



DESPATOLOGIZAR A INTELIGÊNCIA: USANDO A CIÊNCIA
PARA IDENTIFICAR E DESENVOLVER CRIANÇAS
SUPERDOTADAS SEM PRECISAR DE RÓTULOS CLÍNICOS



**Despatologizar a inteligência: Usando a ciência para
identificar e desenvolver crianças superdotadas sem
precisar de rótulos clínicos**

**João Batista Araujo e Oliveira
Rio de Janeiro / Agosto de 2026**



SUMÁRIO

Sumário executivo	04
1 O viés de seleção retrospectiva — a gênese do erro clínico	06
2 A indústria da patologização — o rótulo de 'neurodivergência' e as falsas comorbidades	08
3 A tirania dos diagnósticos “amplos” e o fetiche do perfilamento cognitivo	10
4 O que é, de fato, a superdotação — a primazia e suficiência do Fator g	12
5 O dever de ensinar vs. o desejo de rotular — desencorajando o diagnóstico na escola	14
6 A prática de consultório sem “a priori” — triagem funcional e proteção do talento	16
Epílogo — O menino que gritava "lobo!"	17
Referências Bibliográficas	19
Série Inteligência	20
Lista de notas técnicas	21

SUMÁRIO EXECUTIVO

O que se convencionou tratar como "neurodivergência" ou comorbidade psiquiátrica é, na maioria dos casos documentados neste e-book, a reação previsível de um cérebro de alto desempenho a um currículo escolar desenhado para o aluno médio. A criança superdotada chega ao consultório já desgastada por anos de subdesafio — e o clínico, sem acesso à causa real, transforma o efeito (tédio, inquietação, resistência à autoridade) em diagnóstico. Essa inversão de causalidade é o motor de um fenômeno mais amplo: uma indústria terapêutica e escolar que lucra, simbólica e financeiramente, em rotular como patologia aquilo que a neurociência descreve como o extremo saudável da curva — o cérebro superdotado, na Teoria de Integração Parieto-Frontal de Haier e Jung, é mais eficiente, não mais disfuncional.

O e-book argumenta que essa confusão não é apenas conceitual, mas institucional: escolas terceirizam para a medicina um problema que é pedagógico, e a psicologia clínica, pressionada a produzir diagnósticos "abrangentes", inflaciona perfis cognitivos (PSW, DD/C) sem qualquer ganho preditivo sobre a simples medida do Fator g. O resultado é um sistema que multiplica rótulos, testes e medicalização exatamente onde a ciência recomenda simplicidade: o QI padronizado já é suficiente, objetivo e validado para identificar alto potencial, sem necessidade de critérios adicionais como criatividade ou comprometimento com a tarefa.

A proposta corretiva também é dupla e coerente com esse diagnóstico do problema: devolver à escola sua função exclusivamente pedagógica — desafiar, não rotular — e devolver ao consultório uma prática sem "a priori" patologizante, em que a triagem cognitiva protege a criança em vez de capturá-la num circuito clínico. Em última instância, o livro defende que tratar a alta capacidade como normalidade estatística, e não como transtorno, é ao mesmo tempo um imperativo ético — poupar crianças saudáveis

de rótulos e fármacos desnecessários — e um imperativo econômico, já que a identificação precoce e universal do talento é pré-condição para a formação de capital humano de alto nível de que o país precisa.

A conclusão prática é dupla. No plano individual, recomenda-se uma triagem cognitiva objetiva baseada no Fator *g*, evitando rótulos clínicos desnecessários e a medicalização do talento. No plano de política pública, defende-se a identificação universal e regular de altas habilidades nas redes de ensino como componente da estratégia nacional de formação de capital humano de alto nível — fator decisivo para a competitividade do país na economia do conhecimento.

CAPÍTULO 1: O VIÉS DE SELEÇÃO RETROSPECTIVA — A GÊNESE DO ERRO CLÍNICO

Profissionais de saúde não operam em um vácuo epidemiológico; eles recebem uma amostra populacional altamente selecionada e frequentemente já desgastada pelo fracasso institucional da escola regular. Uma criança de alto potencial cognitivo que ingressa no sistema de ensino convencional traz consigo um 'hardware' de processamento mental acelerado, caracterizado por alta velocidade de condução neural, capacidade de memória de trabalho expandida e facilidade para abstração complexa. No entanto, o desenho instrucional padrão da escola comum é estruturalmente linear, repetitivo e homogeneizado — planejado para atender ao aluno médio.

Diante de um ambiente pedagógico desprovido de desafios intelectuais compatíveis com seu nível de prontidão, essa criança é sumariamente ignorada, na esmagadora maioria dos casos. O tédio crônico decorrente do subdesafio sistemático desencadeia um processo de desadaptação funcional secundária. O aluno brilhante, impossibilitado de canalizar sua energia mental para tarefas complexas, passa a expressar sua frustração por caminhos comportamentais disruptivos: agitação motora, distração deliberada, questionamento sistemático da autoridade docente, apatia ou isolamento socioemocional. É apenas neste momento — quando o comportamento do estudante passa a perturbar a rotina de gestão da sala de aula comum — que a família ou a escola decidem agir, em busca de um diagnóstico.

A esparrela metodológica e o viés de seleção retrospectiva consomem-se no consultório. O clínico recebe a criança frequentemente já em estado de desequilíbrio e sofrimento adaptativo. Em vez de diagnosticar a verdadeira causa do problema

— a severa privação instrucional e a inadequação ergonômica do currículo escolar —, o profissional de saúde, treinado sob o modelo médico-hospitalar, tende a realizar um erro de atribuição fundamental. Ele interpreta as reações comportamentais da criança (que são meros efeitos colaterais do tédio e do entorpecimento intelectual) como manifestações de uma psicopatologia intrínseca. O diagnóstico clínico passa a atuar como um instrumento de conformação social, blindando o sistema educacional de suas próprias falhas e transferindo a responsabilidade do ajuste para o cérebro do estudante.

CAPÍTULO 2: A INDÚSTRIA DA PATOLOGIZAÇÃO — O RÓTULO DE 'NEURODIVERGÊNCIA' E AS FALSAS COMORBIDADES

Uma vez capturada pelo circuito clínico, a criança superdotada depara-se com uma profusão de terminologias contemporâneas que buscam, de forma cientificamente frágil, reenquadrar o alto potencial como uma forma de atipicidade patológica. A mais prevalente dessas tendências é a clinalização do comportamento por meio do conceito difuso de 'neurodivergência'. Sob esse rótulo, traços cognitivos e de personalidade que representam o pleno funcionamento e o aprimoramento adaptativo do Fator g (Inteligência Geral) são arbitrariamente equiparados a transtornos do desenvolvimento de base deficitária, tais como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

A sobreposição comportamental superficial entre superdotação e patologias é amplamente documentada na literatura psicométrica e de psicologia escolar (Virgolim, 2007). O foco intenso e obsessivo de uma criança brilhante em um tópico de seu interesse frequentemente é diagnosticado como 'hiperfoco' autista; sua agitação e busca por novidade cognitiva diante de tarefas redundantes são rotuladas como hiperatividade e desatenção; sua argumentação lógica implacável e sua resistência a regras escolares desprovidas de racionalidade lógica são caracterizadas como Transtorno Opositor Desafiador (TOD). O resultado prático desse equívoco é a medicalização farmacológica do talento: o uso indevido de psicofármacos para conter e desacelerar quimicamente o córtex pré-frontal do aluno de alto QI, adaptando-o à força ao ritmo lento da classe homogênea.

A tentativa de categorizar as altas habilidades sob o conceito especulativo de 'neurodivergência evolutiva' (Rodrigues et al., 2024) carece de validação empírica e neurobiológica. Cabe ressaltar o termo “especulativo”, o referido artigo, embora acolhido em certos meios educacionais, não apresenta qualquer robustez conceitual ou evidência. Ao contrário, estudos funcionais e estruturais de neuroimagem convergem para a constatação de que o cérebro de alto QI caracteriza-se por uma arquitetura altamente otimizada, descrita pela Teoria de Integração Parieto-Frontal (P-FIT) de Richard Haier e Rex Jung (2007). Esse modelo demonstra que a inteligência superior correlaciona-se com a eficiência de conexões inter-hemisféricas de longa distância, maior integridade da substância branca e menor consumo de glicose cortical durante o esforço cognitivo (eficiência neural). Diferente do TEA e do TDAH, nos quais se observam restrições de processamento, disfunções sinápticas ou desorganização de redes neurais, o cérebro superdotado representa o extremo saudável da Curva Normal — um aprimoramento biológico de alta performance, e não uma patologia de desenvolvimento.

CAPÍTULO 3: A TIRANIA DOS DIAGNÓSTICOS “AMPLOS” E O FETICHE DO PERFILAMENTO COGNITIVO

Paralelamente à medicalização direta, observa-se na psicologia clínica e escolar a consolidação de um fetiche metodológico: a exigência de diagnósticos “amplos”, qualitativos e multidimensionais. Sob o pretexto de realizar avaliações holísticas e integrais, profissionais submetem as crianças a exaustivas baterias de testes que se estendem por dezenas de horas. Essa prática é sustentada pelo uso de modelos de perfilamento de sub-habilidades cognitivas, tais como o Padrão de Forças e Fraquezas (PSW) e a Discrepância Dupla/Consistência (DD/C), desenvolvidos originalmente para identificar dificuldades específicas de aprendizagem.

A psicologia científica contemporânea e os dados de validação psicométrica de grande escala revelam que esses modelos de perfilamento carecem de confiabilidade e estabilidade diagnóstica para guiar decisões de alto impacto. Ao buscarem infinitas 'nuanças' e discrepâncias estatísticas entre subtestes (como velocidade de processamento versus compreensão verbal), os clínicos acabam gerando uma inflação de falsos positivos para comorbidades e “inventando” transtornos em crianças perfeitamente saudáveis. A literatura científica é categórica ao demonstrar que a subdivisão exaustiva da inteligência em perfis não possui validade incremental — ou seja, não acrescenta poder explicativo ou preditivo em relação à medida do Fator g isolado.

A insistência em aplicar baterias clínicas desnecessariamente complexas impõe ao estudante o que as diretrizes psicométricas e regulatórias classificam como 'sobrecarga de testes' (test burden), sem qualquer contrapartida em utilidade clínica ou pedagógica real. A busca obsessiva por classificar a superdotação sob o conceito de 'dupla excepcionalidade' — a coexistência de AH/SD com transtornos

associados — transforma uma ocorrência estatisticamente rara na população em um diagnóstico compulsório de consultório, gerando estigmas desnecessários e desorientando o planejamento escolar.

CAPÍTULO 4: O QUE É, DE FATO, A SUPERDOTAÇÃO — A PRIMAZIA E SUFICIÊNCIA DO FATOR G

Para restaurar a integridade técnica do campo, é fundamental resgatar a definição científica e psicométrica da superdotação. Afastando-se de conceituações românticas ou difusas, a ciência estabelece que a superdotação intelectual corresponde à posse de aptidões naturais excepcionais situadas no extremo superior da Curva Normal, sustentadas pela eficiência e integridade do Fator g (Inteligência Geral) e da Inteligência Fluida (Gf). O Fator g representa o núcleo comum de todas as habilidades cognitivas complexas humanas, refletindo a capacidade biológica do cérebro para raciocinar, planejar, resolver problemas inéditos, pensar abstratamente e aprender rapidamente a partir da experiência.

Do ponto de vista metodológico, os testes de inteligência padronizados (como as escalas Wechsler e matrizes progressivas saturadas de g) são ferramentas perfeitamente suficientes para a identificação de altas habilidades acadêmicas. O teste de QI não é uma régua arbitrária ou excludente; ao contrário, ele é o instrumento mais limpo, objetivo e empiricamente validado para mensurar a prontidão cognitiva de entrada (input) do estudante. Exigir critérios adicionais complexos, como a manifestação inicial de 'criatividade' ou de 'comprometimento com a tarefa' (conforme postula o Modelo dos Três Anéis de Renzulli), serve apenas para erguer barreiras burocráticas artificiais.

A inteligência geral (Fator g) é o traço psicológico individual com maior validade preditiva de longo prazo documentado na ciência do comportamento, antecipando com precisão o rendimento escolar, o sucesso ocupacional em carreiras de alta complexidade e até indicadores de saúde física e longevidade (Gottfredson, 1997; Deary, 2010). A suficiência do teste de QI para o processo de identificação

ajuda a simplificar e desmistificar o diagnóstico, assegurando à criança o direito de ter seu potencial de aprendizagem reconhecido sem a necessidade de rotulá-lo como clinicamente atípico ou neurodivergente.

CAPÍTULO 5: O DEVER DE ENSINAR VS. O DESEJO DE ROTULAR — DESENCORAJANDO O DIAGNÓSTICO NA ESCOLA

Uma das frentes mais urgentes no combate à patologização da infância reside na necessidade de desencorajar ativamente as escolas e os professores comuns de atuarem como agentes de diagnóstico clínico. O cotidiano das salas de aula brasileiras tem sido marcado por uma epidemia de palpites diagnósticos informais. É comum observar professores bem intencionados, mas sem formação técnica em psicologia ou neurociências utilizam o jargão de saúde de forma leviana, distribuindo rótulos de neurodivergência, TDAH e TEA a qualquer estudante que apresente comportamentos que destoem do padrão homogêneo de obediência e passividade em sala de aula.

Essa clinicalização informal por parte do corpo docente representa um grave desvio de função administrativa e profissional. O professor não é um terapeuta, um psicólogo ou um médico; ele é um “engenheiro instructional”. Sua zona de competência limita-se estritamente à esfera pedagógica: diagnosticar a prontidão de aprendizagem, planejar estratégias instrucionais eficazes, monitorar o progresso acadêmico e adaptar o nível de desafio do conteúdo à diversidade de seus alunos- um desafio não-trivial. Quando a escola transfere o comportamento do estudante para a esfera médica, ela se desobriga de sua real responsabilidade educacional.

O debate pedagógico precisa ser depurado das terminologias psicopatológicas da moda, devolvendo ao espaço escolar a sua missão puramente pedagógica e instrucional. A suspeita de alta capacidade intelectual ou de qualquer outra necessidade educacional deve ser tratada como um indicador de prontidão de aprendizagem que exige, como um primeiro passo, um diagnóstico universal, com o uso de testes de inteligência aplicado de forma

regular, adequada e por profissionais devidamente qualificados. Este é o primeiro passo para estabelecer políticas adequadas de atenção - compatível com a ambição e o compromisso do país com a formação de um estoque de capital humano de alto nível - fator decisivo para o sucesso das nações na nova economia do conhecimento.

CAPÍTULO 6: A PRÁTICA DE CONSULTÓRIO SEM “A PRIORI” — TRIAGEM FUNCIONAL E PROTEÇÃO DO TALENTO

Ao receber uma criança com histórico de comportamento disruptivo ou sob suspeita de altas habilidades em seu consultório, o psicólogo clínico ou neuropsicólogo deve guiar-se pelos preceitos rigorosos da Avaliação Baseada em Evidências (EBA) e da Medicina Baseada em Evidências (MBE). O profissional ético deve afastar-se de forma absoluta de um “a priori” patologizante ou do desejo corporativo de extrair rótulos psiquiátricos de condutas que refletem apenas a variação saudável e adaptativa da inteligência geral no topo da Curva Normal.

O papel do clínico no consultório deve ser o de realizar uma triagem funcional enxuta e objetiva de prontidão cognitiva, agindo como um escudo técnico de proteção da criança contra a clinicalização imposta pela escola comum. Em vez de submeter o paciente a dezenas de horas de subtestes de perfilamento ineficazes, o psicólogo deve concentrar-se na mensuração pura e simples do Fator g e, se necessário, na avaliação de indicadores de adaptação funcional e saúde emocional. O alto QI deve ser compreendido pelo clínico pelo que ele biologicamente é: um saudável aprimoramento de alto rendimento e um dos mais robustos fatores de proteção contra distúrbios psicossomáticos e mentais ao longo do ciclo de vida.

O laudo funcional emitido pelo consultório não deve alimentar a burocracia dos transtornos, mas sim atuar como uma peça de intervenção pedagógica que exija das redes de ensino a adoção de políticas e práticas adequadas para promover alunos de alto talento. Blindar a infância brilhante contra tratamentos desnecessários e intervenções farmacológicas desnecessárias e recolocar o foco na necessidade urgente de desafio intelectual é a principal e mais nobre missão do psicólogo clínico baseado em evidências.

EPÍLOGO — O MENINO QUE GRITAVA "LOBO!"

A história é antiga, conhecida de toda criança. O menino-pastor gritava "lobo!" por diversão até que ninguém mais acesse ao seu chamado. Mas no dia em que o lobo veio de verdade sua voz não mais encontrava ouvidos. A fábula costuma ser lida como elogio da honestidade. Mas há nela uma segunda lição, menos comentada: o problema não era a existência do lobo. Era a inflação do alarme que, ao ser disparado sem critério, esvaziou sua capacidade de proteger quando a ameaça era real.

É esse o risco que este livro identifica no campo da educação e da saúde mental infantil. Uma geração de crianças brilhantes tem sido rotulada, sob suspeita permanente, com diagnósticos que não lhes pertencem — e cada rótulo impreciso é um grito de lobo a mais, gasto sobre uma criança saudável. O custo dessa inflação não é apenas individual. É sistêmico: quando tudo vira TDAH, tudo vira TEA, tudo vira comorbidade, a própria linguagem clínica perde a força de discriminar o que exige, de fato, intervenção.

Mas seria um erro simétrico — e igualmente grave — concluir deste argumento que o lobo nunca existe. Ele existe. Há crianças de altíssimo potencial cognitivo — que convivem, genuinamente, com dificuldades severas de autorregulação executiva — sobretudo de atenção sustentada, controle inibitório e planejamento — e que precisam de diagnóstico preciso, acompanhamento especializado e, quando indicado, intervenção farmacológica. Reconhecer que a inteligência elevada não é patologia não equivale a afirmar que a criança superdotada é imune a comorbidades reais. São questões ortogonais: o nível do Fator g não protege nem condena ninguém a um quadro de função executiva comprometida, e um não substitui a avaliação do outro.

A tarefa do educador e do clínico responsável, portanto, não é deixar

de gritar. É aprender a discriminar o grito verdadeiro do hábito de gritar. Isso exige exatamente o que este livro defende — triagem cognitiva objetiva, baseada em evidência, livre de "a priori" patologizante — combinada com vigilância clínica genuína para os casos em que o funcionamento executivo da criança, independentemente de seu QI, está de fato comprometido a ponto de exigir cuidado. A criança superdotada com déficit real de atenção não deixa de ser superdotada; e a superdotação não a isenta de precisar de ajuda. Distinguir as duas coisas — com rigor, e não por reflexo — é a única forma de garantir que, quando o lobo enfim aparecer, alguém ainda esteja disposto a acreditar no pastor. E isso também se aplica a crianças que não são superdotadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Virgolim, A. M. R. (2007). Altas habilidades/superdotação: encorajando potenciais. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial.

Rodrigues, F. de A. A., Padilla, J. E. C., Silva, A. P. de, Amaral, C. A. F., & Marques, F. N. (2024). Superdotação: Uma Neurodivergência Evolutiva ou um Aprimoramento Cognitivo? *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(4).

Haier, R. J., & Jung, R. E. (2007). The Parieto-Frontal Integration Theory (P-FIT) of intelligence: Converging neuroimaging evidence. *Behavioral and Brain Sciences*, 30(2), 135–154.

Gottfredson, L. S. (1997). Why g matters: The complexity of everyday life. *Intelligence*, 24(1), 79–132.

Plomin, R., & Deary, I. J. (2015). Genetics and intelligence differences: five special findings. *Molecular Psychiatry*, 20(1), 98–108.

SÉRIE INTELIGÊNCIA

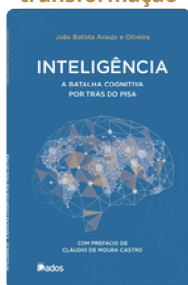
A Série Inteligência, de João Batista Araújo e Oliveira, reúne cinco livros dedicados à compreensão da inteligência, do desenvolvimento cognitivo e de suas implicações para a educação, as políticas públicas e a sociedade. A coleção aborda o tema sob diferentes perspectivas — da ciência e da medida da inteligência às questões educacionais, ao desenvolvimento de crianças e ao papel estratégico do capital humano.

Formuladores de políticas públicas



O ativo estratégico que o Brasil não pode desperdiçar

Lideranças e agentes de transformação



A batalha cognitiva por trás do PISA

Público universitário



Ciência, medida e desenvolvimento

Pais e educadores



Como identificar e estimular filhos muito inteligentes

Educadores



O que todo educador precisa saber, o que toda escola precisa fazer

Conheça a série completa

Disponível na loja da Editora IDados. Aponte a câmera para o QR Code ou acesse:

editora-idados.lojaintegrada.com.br/educacao



- **Nota Técnica N° 01**

Por que é cientificamente equivocado enquadrar a superdotação sob o rótulo de neurodivergência

- **Nota Técnica N° 02**

Avaliação de Superdotados: Instrumentos, a quem compete, por que razão

- **Nota Técnica N° 03**

Despatologizar a inteligência: Usando a ciência para identificar e desenvolver crianças superdotadas sem precisar de rótulos clínicos



contato@institutoideos.org.br