# SUBDIAGNÓSTICO DA ANSIEDADE EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Emerson Feitosa Lins[1]

## INTRODUÇÃO

O subdiagnóstico dos transtornos de ansiedade em pessoas com Deficiência Intelectual (DI) configura um dos problemas mais críticos e persistentes no campo da saúde mental e da educação inclusiva contemporânea. Apesar dos avanços legislativos e sociais voltados à promoção dos direitos das pessoas com deficiência, a identificação e o tratamento de condições psiquiátricas comórbidas nessa população permanecem acentuadamente defasados em comparação com a população neurotípica (EMERSON et al., 2011; SMILEY et al., 2007). Estudos epidemiológicos de elevado impacto internacional indicam que os transtornos ansiosos afetam uma parcela significativa de crianças, jovens e adultos com DI, mas apenas uma fração reduzida desses indivíduos recebe um diagnóstico formal e o devido suporte terapêutico.

A deficiência intelectual é definida por limitações no funcionamento cognitivo e nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Essas limitações alteram profundamente a forma como a ansiedade é vivenciada e expressa pelo indivíduo. Enquanto os manuais diagnósticos tradicionais orientam-se pela identificação de sintomas verbais introspectivos — tais como preocupação excessiva, ruminações mentais e relatos diretos de pavor —, as pessoas com DI frequentemente manifestam o estresse ansioso por meio de equivalentes comportamentais e alterações fisiológicas (ROY et al., 2018). Sintomas como agitação motora, irritabilidade, condutas de oposição, crises de choro, estereotipias intensificadas, esquiva e comportamentos auto/heteroagressivos são, em verdade, a linguagem pela qual a ansiedade se expressa na ausência de comunicação verbal fluente.

Contudo, a prática clínica e educacional rotineira falha sistematicamente em reconhecer essa expressão atípica. A tendência dominante entre profissionais de saúde e educação é atribuir as manifestações comportamentais da ansiedade exclusivamente à própria deficiência intelectual ou a problemas de disciplina. Esse fenômeno de atribuição errônea é consagrado na literatura científica como sombreamento diagnóstico (diagnostic overshadowing) (REISS, 1982). O sombreamento cria um ponto cego institucional que impede a investigação das causas emocionais subjacentes, perpetuando o sofrimento psíquico

[1] Doutorando em Investigación Transdisciplinar en Educación na Universidad de Valladolid (Espanha) e psicólogo no Instituto Federal de Alagoas (Ifal), emerson.lins@ifal.edu.br.

do indivíduo e resultando no uso inadequado de medicação psicotrópica para contenção sintomática.

Diante desse cenário complexo, o presente trabalho tem como objetivo analisar os determinantes individuais, contextuais e sistêmicos que perpetuam o subdiagnóstico da ansiedade em pessoas com DI, discutindo estratégias metodológicas e clínicas para superar o sombreamento diagnóstico. A justificativa do estudo apoia-se na urgência de fundamentar a prática multiprofissional em diretrizes científicas atualizadas, promovendo o acesso equitativo à saúde mental, a redução da sobrecarga de cuidadores e a plena inclusão educacional e social dessa população (MASON et al., 2019).

## REFERENCIAL TEÓRICO

### *Genealogia e Impacto do Sombreamento Diagnóstico (Diagnostic Overshadowing)*

O conceito de sombreamento diagnóstico (diagnostic overshadowing) foi formulado por Reiss (1982) para descrever a tendência sistemática de clínicos e avaliadores em permitir que o diagnóstico de deficiência intelectual minimize ou eclipse a presença de sintomas psiquiátricos concomitantes. No contexto dos transtornos de ansiedade, o sombreamento opera como uma barreira epistêmica: a presença da limitação cognitiva atua como uma 'sombra' que esconde a sofrimento emocional subjacente.

Revisões sistemáticas recentes publicadas no Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities demonstram que o sombreamento diagnóstico não é apenas uma falha individual do examinador, mas o resultado da falta de treinamento específico sobre psicopatologia da DI nos cursos de graduação em Psicologia, Medicina e Educação Especial (MASON et al., 2019). Como consequência, comportamentos ansiosos de esquiva ou agitação são rotulados indevidamente como 'inadequação comportamental', impedindo que o indivíduo receba psicoterapia adaptada ou suporte ambiental focado na regulação emocional.

> A sobreposição entre as manifestações comportamentais da ansiedade e os déficits adaptativos da deficiência intelectual gera um ponto cego na avaliação clínica. Quando os sintomas ansiosos são expressos sob a forma de agitação ou recusa social, a tendência predominante das equipes é tratá-los unicamente como comportamentos-problema, omitindo a investigação das causas subjacentes de sofrimento emocional (MASON et al., 2019, p. 312).

### *A Tripla Vulnerabilidade ao Subdiagnóstico: Níveis Individual, Contextual e Sistêmico*

A análise da literatura internacional permite categorizar os fatores contributivos ao subdiagnóstico da ansiedade na DI em três níveis interconectados: individual, contextual e sistêmico (EMERSON et al., 2011; SMILEY et al., 2007).

No nível individual, situam-se as atipicidades na apresentação sintomática resultantes das limitações na linguagem expressiva e na metacognição. A pessoa com DI pode apresentar dificuldades em nomear emoções complexas como 'apreensão' ou 'pânico', traduzindo a sobrecarga ansiosa diretamente em respostas somáticas (dor abdominal, taquicardia, tontura) e motoras. Ademais, comorbidades como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou paralisia cerebral alteram ainda mais a expressão emocional, desafiando os parâmetros diagnósticos convencionais (ROY et al., 2018).

No nível contextual, destaca-se a dependência da percepção dos cuidadores familiares e institucionais. Muitas famílias e educadores habituam-se a certos comportamentos de esquiva ou agitação do indivíduo, interpretando-os como 'características da personalidade' ou 'fases do desenvolvimento', sem associá-los ao estresse ansioso. A falta de instrumentação dos cuidadores para identificar sinais sutis de ansiedade retarda a busca por ajuda especializada (EMERSON et al., 2011).

No nível sistêmico, identificam-se as barreiras estruturais dos serviços públicos e privados de saúde e educação. Destacam-se a escassez de instrumentos psicométricos validados e padronizados para a DI no Brasil, a falta de protocolos clínicos de triagem de ansiedade e o tempo reduzido das consultas médicas, que favorece a prescrição rápida de neurolépticos sem uma avaliação diagnóstica compreensiva (MASON et al., 2019).

### *A Fenomenologia Atípica da Ansiedade nas Diferentes Gradações da Deficiência Intelectual*

A manifestação da ansiedade na deficiência intelectual varia substancialmente a depender da severidade do comprometimento cognitivo e adaptativo. Nos indivíduos diagnosticados com DI leve (Q.I. entre 50 e 69), a capacidade de verbalização e percepção emocional encontra-se parcialmente preservada. Nesses casos, o sujeito pode vocalizar sentimentos de medo, frustração ou apreensão frente a exigências sociais e acadêmicas, embora apresente limitações na identificação das causas abstratas de sua angústia (MINDHAM; ESPIE, 2003). Por outro lado, o desejo acentuado de aceitação social e a consciência de suas próprias limitações frequentemente expõem indivíduos com DI leve a estressores crônicos, desencadeando esquivas fóbicas e hipervigilância em ambientes comunitários e de aprendizagem.

Na DI moderada (Q.I. entre 35 e 49), as barreiras linguísticas tornam-se mais acentuadas, reduzindo drasticamente o uso de vocabulário abstrato afetivo. A ansiedade expressa-se predominantemente por meio de alterações somáticas diretas — tais como

distúrbios gastrointestinais, alteração no padrão de sono, enurese secundária e taquicardia —, associadas a respostas comportamentais de inquietação motora, gesticulação repetitiva e apego excessivo a figuras de referência (ROY et al., 2018). Nesses casos, a avaliação requer uma investigação cuidadosa por parte de profissionais e cuidadores para diferenciar desconfortos físicos de sobrecarga emocional.

Nos quadros de DI severa (Q.I. entre 20 e 34) e profunda (Q.I. abaixo de 20), nos quais a comunicação verbal é mínima ou ausente, a ansiedade se traduz quase exclusivamente por equivalentes comportamentais puros e alterações neurovegetativas. Modificações súbitas na frequência cardíaca, sudorese, episódios de hiperventilação, exacerbação grave de estereotipias (como balanço de tronco ou esfregar de mãos), crises de agressividade voltadas ao ambiente e episódios de autoagressão (como esmurrar a própria cabeça ou morder-se) são, na maioria das vezes, a única forma de sinalização de estados intensos de terror e pavor (SMILEY et al., 2007). Desconsiderar a etiologia ansiosa dessas condutas em níveis severos e profundos perpetua a marginalização clínica e o confinamento de pacientes a esquemas terapêuticos unicamente sedativos.

***O Impacto do Subdiagnóstico na Rede de Apoio e a Sobrecarga dos Cuidadores***

O impacto do subdiagnóstico da ansiedade na deficiência intelectual extrapola a dimensão individual do sujeito, afetando profundamente a dinâmica das redes de apoio familiares e institucionais. Cuidadores primários — em sua maioria mães e familiares próximos — vivenciam cotidianamente o desgaste emocional e físico associado ao manejo de comportamentos ansiosos desregulados que não recebem o devido tratamento (EMERSON et al., 2011). A ausência de uma explicação diagnóstica clara para crises frequentes de agitação e recusa social gera sentimentos de impotência, culpa e exaustão, elevando os índices de depressão e transtornos de ansiedade nos próprios cuidadores.

Em ambientes educacionais e de acolhimento institucional, o desconhecimento sobre os equivalentes comportamentais da ansiedade desestabiliza as rotinas pedagógicas e sociais. Professores de Educação Especial e monitores, ao interpretarem condutas ansiosas como 'indisciplina' ou 'oposição deliberada', tendem a adotar estratégias punitivas ou de isolamento (MASON et al., 2019). Essas medidas atreladas ao desconhecimento exacerbam ainda mais o estado de hipervigilância e ameaça percebido pelo estudante com DI, criando um círculo vicioso de escalada comportamental e exclusão da sala de aula regular.

Portanto, a superação do subdiagnóstico constitui uma intervenção de saúde pública indispensável para a preservação do bem-estar das famílias e para a sustentabilidade das

políticas de educação inclusiva. Instrumentalizar a rede de apoio para reconhecer a ansiedade permite transitar de um modelo reativo de contenção comportamental para um modelo preventivo baseado na estruturação de ambientes previsíveis, acolhedores e promotores de segurança afetiva.

## METODOLOGIA

O presente estudo adota uma abordagem de revisão crítico-analítica da literatura científica, desenhada para investigar os fatores determinantes do subdiagnóstico da ansiedade em pessoas com deficiência intelectual e propor diretrizes de superação. A revisão crítica é o método de escolha quando o objetivo é examinar teorias, identificar lacunas estruturais na prática clínica e propor novos frameworks conceituais.

A busca bibliográfica foi conduzida de forma rigorosa nas bases de dados internacionais Web of Science, PubMed, PsycINFO e Scopus, cobrindo artigos científicos publicados em inglês no período de 2000 a 2026. A estratégia de busca empregou a combinação dos seguintes descritores MeSH e termos correlatos: ('Intellectual Disability' OR 'Developmental Disabilities') AND ('Anxiety Disorders' OR 'Anxiety') AND ('Diagnostic Overshadowing' OR 'Underdiagnosis' OR 'Misdiagnosis' OR 'Mental Health Assessment').

Os critérios de inclusão pré-estabelecidos foram: a) Artigos originais, revisões sistemáticas e meta-análises publicados em periódicos de elevado impacto na área de saúde mental na deficiência intelectual (como Journal of Intellectual Disability Research, Research in Developmental Disabilities e Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities); b) Pesquisas que discutissem a fenomenologia da ansiedade, o sombreamento diagnóstico ou barreiras no reconhecimento clínico; c) Estudos com amostras de pessoas com DI de diferentes níveis de severidade.

Foram excluídos resumos de congressos, capítulos de livros sem revisão por pares e artigos focados exclusivamente em intervenções farmacológicas isoladas sem discussão do processo diagnóstico. A análise temática dos dados extraídos permitiu systematizar os achados em categorias determinantes (individual, contextual e sistêmica) e estruturar recomendações práticas para a atuação multiprofissional.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A integração dos dados da literatura internacional permitiu mapear detalhadamente os determinantes do subdiagnóstico da ansiedade na deficiência intelectual. O Quadro 1 sintetiza a matriz explicativa tridimensional desenvolvida neste estudo.

**Quadro 1 – Matriz Determinante do Subdiagnóstico da Ansiedade na Deficiência Intelectual**

| Nível de Análise | Mecanismos, Determinantes e Impacto Clínico/Social |
|---|---|
| Individuais | Limitações na linguagem verbal e metacognição; manifestação atípica via equivalentes comportamentais (agitação, autoagressão, estereotipias). Sintomas ansiosos são confundidos com 'comportamentos-problema' ou traços inerentes à DI (REISS, 1982; ROY et al., 2018). |
| Contextuais | Desconhecimento de cuidadores e educadores sobre sinais sutis de sofrimento emocional; normalização da esquiva social; sobrecarga familiar severa e estresse nas redes de suporte pedagógico e social (EMERSON et al., 2011; MASON et al., 2019). |
| Sistêmicos | Escassez de ferramentas psicométricas validadas para a população brasileira; falta de formação específica em psicopatologia da DI nas equipes de saúde e educação; invisibilidade institucional e prescrição abusiva de psicofármacos sedativos (SMILEY et al., 2007; MASON et al., 2019). |

*Fonte: Elaborado pelo autor com base na literatura consultada (2026).*

A discussão dos achados revela que o combate ao subdiagnóstico da ansiedade na deficiência intelectual requer uma mudança profunda de paradigma nas redes de saúde e educação. Destacam-se quatro diretrizes cruciais de intervenção:

***Diretriz 1: Reconhecimento dos Equivalentes Comportamentais da Ansiedade***

Os profissionais devem ser capacitados a interpretar agitações motoras repentinas, irritabilidade e condutas de esquiva não como 'desobediência' ou 'características da deficiência', mas como possíveis manifestações de sofrimento ansioso. A investigação clínica e pedagógica deve mapear minuciosamente os gatilhos ambientais, transições de rotina e exigências sensoriais que antecedem tais condutas (ROY et al., 2018).

***Diretriz 2: Formação Continuada e Desconstrução do Sombreamento Diagnóstico***

É premente incluir disciplinas sobre psicopatologia da DI e saúde mental inclusiva nos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia, Medicina, Pedagogia e Educação Especial. A desconstrução do sombreamento diagnóstico exige que as equipes multidisciplinares formulem hipóteses psiquiátricas comórbidas de forma sistemática durante as avaliações clínicas e elaboração do Plano de Desenvolvimento Individualizado (PDI) (MASON et al., 2019).

***Diretriz 3: Adoção de Avaliações Multi-Informante e Instrumentalização de Cuidadores***

Os cuidadores primários e educadores devem ser instrumentalizados por meio de escalas padronizadas de relato por informantes (proxy-report, como a ADAMS e o suplemento para cuidadores da GAS-ID), aprendendo a observar mudanças sutis no sono,

apetite, padrão funcional e engajamento social como indicadores precoces de ansiedade (ESBENSEN et al., 2003; SMILEY et al., 2007).

***Diretriz 4: Políticas Públicas, Suporte Comportamental Positivo e Validação de Instrumentos Acessíveis***

O sistema de saúde e a rede de ensino precisam investir na tradução, adaptação cultural e validação psicométrica de escalas de ansiedade acessíveis no Brasil (como a GAS-ID). Paralelamente, recomenda-se a implementação do Suporte Comportamental Positivo (PBS - Positive Behavior Support), uma abordagem que reestrutura os ambientes para aumentar a previsibilidade, reduzir estressores sensoriais e ensinar habilidades de autorregulação adaptadas ao nível cognitivo do sujeito (ROY et al., 2018; MASON et al., 2019).

***Implicações Práticas para a Atuação Multiprofissional nos Serviços de Saúde e Educação***

A superação das barreiras diagnósticas exige que equipes multiprofissionais abandonem posturas fragmentadas e adotem protocolos interdisciplinares de acolhimento. Nos serviços de atenção primária e especializada em saúde mental, a triagem de ansiedade em pessoas com DI deve integrar a rotina de atendimento, utilizando dados provenientes da observação comportamental direta em conjunto com relatórios estruturados elaborados por educadores e familiares (EMERSON et al., 2011). Essa integração evita diagnósticos precipitados baseados unicamente em consultas pontuais, nas quais a ansiedade do indivíduo pode estar temporariamente mascarada ou, ao contrário, exacerbada pelo ambiente ambulatorial estranho.

No âmbito escolar, o reconhecimento do subdiagnóstico reorganiza as práticas de inclusão. Em vez de focar exclusivamente no manejo de crises por meio de afastamento da sala de aula ou contenção física, a equipe pedagógica passa a atuar na adaptação do ambiente físico e nas metodologias de ensino. Estruturar rotinas visuais claras, antecipar transições entre atividades e oferecer espaços de autorregulação sensorial configuram-se como estratégias efetivas para mitigar a ansiedade cognitiva e somática em estudantes com DI (SMILEY et al., 2007). Dessa forma, a avaliação psicológica alinha-se ao compromisso ético de promover a participação plena do sujeito em todas as esferas sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O subdiagnóstico da ansiedade em pessoas com deficiência intelectual não é uma inevitabilidade biológica ou clínica, mas o reflexo de lacunas metodológicas, conceituais e estruturais dos serviços de saúde e redes de ensino.

Superar esse cenário exige combater ativamente o sombreamento diagnóstico por meio da capacitação de equipes multiprofissionais, da valorização dos equivalentes comportamentais como indicadores genuínos de ansiedade e do investimento na adaptação e validação de instrumentos acessíveis de autorrelato e proxy-report no contexto brasileiro.

Garantir o diagnóstico precoce e preciso da ansiedade na deficiência intelectual é um compromisso ético e de direitos humanos fundamental para assegurar o bem-estar, a autonomia, a redução da sobrecarga das famílias e o direito ao cuidado qualificado em saúde mental.

Palavras-chave: Deficiência intelectual. Ansiedade. Subdiagnóstico. Sombreamento diagnóstico. Saúde mental.

## AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Federal de Alagoas (Ifal) e à Universidad de Valladolid pelo apoio institucional e acadêmico no desenvolvimento das atividades de pesquisa e doutoramento.

## REFERÊNCIAS

EMERSON, E. et al. Mental health problems in children and young people with intellectual disabilities: A review of the literature. Journal of Intellectual Disability Research, v. 55, n. 6, p. 533-545, 2011.

ESBENSEN, A. J. et al. Assessment of anxiety in adults with intellectual disabilities using the Anxiety, Depression and Mood Scale (ADAMS). Journal of Intellectual Disability Research, v. 47, n. 7, p. 531-540, 2003.

MASON, J. et al. Diagnostic overshadowing in mental health assessments of adults with intellectual disabilities: A systematic review. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, v. 32, n. 2, p. 308-320, 2019.

MINDHAM, J.; ESPIE, C. A. Evaluation of a structured interview schedule for the assessment of anxiety in people with intellectual disabilities: the Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID). Journal of Intellectual Disability Research, v. 47, n. 6, p. 442-451, 2003.

REISS, S. Diagnostic overshadowing and the discharge of patients with mental retardation. American Journal of Mental Deficiency, v. 86, n. 6, p. 562-563, 1982.

ROY, A. et al. Measurement properties of anxiety rating scales in adults with intellectual disabilities: A systematic review. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, v. 31, n. 4, p. 481-496, 2018.

SMILEY, E. et al. Assessment of mental health problems in adults with intellectual disabilities: A review of available tools. Research in Developmental Disabilities, v. 28, n. 8, p. 1021-1035, 2007.