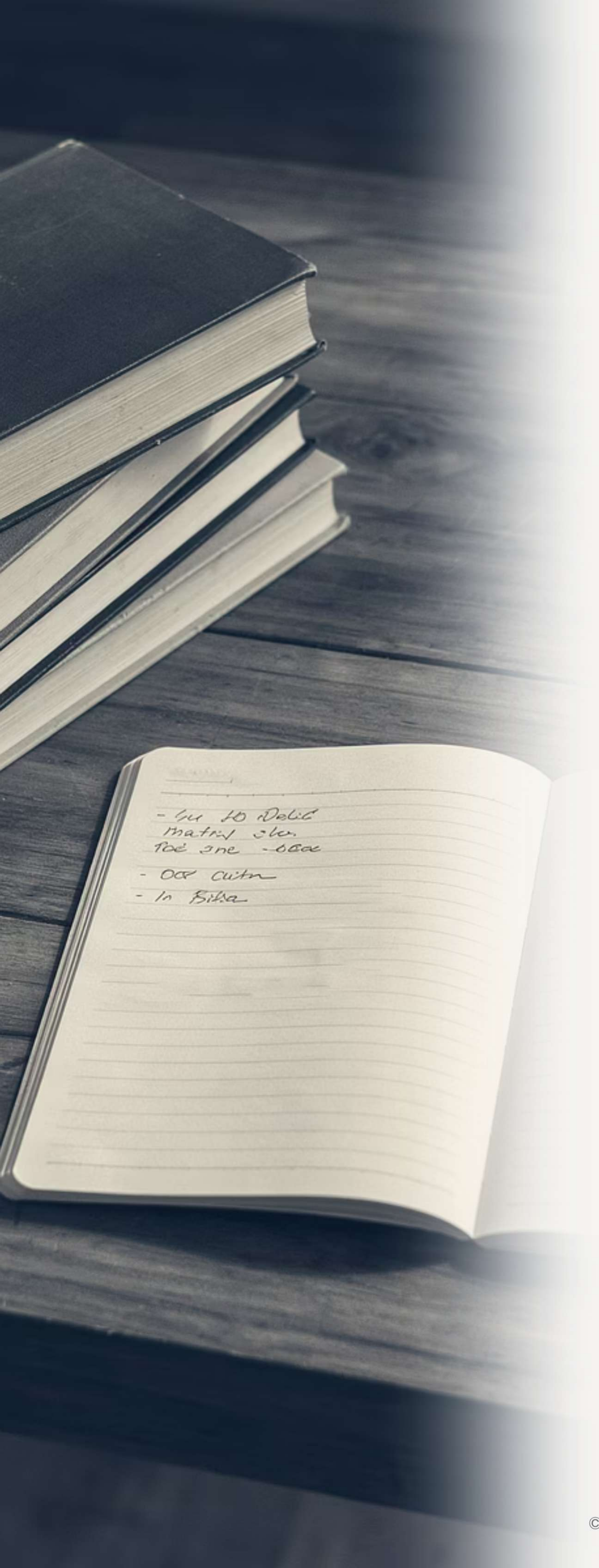


5 casos que não fecham

Diagnóstico diferencial em
superdotação e dupla excepcionalidade

Dra. Olzeni Ribeiro

PhD em Educação · Especialista em Neuropsicologia,
Superdotação e Dupla Excepcionalidade



Nota

Os casos apresentados são reais, extraídos da prática clínica da Dra. Olzeni Ribeiro. Nomes, idades e dados identificáveis foram alterados para preservação da identidade das crianças e das famílias. O raciocínio clínico, os instrumentos e os achados permanecem íntegros.



Antes dos casos

Existe uma categoria de paciente que atravessa consultórios sem se resolver.

Ele não é raro e não é obscuro. Ele chega com queixa clara, fenótipo reconhecível e, com frequência, um laudo anterior assinado por um colega competente. Os critérios estão preenchidos. O instrumento foi aplicado corretamente. A conclusão é defensável. E o caso continua não fechando: a intervenção não produz o efeito esperado, a família volta, o quadro persiste, e alguém sugere investigar mais.

Os cinco casos deste material pertencem a essa categoria. Eles têm uma coisa em comum e ela merece ser dita antes que você leia o primeiro.

Em nenhum deles o erro esteve no que foi observado.

O adolescente do caso 1 estava agitado. Quem registrou agitação registrou a verdade. A menina do caso 3 ia bem na escola. Os professores que disseram isso estavam certos. A criança do caso 4 contestava o adulto. A descrição da escola era exata. Os laudos anteriores do caso 5 encontraram indicadores de autismo em duas crianças que, de fato, os apresentavam.

Cada um desses profissionais viu corretamente. E cada um chegou a uma conclusão que o paciente não sustentou.

Isso acontece porque o comportamento observado, sozinho, é ambíguo. Ele descreve o que a pessoa faz, sem informar de onde aquilo vem. Duas crianças com origens funcionais completamente distintas produzem o mesmo comportamento na superfície e nenhum grau de rigor na observação separa as duas, porque a diferença não está ali.

A diferença está na condição sob a qual o comportamento aparece.

O adolescente do caso 1 se agitava e ele se agitava numa curva. A curva era o dado. A menina do caso 3 se comportava bem na escola e desmoronava em casa todos os dias no mesmo horário. O horário era o dado. A criança do caso 4 contestava e cooperava quando o porquê era explicado. A cooperação era o dado.

Em todos os casos, o dado que decidiu esteve disponível para o avaliador anterior. Estava na sala. Não foi registrado, porque ninguém tinha a pergunta que o tornava visível.

É isso que este material apresenta. Cinco casos, com os escores, os instrumentos, os achados e o raciocínio que os conduziu, incluindo os pontos em que o raciocínio permaneceu aberto. Cada caso termina com a pergunta que reorientou a avaliação, porque a pergunta é o instrumento que produz o dado e ela vem antes de qualquer teste.



Um aviso sobre o que você não vai encontrar aqui

- ❏ Não há tabela de diferenciação, checklist ou quadro de correspondência entre sinal e diagnóstico. Essa ausência é deliberada. Um quadro de duas colunas separando superdotação de TDAH cabe numa página, é fácil de memorizar e produz exatamente o erro que este material examina, porque ele opera por reconhecimento de padrão de superfície, que é a operação que falhou em todos os cinco casos. O que existe aqui é raciocínio narrado, do jeito que ele acontece.

Leia com a sua fila de espera em mente. Alguns desses casos você já atendeu, com certeza.

Caso 1, os comportamentos apontam para TDAH, mas algo não encaixa

Caio chegou com o diagnóstico já fechado. TDAH de apresentação predominantemente hiperativo-impulsiva, firmado por outro profissional, em manejo há tempo suficiente para que ninguém mais o questionasse. A queixa que a família trouxe foi a mesma que consta do encaminhamento escolar: agitação motora contínua, impulsividade, explosividade. Ele levanta da carteira, interrompe, responde antes da pergunta terminar, não sustenta a espera. Perde o controle quando contrariado.

Caio, 14 anos

É o retrato de manual. E é exatamente por isso que ele merece um segundo olhar.



O que a leitura corrente conclui

O fenótipo fecha. Os critérios do DSM-5-TR estão preenchidos na dimensão comportamental observável, a queixa é consistente entre escola e família, há um laudo anterior de um colega competente que chegou à mesma conclusão. A conduta se impõe sozinha: manter o diagnóstico, ajustar o manejo, eventualmente reavaliar a farmacologia com o médico assistente.

Esse raciocínio tem uma característica que vale nomear. Ele parte do comportamento e chega ao rótulo por semelhança de superfície, sem em nenhum momento perguntar de onde o comportamento vem. A pergunta que ele responde é o que esse adolescente tem. A pergunta que ele nunca formula é como esse adolescente funciona.

O fenótipo fecha. Os critérios do DSM-5-TR estão preenchidos na dimensão comportamental observável, a queixa é consistente entre escola e família, há um laudo anterior de um colega competente que chegou à mesma conclusão. A conduta se impõe sozinha: manter o diagnóstico, ajustar o manejo, eventualmente reavaliar a farmacologia com o médico assistente.

Esse raciocínio tem uma característica que vale nomear. Ele parte do comportamento e chega ao rótulo por semelhança de superfície, sem em nenhum momento perguntar de onde o comportamento vem. A pergunta que ele responde é o que esse adolescente tem. A pergunta que ele nunca formula é como esse adolescente funciona.

❏ A bateria objetiva veio inteira contra o diagnóstico anterior e veio convergente, que é a única forma de um achado desses ter peso.

Quatro instrumentos independentes, medindo aquilo que o TDAH compromete por definição, apontando na mesma direção.

BPA-2

O BPA-2 mostrou atenção concentrada, dividida e alternada em faixa elevada.

FDT

O FDT não evidenciou custo de inibição nem de flexibilidade compatível com comprometimento executivo.

Teste de Trilhas

O Teste de Trilhas veio alto.

Torre de Londres

A Torre de Londres, que exige planejamento antecipado e contenção do impulso de agir, também.

CONNERS

O CONNERS respondido pelos pais, que são as mesmas pessoas que descreveram a agitação, retornou na normalidade.

Aqui é onde a maioria das reavaliações comete o erro simétrico ao original. Desempenho preservado em ambiente estruturado, tomado isoladamente, não descarta TDAH. Consultório é setting protegido, com tarefa breve, novidade, mediação e um adulto atento a um único adolescente. Muito TDAH real rende bem ali e desmorona na quarta aula de uma terça-feira. Trocar um diagnóstico apressado por uma exclusão apressada devolve o mesmo dano com o sinal invertido.

O que sustentou a conclusão foi outro dado e ele não estava em escore nenhum.

1

A agitação de Caio tinha forma.

Ela não permanecia constante ao longo da sessão nem se distribuía ao acaso. Ela escalava exatamente no aumento de dificuldade dos subtestes. Nos itens iniciais, fáceis, ele estava sentado e organizado.

2

À medida que a exigência subia, o corpo entrava: mexia as pernas, se reposicionava, verbalizava, acelerava a resposta, e a explosividade aparecia no ponto de maior demanda. Depois, resolvida a tarefa, ele voltava a se organizar.

Hiperatividade difusa não faz isso. Ela não obedece a uma curva de dificuldade, porque não está atrelada à exigência cognitiva. O que aquele padrão descreve é ansiedade de desempenho no setting, com o corpo funcionando como via de descarga da tensão que a tarefa produz.

O restante do quadro se reorganizou sozinho a partir daí. A agitação motora crônica, fora da avaliação, corresponde a sobre-excitabilidade psicomotora, um dos cinco padrões de intensidade descritos por Kazimierz Dabrowski, articulada a busca ativa de estímulo e a uma tolerância muito baixa à passividade.



Um adolescente que processa rápido, colocado numa aula desenhada para o ritmo médio, tem duas saídas. Uma delas é o corpo.

E a impulsividade, lida assim, deixa de ser falha de inibição e passa a ser velocidade de processamento sem lugar onde ser gasta.

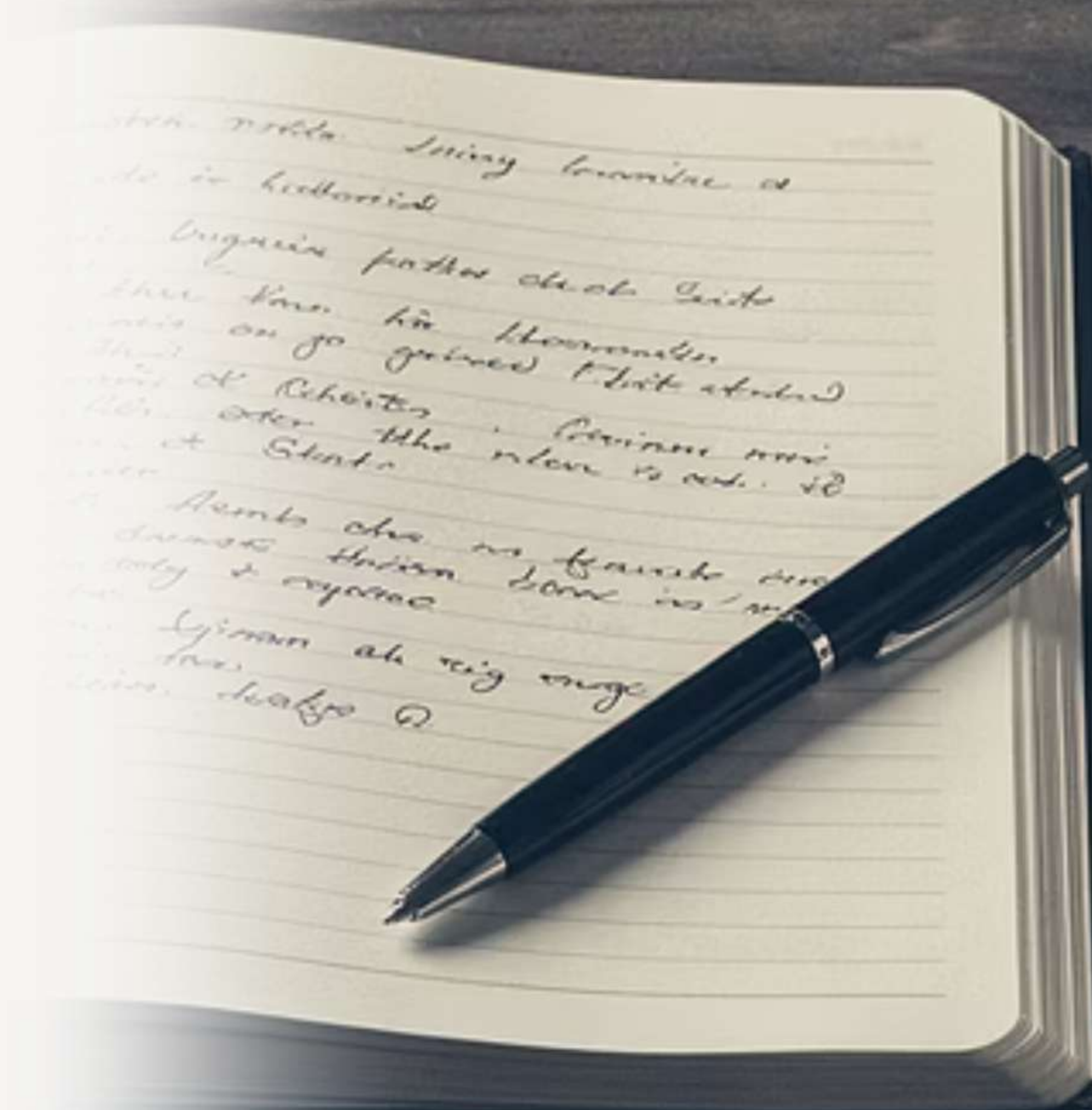
Caso 2, aluno de alto QI em fracasso escolar

Vinícius chegou à avaliação com uma década de história clínica atrás dele. Recebeu o diagnóstico de TDAH aos 7 anos e foi medicado com estimulante a partir dali, de forma contínua. Ao longo desses dez anos, passou por outros processos investigativos, acumulou hipóteses, trocou de profissionais e de escolas. O fracasso escolar permaneceu igual do começo ao fim.

Aos 16, o quadro era este: notas baixas e oscilantes, tarefas não entregues, recusa progressiva da escola, conflito em casa a cada boletim. E, atravessando tudo, um dado que ninguém sabia onde encaixar. A capacidade cognitiva de Vinícius nunca esteve em questão. Nenhum dos dez anos de avaliação sugeriu qualquer limitação intelectual. Ele sabia. Ele simplesmente não entregava. Vinícius, 16 anos

Vinícius, 16 anos

É o retrato de manual. E é exatamente por isso que ele merece um segundo olhar.



A pergunta que reorienta o caso

A agitação é difusa e independente do contexto, ou ela se organiza e se desorganiza acompanhando uma variável identificável?

Essa pergunta não estava disponível para quem avaliou Caio antes. Não por descuido, e sim porque ela só existe para quem observa a agitação enquanto ela acontece, com a hipótese de superdotação aberta desde o início.

Quem entra na sala procurando confirmar TDAH vê o adolescente agitado e registra agitação. Quem entra perguntando quando ele se agita vê uma curva.

O comportamento era o mesmo nos dois casos. O dado, não.

James Webb documentou que o TDAH é o diagnóstico mais frequentemente atribuído por engano a crianças e adolescentes superdotados, e a razão é estrutural: os critérios comportamentais do transtorno e as manifestações da sobre-excitabilidade psicomotora se sobrepõem quase inteiramente na superfície. A diferença entre os dois não está no que se vê. Está na condição sob a qual aquilo aparece.

Caio não precisava de um ajuste de manejo. Ele precisava que alguém tivesse perguntado, dez anos antes, o que estava acontecendo no exato momento em que ele começava a se mexer.

O que a leitura corrente conclui

Diante de alto potencial cognitivo somado a desempenho escolar em colapso, o repertório disponível oferece três saídas e todas as três já haviam sido tentadas com Vinícius.

1

A primeira

é dupla excepcionalidade: se ele é capaz e não rende, deve haver um segundo transtorno somado, e a tarefa é encontrá-lo. Essa foi a lógica que sustentou uma década de reinvestigação.

2

A segunda

é TDAH refratário: o diagnóstico está certo, a resposta é que está inadequada, ajusta-se a dose, troca-se a molécula, associa-se outra classe.

3

A terceira

quando as duas primeiras se esgotam, é a que a família ouve mais cedo ou mais tarde de alguém: desmotivação, preguiça, falta de esforço, ele não quer.

As três compartilham a mesma premissa silenciosa. Todas assumem que o problema está localizado dentro do adolescente, e que a função da avaliação é encontrá-lo. Nenhuma delas examina o outro termo da equação.

O que a avaliação revelou

O primeiro achado foi negativo e ele decide mais do que parece.

Dez anos de medicação estimulante sem melhora funcional. Esse dado não é um detalhe de histórico. Quando o estimulante não produz efeito por anos consecutivos, uma das hipóteses fortes é que o diagnóstico de base esteja errado, e que exista superdotação não identificada operando por trás do quadro. A resposta farmacológica ausente durante uma década é informação diagnóstica e ela ficou dez anos disponível sem que ninguém a lesse como tal.

O CBCL, escala de banda larga respondida pela família, retornou escores atencionais próximos do limítrofe, dentro da normalidade. Compatíveis com o perfil e com a fase, sem sustentar TDAH.

A atenção, examinada em vez de pressuposta, mostrou o que já se sabia sem se ver: preservada e profunda em temas de interesse, com sustentação prolongada, aprofundamento espontâneo e produção elaborada. Colapsada em tarefa mecânica, repetitiva, de ritmo imposto e finalidade opaca. Um déficit atencional não escolhe assunto.

E os dados institucionais, quando reunidos e lidos em conjunto, apontaram para a conclusão que dez anos de investigação centrada no sujeito não podiam alcançar: a dificuldade de Vinícius decorre de descompasso entre o funcionamento cognitivo-emocional dele e o modelo escolar ao qual foi submetido. O objeto do problema estava na relação, e a avaliação vinha, por dez anos, examinando apenas um dos dois lados.



Sobre esse descompasso, o tempo depositou uma segunda camada e ela é a mais grave.

Vinícius apresentava trauma de desempenho. Diante de qualquer situação avaliativa, dispara nele uma ativação automática de ansiedade que abre uma distância entre o que ele sabe e o que consegue demonstrar. Essa resposta foi construída, experiência por experiência, por uma década de invalidação repetida: dez anos sendo examinado, medido, rotulado, medicado e, apesar de tudo isso, continuando a falhar aos olhos de todos e aos próprios. É uma resposta condicionada de sobrevivência e distingue-se da oposição voluntária por não estar sob controle dele.

📖 Ler isso como desmotivação inverte a causa e o efeito.

Vinícius parou de tentar depois de dez anos aprendendo que tentar produzia humilhação.

A conduta que contraria o reflexo clínico

O laudo de Vinícius fechou com uma recomendação que quase nenhum profissional escreve e que merece ser lida devagar: não submeter a novos processos investigativos de qualquer ordem, inclusive na área da saúde, salvo em situações de risco. O momento exige contenção diagnóstica e foco terapêutico-educacional no resgate da paz interior, redução do estresse e reconstrução da confiança no próprio aprender.

O reflexo clínico diante de um caso difícil manda investigar mais. Aqui, investigar mais era o problema. Em um sujeito já excessivamente analisado, rotulado e medicalizado, cada novo processo investigativo é iatrogênico, porque re-traumatiza exatamente a estrutura que se pretende avaliar e alimenta o trauma de desempenho que está produzindo o dado ruim que motivará a próxima investigação. O circuito se fecha e gira sozinho.

Interromper esse circuito exige que o avaliador reconheça que a próxima avaliação vai piorar o paciente. E reconhecer isso significa admitir que a ferramenta que ele domina, naquele caso específico, faz mal.

A pergunta que reorienta o caso

O que este adolescente já pagou por cada investigação anterior, e o próximo exame vai acrescentar informação ou vai acrescentar dano?

É uma pergunta que só se torna disponível para quem contabiliza o custo acumulado do processo diagnóstico como dado clínico, no mesmo nível de um score. Dez anos de história não são contexto de fundo. São o achado principal.

Vinícius saiu da avaliação com menos diagnósticos do que entrou. Foi essa subtração que abriu o caminho.



CASO 3

Caso 3, menina identificada tardiamente: TEA ou masking

Helena não foi encaminhada pela escola. Isso é a primeira coisa a registrar sobre ela e explica por que chegou aos 11 anos sem que nada tivesse sido perguntado.

Na escola, Helena vai bem. Cumpre, entrega, se comporta, sustenta o dia inteiro sem produzir uma única ocorrência. Os professores a descrevem com os adjetivos que costumam encerrar a investigação antes que ela comece: educada, organizada, madura para a idade. Nenhuma queixa institucional em cinco anos.

Quem procurou ajuda foi a mãe, e o que ela descreveu foi outra criança. Em casa, Helena explode. Chega da escola e descarrega, chora, se desorganiza, perde o controle por estímulos mínimos, e isso se repete quase todos os dias, com uma regularidade que a família aprendeu a antecipar pelo horário. Some-se a isso uma seletividade alimentar intensa e presente desde muito cedo, com recusa de categorias inteiras de alimento e rigidez quanto a textura, temperatura, preparo e aparência.

Duas crianças no mesmo corpo, separadas por um portão de escola.

Helena, 11 anos

O que a leitura corrente conclui

Diante desse quadro, o repertório disponível oferece três hipóteses, e a ordem em que elas aparecem depende de quem escuta.

TEA, sustentado pela seletividade alimentar, pela rigidez e pelas crises. Desregulação emocional, sustentada pelas explosões. Ou, a mais frequente e a mais barata, problema de manejo familiar: a escola vai bem, logo o problema está em casa.

Essa terceira conclusão tem uma lógica que precisa ser explicitada, porque ela é usada todos os dias sem nunca ser formulada. Ela assume que o ambiente onde a criança se comporta bem é o ambiente que está funcionando e que o ambiente onde ela desmorona é o ambiente que está falhando. É uma inferência razoável, com uma taxa de acerto alta o suficiente para nunca ser revista. E ela erra precisamente na configuração que descreve Helena.

O que a avaliação revelou

O eixo do caso está invertido em relação ao que a clínica espera.

O padrão familiar na avaliação de superdotação é o consultório organizado contra a escola desorganizada: a criança que rende bem em ambiente mediado e colapsa em sala de aula, o que evidencia o papel regulador do meio. Helena apresenta a inversão exata desse padrão.

A escola, para ela, é o ambiente previsível. Tem horário, sequência, regra explícita, expectativa clara. É ali que ela consegue sustentar a autorregulação e ela sustenta. O que os professores enxergam como facilidade é a manifestação visível de um custo executivo alto, pago em silêncio, hora após hora, sem que nada apareça na superfície.

A casa é o ambiente emocionalmente seguro. E é onde a conta vence.

As explosões domésticas de Helena são descarga acumulada, não desregulação primária. A regularidade horária delas é o achado, porque um transtorno de regulação emocional não marca hora. Um custo adaptativo, sim, e ele vence quando a vigilância cessa.

Esse é o masking feminino operando na infância, com uma apresentação que aprofunda a subidentificação em vez de denunciá-la. O masking documentado na literatura em mulheres adultas começa aqui, e na menina ele frequentemente toma a forma da conformidade e do agrado: a criança perfeita, exemplar, sem explosão visível. A ausência de problema de conduta reduz a suspeita, e o elogio dirigido ao comportamento realimenta o perfeccionismo e o medo de desagradar que sustentam o próprio mascaramento. A escola encaminha o que gera problema. Helena nunca gerou.

A seletividade alimentar, examinada em vez de somada à pilha de indícios de TEA, mostrou o perfil da sobre-excitabilidade sensorial: intensa, precoce, persistente, com aversão real e sofrimento, articulada em Helena a corpo, pertencimento e autodepreciação. Diferencia-se da recusa de base autista e do transtorno alimentar restritivo evitativo por critérios próprios, e o manejo correto passa por acompanhamento multidisciplinar sem coerção. Tratada como birra, ela produz dano adicional.

E aqui está o ponto metodológico que decide o caso.

Uma escala social respondida pelos pais, ainda que venha elevada, não conclui nada sozinha em uma criança. Ela descreve atipicidade social, sem informar a origem dela. No adulto, sobretudo na mulher com décadas de história disponível, a origem se esclarece pela trajetória longitudinal. Na criança de 11 anos essa trajetória ainda não existe, e a decisão se apoia em outra via: o cruzamento da escala com observação clínica estruturada direta, examinando teoria da mente, prosódia, reciprocidade, humor e proposta espontânea de vínculo, e com um segundo instrumento de rastreio independente.

Uma dificuldade percebida por uma única fonte não sustenta hipótese diagnóstica alguma. E quando uma fonte contradiz as demais, a contradição se investiga, jamais se ignora. Em Helena, a divergência entre o relato doméstico e a observação em sessão era o dado, e não o ruído.

Onde esta menina está pagando o custo do que ela sustenta em outro lugar?

A pergunta muda o objeto da avaliação. Ela deixa de perguntar em qual ambiente Helena tem problema e passa a perguntar como o comportamento se distribui entre os ambientes, e o que essa distribuição custa. O bom desempenho escolar deixa de ser evidência de que está tudo bem, e passa a ser um dado a explicar, com o mesmo rigor exigido de uma crise.

Quietude adaptada, bom comportamento e alta aprovação social não afastam superdotação. Podem mascará-la, e é preciso investigar ativamente o potencial nessas crianças, justamente porque nada nelas pede socorro.

📄 Helena chegou aos 11 anos invisível por ser exemplar. A escola nunca teve motivo para olhar. Foi preciso que alguém perguntasse o que acontece com ela às cinco da tarde.

Caso 4, a criança interpretada como opositora

A escola encaminhou Gustavo com uma descrição inequívoca. Comportamentos disruptivos em sala, contestação constante, questiona tudo, não aceita regra. Já havia sido conversado com a família, já haviam sido tentadas as medidas habituais. A hipótese que acompanhava o encaminhamento era transtorno opositor desafiador.

No consultório, apareceu outra criança. Cooperativa, organizada emocionalmente, engajada, flexível, sem qualquer episódio de desafio ao longo de todo o processo avaliativo.

Essa discrepância é o caso inteiro. E a forma como ela é interpretada separa dois modos de fazer clínica.

Gusta, 7 anos



O que a leitura corrente conclui

A conclusão que se impõe é TOD, e o encaminhamento é imediato: intervenção comportamental, sistema de reforço, manejo de contingências, treinamento parental. A criança precisa aprender a obedecer.

Quanto ao comportamento cooperativo em sessão, a leitura corrente tem uma explicação pronta e muito difundida: no consultório ela se controla porque quer, o que prova que o controle está disponível e que ela escolhe não exercê-lo em sala. O bom comportamento vira, assim, evidência contra a criança.

Esse raciocínio precisa ser desmontado com cuidado, porque ele é usado diariamente e quase nunca é enunciado.

❏ A leitura corrente descarta metade da informação disponível e chama isso de rigor.

O consultório

O consultório é um ambiente intencionalmente estruturado para avaliar como a criança funciona quando as necessidades cognitivas e emocionais dela são compreendidas e mediadas. Quando ela apresenta organização, cooperação e engajamento ali, isso informa que o meio exerce papel regulador decisivo. O consultório revela o que se torna possível quando o meio se ajusta à criança. A escola revela o que acontece quando o meio não se ajusta.

Dois dados

São dois dados, e ambos têm peso, com leituras distintas. Desconsiderar o comportamento observado em contexto especializado equivale a desconsiderar a base sobre a qual qualquer intervenção será construída, porque é justamente ali que se identificam as condições ambientais que produzem autorregulação e que precisam ser reproduzidas na sala de aula.

O que a avaliação revelou

📄 O SNAP-IV veio abaixo do corte, afastando TDAH e afastando TOD.

Esse achado precisa ser qualificado, porque um instrumento de rastreio isolado decide pouco. Escore abaixo do corte contribui fortemente para afastar a hipótese primária e exige cruzamento com a anamnese, com a observação clínica e com o perfil cognitivo antes de sustentar conclusão. O que dá peso ao dado em Gustavo é a convergência, e não o escore.

E a convergência veio do exame da forma do questionamento, que é onde o caso se decide.

Gustavo não desafiava de modo generalizado. O questionamento dele era seletivo, dirigido especificamente a regras, instruções e decisões que ele percebia como arbitrárias ou ilógicas. As regras que faziam sentido, ele aceitava sem atrito. E, o dado decisivo, ele cooperava quando o porquê era explicado.

Esse padrão descreve sobre-excitabilidade intelectual, a necessidade constitutiva de compreender, articulada ao senso de justiça que emerge da sobre-excitabilidade emocional. Kazimierz Dabrowski descreveu esses modos de intensidade como potencial de desenvolvimento, e a criança que os apresenta precisa que a regra faça sentido para internalizá-la. A contestação, aqui, é o mecanismo pelo qual ela adere.

O TOD tem outra estrutura.

O desafio é generalizado, acompanhado de irritabilidade e hostilidade, independente da coerência da regra. A criança com TOD não coopera mesmo quando o porquê é explicado, porque o desafio dela é relacional, dirigido à pessoa que exerce autoridade, em vez de lógico, dirigido à regra em si.

Explicar o porquê, portanto, funciona como procedimento diagnóstico, e não apenas como boa prática pedagógica. É um teste e ele separa os dois quadros em tempo real.

- Os comportamentos disruptivos de Gustavo em sala foram lidos como resposta à privação de desafio intelectual somada a sobrecarga sensorial não manejada.

A recomendação foi aceleração e ajuste ambiental. Nenhuma intervenção comportamental foi indicada, porque não havia comportamento a corrigir. Havia um ambiente a corrigir.



A ressalva que sustenta o caso

Existe um ponto aqui que o profissional precisa carregar, e ele impede que tudo isso vire uma regra fácil.

O superdotado cronicamente frustrado por ambiente inadequado pode desenvolver comportamentos que mimetizam TOD com fidelidade. Nesse cenário, os comportamentos são reativos ao contexto, com estrutura preservada. O critério que separa aparece no desfecho e ele custa tempo: mudar o ambiente resolve o quadro reativo, enquanto no TOD verdadeiro mudar o ambiente melhora sem resolver.

Isso significa que uma parcela dos casos não se decide no dia da avaliação. Decide-se na resposta à intervenção ambiental, monitorada ao longo de meses. Quem exige que o laudo feche tudo na sessão vai fechar errado com alguma frequência.

A pergunta que reorienta o caso

Ela desafia a pessoa que manda, ou desafia a regra que não fecha?

A pergunta é simples de enunciar e exige um repertório inteiro para ser respondida, porque a resposta depende de observar a criança em situação de regra, variando deliberadamente a coerência daquilo que se pede e de ler a reação com a hipótese de superdotação aberta.

 A escola que encaminhou Gustavo viu uma criança contestando um adulto. Estava correta na descrição. E a descrição estava a uma pergunta de distância do que importava.



CASO 5

Caso 5, dois laudos contraditórios no mesmo paciente

Este caso traz dois pacientes e a razão aparece no fim.

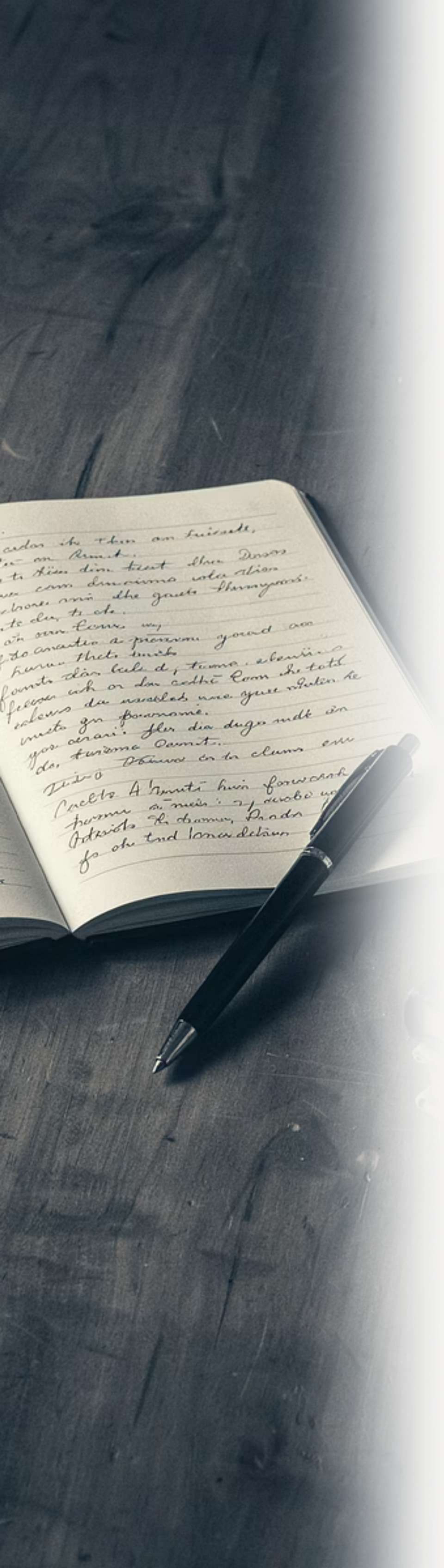
Os dois chegaram à reavaliação com o mesmo ponto de partida. Ambos tinham diagnóstico formal de Transtorno do Espectro Autista, firmado por outros profissionais. Ambos acumulavam anos de intervenção construída sobre esse diagnóstico. Ambos carregavam rótulos somados ao longo do tempo, e as famílias de ambos chegaram com a mesma pergunta implícita: o que exatamente está acontecendo com meu filho.

A reavaliação chegou a conclusões opostas.

Em Lorenzo, o TEA foi afastado. Em Davi, o TEA foi mantido, e a superdotação foi acrescentada, fechando dupla excepcionalidade.

Dois laudos anteriores dizendo a mesma coisa. Duas reavaliações dizendo coisas contrárias. E, em cada um dos dois casos, um laudo prévio de um colega passa a constar do prontuário como divergente.

Lorenzo e Davi



O que a leitura corrente conclui

Diante de dois laudos que se contradizem sobre o mesmo paciente, a conclusão automática é que um deles está errado. Ou o avaliador anterior superdiagnosticou, ou a reavaliação está negando o evidente. A discussão migra rapidamente para quem tem mais razão, quem tem mais titulação, qual instrumento é mais robusto, quem viu a criança por mais tempo.

Essa é a leitura mais confortável disponível e é a menos útil. Ela pressupõe que a divergência é um erro a ser atribuído, quando na maioria das vezes ela é uma informação a ser lida.

CASO CLÍNICO

TEA

SUPERDOTAÇÃO

Lorenzo, quando o TEA é afastado

Lorenzo chegou pré-escolar, com TEA diagnosticado por neuropediatra e cerca de dois anos de terapias em curso.

A avaliação afastou o TEA. A SRS-2 veio típica. A observação clínica estruturada evidenciou reciprocidade preservada e vínculo preservado, com engajamento social espontâneo e legítimo. A conclusão foi superdotação, sem segunda condição.

Até aqui, é o caso que confirma a expectativa de quem já leu sobre misdiagnóstico. E é exatamente aqui que o caso fica interessante, porque ele não é limpo.

O IDADI, instrumento desenvolvimental objetivo, documentava déficit simultâneo em vários domínios e sob um pico cognitivo. Linguagem receptiva e expressiva muito inferiores. Socioemocional em alerta. Comportamento adaptativo inferior. Não se tratava de uma dificuldade pontual em uma área. Tratava-se de um conjunto convergente de déficits objetivos, medidos, coexistindo com desempenho intelectual elevado.



O laudo leu esse conjunto inteiro como assincronia e assinou a superdotação pura.

Essa leitura tem fundamento. A assincronia é esperada na superdotação, e a ausência dela, com desenvolvimento harmônico em todas as áreas, é mais suspeita do que a presença. O Columbus Group definiu a superdotação a partir do desenvolvimento assincrônico. Linda Silverman construiu sobre isso. Um perfil desigual em uma criança superdotada é a regra.

O que o laudo de Lorenzo fez, e é o ponto que merece atenção do leitor, foi assinar a conclusão e registrar simultaneamente que ela exige seguimento e supervisão clínica humana, sem se converter em regra de afastamento automático. Afastar um TEA formal prévio apoiado em escala típica, quando existe déficit objetivo convergente em múltiplos domínios, é uma decisão que permanece aberta ao tempo.

Quando a linguagem receptiva também vem rebaixada, e não apenas a expressiva, o quadro se torna mais atípico. Compreensão preservada com expressão atrasada tem leitura consolidada como assincronia. Compreensão rebaixada é outra coisa, ou pode ser.

Um laudo que declara a própria fragilidade tem mais valor clínico do que um laudo que fecha bonito.

Davi, quando o TEA é mantido

Davi chegou com o mesmo cenário de partida. TEA formal prévio, rótulos acumulados, polifarmácia ativa, anos de intervenção.

Pelo padrão dos precedentes, a expectativa seria repetir o desfecho de Lorenzo. Aconteceu o inverso. O TEA foi retido, a superdotação foi acrescentada, e o caso fechou como dupla excepcionalidade.

O que inverteu a decisão foi a teoria da mente. Em Davi, ela não se mostrou preservada, com falha reincidente na tarefa. Esse dado sozinho já pesa. E ele veio acompanhado de uma constelação transversal, precoce e persistente, sustentada mesmo diante de ambiente e mediação adequados: diagnóstico de fala aos 3 anos, brincar solitário desde cedo, rigidez estrutural, sensorialidade ampla, com SRS-2 e ATA convergentes.

Há ainda um dado que costuma ser lido pelo avesso. Davi verbalizava o próprio diagnóstico com naturalidade, afirmando que é autista, com suporte de nível 1, e que sabe disso. Autorrótulo de autismo em criança pode operar como recurso de autoproteção, uma explicação antecipada para o fracasso temido e nesse caso não confirma nada. Quando ele converge com diagnóstico formal longitudinal, histórico de intervenção e dados atuais do exame, ele expressa identidade diagnóstica consolidada e reforça o segundo eixo. O autorrótulo decide sozinho em nenhuma direção. A decisão segue o exame.

📄 A polifarmácia ativa ficou registrada como condição de aplicação dos testes, porque ela afeta o que os instrumentos conseguem medir, e um laudo que omite isso está apresentando um retrato sem informar a luz em que foi tirado.

O que separou os dois

Os dois casos partiram do mesmo lugar. A separação obedeceu a critérios explícitos, e vale enunciá-los.

Uma dificuldade se lê como assincronia quando ela é explicável pela discrepância entre áreas do desenvolvimento, quando melhora com maturação e ambiente adequado, quando aparece em contextos específicos sem se generalizar, quando não é funcionalmente limitante de forma persistente, e quando uma única fonte a percebe.

Ela aponta para um segundo eixo quando se sustenta transversalmente aos contextos, quando é precoce e persistente apesar de ambiente e mediação adequados, quando limita de forma funcional e estável, e quando múltiplas fontes convergem sobre ela.

Em Davi, a teoria da mente não preservada mais a constelação transversal preencheram esses critérios. Em Lorenzo, a reciprocidade preservada e o vínculo espontâneo abriram a leitura de assincronia, com a ressalva de seguimento que o próprio laudo registrou.

- ❓ Nenhuma conclusão saiu de um dado. Toda conclusão exigiu convergência entre anamnese e história de vida, observação clínica direta, relatos de professores e de outros profissionais, resultados psicométricos, escalas respondidas pelos pais e materiais produzidos pela criança. Uma dificuldade percebida por uma única fonte não sustenta hipótese alguma. E quando uma fonte contradiz as demais, a contradição se investiga.

Sobre os colegas que assinaram os laudos anteriores

Este ponto precisa ser dito com precisão.

Os avaliadores anteriores de Lorenzo e de Davi não estavam errados por incompetência. Estavam incompletos por lerem um eixo de cada vez.

Quem avalia TEA procurando TEA encontra os indicadores de TEA, porque eles estão lá nos dois casos. Quem avalia superdotação procurando superdotação encontra os indicadores de superdotação, porque eles também estão lá nos dois casos. Cada recorte produz um laudo internamente coerente, defensável, tecnicamente correto dentro do próprio escopo. E os dois laudos descrevem a mesma criança.

A divergência não nasce da qualidade do profissional. Nasce do recorte da avaliação. E o recorte é escolhido antes da primeira sessão, geralmente sem que ninguém perceba que está escolhendo.

📌 Este ponto precisa ser dito com precisão.

A pergunta que reorienta o caso

Os dois laudos descrevem a mesma criança por recortes distintos, e qual dado decide quando eles se contradizem?

❏ Em Lorenzo e em Davi, o dado foi a teoria da mente cruzada com a transversalidade da constelação. Você acabou de ler o critério. Ele está enunciado, sem reserva.

E aqui está o que este caso realmente ensina.

Saber o critério e saber aplicá-lo são coisas diferentes. O critério só significa alguma coisa contra um repertório, porque a teoria da mente falha por muitas razões em uma criança de sete anos, e reconhecer quando a falha é estrutural exige ter visto a falha estrutural e a falha circunstancial lado a lado, dezenas de vezes. A transversalidade exige saber quais contextos interrogar, e o que conta como ambiente adequado, o que já é uma decisão clínica antes de virar critério. A convergência entre seis fontes exige um método de cruzamento, com regra de decisão para quando elas discordam.

Lorenzo e Davi chegaram iguais e saíram opostos. Entre um e outro há um raciocínio, e esse raciocínio se constrói.

Depois dos casos

Cinco casos, cinco crianças, cinco quadros diferentes. E uma estrutura só.

Em todos eles, o comportamento foi lido corretamente e interpretado incorretamente. Em todos eles, o dado que decidiu era relacional: dependia de comparar a criança consigo mesma em duas condições distintas. Agitação em item fácil contra item difícil. Desempenho na escola contra o desabamento em casa. Regra coerente contra regra arbitrária. Contexto adequado contra contexto qualquer. Teoria da mente na tarefa contra teoria da mente na vida.

Nenhum desses dados existe em um ponto único de medida. Todos eles exigem um segundo ponto e alguém que soubesse onde procurá-lo.

Isso reposiciona a questão. O problema desses casos não foi falta de informação. Em quase todos, havia informação em excesso. Vinícius acumulou dez anos de exames. As crianças do caso 5 tinham anos de terapia documentada. Gustavo tinha relatórios escolares detalhados. Faltou um método para decidir o que a informação significava.

E aqui está o ponto que este material quer deixar com você.

Os critérios estão enunciados nas páginas anteriores, sem reserva. Você leu o critério que separou assincronia de segundo eixo. Leu o que distingue questionamento por coerência de desafio relacional. Leu por que um instrumento sozinho não conclui e o que precisa convergir com o quê.

Nada disso vai fazer você decidir o próximo caso.

Um critério é uma frase até que exista um repertório atrás dele. Saber que a transversalidade separa assincronia de dupla excepcionalidade tem pouca utilidade prática enquanto você não tiver visto trinta crianças em que essa fronteira foi difícil e comparado o que aconteceu depois com cada uma. Saber que a teoria da mente decide tem pouca utilidade enquanto você não souber distinguir a falha estrutural da falha circunstancial numa criança de sete anos, e isso se aprende vendo as duas lado a lado, repetidas vezes, com alguém apontando a diferença.

O que faltou aos profissionais que assinaram os laudos anteriores destes cinco casos não foi conhecimento. Foi repertório comparado.

É por isso que casos como estes continuam abertos apesar de estarem nas mãos de gente boa. Um clínico competente decide bem quando o caso se parece com os que ele já viu. Estes casos se parecem com outra coisa, e é exatamente essa a armadilha: eles se parecem com TDAH, com TEA, com TOD, com preguiça. A semelhança é o problema.

Aprender a raciocinar assim é possível. Exige tempo, exige método, e exige ver muitos casos comparados por quem já os comparou.

Você acabou de ver cinco.

Referências

- APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5-TR, 2022.
- Columbus Group, 1991.
- Kazimierz Dabrowski. Positive Disintegration, 1964.
- Kazimierz Dabrowski. Psychoneurosis Is Not an Illness, 1972.
- Linda Silverman. The Construct of Asynchronous Development, 1997.
- Linda Silverman. Giftedness 101, 2013.
- James Webb et al. Misdiagnosis and Dual Diagnoses of Gifted Children and Adults, 2005.