ISSN- 2966-0785 REVISTA ACADÊMICA DA LUSOFONIA

# DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM VERSUS DISTÚRBIOS E TRANSTORNOS DA APRENDIZAGEM: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM PSICOLOGIA CLÍNICA

*LEARNING DIFFICULTIES VERSUS LEARNING DISORDERS AND DISABILITIES: CONVERGENCES AND DIVERGENCES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN CLINICAL PSYCHOLOGY*

*DIFICULTADES DE APRENDIZAJE VERSUS TRASTORNOS Y ALTERACIONES DEL APRENDIZAJE: CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA*

**Francisco Casimiro Lubalo**
Universidade 11 de Novembro (UON), Cabinda, Angola
E-mail: filantropico2003@yahoo.es
Contacto telemóvel: +244 928 663 287

## RESUMO

A distinção nosológica entre dificuldades de aprendizagem, distúrbios e transtornos específicos da aprendizagem constitui um dos maiores desafios epistemológicos e clínicos na prática contemporânea da Psicologia Clínica e da Psicopedagogia. A imprecisão terminológica frequentemente conduz a diagnósticos precipitados, medicalização excessiva da infância e intervenções terapêuticas desajustadas às reais necessidades do sujeito em desenvolvimento. O presente artigo tem como objetivo geral classificar os critérios semiológicos, etiológicos e funcionais que delimitam as convergências e divergências entre dificuldades reativas e transtornos do neurodesenvolvimento no processo de diagnóstico diferencial em Psicologia Clínica. Metodologicamente, adotou-se uma investigação qualitativa, de natureza teórica, bibliográfica e documental, ancorada na análise comparativa e sistemática dos manuais classificatórios internacionais vigentes (DSM-5-TR e CID-11) e da literatura neuropsicológica clássica e contemporânea. Os resultados evidenciam que, embora ambas as condições manifestem baixo rendimento escolar, vulnerabilidade emocional e comprometimento nas habilidades académicas instrumentais, divergem profundamente quanto à sua gênese neurobiológica, persistência temporal e resposta à intervenção pedagógica estruturada. Enquanto as dificuldades de aprendizagem possuem etiologia predominantemente extrínseca, situacional e reversível mediante ajustes metodológicos ou suporte psicossocial adequado, os distúrbios e transtornos apresentam base neurobiológica intrínseca, caráter crónico e resistência persistente às intervenções educativas convencionais. Conclui-se que a rigorosa sistematização classificatória no diagnóstico diferencial é indispensável para evitar a patologização indevida do fracasso escolar, orientando o psicólogo clínico na elaboração de protocolos de avaliação neuropsicológica multidimensionais, interdisciplinares e na formulação de planos de intervenção ética e cientificamente fundamentados na realidade clínica e educacional contemporânea.

**Palavras-chave:** Diagnóstico diferencial. Dificuldades de aprendizagem. Transtornos da aprendizagem. Psicologia Clínica. Neuropsicologia.

***ABSTRACT***

*The nosological distinction between learning difficulties, learning disabilities, and specific learning disorders represents one of the major epistemological and clinical challenges in contemporary Clinical Psychology and Psychopedagogy. Terminological imprecision frequently leads to hasty diagnoses, excessive medicalization of childhood, and therapeutic interventions misaligned with the actual developmental needs of the individual. The general objective of this article is to classify the semiological, etiological, and functional criteria that delimit the convergences and divergences between reactive difficulties and neurodevelopmental disorders within the differential diagnosis process in Clinical Psychology. Methodologically, a qualitative, theoretical, bibliographic, and documentary research design was adopted, grounded in the systematic comparative analysis of current international classification manuals (DSM-5-TR and ICD-11) alongside classical and contemporary neuropsychological literature. The findings demonstrate that, although both conditions manifest poor academic performance, emotional vulnerability, and impairment in instrumental scholastic skills, they diverge profoundly regarding their neurobiological genesis, temporal persistence, and response to structured pedagogical intervention. Whereas learning difficulties possess a predominantly extrinsic, situational, and reversible etiology responsive to methodological adjustments or adequate psychosocial support, learning disabilities and disorders exhibit an intrinsic neurobiological basis, chronic course, and persistent resistance to conventional educational interventions. It is concluded that rigorous classificatory systematization in differential diagnosis is indispensable to prevent the undue pathologization of school failure, guiding clinical psychologists in designing multidimensional, interdisciplinary neuropsychological assessment protocols and formulating ethically, clinically, and scientifically grounded intervention plans within contemporary clinical and educational practice across diverse school contexts.*

***Keywords:*** *Differential diagnosis. Learning difficulties. Learning disorders. Clinical Psychology. Neuropsychology.*

***RESUMEN***

*La distinción nosológica entre dificultades de aprendizaje, alteraciones y trastornos específicos del aprendizaje constituye uno de los mayores desafíos epistemológicos y clínicos en la práctica contemporánea de la Psicología Clínica y la Psicopedagogía. La imprecisión terminológica conduce frecuentemente a diagnósticos precipitados, medicalización excesiva de la infancia e intervenciones terapéuticas desajustadas a las necesidades reales del sujeto en desarrollo. El presente artículo tiene como objetivo general clasificar los criterios semiológicos, etiológicos y funcionales que delimitan las convergencias y divergencias entre dificultades reactivas y trastornos del neurodesarrollo en el proceso de diagnóstico diferencial en Psicología Clínica. Metodológicamente, se adoptó una investigación cualitativa, de naturaleza teórica, bibliográfica y documental, sustentada en el análisis comparativo y sistemático de los manuales clasificatorios internacionales vigentes (DSM-5-TR y CIE-11) y de la literatura neuropsicológica clásica y contemporánea. Los resultados evidencian que, aunque ambas condiciones manifiestan bajo rendimiento escolar, vulnerabilidad emocional y compromiso en las habilidades académicas instrumentales, divergen profundamente respecto a su génesis neurobiológica, persistencia temporal y respuesta a la intervención pedagógica estructurada. Mientras que las dificultades de*

*aprendizaje poseen una etiología predominantemente extrínseca, situacional y reversible mediante ajustes metodológicos o soporte psicosocial adecuado, las alteraciones y trastornos presentan una base neurobiológica intrínseca, carácter crónico y resistencia persistente a las intervenciones educativas convencionales. Se concluye que la rigurosa sistematización clasificatoria en el diagnóstico diferencial resulta indispensable para evitar la patologización indebida del fracaso escolar, orientando al psicólogo clínico en la elaboración de protocolos de evaluación neuropsicológica multidimensionales y éticamente fundamentados.*

***Palabras clave:*** *Diagnóstico diferencial. Dificultades de aprendizaje. Trastornos del aprendizaje. Psicología Clínica. Neuropsicología.*

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização Epistemológica e Clínica do Fenómeno

A compreensão científica dos processos de aprendizagem humana, das suas bases neurobiológicas e das suas vicissitudes ao longo do ciclo vital ocupa um lugar de centralidade na interface contemporânea entre a Psicologia Clínica, a Neuropsicologia do Desenvolvimento, a Psiquiatria da Infância e Adolescência e as Ciências da Educação. Nas últimas três décadas, assistiu-se a um incremento exponencial na procura por serviços especializados de avaliação psicológica e neuropsicológica motivada por queixas escolares relacionadas com o baixo rendimento académico, a lentidão na aquisição da leitura e da escrita, a dificuldade na consolidação do raciocínio lógico-matemático, a desatenção e a desregulação comportamental em contexto de sala de aula (ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016; FLETCHER et al., 2009).

Contudo, essa crescente visibilidade social dos problemas de aprendizagem foi acompanhada por um fenómeno paradoxal: a absorção acelerada, mas frequentemente acrítica, de categorias nosológicas médicas e psicológicas pelo discurso pedagógico, familiar e mediático. Desprovidas do devido rigor epistemológico, expressões técnicas como "dificuldade de aprendizagem", "distúrbio de aprendizagem", "transtorno específico da aprendizagem", "défice cognitivo" ou "disfunção neurológica" passaram a ser empregues de modo indiscriminado, intercambiável e sinonímico no cotidiano escolar e até mesmo em relatórios técnicos preliminares (CIASCA, 2003; FONSECA, 2008).

Essa promiscuidade terminológica não constitui um mero detalhe semântico ou uma filigrana académica destituída de impacto prático; pelo contrário, ela acarreta consequências clínicas, éticas, pedagógicas e socioculturais de extrema gravidade. Conforme advertem Moysés e Collares (2013), quando uma dificuldade de aprendizagem decorrente de fatores pedagógicos, metodológicos, emocionais ou sociofamiliares é erroneamente rotulada como um transtorno neurobiológico permanente, desencadeia-se um processo de **patologização e medicalização do fracasso escolar**. Nesse movimento reducionista, questões complexas de ordem institucional, curricular, relacional ou psicossocial são convertidas em supostas doenças individuais alojadas no cérebro do educando, legitimando intervenções farmacológicas desnecessárias e produzindo estigmas que comprometem a construção da identidade e da autoeficácia infantil.

Inversamente, no polo oposto desse mesmo espectro de imprecisão diagnóstica, encontra-se o risco da **subnotificação e da negligência clínica**. Quando um legítimo transtorno específico do neurodesenvolvimento — a exemplo da dislexia do desenvolvimento, da disortografia, da disgrafia ou da discalculia — é minimizado ou reduzido a interpretações moralizantes como "falta de esforço", "preguiça", "desinteresse" ou "imaturo desenvolvimento transitório", priva-se o sujeito do acesso tempestivo a intervenções de reabilitação neuropsicológica baseada em evidências e às adaptações curriculares legal e eticamente devidas (SNOWLING; HULME, 2013; BARKLEY, 2020). A ausência de reconhecimento clínico cristaliza trajetórias de sofrimento psíquico silencioso, culminando frequentemente em quadros comórbidos severos de ansiedade de desempenho, fobia escolar, episódios depressivos infantojuvenis, comportamentos opositivos e evasão precoce do sistema educativo.

No contexto específico da realidade africana e angolana, a complexidade do diagnóstico diferencial em Psicologia Clínica adquire contornos ainda mais singulares e desafiadores. A coexistência de múltiplas línguas nacionais com a língua portuguesa enquanto idioma oficial de instrução académica, aliada às disparidades socioeconómicas, à heterogeneidade na formação docente, às turmas numerosas e à escassez de instrumentos psicométricos devidamente normatizados e validados para a população local, exige do psicólogo clínico uma postura duplamente vigilante. Aplicar de forma mecânica e descontextualizada critérios diagnósticos concebidos para realidades euro-americanas, sem ponderar as variáveis ecológicas, linguísticas e pedagógicas do meio, pode conduzir a falsos positivos alarmantes, confundindo barreiras de proficiência linguística ou lacunas de instrução formal com transtornos intrínsecos do neurodesenvolvimento (APA, 2022; VYGOTSKY, 2007).

## 1.2 Problematização e Justificativa Científica

A prática clínica cotidiana evidencia que o motivo de consulta inicial raramente apresenta fronteiras nítidas. Pais, encarregados de educação e professores chegam ao consultório de Psicologia Clínica relatando manifestações comportamentais e académicas superficialmente semelhantes: notas insuficientes, recusa em realizar tarefas escolares, demora excessiva na cópia do quadro, trocas ou omissões de letras na escrita, leitura silabada e sem compreensão, esquecimento recorrente das regras matemáticas, dispersão atencional e baixa tolerância à frustração.

Diante dessa convergência fenomenológica inicial, coloca-se o dilema central do diagnóstico diferencial: **como distinguir, com segurança técnica e rigor científico, uma dificuldade de aprendizagem de natureza reativa, situacional e extrínseca de um distúrbio ou transtorno específico da aprendizagem de base neurobiológica intrínseca?**

A justificativa para a realização desta investigação sustenta-se em três dimensões complementares:

- **Relevância Epistemológica e Nosológica:** A atualização dos principais manuais classificatórios internacionais — nomeadamente a quinta edição revisada do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5-TR) da *American Psychiatric Association* (APA, 2022) e a décima primeira revisão da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) — introduziu mudanças paradigmáticas substanciais, unificando os antigos transtornos isolados sob uma categoria dimensional ampla de Transtorno Específico da Aprendizagem / Transtorno do Desenvolvimento da Aprendizagem e elevando o critério de **Resposta à Intervenção (RTI)** ao estatuto de requisito diagnóstico indispensável. Torna-se imperativo sistematizar essas diretrizes e cotejá-las com a tradição neuropsicológica clássica e contemporânea.
- **Relevância Clínica e Ética:** O psicólogo clínico necessita de matrizes classificatórias operacionais que ultrapassem a mera aplicação mecânica de testes de quociente intelectual ou baterias pedagógicas isoladas. Uma taxonomia rigorosa das convergências e divergências entre dificuldades e transtornos funciona como salvaguarda ética contra o sobrediagnóstico, orientando a condução da anamnese longitudinal, a seleção de provas neuropsicológicas sensíveis aos endofenótipos cognitivos (consciência fonológica, nomeação automatizada rápida, memória operacional, senso numérico) e a formulação de pareceres técnicos precisos.
- **Relevância Académica e Social:** No âmbito da formação e produção científica na Universidade 11 de Novembro e no contexto académico lusófono, o aprofundamento teórico sobre os critérios de diagnóstico diferencial contribui para qualificar a formação de psicólogos, psicopedagogos e educadores, fomentando o diálogo interdisciplinar entre a clínica e a escola em prol de práticas inclusivas, humanizadas e cientificamente fundamentadas.

## 1.3 Questão Norteadora e Objetivos da Investigação

Em face da problematização exposta, a presente investigação estrutura-se em torno da seguinte pergunta científica norteadora:

> Quais são os critérios semiológicos, etiológicos, neurofuncionais e evolutivos que permitem classificar, com rigor científico, as convergências e divergências entre as dificuldades de aprendizagem, os distúrbios e os transtornos específicos da aprendizagem no processo de diagnóstico diferencial em Psicologia Clínica?

Para responder de modo sistemático e fundamentado a esta indagação, estabeleceu-se como **Objetivo Geral**:

- **Classificar** os critérios semiológicos, etiológicos, neurofuncionais e evolutivos que delimitam as convergências e divergências entre as dificuldades de aprendizagem, os distúrbios e os transtornos específicos da aprendizagem no âmbito do diagnóstico diferencial em Psicologia Clínica.

Com o propósito de operacionalizar e desdobrar o alcance desse objetivo central, definiram-se **três Objetivos Específicos**:

- **1. Sistematizar** o estado da arte da literatura especializada e complementar acerca da evolução histórica, epistemológica e nosológica das dificuldades, distúrbios e transtornos da aprendizagem na Psicologia Clínica e nos sistemas classificatórios internacionais vigentes (DSM-5-TR e CID-11);
- **2. Categorizar** as zonas de convergência sintomatológica e as divergências etiológicas, neurobiológicas, temporais e de resposta à intervenção que distinguem as dificuldades de aprendizagem reativas dos transtornos persistentes do neurodesenvolvimento, bem como das condições clínicas comórbidas;
- **3. Propor** um modelo protocolar e taxonômico de diagnóstico diferencial em Psicologia Clínica destinado a orientar a avaliação neuropsicológica multidimensional e a prevenir tanto a patologização do fracasso escolar quanto a negligência terapêutica.

## 1.4 Enquadramento Metodológico e Estrutura do Artigo

Do ponto de vista metodológico, o presente trabalho caracteriza-se como uma investigação de abordagem **qualitativa**, de natureza **teórica, bibliográfica e documental**, fundamentada nos métodos **analítico-sintético**, **histórico-lógico** e **comparativo** (GIL, 2019;

LAKATOS; MARCONI, 2021). A opção pela investigação teórica de aprofundamento nosológico justifica-se pela necessidade de depurar os fundamentos conceptuais e os critérios classificatórios que sustentam a tomada de decisão clínica antes de qualquer aplicação empírica.

O levantamento e a seleção do corpus documental e bibliográfico obedeceram a critérios rigorosos de pertinência temática, atualidade científica e autoridade epistemológica na área da Psicologia Clínica e da Neuropsicologia. O acervo analítico compôs-se de dois eixos articulados:

- **Eixo Documental Normativo:** Análise comparativa direta das diretrizes diagnósticas, códigos nosológicos, critérios de inclusão, especificadores de gravidade e critérios de exclusão diferencial estabelecidos pelo DSM-5-TR (APA, 2022) e pela CID-11 (OMS, 2022).
- **Eixo Bibliográfico Especializado e Complementar:** Revisão sistemática de obras seminais e contemporâneas de autores de referência internacional e lusófona nos domínios da neuropsicologia histórico-cultural e cognitiva (LURIA, 1981; VYGOTSKY, 2007), da neurobiologia dos transtornos da aprendizagem (ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016; SNOWLING; HULME, 2013; FLETCHER et al., 2009), da avaliação interdisciplinar dos distúrbios escolares (CIASCA, 2003; FONSECA, 2008) e do diagnóstico diferencial com transtornos executivos e emocionais (BARKLEY, 2020).

Quanto à sua organização estrutural, além desta **Introdução** (Secção 1), que apresenta a contextualização, a problematização, a justificativa, os objetivos e o percurso metodológico, o artigo encontra-se articulado em quatro secções subsequentes: a **Secção 2** apresenta o estado da arte e a evolução histórica e nosológica dos conceitos de dificuldade, distúrbio e transtorno da aprendizagem; a **Secção 3** desenvolve a análise comparativa das convergências fenomenológicas e das divergências etiológicas, neurofuncionais e diferenciais com quadros comórbidos; a **Secção 4** expõe a proposta do protocolo classificatório multidimensional para o diagnóstico diferencial em Psicologia Clínica; e, por fim, a **Secção 5** sintetiza as considerações finais e as implicações éticas e clínicas do estudo.

# 2 ESTADO DA ARTE E EVOLUÇÃO EPISTEMOLÓGICA: DAS DIFICULDADES AOS TRANSTORNOS DA APRENDIZAGEM

## 2.1 Genealogia Histórica e Transições Paradigmáticas na Investigação das Alterações da Aprendizagem

A reconstituição do estado da arte acerca das alterações nos processos de aprendizagem escolar revela que a terminologia clínica contemporânea resulta de mais de um século de debates epistemológicos entre a Medicina Neurológica, a Psicologia Experimental, a Neuropsicologia Cognitiva e as Ciências da Educação. Compreender essa genealogia histórica é condição indispensável para que o psicólogo clínico evite o anacronismo conceptual e reconheça os pressupostos teóricos subjacentes a cada categoria diagnóstica (FONSECA, 2008; ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016).

A primeira etapa histórica, denominada na literatura como **Fase de Fundação Organicista ou Neurológica Clássica (1877–1930)**, emergiu no contexto da clínica médica europeia a partir da observação de pacientes adultos que perdiam a capacidade de ler após lesões cerebrais adquiridas (alexia adquirida) e da subsequente extrapolação desse modelo para crianças que falhavam na alfabetização sem qualquer dano neurológico aparente. Em 1877, o médico alemão Adolf Kussmaul descreveu casos de perda isolada da capacidade de leitura mantendo-se intactas a inteligência geral, a visão e a expressão oral, cunhando o termo **cegueira verbal** (*Wortblindheit*) (KUSSMAUL, 1877). Dez anos mais tarde, em 1887, o oftalmologista alemão Rudolf Berlin introduziu formalmente o vocábulo **dislexia** para designar uma forma específica de afasia receptiva circunscrita à linguagem escrita.

A transposição desse constructo para a infância ocorreu em novembro de 1896, quando o médico britânico W. Pringle Morgan publicou no *British Medical Journal* o célebre relato clínico do adolescente Percy F., de catorze anos, descrito como um jovem inteligente, habilidoso nos jogos e articulado na fala, mas incapaz de aprender a ler apesar de anos de instrução escolar intensa. Morgan denominou o quadro de **cegueira verbal congénita** (*congenital word-blindness*), postulando uma anomalia de desenvolvimento no giro angular do hemisfério cerebral esquerdo (MORGAN, 1896). Essa hipótese foi sistematicamente ampliada pelo oftalmologista escocês James Hinshelwood (1917), que identificou a ocorrência familiar do fenómeno e

estabeleceu os primeiros critérios clínicos diferenciais entre a cegueira verbal congénita e o atraso intelectual global.

A segunda etapa, compreendida como **Fase de Transição Neurofuncional e Perceptivo-Motora (1925–1962)**, deslocou o eixo explicativo das lesões anatómicas focais estáticas para as disfunções dinâmicas na organização cerebral e no processamento perceptivo. Nos Estados Unidos, o neuropatologista Samuel Torrey Orton (1937) observou que muitas crianças com graves dificuldades na leitura apresentavam lateralidade cruzada ou ambidestria e tendiam a inverter letras e palavras espelhadas (como confundir *b* com *d* ou ler *was* como *saw*). Orton rejeitou a tese de lesão estrutural fixa e propôs o conceito de **estrefossimbolia** (símbolos torcidos), atribuindo o quadro a uma falha ou atraso no estabelecimento da dominância hemisférica cerebral esquerda para a linguagem.

Paralelamente, nas décadas de 1940 e 1950, as investigações do neuropsiquiatra Alfred Strauss e do psicólogo Heinz Werner com crianças que exibiam hiperatividade, distractibilidade, perseveração e distúrbios perceptivo-motores deram origem ao conceito de **Lesão Cerebral Mínima** (*Minimal Brain Damage*), presumindo que todo desvio comportamental ou académico severo decorria de microlesões encefálicas pré, peri ou pós-natais não detectáveis pelos exames radiológicos da época. Diante da inconsistência empírica de postular uma lesão orgânica indemonstrável, o Grupo de Trabalho de Washington, liderado por Sam D. Clements (1966), substituiu oficialmente a expressão por **Disfunção Cerebral Mínima (DCM)**, reconhecendo que a alteração residia nos mecanismos fisiológicos e funcionais de integração do sistema nervoso central, e não necessariamente numa destruição tecidual.

A terceira etapa corresponde à **Fase de Consolidação Educacional e Cognitiva (1963–1990)**, inaugurada em abril de 1963 durante a conferência histórica em Chicago promovida pela *Fund for Perceptually Handicapped Children*. Naquela ocasião, o psicólogo e educador **Samuel A. Kirk (1963)** propôs o termo ***Learning Disabilities** *(traduzido no espaço lusófono ora como "distúrbios de aprendizagem", ora como "dificuldades de aprendizagem específicas"). A formulação de Kirk representou uma ruptura epistemológica decisiva: ao definir as* learning disabilities *como um atraso, transtorno ou desenvolvimento retardado num ou mais processos da fala, linguagem, leitura, escrita, aritmética ou outras matérias escolares, resultante de uma possível disfunção cerebral e/ou distúrbio emocional ou comportamental* — **excluindo**

**expressamente a deficiência mental, a privação sensorial e os fatores culturais ou instrucionais** —, Kirk fundou o princípio moderno do **diagnóstico por exclusão e discrepância**.

Por fim, a quarta etapa, designada como **Fase Neuropsicológica Contemporânea e Integrativa (1990–atualidade)**, superou o modelo estritamente perceptual-motor de Strauss e Orton graças ao advento das técnicas de neuroimagem funcional (ressonância magnética funcional — fMRI, tomografia por emissão de pósitrons — PET e potenciais evocados relacionados a eventos — ERP) e aos avanços da Psicologia Cognitiva. As pesquisas lideradas por autores como Margaret Snowling, Charles Hulme, Sally Shaywitz, Jack Fletcher e Stanislas Dehaene demonstraram que os transtornos específicos da aprendizagem não decorrem de problemas visuais ou motores periféricos, mas sim de **défices nos sistemas modulares de processamento cognitivo** — notadamente o déficit no processamento fonológico (na dislexia) e o déficit no módulo inato de representação de magnitude e senso numérico (na discalculia) — associados a padrões atípicos de ativação e conectividade em redes neurais específicas do hemisfério esquerdo e do sulco intraparietal (SNOWLING; HULME, 2013; FLETCHER et al., 2009; DEHAENE, 2011).

## 2.2 A Contribuição da Neuropsicologia Histórico-Cultural e dos Sistemas Funcionais Complexos

Enquanto a tradição anglo-saxónica privilegiou historicamente a identificação de módulos cognitivos isolados e a mensuração psicométrica das discrepâncias, a escola neuropsicológica histórico-cultural inaugurada por **Lev Semionovitch Vygotsky (2007)** e sistematizada clinicamente por **Aleksandr Romanovich Luria (1981)** oferece um referencial epistemológico indispensável para compreender a dialética entre o substrato biológico e a mediação sociocultural na génese das dificuldades e transtornos da aprendizagem.

Para Luria (1981), as funções psicológicas superiores envolvidas na leitura, na escrita e no cálculo matemático não estão localizadas em centros anatómicos estreitos e imutáveis, mas operam como **sistemas funcionais complexos** distribuídos por múltiplas áreas corticais e subcorticais que trabalham em concerto. Luria organizou o funcionamento cerebral em **três unidades funcionais básicas**:

- **Primeira Unidade Funcional (Regulação do Tónus Cortical e Vigília):** Estruturada na formação reticular ativadora ascendente, tronco encefálico e sistema límbico, é responsável

pela manutenção do estado ótimo de alerta, atenção seletiva e regulação emocional. Alterações afetivas severas, estresse crónico ou privação sociofamiliar impactam diretamente essa unidade, desorganizando o tónus atencional necessário para a aprendizagem (caracterizando as dificuldades reativas).

- **Segunda Unidade Funcional (Recepção, Análise e Armazenamento da Informação):** Compreende as regiões posteriores do córtex (lobos occipital, temporal e parietal), estruturadas hierarquicamente em zonas primárias (projeção), secundárias (gnósicas/associativas) e terciárias (integração supramodal). Disfunções neurobiológicas congénitas nas zonas secundárias e terciárias temporo-parieto-occipitais comprometem a análise fonémica, a síntese visuoespacial e a integração simbólica, constituindo o núcleo neurofuncional dos distúrbios e transtornos específicos da aprendizagem.
- **Terceira Unidade Funcional (Programação, Regulação e Verificação da Atividade Consciente):** Sediada nos lobos frontais, especialmente no córtex pré-frontal, coordena as funções executivas, o planejamento motor da escrita, a memória operacional, o controle inibitório e a autorregulação metacognitiva.

Sob a ótica de Vygotsky (2007), o desenvolvimento cognitivo ocorre mediante a internalização de signos culturais mediados socialmente, operando na **Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP)** — a distância entre o nível de desenvolvimento real (o que a criança realiza de forma autónoma) e o nível de desenvolvimento potencial (o que realiza sob orientação pedagógica qualificada). Essa distinção vygotskiana ilumina diretamente o diagnóstico diferencial em Psicologia Clínica: quando o baixo desempenho resulta de mediação pedagógica deficiente ou rupturas socioculturais, a intervenção qualificada na ZDP produz rápida internalização e avanço; ao contrário, quando existe uma alteração estrutural ou funcional nas bases neurobiológicas dos sistemas funcionais lurianos, a mediação convencional revela-se insuficiente, exigindo instrumentos mediadores alternativos, multissensoriais e reabilitadores (FONSECA, 2008).

## 2.3 Delimitação Conceptual e Taxonómica no Espaço Lusófono e Ibero-Americano

A revisão do estado da arte demonstra que a confusão terminológica atual deriva, em grande medida, das traduções assimétricas do termo inglês *Learning Disabilities* para o português e o espanhol. Enquanto em Portugal autores como Vítor da Fonseca (2008) consolidaram a

expressão **Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE)** para traduzir *Specific Learning Disabilities* — distinguindo-as das dificuldades de aprendizagem gerais ou transitórias —, no Brasil e em diversos países ibero-americanos consolidou-se a distinção tripartite entre **Dificuldade de Aprendizagem**, **Distúrbio de Aprendizagem** e **Transtorno Específico da Aprendizagem** (CIASCA, 2003; ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016).

Para conferir rigor científico à prática da Psicologia Clínica, torna-se imperativo estabelecer as fronteiras conceptuais precisas entre esses três constructos:

### *2.3.1 Dificuldade de Aprendizagem (DA)*

O conceito de **Dificuldade de Aprendizagem** possui amplitude genérica, pedagógica e psicossocial. Designa qualquer obstáculo, lentidão, bloqueio ou descompasso observado no processo de apropriação dos conteúdos escolares, cuja origem primária é **extrínseca ao sistema nervoso central do sujeito**. Segundo Ciasca (2003), trata-se de um sintoma ou fenómeno evolutivo e situacional, frequentemente desencadeado por variáveis exógenas, tais como:

- **Fatores Pedagógicos e Institucionais:** Métodos de alfabetização inadequados, descontinuidade curricular, troca frequente de docentes, turmas superlotadas, ausência de recursos didáticos ou desajuste entre o ritmo de ensino e o estilo cognitivo do aluno.
- **Fatores Socioculturais e Linguísticos:** Vulnerabilidade socioeconómica extrema, ausência de ambiente letrado familiar, trabalho infantil, absentismo escolar ou diglossia/bilinguismo não acolhido (quando a criança domina uma língua nacional no seio familiar e é avaliada exclusivamente na língua oficial de escolarização sem transição pedagógica adequada).
- **Fatores Psicoemocionais e Relacionais:** Conflitos intrafamiliares agudos, divórcio litigioso dos progenitores, luto, nascimento de irmãos, violência doméstica, *bullying* escolar ou episódios ansiosos e depressivos reativos.

Na dificuldade de aprendizagem, a integridade neurobiológica e neuropsicológica do educando encontra-se preservada. O prejuízo académico é geralmente difuso (abrangendo várias disciplinas simultaneamente) e apresenta **reversibilidade plena** assim que os fatores ambientais, pedagógicos ou emocionais desencadeantes são identificados e manejados.

### *2.3.2 Distúrbio de Aprendizagem*

Na tradição clínica neuropediátrica, fonoaudiológica e psicopedagógica ibero-americana, o termo **Distúrbio de Aprendizagem** refere-se a uma disfunção **intrínseca e constitucional** do sistema nervoso central, decorrente de alterações na maturação, organização sináptica ou conectividade funcional de circuitos neurais específicos responsáveis pelo processamento da linguagem oral, escrita ou matemática (CIASCA, 2003; ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016).

Diferentemente da dificuldade reativa, o distúrbio não é causado por falhas metodológicas da escola nem por carências afetivas familiares — embora fatores ambientais adversos possam agravar a sua expressão clínica. Ele manifesta-se desde as etapas iniciais da aquisição formal das habilidades académicas, independentemente de uma instrução pedagógica adequada e de um nível intelectual normal ou até superior. Historicamente, o termo "distúrbio" enfatiza o mecanismo fisiopatológico subjacente (a perturbação no funcionamento neurocognitivo de recepção, integração e expressão simbólica).

### *2.3.3 Transtorno Específico da Aprendizagem (TEA)*

O termo **Transtorno Específico da Aprendizagem** (ou *Transtorno do Desenvolvimento da Aprendizagem*) corresponde à categoria nosológica oficial adotada pelos sistemas internacionais de classificação psiquiátrica e médica contemporâneos — o DSM-5-TR (APA, 2022) e a CID-11 (OMS, 2022). Na nosografia psiquiátrica moderna, o vocábulo **transtorno** (*disorder*) substituiu intencionalmente os termos "doença" (*disease*) e "distúrbio" (*disturbance*) para designar uma síndrome comportamental ou psicológica clinicamente significativa, associada a sofrimento ou incapacidade funcional, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (APA, 2022).

Conforme sintetizado por Fletcher et al. (2009), a evolução conceptual que culminou no diagnóstico contemporâneo de Transtorno Específico da Aprendizagem abandonou o antigo critério baseado exclusivamente na discrepância entre o QI e o rendimento escolar — que se mostrou psicometricamente falho e propenso a atrasar o diagnóstico até os últimos anos do ensino primário — para adotar um modelo híbrido que articula **baixo rendimento persistente**, **défices nos processos cognitivos nucleares** e **baixa resposta à intervenção pedagógica estruturada**.

## 2.4 Análise Documental Comparativa dos Manuais Internacionais: DSM-5-TR e CID-11

O exame documental comparado entre a quinta edição revisada do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (APA, 2022) e a décima primeira revisão da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* (OMS, 2022) evidencia um esforço histórico de harmonização nosológica entre a Associação Psiquiátrica Americana e a Organização Mundial da Saúde. Ambos os manuais inserem os transtornos da aprendizagem no capítulo dos **Transtornos do Neurodesenvolvimento**, reconhecendo a sua etiologia neurobiológica precoce, a sua forte agregação familiar e o seu curso contínuo ao longo da vida.

### *2.4.1 Arquitetura Diagnóstica no DSM-5-TR (APA, 2022)*

No DSM-5-TR, os antigos diagnósticos separados do DSM-IV (Transtorno da Leitura, Transtorno da Matemática, Transtorno da Expressão Escrita e Transtorno da Aprendizagem Sem Outra Especificação) foram consolidados sob uma única categoria diagnóstica ampla: **Transtorno Específico da Aprendizagem (Código 315 / F81)**, exigindo-se que o clínico especifique os domínios académicos e as sub-habilidades comprometidas no momento da avaliação, bem como o nível atual de gravidade. A arquitetura diagnóstica do DSM-5-TR estrutura-se em **quatro critérios obrigatórios e cumulativos** (APA, 2022, p. 76-78):

- **Critério A (Sintomatologia Persistente e Resistência à Intervenção):** Dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades académicas, indicadas pela presença de pelo menos um de seis sintomas cardinais (leitura de palavras imprecisa ou lenta e com esforço; dificuldade para compreender o sentido do que é lido; dificuldades ortográficas; dificuldades com a expressão escrita; dificuldades para dominar o senso numérico, factos numéricos ou cálculo; dificuldades no raciocínio lógico-matemático) que tenha persistido por **pelo menos 6 meses**, apesar da provisão de intervenções dirigidas a essas dificuldades.
- **Critério B (Discrepância Psicométrica e Prejuízo Funcional):** As habilidades académicas afetadas estão substancialmente e quantificavelmente abaixo do esperado para a idade cronológica do indivíduo e causam interferência significativa no desempenho académico ou profissional ou nas atividades cotidianas, confirmada por medidas de desempenho padronizadas administradas individualmente e por avaliação clínica abrangente. Em termos psicométricos, recomenda-se como ponto de corte indicativo escores situados pelo menos **1,5**

**desvio-padrão (DP) abaixo da média populacional** para a idade (escore padrão <= 78 ou percentil <= 7).

- **Critério C (Início na Idade Escolar):** As dificuldades de aprendizagem iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências pelas habilidades académicas afetadas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (por exemplo, em testes cronometrados ou na sobrecarga de exigências académicas no ensino secundário ou superior).
- **Critério D (Diagnóstico Diferencial por Exclusão):** As dificuldades de aprendizagem não são mais bem explicadas por deficiências intelectuais, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outros transtornos mentais ou neurológicos, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua de instrução académica ou instrução educacional inadequada.

Adicionalmente, o DSM-5-TR exige a especificação dos **domínios comprometidos** — *Com prejuízo na leitura* (reconhecendo **dislexia** como termo clínico alternativo válido), *Com prejuízo na expressão escrita* e *Com prejuízo na matemática* (reconhecendo **discalculia** como termo clínico alternativo válido) — bem como a classificação da **gravidade atual** em **Leve**, **Moderada** ou **Grave**.

### *2.4.2 Arquitetura Diagnóstica na CID-11 (OMS, 2022)*

Na décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que entrou em vigor globalmente em 2022 substituindo a CID-10 (códigos F81.0 a F81.9), a Organização Mundial da Saúde adotou a designação **6A03 — Transtorno do Desenvolvimento da Aprendizagem** (*Developmental Learning Disorder*). A classificação estrutura-se nas seguintes subcategorias diagnósticas: **6A03.0** (com prejuízo na leitura), **6A03.1** (com prejuízo na expressão escrita), **6A03.2** (com prejuízo na matemática), **6A03.3** (com outro prejuízo especificado da aprendizagem) e **6A03.Z** (não especificado).

**Quadro 1 —** Síntese Comparativa das Diretrizes Normativas entre o DSM-5-TR e a CID-11

| Critério Normativo | DSM-5-TR (APA, 2022) | CID-11 (OMS, 2022) |
|---|---|---|
| **Nomenclatura Oficial** | Transtorno Específico da Aprendizagem (TEA). | Transtorno do Desenvolvimento da Aprendizagem (TDA). |
| **Código Nosológico** | 315 (F81). | 6A03 (subdividido em 6A03.0, 6A03.1, 6A03.2, 6A03.3 e 6A03.Z). |

| Critério Normativo | DSM-5-TR (APA, 2022) | CID-11 (OMS, 2022) |
|---|---|---|
| **Capítulo Classificatório** | Transtornos do Neurodesenvolvimento. | Transtornos Mentais, Comportamentais ou do Neurodesenvolvimento (Subgrupo: Transtornos do Neurodesenvolvimento). |
| **Estrutura Diagnóstica** | Categoria diagnóstica única com especificadores de domínio (leitura, escrita, matemática) e gravidade. | Categoria principal com subcódigos específicos para cada domínio académico afetado. |
| **Critério Temporal / RTI** | Exige persistência mínima de **6 meses** apesar de intervenções direcionadas. | Exige dificuldades **persistentes** não atribuíveis à falta de oportunidade educacional ou instrução inadequada. |
| **Referência Psicométrica** | Escores padronizados pelo menos **1,5 DP abaixo da média** para a idade cronológica. | Desempenho marcadamente abaixo do esperado para a idade cronológica e o nível de funcionamento intelectual. |
| **Uso de Termos Alternativos** | Reconhece *Dislexia* e *Discalculia* como termos clínicos alternativos válidos mediante especificação adicional. | Não utiliza *dislexia* ou *discalculia* como títulos principais, mantendo a descrição funcional do prejuízo. |
| **Exclusões Diferenciais** | Deficiência intelectual, défices sensoriais não corrigidos, transtornos neurológicos/mentais, adversidade psicossocial, falta de proficiência linguística ou ensino inadequado. | Transtorno do desenvolvimento intelectual, deficiência sensorial (visão/audição), doença neurológica, falta de disponibilidade de educação ou falta de proficiência na língua de instrução. |

Fonte: Elaborado pelo autor com base em APA (2022) e OMS (2022).

# 3 ANÁLISE COMPARATIVA: CONVERGÊNCIAS, DIVERGÊNCIAS E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM COMORBIDADES

## 3.1 A Zona de Convergência Fenomenológica e Comportamental no Contexto Clínico

Na prática clínica cotidiana, o ponto de partida de grande parte das avaliações psicológicas e neuropsicológicas infantis e juvenis caracteriza-se por uma notável homogeneidade sintomatológica na queixa inicial. Quando pais, encarregados de educação ou professores procuram o psicólogo clínico, o discurso raramente se formula em termos nosológicos precisos; antes se apresenta sob a forma de preocupações comportamentais e académicas que parecem idênticas à primeira vista: notas insuficientes, recusa ou lentidão extrema na execução dos deveres de casa, hesitação e erros frequentes na leitura em voz alta, trocas ou omissões de grafemas na escrita espontânea, dificuldade na memorização de operações

aritméticas, desorganização do material escolar e desmotivação progressiva perante as exigências formais da escola (CIASCA, 2003; ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016).

A análise comparativa da literatura neuropsicológica e psicopedagógica permite categorizar **quatro eixos principais de convergência sintomatológica** entre dificuldades de aprendizagem e transtornos específicos da aprendizagem:

- **Baixo Rendimento Académico Instrumental e Fracasso Escolar Visível:** Tanto a criança com dificuldade de aprendizagem reativa quanto aquela com transtorno específico da aprendizagem apresentam resultados escolares aquém do esperado para a sua série ou faixa etária nas disciplinas instrumentais básicas — leitura, escrita e matemática — ou no desempenho global em sala de aula.
- **Repercussões Socioemocionais Secundárias e Sofrimento Psíquico:** O insucesso recorrente na escola produz impactos emocionais convergentes em ambos os grupos, incluindo sentimentos de vergonha, frustração, baixa autoestima, ansiedade de desempenho, evitação das tarefas escolares, retraimento social, somatizações ou comportamentos opositores defensivos (FONSECA, 2008; APA, 2022).
- **Sobrecarga Funcional das Funções Executivas e da Atenção:** Na superfície observacional, ambos os grupos exibem desatenção, dispersão e lentidão. Contudo, nas dificuldades emocionais a primeira unidade funcional luriana é sobrecarregada pela ruminação afetiva (LURIA, 1981), enquanto nos transtornos específicos o esforço consciente exigido para decodificar palavras ou realizar cálculos não automatizados esgota rapidamente a memória de trabalho e a energia atencional (FLETCHER et al., 2009).
- **Preservação da Inteligência Geral e Discrepância Comportamental:** Em ambas as situações — excluída a deficiência intelectual — o indivíduo apresenta capacidade intelectual global na faixa média ou superior, exibindo raciocínio lógico adequado em contextos não escolarizados, o que frequentemente alimenta interpretações moralizantes como preguiça ou falta de vontade.

### 3.2 Matriz de Divergências: Etiologia, Neurobiologia, Evolução e Resposta à Intervenção

Apesar de convergirem no sintoma escolar visível e no sofrimento secundário, as dificuldades de aprendizagem reativas e os distúrbios/transtornos específicos da aprendizagem configuram processos qualitativamente diferentes. Enquanto a **dificuldade de aprendizagem**

possui etiologia predominantemente **extrínseca** (pedagógica, familiar, emocional, sociocultural ou linguística), integridade dos processos cognitivos nucleares e reversibilidade diante de ajustes metodológicos ou suporte psicossocial, os **distúrbios e transtornos específicos** apresentam base **intrínseca e neurobiológica**, comprometimento circunscrito em endofenótipos cognitivos específicos (como o processamento fonológico na dislexia ou o senso numérico na discalculia) e curso persistente ao longo do ciclo vital (SNOWLING; HULME, 2013; DEHAENE, 2011; APA, 2022).

**Quadro 2 —** Matriz Classificatória de Divergências entre Dificuldades de Aprendizagem e Distúrbios/Transtornos Específicos

| **Critério Comparativo** | **Dificuldades de Aprendizagem (DA)** | **Distúrbios / Transtornos Específicos da Aprendizagem (TEA)** |
|---|---|---|
| **Natureza Etiológica** | Predominantemente **extrínseca** (pedagógica, familiar, emocional, sociocultural ou linguística). | Predominantemente **intrínseca e neurobiológica** (neurodesenvolvimento, bases genéticas e funcionais). |
| **Integridade Neurocognitiva Base** | Processos cognitivos nucleares preservados; prejuízo secundário a fatores contextuais ou emocionais. | Comprometimento específico e persistente em processos cognitivos nucleares (ex.: fonológico, numérico). |
| **Padrão de Comprometimento** | Frequentemente mais difuso ou situacional, ligado a lacunas de ensino, transições ou estressores. | Específico e circunscrito a habilidades acadêmicas instrumentais (leitura, escrita, matemática). |
| **Evolução Temporal** | Transitória ou situacional; tende a ceder com a remoção ou manejo dos fatores desencadeantes. | Persistente ao longo do desenvolvimento; manifestações alteram-se conforme a demanda, mas o núcleo persiste. |
| **Resposta à Intervenção (RTI)** | Resposta favorável e mais rápida a reforço escolar estruturado, ajustes didáticos ou suporte emocional. | Persistência apesar de instrução adequada; requer intervenção especializada e adaptações contínuas. |
| **Conduta Clínica Central** | Intervenção psicossocial/familiar, orientação pedagógica e manejo emocional; evitar rotulação patológica. | Avaliação neuropsicológica completa, reabilitação específica, orientação escolar e adaptações curriculares. |

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Ciasca (2003), Fletcher et al. (2009), Rotta, Ohlweiler e Riesgo (2016) e APA (2022).

### 3.3 Diagnóstico Diferencial com Condições Clínicas Comórbidas e Excludentes

O rigor clínico exige ainda que o psicólogo diferencie os transtornos específicos da aprendizagem de outras condições clínicas que podem assemelhar-se a eles ou coocorrer como **comorbidades** (APA, 2022; BARKLEY, 2020):

- **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH):** Comorbidade frequente (30% a 50% dos casos clínicos), mas entidade distinta. No TDAH puro, o prejuízo escolar decorre da falha na regulação executiva, inibição de impulsos e sustentação atencional, sem défice primário nos mecanismos de decodificação fonológica ou de processamento numérico (BARKLEY, 2020).
- **Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (Deficiência Intelectual):** Diferencia-se pelo caráter global do comprometimento intelectual e adaptativo (conceptual, social e prático), ao passo que no Transtorno Específico da Aprendizagem o funcionamento intelectual global encontra-se preservado (APA, 2022).
- **Transtornos de Ansiedade e Transtornos Depressivos:** Quadros internalizantes provocam lentificação psicomotora e bloqueio da memória operacional. O critério diferencial reside na história longitudinal: o declínio escolar coincide com os sintomas afetivos e reverte após a remissão emocional.
- **Deficiências Sensoriais Não Corrigidas e Condições Neurológicas Adquiridas:** Alterações visuais ou auditivas não corrigidas e patologias neurológicas adquiridas devem ser excluídas como causa primária mediante avaliação médica especializada (OMS, 2022; ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016).
- **Barreiras Linguísticas e Instrução Educacional Inadequada:** Em contextos plurilingues ou de fragilidade pedagógica, a exposição insuficiente à língua de instrução ou a ausência de ensino sistemático não devem ser confundidas com transtorno específico da aprendizagem (APA, 2022; OMS, 2022).

# 4 PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM PSICOLOGIA CLÍNICA

## 4.1 Fundamentos Éticos e Operacionais do Modelo Protocolar

Com o propósito de operacionalizar a classificação diferencial entre **dificuldades de aprendizagem** e **distúrbios ou transtornos específicos da aprendizagem**, propõe-se o **Modelo Protocolar de Classificação Diferencial em Quatro Níveis (MPCD-4)**. O modelo articula quatro etapas sequenciais e interdependentes, concebidas para orientar o psicólogo clínico desde o acolhimento inicial até a devolutiva técnica, o plano terapêutico e a articulação intersetorial com a família e a escola:

- **Nível I — Anamnese Longitudinal, Ecológica e Linguística;**
- **Nível II — Avaliação Neuropsicológica e Psicométrica Multidimensional;**
- **Nível III — Monitoramento da Resposta à Intervenção (RTI) e Critério Temporal;**
- **Nível IV — Classificação Nosológica, Devolutiva Ética e Encaminhamento Diferenciado.**

## 4.2 Nível I — Anamnese Longitudinal, Ecológica e Linguística

O primeiro nível constitui o alicerce da investigação clínica e visa reconstruir a linha do tempo do sujeito antes, durante e após o início das dificuldades escolares (CIASCA, 2003; FONSECA, 2008). O psicólogo clínico deve investigar sistematicamente cinco eixos: (a) **história pré, peri e pós-natal e marcos do desenvolvimento**, com ênfase na linguagem oral precoce; (b) **história escolar e qualidade da mediação pedagógica**, verificando rupturas curriculares, rotatividade docente e métodos de alfabetização; (c) **contexto ecológico, familiar e emocional**, mapeando estressores agudos, luto, conflitos familiares ou *bullying*; (d) **contexto linguístico e sociocultural**, avaliando o domínio da língua de instrução escolar em comparação com a língua materna falada em família — fator crítico em contextos plurilingues como o angolano; e (e) **histórico familiar e agregação genética** de dificuldades semelhantes na leitura, escrita ou matemática (SNOWLING; HULME, 2013; APA, 2022).

## 4.3 Nível II — Avaliação Neuropsicológica e Psicométrica Multidimensional

O segundo nível aprofunda a compreensão do funcionamento cognitivo e académico por meio de observação clínica estruturada e instrumentos padronizados administrados

individualmente, contemplando quatro frentes articuladas: (1) **funcionamento intelectual global e perfil cognitivo**, avaliando o raciocínio verbal e não verbal e excluindo deficiência intelectual global; (2) **habilidades académicas instrumentais**, examinando precisão, fluência e compreensão leitora, precisão ortográfica e produção escrita, senso numérico e cálculo; (3) **processos cognitivos nucleares (endofenótipos)**, investigando consciência fonológica, nomeação automatizada rápida, memória operacional, percepção visuoespacial e funções executivas (LURIA, 1981; FLETCHER et al., 2009); e (4) **avaliação emocional, motivacional e adaptativa**.

### 4.4 Nível III — Monitoramento da Resposta à Intervenção (RTI) e Critério Temporal

Em consonância com o DSM-5-TR (APA, 2022) e com os modelos de **Resposta à Intervenção (RTI)**, o terceiro nível verifica a dinâmica evolutiva do estudante diante de suporte pedagógico estruturado. O protocolo exige verificar intervenções prévias e, quando necessário, acompanhar um período de intervenção direcionada alinhado ao marco temporal de referência de **pelo menos seis meses**. Uma curva de aceleração favorável confirma a classificação de **Dificuldade de Aprendizagem (Reativa/Pedagógica)**; a resistência persistente apesar de instrução sistemática e individualizada consolida a hipótese de **Distúrbio ou Transtorno Específico da Aprendizagem** (FLETCHER et al., 2009; APA, 2022).

### 4.5 Nível IV — Classificação Nosológica, Devolutiva Ética e Encaminhamento Diferenciado

O quarto nível sintetiza o percurso avaliativo numa formulação clínica ética e operacional, discriminando as condutas terapêuticas e educacionais conforme o enquadramento resultante:

**Quadro 3 —** Síntese Operacional do Nível IV do Modelo Protocolar de Classificação Diferencial (MPCD-4)

| Quadro Classificado | Foco da Devolutiva Clínica | Estratégias Terapêuticas e de Acompanhamento | Cuidados Éticos Essenciais |
|---|---|---|---|
| **Dificuldade de Aprendizagem (DA)** | Explicitar os fatores extrínsecos, pedagógicos, familiares ou emocionais que interferem no rendimento atual. | Orientação parental e escolar, ajustes didáticos/metodológicos, reforço direcionado, psicoterapia clínica quando há demanda emocional. | Evitar rotular o aluno como portador de transtorno permanente ou patologizar reações compreensíveis a estressores. |

| Quadro Classificado | Foco da Devolutiva Clínica | Estratégias Terapêuticas e de Acompanhamento | Cuidados Éticos Essenciais |
|---|---|---|---|
| **Distúrbio / Transtorno Específico da Aprendizagem (TEA)** | Apresentar o perfil específico de habilidades afetadas e preservadas, a base neurodesenvolvimental e a necessidade de suporte contínuo. | Intervenção especializada e estruturada na habilidade afetada, reabilitação/acompanhamento neuropsicológico ou psicopedagógico, adaptações curriculares. | Não reduzir o sujeito ao diagnóstico; valorizar competências preservadas e assegurar acompanhamento de eventuais comorbidades. |
| **Situação Mista ou com Comorbidade** | Discriminar o que corresponde ao transtorno de base, o que é comórbido (ex.: TDAH, ansiedade) e o que é reativo ao ambiente. | Plano integrado multifocal (clínico, familiar e escolar) com reavaliações periódicas da evolução funcional. | Evitar atribuir todos os sintomas a um único rótulo sem avaliar cada domínio de forma independente. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação teórica, bibliográfica e documental desenvolvida ao longo deste estudo permitiu responder à questão norteadora e cumprir integralmente o objetivo geral de **classificar** os critérios semiológicos, etiológicos, neurofuncionais e evolutivos que delimitam as convergências e divergências entre as dificuldades de aprendizagem, os distúrbios e os transtornos específicos da aprendizagem no âmbito do diagnóstico diferencial em Psicologia Clínica.

Em primeiro lugar, a sistematização do estado da arte e da evolução epistemológica evidenciou que a imprecisão terminológica contemporânea resulta da sobreposição histórica de paradigmas distintos — desde as primeiras formulações organicistas da neurologia europeia do século XIX até os modelos neuropsicológicos e dimensionais atuais. O cotejamento documental entre o **DSM-5-TR** (APA, 2022) e a **CID-11** (OMS, 2022) confirmou uma convergência internacional decisiva: os transtornos específicos da aprendizagem são hoje compreendidos como condições do neurodesenvolvimento de caráter persistente, que exigem não apenas a constatação de desempenho académico substancialmente abaixo do esperado, mas também a exclusão rigorosa de fatores contextuais, sensoriais, intelectuais ou linguísticos e a verificação de resistência clínica a intervenções direcionadas por um período mínimo de seis meses.

Em segundo lugar, a análise comparativa demonstrou que a confusão clínica entre dificuldades de aprendizagem e transtornos específicos da aprendizagem alimenta-se de uma **zona de convergência fenomenológica** visível no cotidiano escolar: ambos os quadros

manifestam-se por meio de baixo rendimento nas habilidades instrumentais, aparente dispersão atencional, fadiga cognitiva e sofrimento socioemocional secundário (baixa autoestima, ansiedade de desempenho e evitação escolar). Contudo, sob essa superfície sintomatológica comum residem **divergências estruturais profundas**. Enquanto as dificuldades de aprendizagem possuem etiologia predominantemente extrínseca (pedagógica, familiar, emocional, sociocultural ou linguística), integridade dos processos cognitivos nucleares e reversibilidade diante de ajustes metodológicos ou suporte psicossocial, os distúrbios e transtornos específicos apresentam base neurobiológica intrínseca, comprometimento circunscrito em endofenótipos cognitivos específicos (como o processamento fonológico ou o senso numérico) e curso persistente ao longo do ciclo vital.

Em terceiro lugar, a proposição do **Modelo Protocolar de Classificação Diferencial em Quatro Níveis (MPCD-4)** oferece à Psicologia Clínica um instrumento estruturado de raciocínio diagnóstico que articula a anamnese longitudinal, ecológica e linguística, a avaliação neuropsicológica multidimensional, o monitoramento dinâmico da resposta à intervenção (RTI) e a formulação ética da devolutiva. Em contextos plurilingues e socialmente heterogéneos — como se verifica na realidade educativa angolana e em diversos espaços lusófonos —, a adoção desse protocolo assume especial relevância ética, pois impede que barreiras de proficiência na língua de instrução, lacunas metodológicas ou vulnerabilidades psicossociais sejam convertidas em diagnósticos patologizantes.

Conclui-se, portanto, que o diagnóstico diferencial rigoroso em Psicologia Clínica constitui uma dupla salvaguarda ética e científica: por um lado, combate a medicalização indevida e a patologização do fracasso escolar quando o obstáculo é situacional ou pedagógico; por outro, assegura o reconhecimento tempestivo, a reabilitação especializada e as adaptações curriculares legítimas aos sujeitos que apresentam transtornos específicos do neurodesenvolvimento, promovendo o direito pleno à aprendizagem e ao desenvolvimento humano integral.

## REFERÊNCIAS

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

BARKLEY, Russell A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: manual para diagnóstico e tratamento. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

CIASCA, Sylvia Maria (org.). **Distúrbios de aprendizagem**: proposta de avaliação interdisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CLEMENTS, Sam D. **Minimal brain dysfunction in children**: terminology and identification. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1966.

DEHAENE, Stanislas. **The number sense**: how the mind creates mathematics. Rev. and updated ed. New York: Oxford University Press, 2011.

FLETCHER, Jack M.; LYONS, G. Reid; FUCHS, Lynn S.; BARNES, Marcia A. **Transtornos de aprendizagem**: da identificação à intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Vítor da. **Introdução às dificuldades de aprendizagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

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

KIRK, Samuel A. Behavioral diagnosis and remediation of learning disabilities. In: **Proceedings of the Conference on Exploration into the Problems of the Perceptually Handicapped Child**. Chicago: Fund for Perceptually Handicapped Children, 1963. p. 1-23.

KUSSMAUL, Adolf. **Die Störungen der Sprache**: Versuch einer Pathologie der Sprache. Leipzig: F. C. W. Vogel, 1877.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

LURIA, Aleksandr Romanovich. **Fundamentos de neuropsicologia**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; São Paulo: Edusp, 1981.

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

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecilia Azevedo Lima. Controle e medicalização da infância. **Desidades**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 11-21, dez. 2013.

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

ORTON, Samuel Torrey. **Reading, writing and speech problems in children**. New York: W. W. Norton & Company, 1937.

ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos (org.). **Transtornos da aprendizagem**: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SNOWLING, Margaret J.; HULME, Charles (org.). **A ciência da leitura**. Porto Alegre: Penso, 2013.

VYGOTSKY, Lev Semionovitch. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.