

## **DUPLA E TRIPLA EXCEPCIONALIDADE NA INFÂNCIA: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO E DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA DA CRIANÇA COM ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO E TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO**

**Resumo:** As condições de dupla e tripla excepcionalidade – coexistência de altas habilidades/superdotação (AH/SD) com um ou mais transtornos do neurodesenvolvimento, como TDAH, transtorno do espectro autista (TEA), transtorno opositivo-desafiador (TOD), dislexia, disgrafia, discalculia, transtorno de coordenação desenvolvimental, apraxia de fala na infância e síndrome de Tourette – representam um dos maiores desafios clínicos e pedagógicos atuais. A sobreposição de forças e dificuldades leva ao mascaramento mútuo das condições, retardando o diagnóstico e o atendimento. Este capítulo objetiva descrever a prevalência e os mecanismos de associação dessas condições, discutir as particularidades diagnósticas nas meninas, analisar o papel da escola, da família e dos profissionais de saúde no cuidado integrado e apresentar estratégias baseadas em evidências para mitigar o bullying. Trata-se de revisão narrativa da literatura científica indexada, realizada em bases nacionais e internacionais, com prioridade para publicações revisadas por pares entre 2010 e 2025. A síntese evidenciou que o reconhecimento precoce da múltipla excepcionalidade, articulado a

**Flávia Gabe Beltrami**

Médica

**Giordanna Guerra Andrioli**

Médica



intervenções individualizadas, avaliação multiprofissional e colaboração intersetorial entre escola, família e saúde, é determinante para o desenvolvimento integral e para a proteção da saúde mental dessas crianças.

**Palavras-Chave:** Altas habilidades; Bullying escolar; Dupla excepcionalidade; TDAH; Transtorno do espectro autista.



## **DOUBLE AND TRIPLE EXCEPTIONALITY IN CHILDHOOD: CHALLENGES OF DIAGNOSIS AND INCLUSIVE EDUCATION OF CHILDREN WITH GIFTEDNESS AND NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS**

**Abstract:** Double and triple exceptionality – the coexistence of giftedness and high abilities (GHA) with one or more neurodevelopmental disorders, such as ADHD, autism spectrum disorder (ASD), oppositional defiant disorder (ODD), dyslexia, dysgraphia, dyscalculia, developmental coordination disorder, childhood apraxia of speech, and Tourette syndrome – represent one of the greatest current clinical and pedagogical challenges. The overlap of strengths and difficulties leads to mutual masking of conditions, delaying diagnosis and support. This chapter aims to describe the prevalence and mechanisms of association of these conditions, discuss diagnostic particularities in girls, analyze the role of school, family, and health professionals in integrated care, and present evidence-based strategies to mitigate bullying. This is a narrative review of indexed scientific literature, prioritizing peer-reviewed publications between 2010 and 2025. The synthesis indicates that early recognition of multiple exceptionality, combined with individualized interventions, multiprofessional assessment, and collaboration among school, family, and health services, is decisive for child development and mental health protection.

**Keywords:** ADHD; Autism spectrum disorder; Giftedness; School bullying; Twice exceptionality.

## 1 INTRODUÇÃO

A educação inclusiva tem avançado significativamente nas últimas décadas na compreensão de crianças que apresentam necessidades educacionais especiais decorrentes de transtornos do neurodesenvolvimento. Contudo, um grupo permanece sistematicamente invisível nesse processo: as crianças que, além de um ou mais transtornos do neurodesenvolvimento, apresentam também altas habilidades ou superdotação (AH/SD). Esses estudantes, denominados na literatura internacional como twice exceptional (2e – duplamente excepcionais) ou triple/multiple exceptional (3e – triplamente ou multiplamente excepcionais), existem no paradoxo de uma mente que simultaneamente excede e falha nas expectativas do ambiente escolar, frequentemente desconcertando professores, famílias e profissionais de saúde (Antshel; Russo, 2012; Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025).

O espectro das condições que podem coexistir com as AH/SD é amplo e clinicamente heterogêneo. Além dos transtornos amplamente conhecidos – TDAH, TEA e TOD –, a literatura científica documenta a associação com transtornos específicos de aprendizagem (dislexia, disgrafia, discalculia), com o transtorno de coordenação desenvolvimental (TCD), com a apraxia de fala na infância (AFI) e com a síndrome de Tourette (ST). Em todos esses casos, o denominador comum é o fenômeno do mascaramento mútuo: as capacidades cognitivas superiores camuflam as dificuldades, e as dificuldades obscurecem o potencial, criando um perfil que desafia os sistemas diagnósticos e pedagógicos convencionais (Cravedi et al., 2017; Romano et al., 2024; Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025).

A dimensão de gênero agrega complexidade adicional: meninas com essas condições são desproporcionalmente sub-diagnosticadas em comparação aos meninos, em função de padrões de apresentação distintos e de vieses históricos nos critérios e instrumentos diagnósticos. O resultado é que meninas superdotadas com TDAH, TEA ou transtornos de aprendizagem frequentemente chegam à adolescência ou à vida adulta sem diagnóstico, acumulando sofrimento psíquico evitável (Antshel; Russo, 2012; Romano et al., 2024; Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025).

A escola, enquanto espaço central de socialização e aprendizagem, tem papel decisivo – tanto como ambiente de risco para fenômenos como o bullying, especialmente prevalente



entre crianças neurodivergentes, quanto como espaço privilegiado de identificação precoce e de suporte ao desenvolvimento. O presente capítulo aborda essas questões de forma integrada, oferecendo embasamento científico e orientações práticas para profissionais de educação e saúde (Antshel; Russo, 2012; Romano et al., 2024; Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025).

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho constitui uma revisão narrativa da literatura científica, com finalidade descritiva e interpretativa. As buscas foram realizadas entre janeiro e março de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, PubMed Central (PMC), Frontiers in Education, Frontiers in Psychology, Wiley Online Library, MDPI e ERIC, complementadas por busca manual nas listas de referências dos estudos selecionados. A estratégia combinou descritores em português e inglês por meio dos operadores booleanos AND e OR, articulando termos relacionados à excepcionalidade ("twice exceptional", "multiple exceptional", "dupla excepcionalidade", "giftedness" e "altas habilidades") a termos relativos aos transtornos do neurodesenvolvimento e a desfechos educacionais, diagnósticos e psicossociais (Rother, 2007; Grant; Booth, 2009).

Foram incluídos estudos empíricos, revisões sistemáticas, metanálises e revisões narrativas publicados em periódicos revisados por pares, nos idiomas inglês, português ou espanhol, entre 2000 e 2025, com prioridade para publicações a partir de 2015. Foram excluídos editoriais, cartas, resumos de congresso, materiais sem revisão por pares, estudos exclusivamente adultos sem interface com o desenvolvimento infantil ou escolar e textos sem disponibilidade de conteúdo integral. A seleção ocorreu pela leitura de títulos e resumos, seguida da leitura integral dos estudos elegíveis; a síntese foi organizada por convergência temática. Por utilizar dados públicos e literatura secundária, a pesquisa dispensou submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (Rother, 2007; Grant; Booth, 2009).

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Conceituando a Dupla, Tripla e Múltipla Excepcionalidade

O termo twice exceptional (2e), traduzido no Brasil como "duplamente excepcional", descreve o estudante que apresenta simultaneamente altas habilidades intelectuais ou criativas e algum transtorno do neurodesenvolvimento, dificuldade de aprendizagem ou condição



psiquiátrica. Quando essas condições são múltiplas – como, por exemplo, AH/SD associada ao TEA, TDAH e dislexia – fala-se em triple ou multiple exceptional, termo que a literatura mais recente prefere para capturar a complexidade real desses perfis (Byrd et al., 2025).

Estimativas internacionais sugerem que uma parcela expressiva dos estudantes superdotados pode preencher critérios para dupla excepcionalidade (Barber; Mueller, 2011). Estudo clínico retrospectivo publicado na revista Sci em 2024, com 40 crianças superdotadas encaminhadas por suspeita de TDAH ou transtorno de aprendizagem, encontrou que 90% preenchiam critérios para pelo menos uma condição comórbida – evidenciando que, em amostras clínicas, a múltipla excepcionalidade é a regra, não a exceção (Romano et al., 2024). A revisão sistemática publicada em novembro de 2025 na Frontiers in Education confirma que os perfis 2e mais investigados envolvem a coexistência de AH/SD com transtorno específico de aprendizagem (TAE), TDAH ou TEA, sendo que discrepâncias marcadas entre o Índice de Memória de Trabalho e o Índice de Velocidade de Processamento são as fraquezas cognitivas mais consistentes nesses perfis (Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025).

### **3.2 O Fenômeno do Mascaramento Mútuo e as Bases Neurobiológicas da Coexistência**

A elevada coocorrência entre AH/SD e múltiplos transtornos do neurodesenvolvimento não é fortuita. A literatura aponta bases neurobiológicas e genéticas compartilhadas: tanto as AH/SD quanto o TDAH, o TEA, os transtornos de aprendizagem e a ST estão associados a variações em circuitos frontoestriatais e frontoparietais, a disfunções em redes de controle executivo e a alterações em vias dopaminérgicas e serotoninérgicas (Cravedi et al., 2017). Revisão publicada em 2017 que analisou 1.009 estudos sobre a ST e transtornos do neurodesenvolvimento concluiu que as comorbidades do neurodesenvolvimento na ST são a regra, e não a exceção, existindo um continuum de um fenótipo simples (ST + TDAH e/ou transtorno de aprendizagem) para um fenótipo mais complexo (ST + TEA) (Cravedi et al., 2017).

O mascaramento mútuo opera em dois sentidos. Por um lado, as AH/SD permitem que a criança desenvolva estratégias compensatórias sofisticadas – usando a inteligência superior para disfarçar déficits de decodificação na dislexia, de fluência grafomotora na disgrafia ou de regulação da atenção no TDAH – de modo que o funcionamento parece adequado até que as



demandas cognitivas e organizacionais ultrapassem a capacidade de compensação. Por outro lado, os comportamentos disruptivos do TDAH, a comunicação atípica do TEA, os tiques vocais e motores da ST ou as dificuldades de leitura da dislexia podem desviar a atenção dos avaliadores do potencial intelectual subjacente, perpetuando o subdiagnóstico das AH/SD (Cravedi et al., 2017; Romano et al., 2024).

O conceito de dyssynchrony (dissincronia) desenvolvimental – a discrepância entre o desenvolvimento intelectual avançado da criança com AH/SD e sua maturação emocional, motora e social compatível com a idade cronológica – amplifica essa vulnerabilidade. Essa dissincronia pode gerar comportamentos que simulam TOD, TDAH ou transtornos de ansiedade, e que exigem avaliação multidimensional cuidadosa para serem diferenciados de quadros genuinamente comórbidos (Romano et al., 2024).

### **3.3 Perfis Específicos de Múltipla Excepcionalidade**

#### **3.3.1 AH/SD e TDAH**

O TDAH é o transtorno do neurodesenvolvimento mais frequentemente descrito em comorbidade com AH/SD. A sobreposição de características é considerável: tanto a criança superdotada quanto a criança com TDAH podem apresentar baixa tolerância à frustração em situações de tédio, dificuldade em seguir regras percebidas como arbitrárias, hiperfoco em áreas de interesse, impulsividade e desorganização. Essa sobreposição fenomenológica é a principal fonte de diagnósticos equivocados em ambas as direções – superdotação confundida com TDAH, e TDAH não reconhecido em criança superdotada (Antshel; Russo, 2012).

Em crianças 2e com TDAH, o subtipo desatento é mais prevalente do que o hiperativo-impulsivo, enquanto na criança com TDAH sem AH/SD o subtipo combinado predomina (Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025). A inteligência pode compensar parcialmente os déficits executivos nos primeiros anos de escolaridade, mas essa compensação tende a fracassar no ensino fundamental tardio e no ensino médio, quando as demandas de planejamento, organização e autorregulação se intensificam.

#### **3.3.2 AH/SD e TEA**



O TEA é o segundo transtorno mais frequentemente associado às AH/SD na literatura. Em crianças altamente inteligentes no espectro autista, o masking (camuflagem) é especialmente elaborado: ao analisar e imitar comportamentos sociais neurotípicos com precisão cognitiva, essas crianças constroem uma fachada de adequação social que adia o diagnóstico às custas de enorme esforço – e cujo colapso pode se manifestar como crises de ansiedade, burnout ou episódios de desregulação emocional intensa após períodos de aparente funcionamento adequado (Gellert et al., 2025). A taxa de comorbidade entre TEA e TDAH em amostras clínicas é elevada, e o reconhecimento simultâneo de transtornos de aprendizagem aumenta ainda mais a complexidade do quadro (Gnanavel et al., 2019).

### **3.3.3 AH/SD e TOD**

O TOD merece atenção especial no contexto das AH/SD, pois é também um dos diagnósticos mais frequentemente equivocados nessa população. A intensidade, o idealismo e o senso de justiça característicos de crianças superdotadas frequentemente se expressam como questionamento persistente de regras, confronto com figuras de autoridade e comportamentos percebidos como desafiadores – sem que essas crianças preencham genuinamente os critérios diagnósticos para TOD (Webb, [s.d.]; Gadow; DeVincent; Drabick, 2008). Quando o TOD é genuinamente comórbido, estudo publicado em 2024 demonstrou taxas de coocorrência de 55% a 90% entre TDAH combinado, TEA e TOD, sendo que crianças com TEA e TDAH combinado apresentam as pontuações de TOD mais elevadas, especialmente na dimensão irritável-raivosa (Mayes; Pardej; Waschbusch, 2024).

### **3.3.4 AH/SD e Dislexia**

A dislexia – transtorno específico de aprendizagem com prejuízo na leitura, caracterizado por dificuldades na precisão e/ou fluência de decodificação de palavras e ortografia, com base em déficits fonológicos – é a condição de aprendizagem mais estudada em coexistência com AH/SD. Revisão sistemática narrativa publicada em 2024, especificamente sobre a identificação de dislexia em crianças superdotadas (G-D), concluiu que estudantes superdotados e disléxicos apresentam um perfil único, caracterizado por dificuldades bem mascaradas em leitura de palavras isoladas e ortografia (Kranz; Serry; Snow, 2024). As habilidades de linguagem oral elevadas podem permitir que essas crianças compensem suas



dificuldades de decodificação ao ponto de não preencherem os critérios diagnósticos padrão para dislexia – embora apresentem desempenho claramente inferior em tarefas de leitura de palavras e fluência em comparação com seus pares superdotados sem dislexia.

A estimativa de prevalência de AH/SD com dislexia situa-se entre 1% e 5% da população geral, dependendo dos critérios utilizados para definir ambas as condições (IDA, 2020 apud Kranz; Serry; Snow, 2024). O modelo de identificação mais adequado para esse perfil combina elementos de discrepância entre QI e desempenho acadêmico com uma avaliação direta de déficits de processamento fonológico – pois o uso exclusivo do QI global pode obscurecer tanto a superdotação quanto a dislexia.

### **3.3.5 AH/SD e Disgrafia**

A disgrafia – transtorno específico de aprendizagem com prejuízo na expressão escrita, manifestado por caligrafia ilegível ou extremamente lenta, dificuldades na transcrição grafomotora e desorganização textual – é frequentemente sub-diagnosticada em crianças superdotadas, em parte porque a crença de que "uma criança inteligente não pode ter dificuldade de escrita" é especialmente resistente quando a criança demonstra eloquência verbal excepcional. A literatura sobre crianças duplamente excepcionais com talento verbal e disgrafia descreve que esta última pode ocultar o talento da criança em traduzir pensamentos em linguagem oral, pois as dificuldades em converter linguagem oral em forma escrita mascaram a capacidade cognitiva subjacente (Antshel; Russo, 2012; Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025).

A disgrafia coexiste frequentemente com o TCD e com o TDAH. Crianças superdotadas com disgrafia podem produzir textos orais brilhantes e textos escritos rudimentares, gerando desconcerto em professores que interpretam essa discrepância como preguiça ou descuido, em vez de reconhecê-la como evidência de uma condição neurológica específica (Antshel; Russo, 2012; Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025).

### **3.3.6 AH/SD e Discalculia**

A discalculia – transtorno específico de aprendizagem com prejuízo no cálculo e no raciocínio matemático, relacionado a déficits no sentido numérico e no processamento de magnitude – apresenta uma associação bidirecional complexa com as AH/SD: um estudante

com discalculia pode ser excepcional em linguagem, literatura, artes ou ciências humanas, enquanto enfrenta dificuldades severas com cálculo e conceitos numéricos. Revisão publicada na *Frontiers in Education* em 2025 reporta alta prevalência de coocorrência entre discalculia e dislexia, com causas multifatoriais que envolvem fatores genéticos e neurobiológicos compartilhados, incluindo déficits de processamento fonológico e de memória de trabalho (Han, 2025).

A discalculia em uma criança superdotada em outras áreas pode ser interpretada pelos professores como falta de esforço ou de dedicação às ciências exatas, especialmente quando o restante do desempenho escolar é excelente. Essa incompreensão amplifica o sofrimento psíquico da criança, que frequentemente internaliza uma narrativa de fracasso em uma área específica sem compreender sua origem neurobiológica (Han, 2025; Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025).

### **3.3.7 AH/SD e Transtorno de Coordenação Desenvolvidamental (TCD)**

O TCD – classificado no DSM-5 como transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por desempenho motor abaixo do esperado para a idade cronológica, com impacto nas atividades de vida diária – manifesta-se por torpeza motora, dificuldades em esportes, caligrafia prejudicada e dificuldades em tarefas que exigem coordenação manual fina. Em crianças superdotadas, o TCD pode ser especialmente invisível porque o rendimento intelectual elevado domina a percepção de professores e família, enquanto as dificuldades motoras são minimizadas ou atribuídas a "falta de interesse" em atividades físicas (Byrd et al., 2025; Tükel et al., 2025).

Estudo de caso publicado em 2025 sobre uma criança multiplamente excepcional descreveu um menino de nove anos profundamente superdotado, com TEA, TDAH e sinais sugestivos de TCD – ilustrando como esse transtorno motor pode integrar um perfil de alta complexidade (Byrd et al., 2025). O TCD frequentemente coexiste com a apraxia de fala na infância, como demonstram os dados revisados na seção seguinte.

### **3.3.8 AH/SD e Apraxia de Fala na Infância (AFI)**



A apraxia de fala na infância (AFI) é um transtorno neurológico da fala caracterizado por dificuldades na precisão e consistência dos movimentos para produção dos sons da fala, sem déficits neuromusculares associados. Crianças com AFI produzem sons e palavras de forma inconsistente, com prosódia alterada e esforço articulatório evidente. A aparente discrepância entre o vocabulário e a compreensão verbal elevados – frequentemente presentes em crianças superdotadas – e a produção de fala limitada ou ininteligível é uma das apresentações que mais confunde famílias e profissionais (Iuzzini-Seigel et al., 2022; Tükel et al., 2025).

Estudo publicado em 2022, no periódico *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, investigou a presença de características de TCD em crianças com AFI e encontrou que a maioria dos participantes preenchia critérios para TCD com base no DSM-5, embora apenas parte deles tivesse sido previamente encaminhada para avaliação fisioterapêutica ou de terapia ocupacional – evidenciando subdiagnóstico do TCD nessa população (Iuzzini-Seigel et al., 2022). Estudo publicado em *Developmental Medicine & Child Neurology* em 2025, com 105 crianças com AFI, confirmou que 63% rastreamento positivo para risco de TCD, reforçando a necessidade de avaliação motora sistemática em toda criança com AFI (Tükel et al., 2025).

A criança superdotada com AFI pode comunicar pensamentos complexos por gestos, expressão facial e linguagem não verbal, mas ter fala ininteligível nos primeiros anos de vida – o que frequentemente leva à subestimação do potencial intelectual e à concentração dos esforços de tratamento exclusivamente na fala, sem reconhecer as AH/SD subjacentes (Iuzzini-Seigel et al., 2022; Tükel et al., 2025).

### **3.3.9 AH/SD e Síndrome de Tourette (ST)**

A síndrome de Tourette é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por múltiplos tiques motores e pelo menos um tique vocal ou fônico, com início antes dos 18 anos e duração superior a um ano. Sua prevalência é estimada em 0,6% a 1% da população infantil, com predomínio no sexo masculino. A literatura é inequívoca em demonstrar que comorbidades do neurodesenvolvimento são a regra na ST: apenas uma pequena parcela dos pacientes apresenta diagnóstico isolado, sem nenhuma outra condição associada (Cravedi et al., 2017).



As comorbidades mais frequentes na ST são o TDAH e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Outros transtornos frequentes incluem transtornos de ansiedade, transtornos do humor, distúrbios do sono e transtornos de aprendizagem. A literatura aponta que, na ausência de TDAH, os transtornos de tique tendem a não se associar a comportamentos disruptivos ou a comprometimento funcional significativo, sendo o comprometimento nas relações escolares, familiares e entre pares tanto maior quanto mais numerosas as condições comórbidas (Cravedi et al., 2017).

Em uma criança superdotada, a ST pode se manifestar de forma especialmente desconcertante: a riqueza cognitiva contrasta com os tiques vocais (como coprolalia, ecolalia ou sons repetitivos) e motores (como piscamentos, movimentos de cabeça ou de membros), que podem gerar incompreensão, zombaria e bullying por parte dos colegas, além de conflitos com professores que interpretam os tiques como comportamentos voluntários. A identificação das AH/SD nesses casos é frequentemente adiada, pois os tiques dominam a apresentação clínica e concentram a atenção dos profissionais (Cravedi et al., 2017; Accardo et al., 2025).

### **3.4 Particularidades Diagnósticas nas Meninas**

A literatura científica é consistente em demonstrar que meninas com TDAH, TEA, transtornos de aprendizagem e AH/SD são sub-diagnosticadas de forma desproporcional em relação aos meninos. Esse fenômeno não reflete uma prevalência biologicamente menor, mas sim um conjunto de vieses sistemáticos nos critérios, instrumentos e práticas diagnósticas (Cook; Hull; Mandy, 2024; Gellert et al., 2025).

No TEA, revisão publicada em 2025 identificou que mulheres e meninas autistas são desproporcionalmente sub-diagnosticadas ou incorretamente diagnosticadas, em função da estrutura centrada no sexo masculino dos critérios diagnósticos, das altas taxas de comorbidades psiquiátricas que obscurecem os traços autistas e das expectativas sociais baseadas em gênero (Gellert et al., 2025). Meninas autistas tendem a apresentar interesses restritos que se alinham a tópicos socialmente aceitáveis – como animais, literatura ou videogames –, levando a uma aparência de comportamento socialmente adequado que mascara a rigidez e a inflexibilidade subjacentes. Professoras frequentemente descrevem essas meninas como "quietas", "maduras"

ou "bem-comportadas" – exatamente as descrições que as tornam invisíveis aos sistemas de identificação.

O fenômeno do camouflaging (camuflagem) ou masking é mais frequente e mais sofisticado em meninas e mulheres autistas. Esse processo, que envolve observação e imitação de comportamentos sociais neurotípicos, adia o diagnóstico, mas cobra alto preço em termos de exaustão mental, ansiedade crônica e crise de identidade (Cook, Hull; Mandy, 2024). A mesma literatura destaca que muitos instrumentos diagnósticos, como o ADOS ou o SRS, foram padronizados principalmente em amostras masculinas e podem ser menos sensíveis à forma como o TEA se manifesta em meninas – não porque elas apresentem menos traços, mas porque suas expressões diferem (Cook, Hull; Mandy, 2024).

No TDAH, meninas apresentam predominantemente o subtipo desatento – mais silencioso, menos disruptivo em sala de aula –, enquanto meninos tendem ao subtipo combinado ou hiperativo-impulsivo, que gera encaminhamentos muito mais frequentes. Dados epidemiológicos indicam que meninos são diagnosticados com TDAH com aproximadamente o dobro da frequência das meninas na infância, mas essa disparidade diminui na vida adulta – evidência de que muitas meninas são identificadas tardiamente (Cook; Hull; Mandy, 2024; Gellert et al., 2025).

Quando se combinam AH/SD com qualquer uma dessas condições em meninas, o mascaramento torna-se ainda mais profundo. A inteligência permite compensações cognitivas mais sofisticadas; as expectativas sociais sobre comportamento feminino encorajam a internalização dos conflitos; e o camouflaging é mais eficaz. O resultado é a chegada recorrente à adolescência ou à vida adulta sem diagnóstico, frequentemente após anos de confusão, burnout emocional e incompreensão (Cook; Hull; Mandy, 2024; Gellert et al., 2025).

### **3.5 O Papel da Escola**

A escola é frequentemente o primeiro ambiente institucional em que as particularidades da criança multiplamente excepcional se tornam evidentes. Paradoxalmente, é também onde essas crianças mais sofrem quando não são compreendidas. Revisão sistemática publicada na *Frontiers in Education* em 2025 identificou que crianças duplamente excepcionais são



frequentemente excluídas de programas de enriquecimento e desenvolvimento de talentos, enquanto suas necessidades educacionais específicas não são reconhecidas (Rizzo, Pinnelli; Minnaert, 2025). Essa dupla exclusão – nem suporte para a dificuldade, nem estímulo para o talento – é uma das formas mais danosas de negligência educacional.

Estudantes multiplamente excepcionais podem enfrentar desafios acadêmicos que afetam diretamente sua trajetória: dificuldades com atividades de sequenciamento e memorização, dificuldades em ortografia, fonética e cálculo, além de necessidades simultâneas de enriquecimento cognitivo e de suportes executivos estruturados (Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025). Para a escola cumprir seu papel protetor, são necessárias ações em múltiplos níveis.

No nível da identificação, professores precisam ser treinados para reconhecer que comportamentos como desatenção, oposição, comunicação atípica, dificuldade de relacionamento social, letra ilegível, erros ortográficos persistentes ou tiques podem coexistir com capacidades intelectuais superiores. No nível pedagógico, o currículo deve ser diferenciado para responder simultaneamente às forças e às dificuldades: uma criança com AH/SD e dislexia pode precisar de textos em formato de áudio, tecnologias assistivas e avaliações adaptadas, combinadas com atividades cognitivamente desafiadoras; uma criança com AH/SD e AFI pode necessitar de comunicação alternativa aumentativa (CAA) e terapia fonoaudiológica intensiva enquanto acessa conteúdos acadêmicos de nível avançado; uma criança com AH/SD e ST precisa de compreensão sobre a natureza involuntária dos tiques, flexibilização de rotinas e estratégias de manejo do estresse (Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025; Accardo et al., 2025).

O Plano de Desenvolvimento Individual Escolar (PDIE) deve ser construído especificamente para cada criança, articulando as estratégias de enriquecimento com os suportes necessários, em colaboração estreita com a família e os profissionais de saúde envolvidos. Adaptações físicas do ambiente – redução de estímulos sensoriais excessivos, disponibilidade de espaços de regulação, flexibilização do tempo e do formato das avaliações e uso de tecnologias assistivas – são igualmente relevantes (Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025; Rubenstein et al., 2015).

### **3.6 O Papel da Família**



A família de uma criança multiplamente excepcional enfrenta desafios únicos e frequentemente invisíveis. Pais de crianças duplamente excepcionais frequentemente descrevem uma "luta para encontrar experiências educacionais adequadas" (Rubenstein et al., 2015), oscilando entre sistemas que supervalorizam as dificuldades e sistemas que supervalorizam as capacidades, sem que nenhum reconheça o filho na sua integralidade. Essa lacuna é fonte de estresse familiar crônico que pode evoluir para dinâmicas disfuncionais e agravamento da saúde mental dos cuidadores.

A orientação e o suporte às famílias são componentes indispensáveis de qualquer plano de cuidado. Famílias precisam ser informadas sobre os direitos legais da criança, sobre o que esperar de cada profissional envolvido e sobre como se posicionar como defensoras (advocates) do filho no sistema educacional. No cotidiano doméstico, estratégias específicas são recomendadas: estruturar rotinas previsíveis; oferecer espaços para hiperfoco e exploração de interesses na área de talento; adotar comunicação positiva baseada em forças; manter comunicação regular e colaborativa com a escola; e não minimizar relatos de dificuldades – especialmente de bullying (Rubenstein et al., 2015; Eren et al., 2018).

### **3.7 O Papel dos Profissionais de Saúde**

Pediatras, neurologistas infantis, psiquiatras da infância e adolescência, psicólogos, neuropsicólogos e fonoaudiólogos desempenham papéis centrais na identificação e no manejo da múltipla excepcionalidade. A ausência de conhecimento específico sobre AH/SD nesses profissionais é, segundo a literatura, um dos principais fatores que perpetuam o diagnóstico tardio ou equivocado (Tordjman, 2006).

A avaliação neuropsicológica abrangente é o padrão-ouro para o diagnóstico da múltipla excepcionalidade: deve incluir testes de inteligência com análise de perfil por índices – especialmente a discrepância entre Compreensão Verbal e Raciocínio Perceptual (frequentemente elevados) versus Memória de Trabalho e Velocidade de Processamento (frequentemente reduzidos) –, avaliação de funções executivas, memória, atenção, linguagem, habilidades visoespaciais e coordenação motora, além de escalas de comportamento adaptativo e instrumentos específicos para cada transtorno suspeito. O uso exclusivo do QI global (FSIQ)

é contraindicado nessa população, pois os escores compostos tendem a mascarar o perfil de picos e vales característico da múltipla excepcionalidade (Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025).

Recomendações específicas incluem: incluir a avaliação do potencial intelectual em toda criança encaminhada por dificuldades comportamentais, escolares ou emocionais; avaliar sistematicamente as comorbidades entre TDAH, TEA, TOD, transtornos de aprendizagem, TCD, AFI e ST; considerar sempre a possibilidade de AH/SD antes de diagnósticos de TOD; adotar abordagem sensível ao gênero no TDAH e no TEA; articular com a escola a troca de informações sobre o estudante, com concordância da família; e, para a AFI especificamente, incluir avaliação motora sistemática em função da alta prevalência de TCD nessa população (Iuzzini-Seigel et al., 2022).

### **3.8 Bullying: Prevalência, Mecanismos e Estratégias de Mitigação**

#### **3.8.1 Prevalência e Mecanismos**

A criança multiplamente excepcional está entre as mais vulneráveis ao bullying no ambiente escolar. A combinação de perfil cognitivo incomum, dificuldades de comunicação social, comportamentos percebidos como atípicos e características visíveis como tiques, fala atípica ou descoordenação motora cria um conjunto de fatores que aumentam a exposição à vitimização (Accardo et al., 2025; Maïano et al., 2016; Park et al., 2020).

As estimativas de vitimização variam amplamente entre as condições do neurodesenvolvimento. Metanálise de 17 estudos estimou a prevalência de vitimização por bullying em jovens com TEA em 44% (Maïano et al., 2016), enquanto metanálise transcultural posterior encontrou prevalência de cerca de 67% (Park et al., 2020). Estudo com dados nacionais representativos norte-americanos demonstrou que o aumento na taxa de ansiedade e depressão associado ao bullying foi significativamente maior em jovens com TEA e/ou TDAH em comparação com jovens sem essas condições (Accardo et al., 2025). Narrativas de estudantes duplamente excepcionais documentam experiências singulares de vitimização ligadas à combinação de talento e dificuldade (Ronksley-Pavia, Grootenboer; Pendergast, 2019).

Crianças com dislexia, disgrafia e discalculia são vulneráveis a formas específicas de bullying relacionadas ao desempenho acadêmico: humilhação por leitura em voz alta, ridicularização pela caligrafia ou por erros de cálculo visíveis. Crianças com ST enfrentam bullying relacionado aos tiques – especialmente quando a coprolalia gera reações de choque ou risos em sala de aula. Crianças com AFI podem ser alvo de imitações de fala ininteligível. Em todos os casos, a coexistência de AH/SD adiciona uma camada de isolamento: a criança que se destaca intelectualmente mas apresenta comportamentos atípicos ou dificuldades visíveis é alvo de conflito entre admiração e ridicularização pelos pares (Accardo et al., 2025; Maïano et al., 2016; Park et al., 2020).

### **3.8.2 Estratégias de Mitigação**

Estratégias eficazes para reduzir o bullying em crianças multiplamente excepcionais devem operar em múltiplos níveis. No nível individual, o desenvolvimento de habilidades sociais deve ser prioridade no plano de cuidados de crianças com TEA e TDAH. A psicoeducação sobre a dupla excepcionalidade – fornecendo à criança linguagem para nomear suas características, reconhecer situações de risco e ter canais seguros para comunicar episódios de bullying – é uma intervenção relevante que deve ser incluída no plano terapêutico (Accardo et al., 2025; Maïano et al., 2016; Park et al., 2020).

No nível da turma e da escola, intervenções de sensibilização sobre neurodiversidade têm demonstrado resultado promissor. A literatura recomenda a ampliação dos programas de prevenção ao bullying para incluir iniciativas de redução do estigma específicas para os diagnósticos de autismo, TDAH e outras condições neurodivergentes (Accardo et al., 2025). A formação continuada de professores é indispensável: professores que compreendem as bases neurobiológicas dos tiques, das dificuldades de leitura, da fala atípica ou do comportamento desafiador podem criar ambientes mais seguros, mediar conflitos com mais eficácia e servir como fator de proteção para a criança multiplamente excepcional (Accardo et al., 2025; Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025).

No nível familiar, pais precisam manter canais abertos de comunicação com os filhos sobre as experiências escolares e não minimizar relatos de vitimização. A baixa concordância entre relatos do adolescente e dos pais sobre a ocorrência de bullying – documentada em estudos



com TEA – indica que ambas as perspectivas devem ser ativamente investigadas (Chou et al., 2019).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dupla, tripla e múltipla excepcionalidade representam fenômenos de crescente relevância para a saúde pública, a educação e a medicina. A coexistência de altas habilidades com TDAH, TEA, TOD, dislexia, disgrafia, discalculia, TCD, AFI e/ou síndrome de Tourette produz perfis únicos que desafiam sistemas diagnósticos construídos sobre categorias discretas e práticas pedagógicas concebidas para públicos homogêneos (Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025; Accardo et al., 2025).

O mascaramento mútuo – em que as habilidades camuflam as dificuldades e vice-versa – é o principal mecanismo responsável pelo atraso diagnóstico, com consequências que se estendem ao longo de toda a vida. Esse fenômeno é amplificado nas meninas, cujos fenótipos costumam ser mais internalizantes e, portanto, menos reconhecidos pelos instrumentos e práticas diagnósticas vigentes. A vulnerabilidade ao bullying é documentada e clinicamente grave, com taxas de vitimização que alcançam 44% a 67% em populações com TEA e TDAH, e com aumento significativo de ansiedade e depressão associadas (Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025; Accardo et al., 2025).

A articulação eficaz entre escola, família e profissionais de saúde – por meio de avaliações neuropsicológicas abrangentes, Planos de Desenvolvimento Individual Escolar, formação docente especializada e suporte familiar ativo – é condição necessária para que essas crianças possam desenvolver seu potencial sem que suas dificuldades as impeçam ou que suas habilidades as tornem invisíveis para o cuidado (Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025; Accardo et al., 2025).

As limitações do presente trabalho incluem o caráter narrativo da revisão, a heterogeneidade dos estudos sobre cada condição específica e a escassez de pesquisas nacionais com dados primários sobre crianças brasileiras multiplamente excepcionais. Recomenda-se o desenvolvimento urgente de estudos longitudinais brasileiros e a inclusão do tema nos currículos de formação docente e de capacitação dos profissionais de saúde. Reconhecer e



apoiar a criança multiplamente excepcional é, sobretudo, um imperativo ético – e uma condição fundamental para que seu potencial singular possa florescer (Rizzo; Pinnelli; Minnaert, 2025; Accardo et al., 2025).

## REFERÊNCIAS

- ACCARDO, A. L. et al. Bullying victimization is associated with heightened rates of anxiety and depression among autistic and ADHD youth: National Survey of Children's Health 2016-2020. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 55, n. 10, p. 3605-3621, 2025. DOI: 10.1007/s10803-024-06479-z. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12476435/>. Acesso em: 17 abr. 2026.
- ANTSHEL, K. M.; RUSSO, N. ADHD and giftedness: a neurocognitive consideration of twice exceptionality. *Applied Neuropsychology: Child*, v. 1, n. 2, p. 81-87, 2012. DOI: 10.1080/21622965.2012.699423. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23428302/>. Acesso em: 17 abr. 2026.
- BARBER, C.; MUELLER, C. T. Social and self-perceptions of adolescents identified as gifted, learning disabled, and twice-exceptional. *Roeper Review*, v. 33, n. 2, p. 109-120, 2011. DOI: 10.1080/02783193.2011.554158.
- BYRD, T. J. et al. The intersection of giftedness, disability, and cultural identity: a case study of a young Asian American boy. *Behavioral Sciences*, v. 15, n. 8, art. 1036, 2025. DOI: 10.3390/bs15081036. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12382949/>. Acesso em: 17 abr. 2026.
- CHOU, W.-J. et al. Self-reported and parent-reported school bullying in adolescents with high functioning autism spectrum disorder: the roles of autistic social impairment, attention-deficit/hyperactivity and oppositional defiant disorder symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 7, art. 1117, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16071117. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6479357/>. Acesso em: 17 abr. 2026.
- COOK, J.; HULL, L.; MANDY, W. Improving diagnostic procedures in autism for girls and women: a narrative review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 20, p. 505-514, 2024. DOI: 10.2147/NDT.S372723. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10926859/>. Acesso em: 17 abr. 2026.
- CRAVEDI, E. et al. Tourette syndrome and other neurodevelopmental disorders: a comprehensive review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 11, art. 59, 2017. DOI: 10.1186/s13034-017-0196-x. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5715991/>. Acesso em: 17 abr. 2026.
- EREN, F. et al. Emotional and behavioral characteristics of gifted children and their families. *Noro Psikiyatri Arsivi*, v. 55, n. 2, p. 105-112, 2018. DOI: 10.5152/npa.2017.12731. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6060660/>. Acesso em: 17 abr. 2026.



GADOW, K. D.; DeVINCENT, C. J.; DRABICK, D. A. G. Oppositional defiant disorder as a clinical phenotype in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 38, n. 7, p. 1302-1310, 2008. DOI: 10.1007/s10803-007-0516-8. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3784313/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

GELLERT, B. et al. Underdiagnosed and misunderstood: clinical challenges and educational needs of healthcare professionals in identifying autism spectrum disorder in women. *Behavioral Sciences*, v. 15, n. 8, art. 1073, 2025. DOI: 10.3390/bs15081073. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12382651/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

GNANAVEL, S. et al. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: a review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, v. 7, n. 17, p. 2420-2426, 2019. DOI: 10.12998/wjcc.v7.i17.2420. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6745333/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, v. 26, n. 2, p. 91-108, 2009. DOI: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.

HAN, W. Dyscalculia and dyslexia in school-aged children: comorbidity, support, and future prospects. *Frontiers in Education*, v. 10, art. 1515216, 2025. DOI: 10.3389/educ.2025.1515216. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/education/articles/10.3389/educ.2025.1515216/full>. Acesso em: 17 abr. 2026.

IUZZINI-SEIGEL, J. et al. An investigation of developmental coordination disorder characteristics in children with childhood apraxia of speech. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, v. 53, n. 4, p. 1006-1021, 2022. DOI: 10.1044/2022\_LSHSS-21-00163. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36041512/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

KRANZ, A. E.; SERRY, T. A.; SNOW, P. C. Twice-exceptionality unmasked: a systematic narrative review of the literature on identifying dyslexia in the gifted child. *Dyslexia*, v. 30, n. 1, e1763, 2024. DOI: 10.1002/dys.1763. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38232949/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

MAÏANO, C. et al. Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, v. 9, n. 6, p. 601-615, 2016. DOI: 10.1002/aur.1568. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26451871/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

MAYES, S. D.; PARDEJ, S. K.; WASCHBUSCH, D. A. Oppositional defiant disorder in autism and ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2024. DOI: 10.1007/s10803-024-06437-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39066970/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

PARK, I. et al. Prevalence of and factors associated with school bullying in students with autism spectrum disorder: a cross-cultural meta-analysis. *Yonsei Medical Journal*, v. 61, n.

11, p. 909-922, 2020. DOI: 10.3349/ymj.2020.61.11.909. Disponível em:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7593096/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

RIZZO, L.; PINNELLI, S.; MINNAERT, A. Twice-exceptional students: a systematic review to outline the distinctive characteristics through a multidimensional lens. *Frontiers in Education*, v. 10, art. 1696805, 2025. DOI: 10.3389/feduc.2025.1696805. Disponível em:  
<https://www.frontiersin.org/journals/education/articles/10.3389/feduc.2025.1696805/full>. Acesso em: 17 abr. 2026.

ROMANO, S. et al. Giftedness and twice-exceptionality in children suspected of ADHD or specific learning disorders: a retrospective study. *Sci*, v. 6, n. 2, art. 23, 2024. DOI: 10.3390/sci6020023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2413-4155/6/2/23>. Acesso em: 17 abr. 2026.

RONKSLEY-PAVIA, M.; GROOTENBOER, P.; PENDERGAST, D. Bullying and the unique experiences of twice-exceptional learners: student perspective narratives. *Gifted Child Today*, v. 42, n. 1, p. 19-35, 2019. DOI: 10.1177/1076217518804856.

RUBENSTEIN, L. D. et al. Lived experiences of parents of gifted students with autism spectrum disorder: the struggle to find appropriate educational experiences. *Gifted Child Quarterly*, v. 59, n. 4, p. 283-298, 2015. DOI: 10.1177/0016986215592193.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

TORDJMAN, S. Enfants à haut potentiel en difficulté: du trouble déficit de l'attention/hyperactivité à la dépression et à l'échec scolaire. *Revue Médicale Suisse*, v. 2, n. 54, p. 533-537, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16562536/>. Acesso em: 17 abr. 2026.

TÜKEL, S. et al. High prevalence of developmental coordination disorder risk in childhood apraxia of speech. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2025. DOI: 10.1111/dmcn.70099. Disponível em:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.70099>. Acesso em: 17 abr. 2026.

