidão, acompanhada de erros ortográficos persistentes (disortografia) que resistem ao treino repetitivo (CAPELLINI; GERMANO; CUNHA, 2010; MORAIS, 2013). Como consequência secundária direta, o elevado dispêndio de recursos atencionais e de memória operacional na decodificação mecânica das palavras esgota a capacidade cognitiva disponível para a integração semântica e inferencial, prejudicando a compreensão leitora (LYON; SHAYWITZ; SHAYWITZ, 2003).

Todavia, a expressão comportamental da dislexia não ocorre num vácuo biológico, sendo profundamente modulada pela estrutura ortográfica da língua de alfabetização. Conforme evidenciado pelos estudos translinguísticos de Seymour, Aro e Erskine (2003) e pela Teoria da Granularidade Psicolinguística de Ziegler e Goswami (2005), sistemas ortográficos opacos ou profundos — como o inglês, onde um mesmo grafema pode corresponder a múltiplos fonemas de forma imprevisível — geram elevadas taxas de erro na precisão da leitura. Em contrapartida, em ortografias transparentes (como o espanhol, o italiano e o finlandês) ou semitransparentes (como o português, que possui alta regularidade na decodificação leitura, embora apresente maior opacidade na codificação ortográfica escrita), os leitores disléxicos tendem a alcançar níveis razoáveis de precisão após os primeiros anos escolares, mas mantêm uma lentidão severa e persistente na fluência leitora (SCLIAR-CABRAL, 2003; PINHEIRO, 2006).

Finalmente, na interface entre o indivíduo e seu contexto sociocultural, torna-se imperativo considerar a dimensão afetivo-emocional ressaltada por autores como Lev Vygotsky (1997), Sara Paín (1985), Alicia Fernández (1991) e Vítor da Fonseca (2014). Na perspetiva histórico-cultural de Vygotsky (1997), o defeito primário de natureza orgânica ou

neurofuncional não determina mecanicamente o destino do sujeito; são as mediações sociais, as reações do meio escolar e familiar e as barreiras pedagógicas que produzem os defeitos secundários — os sentimentos de menos-valia, o bloqueio afetivo do desejo de saber, a ansiedade de desempenho e a exclusão simbólica. Como observa Fernández (1991), quando a escola e a família interpretam a dificuldade neurobiológica de ler como preguiça, falta de esforço ou incapacidade intelectual, o organismo fraturado encontra-se com um ambiente invalidante, aprisionando a inteligência do sujeito e transformando uma condição específica de aprendizagem numa fonte crónica de sofrimento psíquico (MUGNAINI et al., 2009).

2.2 O Paradigma de Dupla Rota de Leitura e a Subtipagem Clássica da Dislexia

Para fundamentar a necessidade de uma classificação orientada para a intervenção psicológica, torna-se indispensável examinar os modelos arquitetónicos do processamento da leitura, com especial destaque para o Modelo de Dupla Rota em Cascata (Dual-Route Cascaded Model - DRC) formulado por Max Coltheart e colaboradores (2001), bem como as formulações complementares de Ellis e Young (1988) e Castles e Coltheart (1993).

Segundo o modelo de dupla rota, o leitor proficiente dispõe de dois mecanismos cognitivos paralelos e interativos para converter uma sequência de grafemas impressos em uma representação fonológica e semântica:

1. A Rota Fonológica (ou Sublexical / Indireta): Opera mediante a análise serial da palavra escrita em unidades grafémicas menores e a aplicação sistemática das regras de correspondência grafema-fonema (conversão grafo-fonémica). Esta rota é imprescindível para a leitura de palavras novas, desconhecidas, de baixa frequência ou pseudopalavras (estímulos inventados que obedecem à estrutura fonotática da língua, como farpelo ou muntaba). Seu funcionamento depende diretamente da integridade da consciência fonémica e da memória de trabalho verbal (COLTHEART et al., 2001; MORAIS, 2013);

2. A Rota Lexical (ou Direta / Ortográfica): Funciona por meio do reconhecimento global e instantâneo da forma ortográfica da palavra inteira, ativando diretamente sua representação armazenada no léxico mental de entrada visual, que por sua vez acede ao sistema semântico (significado) e ao léxico de saída fonológica (pronúncia). Esta via é indispensável para a leitura rápida e fluente de palavras familiares e constitui o único mecanismo capaz de assegurar a pronúncia correta de palavras irregulares — isto é, palavras cuja pronúncia viola as regras padrão de decodificação grafema-fonema, como ocorre em português com as diferentes realizações fonéticas do grafema x em táxi, exame, próximo e enxame (SCLIAR-CABRAL, 2003; PINHEIRO, 2006).

A partir da dissociação funcional entre estas duas vias de processamento — inicialmente documentada em pacientes adultos com dislexia adquirida por Marshall e Newcombe (1973) e posteriormente transposta para a dislexia do desenvolvimento por Boder (1973), Bakker (1990) e Castles e Coltheart (1993) — emergiram as principais classificações subtipológicas clássicas sistematizadas no Quadro 1.

Quadro 1 — Síntese comparativa das principais classificações subtipológicas clássicas da dislexia do desenvolvimento

Autor(es) e Ano	Critério Epistemológico	Subtipos Propostos	Características Clínicas e Cognitivas Principais
Boder (1973)	Análise qualitativo-funcional dos padrões de erro na leitura e escrita	1. Disfonética 2. Diseidética 3. Mista	Disfonética (63%): Défice na integração grafema-fonema; incapacidade de decodificar palavras novas; erros semânticos e adivinhações. Diseidética (9%): Défice na perceção e memória visual gestáltica das palavras; leitura analítica lenta e laboriosa; regularização de palavras irregulares. Mista (28%): Comprometimento severo de ambas as vias.
Bakker (1990)	Modelo de equilíbrio hemisférico (Balance Model)	1. Tipo P (Perceptual) 2. Tipo L (Linguística) 3. Tipo M (Mista)	Tipo P: Persistência de estratégias visuo-espaciais do hemisfério direito; leitura muito lenta, fragmentada, porém relativamente precisa. Tipo L: Uso prematuro de estratégias linguísticas do hemisfério esquerdo sem precisão perceptual; leitura rápida, precipitada e repleta de erros. Tipo M: Lentidão associada a elevado índice de erros.
Castles e Coltheart (1993)	Modelo cognitivo de dupla rota de leitura (DRC)	1. Dislexia Fonológica 2. Dislexia de Superfície 3. Dislexia Mista	Fonológica: Prejuízo seletivo na rota sublexical; dificuldade acentuada na leitura de pseudopalavras, com preservação relativa de palavras familiares e irregulares. Superfície: Prejuízo seletivo na rota lexical; leitura apoiada na decodificação fonológica; erros de regularização em palavras irregulares e confusão de homófonos. Mista: Défice combinado

			nas rotas fonológica e lexical.
Wolf e Bowers (1999)	Hipótese do Duplo Défice (Fonologia + Velocidade)	1. Défice Fonológico 2. Défice de RAN 3. Duplo Défice	Fonológico: Falha na consciência fonémica e precisão da decodificação. RAN: Comprometimento na automatização e fluência leitora, com consciência fonológica preservada. Duplo Défice: Comprometimento profundo tanto na precisão quanto na fluência.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Boder (1973), Bakker (1990), Castles e Coltheart (1993) e Wolf e Bowers (1999).

Embora tais taxonomias representem marcos históricos fundamentais, estudos empíricos subsequentes apontaram limitações importantes quando aplicadas isoladamente na prática clínica. Manis et al. (1996) e Sprenger-Charolles et al. (2011) demonstraram que os subtipos puros (estritamente fonológicos ou estritamente de superfície) representam uma minoria estatística, enquanto a maioria das crianças avaliadas manifesta perfis mistos que variam dinamicamente ao longo do desenvolvimento e em função da transparência ortográfica da língua. Além disso, as classificações cognitivas clássicas concentram-se exclusivamente no processamento da palavra isolada, negligenciando variáveis clínicas decisivas para o psicólogo, tais como o nível de severidade adaptativa, a presença de comorbilidades neurodesenvolvimentais e emocionais e a resposta prévia do sujeito a intervenções estruturadas.

2.3 Análise Crítica dos Sistemas Nosológicos Internacionais (DSM-5-TR e CID-11)

No âmbito da prática clínica contemporânea, o diagnóstico formal da dislexia insere-se nos grandes sistemas de classificação psiquiátrica e médica: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), publicado pela American Psychiatric Association (APA, 2022), e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), promulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022). Uma análise crítica desses documentos revela avanços conceituais relevantes, mas também lacunas operacionais significativas para a atuação do psicólogo.

No DSM-5-TR (APA, 2022), a dislexia deixou de constituir uma categoria diagnóstica autónoma para ser subsumida na categoria guarda-chuva do Transtorno Específico da Aprendizagem (código 315.00 / F81.0), exigindo-se o preenchimento cumulativo de quatro critérios fundamentais: (A) persistência, por pelo menos seis meses, de dificuldades na leitura

de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço e/ou na compreensão leitora, apesar da provisão de intervenções direcionadas; (B) desempenho substancial e quantitativamente abaixo do esperado para a idade cronológica, confirmado por medidas padronizadas; (C) início durante os anos escolares; e (D) exclusão de deficiência intelectual, défices sensoriais não corrigidos, outros transtornos neurológicos, adversidade psicossocial extrema, falta de proficiência na língua de instrução ou instrução educacional inadequada. O manual solicita ainda que o clínico especifique a gravidade atual em três níveis: leve, moderada ou grave.

Por sua vez, a CID-11 (OMS, 2022) classifica a condição sob o código 6A03.0 — Transtorno do Desenvolvimento da Aprendizagem com Prejuízo na Leitura, definindo-o por dificuldades significativas e persistentes na aquisição de competências académicas relacionadas à precisão na leitura de palavras, fluência leitora e compreensão, situadas marcadamente abaixo do esperado para a idade e o nível intelectual.

Apesar do rigor psicométrico e da incorporação louvável do critério de resposta à intervenção no DSM-5-TR, ambos os manuais apresentam quatro limitações estruturais quando examinados sob a ótica da intervenção psicológica:

1. Homogeneização Fenotípica: Ao agrupar sob um único código diagnóstico sujeitos com défice fonológico severo, sujeitos com lentidão extrema na nomeação rápida, sujeitos com restrição visuo-atencional e sujeitos com comprometimento na compreensão, a classificação nosológica mascara os mecanismos cognitivos específicos que devem constituir o alvo primário da reabilitação neuropsicológica (PENNINGTON, 2006; FLETCHER et al., 2019);

2. Negligência da Dimensão Subjetiva e Afetiva: Os sistemas médicos tratam a ansiedade escolar, o evitamento fóbico, a baixa autoestima e os comportamentos opositores como meras comorbilidades periféricas, desconsiderando que, na dinâmica psíquica do sujeito disléxico, o sofrimento emocional e os mecanismos de defesa narcísica estruturam o próprio bloqueio da aprendizagem (PAÍN, 1985; FERNÁNDEZ, 1991; VYGOTSKY, 1997);

3. Descontextualização Sociocultural e Linguística: A exigência de medidas psicométricas padronizadas e a exclusão de instrução educacional inadequada tornam-se altamente problemáticas em contextos em desenvolvimento, como Angola, onde coexistem realidades multilingues (português como língua oficial de ensino em interação com línguas nacionais bantu, como o ibinda, o kimbundu, o umbundu e o kikongo), turmas numerosas e carência de testes normatizados para a população local;

4. Ausência de Diretividade Prescritiva: Saber que um aluno preenche critérios para o código F81.0 ou 6A03.0 não informa ao psicólogo qual protocolo terapêutico priorizar, qual a

intensidade semanal recomendada, quais adaptações curriculares são indispensáveis ou como articular o trabalho clínico com a família e a instituição escolar.

3 CONTRIBUIÇÃO CLASSIFICATÓRIA DA DISLEXIA PARA A INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA

Para superar o hiato epistemológico e técnico entre o diagnóstico categorial e a prática psicoterapêutica e reeducativa, propõe-se neste artigo uma Matriz Classificatória Multidimensional da Dislexia para a Intervenção Psicológica (MCM-DIP). Esta taxonomia não pretende substituir os manuais internacionais vigentes (DSM-5-TR e CID-11), mas complementá-los operacionalmente, oferecendo ao psicólogo um instrumento de raciocínio clínico que traduz o perfil avaliativo diretamente em metas terapêuticas individualizadas.

A MCM-DIP fundamenta-se na convergência entre a neuropsicologia cognitiva (LURIA, 1981; COLTHEART et al., 2001), a teoria histórico-cultural do desenvolvimento (VYGOTSKY, 1997), a psicopedagogia clínica (FERNÁNDEZ, 1991) e o modelo bioecológico (BRONFENBRENNER, 1996), organizando-se em quatro eixos diagnósticos e interventivos integrados: Eixo I (Perfil Cognitivo-Linguístico Predominante), Eixo II (Nível de Severidade Funcional e Capacidade Compensatória), Eixo III (Configuração Emocional, Motivacional e Comórbida) e Eixo IV (Responsividade à Intervenção e Ecologia Escolar).

3.1 Eixo I: Classificação pelo Perfil Cognitivo-Linguístico Predominante

Este primeiro eixo identifica a arquitetura funcional predominante do défice de processamento, classificando o sujeito em quatro tipologias operacionais que determinam os protocolos específicos de estimulação neurocognitiva:

1. Tipo I-A — Dislexia de Predomínio Fonológico-Sublexical: Caracteriza-se por défice nuclear na consciência fonémica, na memória de trabalho fonológica e na conversão grafema-fonema. O sujeito apresenta elevada taxa de erros na leitura de palavras desconhecidas e pseudopalavras, substituições por proximidade acústica ou articulatória (ex.: p/b, t/d, f/v), omissões de consoantes em encontros consonantais e disortografia fonológica severa. A intervenção psicológica prioriza o treino explícito, sistemático e multissensorial da consciência fonológica (segmentação, síntese, manipulação e transposição fonémica), associado ao ensino fónico estruturado e ao fortalecimento da memória operacional verbal (SHAYWITZ, 2006; CAPELLINI; GERMANO; CUNHA, 2010).

2. Tipo I-B — Dislexia de Predomínio Lexical-Fluente (Superfície / RAN): Caracteriza-se pela preservação relativa da consciência fonémica e da decodificação básica de palavras regulares, mas com acentuado prejuízo na velocidade de acesso lexical (nomeação automatizada rápida — RAN) e na constituição do léxico ortográfico visual. A leitura é excessivamente lenta, silabada, laboriosa e fatigante, com frequentes erros de regularização em palavras irregulares e dificuldades na ortografia arbitrária. A intervenção foca-se no treino de automatização e fluência leitora por meio de técnicas de leitura repetida cronometrada (Repeated Reading), leitura emparelhada (Paired Reading), exposição controlada a famílias ortográficas de alta frequência e estratégias de visualização ortográfica e morfológica (WOLF; BOWERS, 1999; MORAIS, 2013).

3. Tipo I-C — Dislexia de Predomínio Visuo-Atencional e Oculomotor: Caracteriza-se por uma restrição na amplitude da janela atencional visual simultânea e instabilidade na fixação sacádica durante o rastreamento do texto. O sujeito omite ou salta linhas inteiras, perde-se frequentemente no parágrafo, apresenta fadiga visual rápida, confunde palavras visualmente semelhantes (calo/cola, amor/roma) e beneficia-se imediatamente quando o espaçamento entre letras e linhas é ampliado. A intervenção envolve exercícios de rastreamento visual estruturado, ampliação gradual do span atencional visual, uso de réguas tipográficas de leitura, adaptação ergonómica do material impresso (fontes sem serifa e aumento do espaçamento inter-letras) e articulação interdisciplinar com oftalmologia ou optometria comportamental (VALDOIS; BOSSE; TAINTURIER, 2004; ZORZI et al., 2012).

4. Tipo I-D — Dislexia Mista Complexa (Duplo ou Múltiplo Défice): Caracteriza-se pela coexistência de défices significativos tanto no processamento fonológico quanto na velocidade de nomeação rápida e/ou no processamento visuo-atencional. Compromete simultaneamente a precisão, a fluência e, por sobrecarga da memória de trabalho, a compreensão leitora. Exige abordagem terapêutica multimodal e sequencial, iniciando pela consolidação intensiva da rota fonológica e evoluindo progressivamente para o treino de fluência, vocabulário e estratégias metacognitivas de compreensão textual, acompanhada de adaptações curriculares abrangentes (FLETCHER et al., 2019).

3.2 Eixo II: Classificação pelo Nível de Severidade Funcional e Capacidade Compensatória

Inspirado nos especificadores de gravidade do DSM-5-TR (APA, 2022) e no conceito de zona de desenvolvimento proximal de Vygotsky (1997), este segundo eixo avalia o grau de autonomia académica do sujeito e a intensidade do suporte terapêutico exigido:

• Grau 1 — Dislexia Compensada ou Leve: O sujeito apresenta défices discretos ou moderados nos instrumentos neuropsicológicos específicos, mas consegue compensá-los parcialmente nas tarefas escolares graças a um bom nível de inteligência fluida, vocabulário oral rico e estratégias metacognitivas próprias. Exige adaptações pontuais (tempo adicional em avaliações escritas, leitura enunciada das questões e valorização do conteúdo em detrimento dos erros ortográficos) e acompanhamento psicopedagógico periódico.

• Grau 2 — Dislexia Moderada com Descompensação Escolar: As dificuldades de decodificação e fluência comprometem claramente o rendimento na maioria das disciplinas curriculares dependentes da leitura. O aluno não consegue acompanhar o ritmo da turma sem suporte sistemático, exigindo intervenção psicológica ou psicopedagógica estruturada (mínimo de duas sessões semanais) e plano educativo individualizado (PEI) com adaptações metodológicas e avaliativas formais.

• Grau 3 — Dislexia Severa ou Refratária: Caracteriza-se por comprometimento profundo (geralmente associado ao perfil misto de duplo défice) que impede a leitura funcional autónoma mesmo após vários anos de escolarização. Exige intervenção clínica intensiva e multidisciplinar, introdução imediata de tecnologias assistivas (leitores de ecrã, softwares de síntese de voz text-to-speech, gravadores de aula e corretores ortográficos inteligentes) e flexibilização curricular significativa para assegurar o direito à aprendizagem e prevenir a evasão escolar.

3.3 Eixo III: Classificação pela Configuração Emocional, Motivacional e Comórbida

Na perspetiva da psicologia clínica e escolar, o sujeito disléxico não pode ser reduzido a um sistema cognitivo isolado, pois sua identidade, autoconceito e motivação são continuamente interpelados pelas experiências de êxito ou fracasso no ambiente escolar e familiar (FERNÁNDEZ, 1991; FONSECA, 2014). Este terceiro eixo classifica a dimensão psicossocial e comórbida em quatro perfis clínicos:

1. Perfil III-A — Emocionalmente Preservado e Resiliente: O diagnóstico precoce e o acolhimento familiar empático protegeram a autoestima do sujeito, que reconhece suas dificuldades específicas sem internalizá-las como incapacidade intelectual ou falha moral. A intervenção psicológica concentra-se na psicoeducação, no fortalecimento das potencialidades (inteligências múltiplas, criatividade, pensamento visuo-espacial) e na prevenção de estressores futuros.

2. Perfil III-B — Reativo Internalizante (Ansiedade, Evitamento e Desamparo Aprendido): O sujeito desenvolveu intenso sofrimento psíquico secundário ao fracasso escolar

reiterado, manifestando ansiedade antecipatória diante da leitura em voz alta, sintomas psicossomáticos (cefaleias, dores abdominais e náuseas em dias de avaliação), baixa autoeficácia académica, sentimento de inferioridade diante dos pares e evitamento de tarefas desafiadoras. Requer psicoterapia individual (nomeadamente Terapia Cognitivo-Comportamental adaptada à infância e adolescência ou ludoterapia) para reestruturação de crenças disfuncionais, treino de regulação emocional e reconstrução do autoconceito (MUGNAINI et al., 2009).

3. Perfil III-C — Reativo Externalizante e Opositor: Como mecanismo de defesa narcísica diante da humilhação pública em sala de aula — operando sob a lógica inconsciente de que é preferível ser percebido como rebelde ou desinteressado do que como incapaz —, o aluno apresenta comportamentos disruptivos, recusa ativa em realizar tarefas escritas, agitação psicomotora e conflitos com docentes. A intervenção psicológica deve decodificar a função protetora do comportamento opositor, atuando simultaneamente na regulação comportamental, na orientação parental e na modificação das contingências punitivas no contexto escolar.

4. Perfil III-D — Comorbilidade Neurodesenvolvimental Associada: A dislexia coexiste com outros transtornos do neurodesenvolvimento, destacando-se o Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade (TDAH — comorbilidade estimada entre 25% e 40%), o Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem (TDL), a Discalculia do Desenvolvimento ou o Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC/Dispraxia) (PENNINGTON, 2006; ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016). Exige um plano terapêutico hierarquizado e interdisciplinar, articulando treino de funções executivas e controlo inibitório com a reabilitação linguística específica.

3.4 Eixo IV: Classificação pela Responsividade à Intervenção e Ecologia Escolar

Inspirado no modelo de Resposta à Intervenção (Response to Intervention - RTI) (FLETCHER et al., 2019) e na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner (1996), este quarto eixo avalia a plasticidade comportamental do sujeito e a permeabilidade dos seus microssistemas escolar e familiar:

• Nível IV-1 — Alta Responsividade em Contexto Facilitador: O sujeito apresenta ganhos mensuráveis e consistentes nas primeiras 8 a 12 semanas de intervenção baseada em evidências, contando com família participativa e escola aberta às adaptações propostas. O plano terapêutico segue a progressão programada rumo à autonomia leitora.

• Nível IV-2 — Responsividade Moderada com Barreiras Ambientais: O sujeito demonstra potencial de aprendizagem preservado em contexto clínico protegido, mas os ganhos não se generalizam para a sala de aula devido à rigidez metodológica, desconhecimento docente sobre a dislexia, práticas avaliativas excludentes ou conflitos familiares. O foco prioritário do psicólogo desloca-se para a consultoria colaborativa escolar, a capacitação de professores e o aconselhamento parental.

• Nível IV-3 — Baixa Responsividade ou Resistência Terapêutica: Apesar de intervenção intensiva, sistemática e ecologicamente alinhada por um período superior a seis meses, a evolução na decodificação e fluência permanece mínima. Este indicador clínico exige revisão diagnóstica aprofundada (investigação de comorbilidades ocultas, alterações sensoriais subtis ou défices executivos severos) e transição definitiva de uma abordagem estritamente remediativa para uma abordagem compensatória e assistiva.

3.5 Síntese Operacional da Matriz Classificatória (MCM-DIP)

A articulação dos quatro eixos permite ao psicólogo formular um Diagnóstico Funcional Codificado, superando o reducionismo da etiqueta nosológica isolada. A título exemplificativo, um estudante avaliado pode receber a seguinte formulação clínica operacional: Dislexia [Perfil I-A: Fonológico-Sublexical | Grau II: Moderado | Perfil III-B: Reativo Internalizante | Nível IV-2: Barreiras Escolares]. Esta codificação comunica imediatamente a toda a equipa multiprofissional que o aluno necessita de treino fónico e metafonológico duas vezes por semana, plano educativo individualizado, psicoterapia para ansiedade de desempenho e consultoria junto aos docentes. O Quadro 2 sintetiza a estrutura completa da matriz proposta.

Quadro 2 — Matriz Classificatória Multidimensional da Dislexia para a Intervenção Psicológica (MCM-DIP)

Eixo Diagnóstico	Categorias Classificatórias	Indicadores Clínicos Centrais	Foco Prioritário da Intervenção Psicológica
Eixo I Perfil Cognitivo-Linguístico	I-A: Fonológico-Sublexical I-B: Lexical-Fluente (RAN) I-C: Visuo-Atencional I-D: Misto Complexo	Precisão na decodificação, consciência fonémica, velocidade de nomeação, janela atencional visual e leitura de palavras irregulares.	Treino fónico e metafonológico (I-A); treino de fluência e automatização (I-B); ergonomia visual e rastreamento (I-C); programa multimodal sequencial (I-D).
Eixo II Severidade e Compensação	Grau 1: Leve / Compensado Grau 2: Moderado / Descompensado	Grau de autonomia académica, impacto funcional nas disciplinas curriculares e eficácia das	Monitorização e adaptações pontuais (Grau 1); reabilitação estruturada e PEI (Grau 2);

	Grau 3: Severo / Refratário	estratégias compensatórias espontâneas.	intervenção intensiva e tecnologias assistivas (Grau 3).
Eixo III Configuração Emocional e Comórbida	III-A: Emocionalmente Preservado III-B: Reativo Internalizante III-C: Reativo Externalizante III-D: Comórbido (TDAH, TDL, etc.)	Autoestima académica, ansiedade de desempenho, somatização, condutas opositoras e coexistência de outros transtornos do neurodesenvolvimento.	Psicoeducação (III-A); psicoterapia cognitivo-emocional (III-B); manejo comportamental e familiar (III-C); treino executivo e equipa multi (III-D).
Eixo IV Responsividade e Ecologia	IV-1: Alta Responsividade IV-2: Barreiras Ambientais IV-3: Baixa Responsividade	Curva de evolução terapêutica, adesão familiar e grau de abertura da instituição escolar às adaptações metodológicas e avaliativas.	Manutenção e alta gradual (IV-1); consultoria escolar e orientação parental (IV-2); revisão diagnóstica e transição assistiva (IV-3).

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

4 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS PARA A PSICOLOGIA ESCOLAR E CLÍNICA NO CONTEXTO ANGOLANO

A aplicação da Matriz Classificatória Multidimensional da Dislexia (MCM-DIP) reveste-se de especial relevância estratégica para o fortalecimento da psicologia escolar e clínica em Angola e nos demais Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Nos termos da Lei de Bases do Sistema de Educação e Ensino de Angola (Lei n.º 17/16, de 7 de outubro, alterada pela Lei n.º 32/20, de 12 de agosto) e da Política Nacional de Educação Especial Orientada para a Inclusão Escolar (Decreto Presidencial n.º 187/17, de 16 de agosto), o Estado angolano consagra formalmente o direito à educação inclusiva e ao atendimento educacional especializado para estudantes com necessidades educativas específicas (ANGOLA, 2016, 2017, 2020).

Contudo, na realidade cotidiana das instituições de ensino primário e secundário angolanas, observa-se que a efetivação prática desses preceitos normativos enfrenta desafios estruturais significativos, nomeadamente a carência de psicólogos escolares nas unidades educativas, a escassez de instrumentos de avaliação psicométrica normatizados para a população nacional e a ausência de protocolos classificatórios que orientem a articulação entre o diagnóstico clínico e a diferenciação pedagógica em sala de aula.

Neste cenário, a adoção da MCM-DIP oferece três contributos práticos imediatos para a atuação do psicólogo em Angola:

1. Prevenção da Patologização da Diversidade Sociolinguística: Em regiões caracterizadas por riqueza multilingue, como a província de Cabinda — onde grande parte das crianças ingressa na escola primária tendo o ibinda (língua nacional bantu) como língua

materna de comunicação familiar e o português como língua segunda ou língua de escolarização —, dificuldades iniciais na discriminação fonémica de contrastes vocálicos ou consonantais do português podem refletir processos naturais de transferência fonológica interlinguística (bilinguismo sequencial), e não dislexia. Ao exigir a avaliação da responsividade à instrução contextualizada no Eixo IV antes da consolidação do diagnóstico clínico, a matriz protege o estudante contra rótulos patologizantes indevidos.

2. Viabilidade Clínica em Contextos de Recursos Limitados: Mesmo na ausência de baterias neuropsicológicas importadas de elevado custo financeiro, a natureza funcional e qualitativa dos quatro eixos da MCM-DIP permite ao psicólogo conduzir uma avaliação rigorosa e cientificamente fundamentada mediante tarefas ecológicas de leitura de palavras regulares, irregulares e pseudopalavras, provas de consciência fonológica, análise qualitativa de produções escritas espontâneas e entrevistas clínicas estruturadas com pais e professores.

3. Humanização e Centralidade do Sujeito em Sofrimento Escolar: Ao elevar a configuração emocional e motivacional (Eixo III) ao estatuto de eixo classificatório central e indissociável do perfil neurocognitivo, a proposta resgata a vocação ética e humanista da psicologia, reafirmando que nenhuma técnica de reabilitação cognitiva alcança plena eficácia enquanto o estudante permanecer aprisionado pelo medo da exposição pública, pela vergonha diante dos colegas e pela erosão da sua autoestima.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dislexia do desenvolvimento constitui um fenómeno neurodesenvolvimental complexo, multifatorial e heterogéneo, cuja compreensão científica e abordagem clínica exigem a superação tanto do reducionismo organicista — que reduz o sujeito a um circuito cerebral deficitário — quanto do reducionismo pedagógico — que atribui todo o insucesso na leitura exclusivamente a falhas metodológicas de ensino. Conforme demonstrado ao longo desta investigação, a evolução histórico-epistemológica do conceito permitiu consolidar bases neurobiológicas e cognitivas robustas para o entendimento das dificuldades específicas de leitura e escrita; todavia, os sistemas nosológicos internacionais vigentes (DSM-5-TR e CID-11) preservam um caráter predominantemente descritivo e categorial que limita sua utilidade operacional no planeamento da intervenção psicológica.

Em resposta ao objetivo geral e aos objetivos específicos delineados, a Matriz Classificatória Multidimensional da Dislexia para a Intervenção Psicológica (MCM-DIP), estruturada nos eixos do Perfil Cognitivo-Linguístico Predominante, da Severidade e

Capacidade Compensatória, da Configuração Emocional e Comórbida e da Responsividade e Ecologia Escolar, estabelece uma ponte epistemológica e técnica entre a avaliação diagnóstica e a ação terapêutica. Ao discriminar com precisão o quê reabilitar, com que intensidade intervir, qual suporte psicoterapêutico oferecer e como mobilizar a escola e a família, esta proposta taxonómica instrumentaliza o psicólogo para conduzir intervenções mais individualizadas, preventivas e ecologicamente validadas.

Recomenda-se, como agenda prioritária para investigações futuras, a validação empírica da MCM-DIP por meio de estudos clínicos longitudinais e estudos de caso múltiplos aplicados nos gabinetes de apoio psicopedagógico e nas instituições de ensino de Cabinda e de outras províncias de Angola, contribuindo para o avanço da psicologia científica e para a consolidação de uma educação verdadeiramente inclusiva e equitativa.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2022.

ANGOLA. Lei n.º 17/16, de 7 de outubro. Lei de Bases do Sistema de Educação e Ensino. Diário da República, I Série, n.º 170, Luanda, 2016.

ANGOLA. Decreto Presidencial n.º 187/17, de 16 de agosto. Aprova a Política Nacional de Educação Especial Orientada para a Inclusão Escolar. Diário da República, I Série, n.º 140, Luanda, 2017.

ANGOLA. Lei n.º 32/20, de 12 de agosto. Altera a Lei n.º 17/16, de 7 de outubro, Lei de Bases do Sistema de Educação e Ensino. Diário da República, I Série, n.º 123, Luanda, 2020.

BAKKER, D. J. Neuropsychological treatment of dyslexia. New York: Oxford University Press, 1990.

BODER, E. Developmental dyslexia: a diagnostic approach based on three atypical reading-spelling patterns. Developmental Medicine & Child Neurology, London, v. 15, n. 5, p. 663-687, 1973.

BOSSE, M.-L.; TAINTURIER, M. J.; VALDOIS, S. Developmental dyslexia: the visual attention span deficit hypothesis. Cognition, Amsterdam, v. 104, n. 2, p. 198-230, 2007.

BRADLEY, L.; BRYANT, P. E. Categorizing sounds and learning to read: a causal connection. Nature, London, v. 301, n. 5899, p. 419-421, 1983.

BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CAPELLINI, S. A.; GERMANO, G. D.; CUNHA, V. L. O. Transtornos de aprendizagem e transtornos da atenção: da avaliação à intervenção. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010.

CASTLES, A.; COLTHEART, M. Varieties of developmental dyslexia. Cognition, Amsterdam, v. 47, n. 2, p. 149-180, 1993.

COHEN, L.; DEHAENE, S. Specialization within the ventral stream: the case for the visual word form area. NeuroImage, Orlando, v. 22, n. 1, p. 466-476, 2004.

COLTHEART, M. et al. DRC: a dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. Psychological Review, Washington, v. 108, n. 1, p. 204-256, 2001.

CRITCHLEY, M. The dyslexic child. 2. ed. London: William Heinemann Medical Books, 1970.

DEHAENE, S. Os neurónios da leitura: como a ciência explica a nossa capacidade de ler. Porto Alegre: Penso, 2012.

ELLIS, A. W.; YOUNG, A. W. Human cognitive neuropsychology. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

FERNÁNDEZ, A. A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

FLETCHER, J. M. et al. Learning disabilities: from identification to intervention. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2019.

FONSECA, V. Dificuldades de aprendizagem: abordagem neuropsicopedagógica. 5. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2014.

GALABURDA, A. M. et al. Developmental dyslexia: four consecutive patients with cortical anomalies. Annals of Neurology, Boston, v. 18, n. 2, p. 222-233, 1985.

GALABURDA, A. M. et al. From genes to behavior in developmental dyslexia. Nature Neuroscience, New York, v. 9, n. 10, p. 1213-1217, 2006.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GILLINGHAM, A.; STILLMAN, B. W. The Gillingham manual: remedial training for students with specific disability in reading, spelling, and penmanship. 8. ed. Cambridge: Educators Publishing Service, 1997.

HINSHELWOOD, J. Congenital word-blindness. The Lancet, London, v. 155, n. 4004, p. 1506-1508, 1900.

HINSHELWOOD, J. Congenital word-blindness. London: H. K. Lewis, 1917.

HOEFT, F. et al. Neural systems predicting long-term outcome in dyslexia. Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS), Washington, v. 108, n. 1, p. 361-366, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

LIBERMAN, I. Y. Segmentation of the spoken word and reading acquisition. Bulletin of the Orton Society, Towson, v. 23, p. 65-77, 1973.

LURIA, A. R. Fundamentos de neuropsicologia. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; São Paulo: Edusp, 1981.

LYON, G. R.; SHAYWITZ, S. E.; SHAYWITZ, B. A. A definition of dyslexia. Annals of Dyslexia, Baltimore, v. 53, n. 1, p. 1-14, 2003.

MANIS, F. R. et al. On the bases of two subtypes of developmental dyslexia. Cognition, Amsterdam, v. 58, n. 2, p. 157-195, 1996.

MARSHALL, J. C.; NEWCOMBE, F. Patterns of paralexia: a psycholinguistic approach. Journal of Psycholinguistic Research, New York, v. 2, n. 3, p. 175-199, 1973.

MORAIS, J. Criar leitores: para professores e educadores. Barueri: Manole, 2013.

MORGAN, W. P. A case of congenital word blindness. British Medical Journal, London, v. 2, n. 1871, p. 1378, 1896.

MORTON, J.; FRITH, U. Causal modeling: a structural approach to developmental psychopathology. In: CICCHETTI, D.; COHEN, D. J. (ed.). Developmental psychopathology: theory and methods. New York: John Wiley & Sons, 1995. v. 1, p. 357-390.

MUGNAINI, D. et al. Internalizing correlates of dyslexia. World Journal of Pediatrics, Hangzhou, v. 5, n. 4, p. 255-264, 2009.

NORTON, E. S.; WOLF, M. Rapid automatized naming (RAN) and reading fluency: implications for understanding and treatment of reading disabilities. Annual Review of Psychology, Palo Alto, v. 63, p. 427-452, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-11. Genebra: OMS, 2022.

ORTON, S. T. Word-blindness in school children. Archives of Neurology and Psychiatry, Chicago, v. 14, n. 5, p. 581-615, 1925.

ORTON, S. T. Reading, writing and speech problems in children. New York: W. W. Norton & Company, 1937.

PAÍN, S. Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

PAULESU, E. et al. Dyslexia: cultural diversity and biological unity. Science, Washington, v. 291, n. 5511, p. 2165-2167, 2001.

PENNINGTON, B. F. From single to multiple deficit models of developmental disorders. Cognition, Amsterdam, v. 101, n. 2, p. 385-413, 2006.

PETERSON, R. L.; PENNINGTON, B. F. Developmental dyslexia. Annual Review of Clinical Psychology, Palo Alto, v. 11, p. 283-307, 2015.

PINHEIRO, Â. M. V. Leitura e escrita: uma abordagem cognitiva. 2. ed. Campinas: Livro Pleno, 2006.

PUGH, K. R. et al. Neurobiological studies of reading and reading disability. Journal of Communication Disorders, Amsterdam, v. 34, n. 6, p. 479-492, 2001.

RAMUS, F. Developmental dyslexia: specific phonological deficit or general sensorimotor dysfunction? Current Opinion in Neurobiology, London, v. 13, n. 2, p. 212-218, 2003.

ROTTA, N. T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. S. (org.). Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

RUTTER, M. Prevalence and types of dyslexia. In: BENTON, A. L.; PEARL, D. (ed.). Dyslexia: an appraisal of current knowledge. New York: Oxford University Press, 1978. p. 5-28.

RUTTER, M.; YULE, W. The concept of specific reading retardation. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Oxford, v. 16, n. 3, p. 181-197, 1975.

SCLIAR-CABRAL, L. Princípios do sistema alfabético do português do Brasil. São Paulo: Contexto, 2003.

SEYMOUR, P. H. K.; ARO, M.; ERSKINE, J. M. Foundation literacy acquisition in European orthographies. British Journal of Psychology, London, v. 94, n. 2, p. 143-174, 2003.

SHAYWITZ, S. Entendendo a dislexia: um novo e completo programa para todos os níveis de problemas de leitura. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SHAYWITZ, S. E.; SHAYWITZ, B. A. Paying attention to reading: the neurobiology of reading and dyslexia. Development and Psychopathology, Cambridge, v. 20, n. 4, p. 1329-1349, 2008.

SHAYWITZ, B. A. et al. Development of left occipitotemporal systems for skilled reading in children after a phonologically-based intervention. Biological Psychiatry, New York, v. 55, n. 9, p. 926-933, 2004.

SNOWLING, M. J. Dyslexia. 2. ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2000.

SNOWLING, M. J. Dislexia desenvolvimental: uma introdução e visão teórica geral. In: SNOWLING, M. J.; STACKHOUSE, J. (org.). Dislexia, fala e linguagem: um manual do profissional. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 11-21.

SNOWLING, M. J.; HULME, C. Annual research review: the nature and classification of reading disorders — a commentary on proposals for DSM-5. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Oxford, v. 53, n. 5, p. 593-607, 2012.

SPRENGER-CHAROLLES, L. et al. Prevalence and reliability of phonological, surface, and mixed profiles in dyslexia: a review of studies conducted in languages varying in orthographic depth. Scientific Studies of Reading, Philadelphia, v. 15, n. 6, p. 498-521, 2011.

STANOVICH, K. E. Matthew effects in reading: some consequences of individual differences in the acquisition of literacy. Reading Research Quarterly, Newark, v. 21, n. 4, p. 360-407, 1986.

STANOVICH, K. E. Explaining the differences between the dyslexic and the garden-variety poor reader: the phonological-core variable-difference model. Journal of Learning Disabilities, Austin, v. 21, n. 10, p. 590-604, 1988.

STANOVICH, K. E. Discrepancy definitions of reading disability: has intelligence led us astray? Reading Research Quarterly, Newark, v. 26, n. 1, p. 7-29, 1991.

STEIN, J. The magnocellular theory of developmental dyslexia. Dyslexia, Chichester, v. 7, n. 1, p. 12-36, 2001.

STEIN, J. The current status of the magnocellular theory of developmental dyslexia. Neuropsychologia, Oxford, v. 130, p. 66-77, 2019.

TALLAL, P. Auditory temporal perception, phonics, and reading disabilities in children. Brain and Language, New York, v. 9, n. 2, p. 182-198, 1980.

VALDOIS, S.; BOSSE, M.-L.; TAINTURIER, M. J. The cognitive deficits responsible for developmental dyslexia: review of evidence for a selective visual attentional disorder. Dyslexia, Chichester, v. 10, n. 4, p. 339-363, 2004.

VELLUTINO, F. R. et al. Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades? Journal of Child Psychology and Psychiatry, Oxford, v. 45, n. 1, p. 2-40, 2004.

VYGOTSKY, L. S. Obras escogidas V: fundamentos de defectología. Madrid: Visor, 1997.

WOLF, M.; BOWERS, P. G. The double-deficit hypothesis for the developmental dyslexias. Journal of Educational Psychology, Washington, v. 91, n. 3, p. 415-438, 1999.

ZIEGLER, J. C.; GOSWAMI, U. Reading acquisition, developmental dyslexia, and skilled reading across languages: a psycholinguistic grain size theory. Psychological Bulletin, Washington, v. 131, n. 1, p. 3-29, 2005.

ZORZI, M. et al. Extra-large letter spacing improves reading in dyslexia. Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS), Washington, v. 109, n. 28, p. 11455-11459, 2012.