

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ALUNOS MATRICULADOS EM UMA ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL DO MUNICÍPIO DE RIO NEGRO-PR

CHARACTERIZATION OF THE PROFILE OF STUDENTS ENROLLED IN A
SPECIAL EDUCATION SCHOOL IN THE MUNICIPALITY OF RIO NEGRO-PR

Ciências da Saúde • 28/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782259553](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782259553)

Alana Gabrieli Schvendtner¹

Davi Barbosa Portela²

Heloísa de Colo³

Denis Moreira da Silva⁴

Eugênio Esteves Costa⁵

RESUMO

Paciente com Necessidades Especiais corresponde aos indivíduos que por característica apresentam uma condição ou alteração, simples ou complexa, de etiologia física, biológica, mental, social, comportamental, ou a associação destas. Diante dessa condição, geralmente, eles necessitam de atenção diferenciada por um período ou por toda vida. Ainda neste contexto, estão elencados os indivíduos portadores de deficiência intelectual, isolada, ou associada à alguma síndrome ou transtorno, que inferem em alterações principalmente no aspecto biopsicossocial. Estes indivíduos, no âmbito clínico, podem apresentar alterações de ordem sistêmica, e concomitante, uma deficiência da saúde bucal, por uma série de fatores. Na odontologia, os estudos com PNE são ainda em baixo número, quanto à caracterização, abordagem ou manejo destes pacientes. Dada a importância do estudo acerca das particularidades deste grupo, o objetivo deste estudo foi a caracterização do perfil dos alunos matriculados em uma escola de educação especial. Foram registrados as variáveis demográficas, os diagnósticos, problemas de saúde associados, alterações comportamentais, histórico de outras síndromes ou transtornos na família e correlação destas variáveis. 57% dos alunos foram diagnosticados com algum transtorno sendo 27,9% Transtorno do espectro autista, e 41,2 % diagnosticados como sindrômicos, sendo 18 com Síndrome de Down. De acordo com os dados, na investigação de outros casos na família, há evidências suficientes para dizer que a presença de alguma síndrome e caso ou síndrome na família estão estatisticamente associados. Dentre outros dados observados, os resultados proporcionaram caracterizar esta população, para futuramente, dentro de um projeto de pesquisa maior, implementar um ensaio clínico para estudo da atividade de cárie em indivíduos com deficiência intelectual.

Palavras-chave: Deficiência Intelectual; Saúde Bucal; Síndrome de Down; Transtorno do Espectro Autista.

ABSTRACT

Patients with Special Needs correspond to individuals who, by characteristic, present a condition or alteration, simple or complex, of physical, biological, mental, social, behavioral etiology, or a combination of these. Faced with this condition, they generally require differentiated attention for a period or for life. Still in this context, individuals with intellectual disabilities, isolated or associated with some syndrome or disorder, are listed, which result in changes mainly in the biopsychosocial aspect. These individuals, in the clinical context, may present systemic changes, and concomitant, a deficiency in oral health, due to a series of factors. In dentistry, there are still few studies on PNE regarding the characterization, approach or management of these patients. Given the importance of studying the particularities of this group, the objective of this study was to characterize the profile of students enrolled in a special education school. Demographic variables, diagnoses, associated health problems, behavioral changes, history of other syndromes or disorders in the family and correlation of these variables were recorded. 57% of students were diagnosed with a disorder, 27.9% with autism spectrum disorder, and 41.2% diagnosed as syndromic, 18 with Down Syndrome. According to the data, when investigating other cases in the family, there is sufficient evidence to say that the presence of a syndrome and case or syndrome in the family are statistically associated. Among other data observed, the results allowed us to characterize this population, so that in the future, within a larger research project, we could implement a clinical trial to study caries activity in individuals with intellectual disabilities.

Keywords: Intellectual Disability; Oral Health; Down Syndrome; Autism Spectrum Disorder.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de pessoa com deficiência foi reforçado no texto da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015: Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2019).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Deficiência (OMS, 2012), a deficiência faz parte da condição humana e quase todas as pessoas têm ou terão uma deficiência, temporária ou permanente, em algum momento de suas vidas. Diversos fatores podem contribuir para isso, como o envelhecimento, o aumento da população idosa, a sobrevivência dos bebês prematuros e de baixo peso, graças à melhoria da tecnologia nos hospitais e às medicações de última geração, entre outros (OMS, 2012).

Como consequência de suas limitações, ou propriamente da condição de deficiência, pacientes com necessidades especiais (PNE) tendem a apresentar, além do comprometimento sistêmico, um agravo com relação à saúde bucal, o que tende a afetar também sua qualidade de vida. Dentre os problemas bucais encontrados, a maior prevalência inclui a cárie dentária, perdas dentárias, problemas periodontais, hábitos para funcionais e má-oclusões (MOURA et al., 2020).

Seja pelo comprometimento sistêmico, manejo comportamental ou pela gravidade da condição bucal estabelecida nestes pacientes, muita das vezes a realização do tratamento odontológico necessita de aparato hospitalar para ser realizado. Em âmbito hospitalar há a possibilidade de abordagem do tratamento sob anestesia geral ou sedação, acesso ao suporte médico para eventuais doenças sistêmicas associadas à deficiência em questão. Além da disponibilidade de equipamentos e exames complementares da unidade hospitalar que permite o manejo da pessoa com deficiência com maior segurança, em condições específicas (BRASIL, 2019).

E é nesse sentido, da abordagem de tratamento odontológico em âmbito hospitalar, que a especialidade da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial se relaciona com o atendimento ao PNE. O contato com PNE, principalmente pacientes com deficiência, na maioria das instituições brasileiras, é mínimo durante a graduação (JACOMINE et al., 2018) (FASSINA, 2006). Sendo o cirurgião bucomaxilofacial, um profissional inserido no contexto hospitalar, onde se tem contato com pacientes sistemicamente comprometidos, pode ser conveniente, proveitoso e de muita valia, que este profissional tenha contato e prática com PNE em sua formação.

Tendo em vista a importância do conhecimento acerca das particularidades desta população e especificidades em seu atendimento no contexto odontológico, e diante de um número reduzido de estudos nesta área, objetivou-se neste estudo, como início de um projeto de pesquisa maior, a caracterização de uma amostra específica com condições de deficiência.

2. OBJETIVO

Visa-se conhecer, compreender e descrever, o perfil dos alunos com necessidades especiais, matriculados em uma escola municipal de educação especial do município de Rio Negro - PR. Uma vez compreendido o perfil dos participantes, é possível apontar quais são os fatores mais importantes para ser considerado no planejamento de um ensaio clínico nesta população.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste estudo observacional transversal foram analisados os dados referentes à população de alunos matriculados em uma escola municipal de educação especial do município de Rio Negro-PR. Foram observadas para coleta dos dados, as pastas de matrícula dos alunos; que continham registros de pareceres de saúde de profissionais: médicos, psicólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos; histórico de saúde, ficha com dados sociodemográficos do aluno e contexto familiar e, ficha de avaliação do desenvolvimento anual do aluno.

A coleta de dados foi realizada por dois examinadores devidamente treinados. Os seguintes dados foram anotados: idade do aluno, sexo, etnia, diagnóstico, idade com que foi diagnosticado, nível de autismo, idade dos pais ao nascimento do aluno, outro caso de deficiência ou síndrome na família, classificação segundo os desvios apresentados, doenças e internações hospitalares.

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva para identificar as características sociodemográficas, histórico problemas de saúde, alteração comportamental, diagnósticos e histórico de hospitalização. As tabelas descritivas contabilizam o número de

indivíduos por característica, bem como a sua respectiva proporção e intervalo de confiança para proporção.

Ainda, visando identificar associações entre as respostas e assim verificar se uma característica é independente de uma segunda característica, utilizar-se-á o teste de Qui-quadrado. O princípio básico do teste de Qui-quadrado é comparar as divergências entre os valores observados e esperados. Além disso, em casos em que a combinação das duas variáveis que estão sob o teste de hipótese apresente frequência inferior a 5, foi utilizado o teste exato de Fisher. As análises estatísticas foram feitas no software R 4.2.2.

4. RESULTADOS

De acordo com os resultados da tabela 1, sobre as características sociodemográficas, temos que:

- A proporção de alunos do sexo masculino da proporção de alunos do sexo feminino não é estatisticamente significativa;
- Das respostas obtidas, 50,3% dos alunos são brancos, embora essa variável conte com 40% de informações faltantes;
- Quase metade dos alunos (47,3%) estão entre 1 à 10 anos;
- Quanto ao nível de autismo, 83% não informou e/ou não possui. Entre os 28 alunos com autismo, 18 (64,28%) possuem nível moderado;
- Sobre a idade do diagnóstico, a maior parte deles ocorreu entre 1 à 5 anos (38,2%);

- Quanto a idade dos pais, a maior frequência entre os homens foi dos 30 aos 40 anos (23,6%), enquanto para as mulheres, dos 18 a 25 anos (34,5%).

Tabela 1. Estatística descritiva para as características sociodemográficas.

	(N=165)	IC (95%)
Sexo		
Feminino	74	44,8% (37,5-52,5)
Masculino	91	55,2% (47,5-62,5)
Etnia		
Branca	83	50,3% (75,3-89,8)
Parda	16	9,7% (10,2-24,7)
Sem informação	66 (40,0%)	
Faixa etária		
0 a 1	1	0,6% (0,1-3,4)
1 a 5	33	20,0% (14,6-26,8)
5 a 10	45	27,3% (21,1-34,5)
10 a 15	17	10,3% (6,5-15,9)
15 a 18	9	5,5% (2,9-10,0)
18 a 30	24	14,5% (10,0-20,7)
30 a 40	18	10,9% (7,0-16,6)
40 a 50	13	7,9% (4,7-13,0)
50 ou mais	5	3,0% (1,3-6,9)

Nível de autismo		
Leve	1	0,6% (0,6-17,7)
Moderado	18	10,9% (45,8-79,3)
Severo	9	5,5% (17,9-50,7)
Sem informação	137 (83,0%)	
Idade em que foi diagnosticado		
0 a 1	19	11,5% (11,5-25,6)
1 a 5	63	38,2% (48,4-66,6)
5 a 10	21	12,7% (13,0-27,7)
10 a 15	4	2,4% (1,4-9,1)
15 a 18	0	0,0% (0,0-3,4)
18 ou mais	2	1,2% (0,5-6,4)
Sem informação	56 (33,9%)	
Idade do pai no nascimento		
Menor que 18	4	2,4% (1,3-8,3)
18 a 25	31	18,8% (19,0-34,6)
25 a 30	27	16,4% (16,1-31,0)
30 a 40	39	23,6% (25,0-41,6)
40 ou mais	18	10,9% (9,8-22,6)
Sem informação	46 (27,9%)	
Idade da mãe no nascimento		
Menor que 18	8	4,8% (2,9-10,7)
18 a 25	57	34,5% (32,4-48,4)

25 a 30	29	17,6% (14,6-27,8)
30 a 40	32	19,4% (16,4-30,1)
40 ou mais	16	9,7% (7,1-17,5)
Sem informação	23 (13,9%)	

De acordo com os resultados da tabela 2, sobre o histórico familiar, temos que:

- 17% alegam possuir outro caso na família com a mesma síndrome, sendo a maioria (77,8%) algum parente (primo, tio, avô). Não há informações sobre 32,1% dos entrevistados;
- Quanto síndrome, 12,1% relatam que alguém na família também foi diagnosticado, embora quase 90% não informam quem.

Tabela 2. Estatística descritiva para o histórico familiar.

	(N=165)	IC (95%)
Outro caso na família		
Sim	28	17,0% (17,6-33,2)
Não	86	52,1% (66,8-82,4)
Sem informação	51 (30,9%)	
Outro caso na família (quem)		
Pai e/ou mãe	3	1,8% (0,6-5,2)
Irmão(s) e/ou irmã(s)	3	1,8% (0,6-5,2)
Parentes	21	12,7% (8,5-18,7)

Sem informação	138	83,6% (77,2-88,5)
Outra síndrome na família		
Sim	20	12,1% (11,9-26,0)
Não	92	55,8% (74,0-88,1)
Sem informação	53 (32,1%)	
Outra síndrome na família quem		
Pai e/ou mãe	4	2,4% (0,9-6,1)
Irmão(s) e/ou irmã(s)	6	3,6% (1,7-7,7)
Parentes	8	4,8% (2,5-9,3)
Sem informação	147	89,1% (83,4-93,0)

De acordo com os resultados da tabela 3, sobre problemas de saúde, temos que:

- 57,6% dos alunos possuem algum problema de saúde;
- 18,2% possuem alguma doença de pele;
- 16,4% apresentam algum tipo de alergia;
- Nenhum aluno possui doença venérea;
- Quase $\frac{1}{4}$ dos alunos (24,8%) apresenta algum problema neurológico;
- Apenas 4,2% apresenta paralisia cerebral e 1,8% diabetes, embora 36,4% e 97,6%, respectivamente, não apresentam informações para essas condições;

- Apenas um paciente apresenta hipertireoidismo;
- 9 (5,5%) apresentam problemas respiratórios e 1,8% problemas renais;
- Apenas 1 paciente realiza diálise;

Tabela 3. Estatística descritiva para o histórico de problemas de saúde.

	(N=165)	IC (95%)
Problema de saúde		
Sim	95	57,6% (57,9-73,2)
Não	49	29,7% (26,8-42,1)
Sem informação	21 (12,7%)	
Doença de pele		
Sim	30	18,2% (19,8-36,3)
Não	80	48,5% (63,7-80,2)
Sem informação	55 (33,3%)	
Alergia		
Sim	27	16,4% (74,4-96,5)
Não	3	1,8% (3,5-25,6)
Sem informação	135 (81,8%)	
Doença venérea		
Sim	0	0,0% (0,0-3,6)
Não	103	62,4% (96,4-100,0)

Sem informação	62 (37,6%)	
Problemas neurológico		
Sim	41	24,8% (30,3-48,6)
Não	64	38,8% (51,4-69,7)
Sem informação	60 (36,4%)	
Paralisia cerebral		
Sim	7	4,2% (3,5-13,9)
Não	92	55,8% (86,1-96,5)
Sem informação	66 (40,0%)	
Diabetes		
Sim	3	1,8% (30,1-95,4)
Não	1	0,6% (4,6-69,9)
Sem informação	161 (97,6%)	
Hipertiroidismo		
Sim	1	0,6% (0,5-13,5)
Não	37	22,4% (86,5-99,5)
Sem informação	127 (77,0%)	
Problemas respiratórios		
Sim	9	5,5% (8,4-26,9)
Não	49	29,7% (73,1-91,6)
Sem informação	107 (64,8%)	
Problemas renais		
Sim	3	1,8% (1,7-13,7)

Não	57	34,5% (86,3-98,3)
Sem informação	105 (63,6%)	
Dialise		
Sim	1	0,6% (0,2-6,0)
Não	90	54,5% (94,0-99,8)
Sem informação	74 (44,8%)	

De acordo com os resultados das tabelas 4, sobre alteração comportamental, temos que:

- 43,6% dos alunos possuem alguma alteração comportamental, embora mais da metade (51,5%) não apresentam informação para essa variável;
- Dos que apresentam alguma alteração comportamental, 66,7% são referentes a capacidade de aprendizado, 28,5% algum atraso/déficit, 37,3% são agitados e 6% são agressivos.

Tabela 4. Estatística descritiva sobre alterações comportamentais.

	(N=165)	IC (95%)
Alteração comportamental		
Sim	72	43,6% (81,5-94,8)
Não	8	4,8% (5,2-18,5)
Sem informação	85 (51,5%)	
Alteração comportamental		
Agitado	12	7,3% (6,9-19,6)

Agressivo	6	3,6% (2,8-12,5)
Atraso/déficit	47	28,5% (34,2-52,5)
Alteração de aprendizado	110	66,7% (59,2-73,4)

De acordo com os resultados da tabela 5 e da figura 1, sobre os diagnósticos, temos que:

- 41,2% dos alunos possuem algum tipo de transtorno;
- 41,2% dos alunos possuem algum tipo de síndrome, sendo 15,8% tem síndrome de Down
- Apenas 2 (1,2%) alunos possuem hidrocefalia.

Figura 1. Percentuais dos diagnósticos

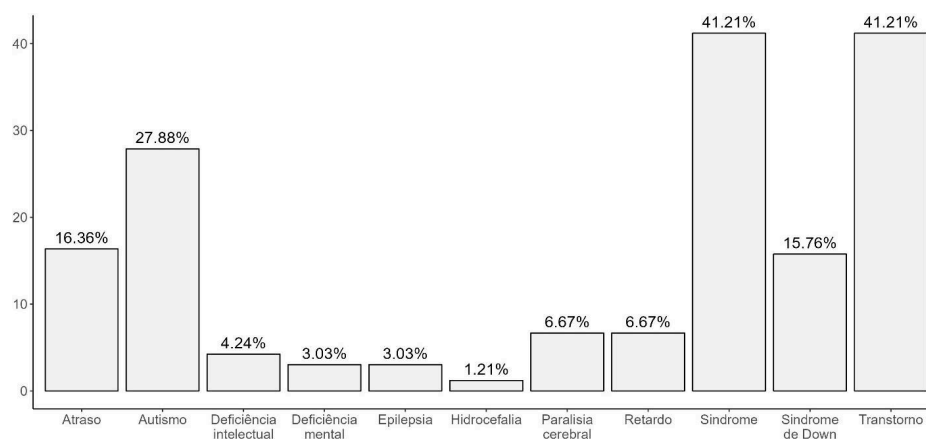


Tabela 5. Estatística descritiva sobre os diagnósticos.

	(N=165)	IC (95%)
Diagnóstico		
Autismo	46	27,9% (22,0-35,8)
Síndrome	68	41,2% (34,6-49,7)
Síndrome de Down	26	15,8% (11,2-22,5)

Transtorno	94	57,0% (50,3-65,4)
Atraso	27	16,4% (11,7-23,2)
Paralisia cerebral	11	6,7% (3,8-11,7)
Retardo	11	6,7% (3,8-11,7)
Déficit intelectual	7	4,2% (2,1-8,6)
Déficit mental	5	3,0% (1,3-7,0)
Epilepsia	5	3,0% (1,3-7,0)
Hidrocefalia	2	1,2% (0,3-4,4)

De acordo com os resultados da tabela 6, sobre o histórico de hospitalização, temos que:

- Não houve diferença estatística entre o percentual de alunos hospitalizados ou não, embora quase $\frac{1}{4}$ não apresentem informação para essa variável;
- Entre aqueles com informação para o motivo da hospitalização, 7,3% de todos os alunos, foi devido à alguma cirurgia.

Tabela 6. Estatística descritiva sobre o histórico de hospitalização.

	(N=165)	IC (95%)
Foi hospitalizado		
Sim	60	36,4% (39,1-56,3)
Não	66	40,0% (43,7-60,9)
Sem informação	39 (23,6%)	
Motivo da hospitalização		

Cirurgia	12	7,3% (43,7-83,7)
Amígdala	3	1,8% (5,8-39,2)
Pneumonia	2	1,2% (3,1-32,8)

As tabelas 7 a 11 apresentam testes de hipóteses para a associação entre duas variáveis.

Tabela 7. Teste de Qui-quadrado para análise de associação entre histórico de hospitalização e problemas de saúde.

Problema de saúde	<u>Já foi hospitalizado</u>		Valor-p
	Sim	Não	
Sim	43,66% (31)	56,34% (40)	0,9234
Não	40,91% (18)	59,09% (26)	

Ao nível de 5% de significância, não foram observadas associações entre histórico de hospitalização e problemas de saúde.

Tabela 8. Teste de Qui-quadrado para análise de associação entre autismo e caso ou síndrome na família.

Autismo	<u>Caso ou síndrome na família</u>		Valor-p
	Sim	Não	
Sim	46,51% (20)	53,49% (23)	0,1729
Não	31,94% (23)	68,06% (49)	

Ao nível de 5% de significância, não foram observadas associações entre autismo e caso ou síndrome na família.

Tabela 9. Teste de Qui-quadrado para análise de associação entre síndrome e caso ou síndrome na família.

Síndrome	Caso ou síndrome na <u>família</u>		Valor-p
	Sim	Não	
Sim	51,85% (28)	48,15% (26)	0,0048**
Não	24,59% (15)	75,41% (46)	

Ao nível de 5% de significância, há evidências suficientes para dizer que presença de alguma síndrome e caso ou síndrome na família estão estatisticamente associados.

Tabela 10. Teste exato de Fisher para análise de associação entre síndrome de Down e caso ou síndrome na família.

Síndrome de Down	Caso ou síndrome na <u>família</u>		Valor-p
	Sim	Não	
Sim	23,08% (3)	76,92% (10)	0,3654
Não	39,22% (40)	60,78% (62)	

Ao nível de 5% de significância, não foram observadas associações entre síndrome de Down e caso ou síndrome na família.

Tabela 11. Teste de Qui-quadrado para análise de associação entre transtorno e caso ou síndrome na família.

Transtorno	Caso ou síndrome na <u>família</u>		Valor-p
	Sim	Não	

Sim	24,59% (15)	75,41% (46)	0,0048**
Não	51,85% (28)	48,15% (26)	

Ao nível de 5% de significância, há evidências suficientes para dizer que a presença de algum transtorno e caso ou síndrome na família estão estatisticamente associados.

5. DISCUSSÃO

O conceito de paciente com necessidades especiais na odontologia compreende todo indivíduo que apresente uma ou mais limitações, podendo ser elas temporárias ou permanentes; de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras, incluindo as doenças hereditárias, alterações congênitas, alterações do estado fisiológico que ocorrem durante a vida, como as condições sistêmicas, gestantes e pacientes geriátricos; alterações comportamentais, doenças endócrino-metabólicas, entre outras (BRASIL, 2008).

Dentro do grupo dos PNE, este estudo determinou a seleção de uma população de alunos de escola de educação especial; constituída por crianças, jovens e adultos que possuem alguma deficiência intelectual diagnosticada. A Escola Municipal de Educação Especial Tia Apolônia, fica localizada no município de Rio Negro, no estado do Paraná. No Brasil, a educação é direito de todos, sendo inclusiva para qualquer determinante social, racial, físico ou cognitivo. No âmbito da educação especial, a resolução nº 2 do Conselho Nacional da Educação e da Câmara de Educação Básica (CNE/CEB) define diretrizes nacionais para a educação especial na

educação básica, determinando que as escolas do ensino regular devem matricular todos os alunos em suas classes comuns, com os apoios necessários. A Política Nacional de Educação Especial de 2008, traduz em seus objetivos e suas diretrizes a garantia do acesso à escolarização na sala de aula comum do ensino regular e a oferta do atendimento educacional especializado complementar aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. No entanto, o estado do Paraná oferta também A Escola de Educação Básica, na Modalidade Educação Especial, amparada pelo Parecer CEE/CEIF/CEMEP 07/14 e Parecer CEE/Bicameral n.º 128/2018 sendo uma instituição que oferta escolarização, nas etapas da Educação Infantil, Ensino Fundamental – anos iniciais e Educação de Jovens e Adultos - com professores especializados, metodologias específicas, adaptações curriculares significativas e tempo escolar ampliado, de modo contínuo e/ou pervasivo.

Os pacientes com alguma deficiência, somam boa parte dos indivíduos classificados como PNE. A população com deficiência no Brasil foi estimada em 18,6 milhões de pessoas de 2 anos ou mais, correspondendo a 8,9% da população dessa faixa etária. O indicativo faz parte da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Pessoas com Deficiência 2022 – MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. O conceito “deficiência” engloba as deficiências mental ou intelectual, física, visual, auditiva ou múltipla. A American Association on Mental Retardation (AAMR) definiu a deficiência intelectual (DI) como sendo a incapacidade caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo expresso em habilidades conceituais, sociais e práticas. Esta inabilidade se origina antes da idade dos 18 anos (APARECIDA VELTRONE; MENDES, 2012). Outra

classificação é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais quinta edição (DSM-5), da American Psychiatric Association (2014). O DSM-5, substitui o retardo mental por deficiência intelectual, ocorrendo no início do período do desenvolvimento, com déficits funcionais tanto intelectuais quanto adaptativos nos domínios conceitual, social e prático. Os déficits nas funções intelectuais são confirmados pela avaliação clínica e testes de inteligência padronizados e individualizados, sendo realizados em crianças a partir de 5 anos, enquanto os déficits adaptativos limitam o funcionamento de uma ou mais atividades diárias, comprometendo a comunicação e o aspecto social, com repercussões nos diversos ambientes de convívio do indivíduo (DUARTE, 2018)

A DI deve ser diagnosticada após os 5 anos, quando é possível mensurar a inteligência por meio de testes citados, sendo um deles, mais difundido, o teste de QI. Antes disso, o termo bastante utilizado, apesar de muito controverso, é o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. O critério de QI não é a característica central do diagnóstico. O diagnóstico é baseado no nível das funções adaptativas nos domínios social, conceitual e habilidades práticas (DUARTE, 2018).

Quanto mais precocemente forem detectados os sinais da DI, melhores indicativos de desenvolvimento e qualidade de vida são somados à condição do indivíduo portador e do núcleo familiar. A DI é classificada de acordo com critério específicos em níveis: leve, moderada, grave e profunda. Os níveis leve e moderada por possuírem sinais mais sutis podem ser identificados mais tardiamente; níveis grave e profundo podem apresentar sinais já no período lactente como falta de resposta a estímulos visuais e

auditivos, alterações posturais como hipotonia ou hipertonia e dificuldades na alimentação (DUARTE, 2018). E para o estabelecimento do diagnóstico, uma anamnese detalhada deve ser tomada, aliada ao exame físico, com suporte de exames de imagem e laboratoriais, e ainda a aplicação de testes neuropsicológicos de inteligência e comportamento adaptativo. O teste mais comumente utilizado para o comportamento adaptativo é a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland, que envolve entrevista com os pais ou cuidadores e professores, e avalia o comportamento adaptativo em 4 domínios: comunicação, atividades de vida diária, socialização e habilidades motoras (MIOTTO et al., 2012). Neste estudo, a análise aos aspectos comportamentais foi incluída como variável a ser estudada, tendo em vista a importância no critério diagnóstico na DI, acompanhamento e futuramente na abordagem dos alunos para uma coleta de dados voltada aos aspectos bucais. Sendo portanto observado que alunos 43,6% apresentam alteração comportamental, 66,7% são referentes a capacidade de aprendizado, 28,5% algum atraso/déficit, 37,3% são agitados e 6% apresentam como registro o comportamento agressivo.

Analisando o aspecto clínico dos indivíduos com DI, outras patologias geralmente podem estar associadas, como a paralisia cerebral, epilepsia, bebês hipotônicos, distúrbios visuais, auditivo e ortopédico; autismo, síndromes entre outras(DUARTE, 2018). Quanto maior a gravidade da deficiência intelectual, maior o número e a gravidade de patologias concomitantes. Observamos no grupo de alunos, que 57,6% apresenta problemas de saúde associada, sendo 28 % destes, alteração de ordem neurológica. No aspecto odontológico, apesar de não ter sido abordado neste estudo, a literatura mostra, que a condição bucal destes indivíduos, na grande maioria das vezes é comprometida, o que ocorre principalmente

devido a um déficit na higiene oral gerada pelas limitações físicas e psíquicas, pelo tipo de dieta, pela dificuldade em mastigar e deglutir ou pelos diversos medicamentos que são ingeridos diariamente (MACÊDO et al., 2018). Indivíduos com alterações neurológicas por exemplo, normalmente apresentam redução do fluxo e do pH salivares, diante do uso de medicamentos, como os anticonvulsivantes, antipsicóticos, ansiolíticos, antiepilépticos e antidepressivos. A hipossalivação provocada por esses medicamentos promove alterações na composição da saliva, diminuindo a sua capacidade tampão e, conseqüentemente, aumentando a perda mineral da estrutura dentária e o comprometimento da remineralização, o que aumenta o risco à cárie (DAWES et al., 2015).

Quanto à etiologia da DI, inúmeros fatores podem estar associados, como uso do álcool na gravidez, agentes infecciosos e defeitos congênitos do sistema nervoso central, ou causas genéticas, como as aberrações cromossômicas numéricas ou estruturais, microdeleções ou microduplicações, defeitos gênicos (monogênicos ou oligogênicos). E ainda pode haver a associação de fatores genéticos e ambientais, como acontece nas doenças de herança multifatorial. As causas genéticas podem ocorrer de forma isolada (não sindrômica) ou associada a outros sinais e sintomas físicos (sindrômicas), correspondendo à um quadro específico; isto é, além da DI, o paciente apresenta um quadro que caracteriza uma síndrome, por exemplo a síndrome de Down (SD) ou trissomia do 21 (DUARTE, 2018).

A SD constitui uma das causas mais frequentes de deficiência mental, abrangendo cerca de 18% do total de deficientes mentais em instituições especializadas (SILVA; DESSEN, 2002). Neste estudo,

dentro das síndromes, que somaram 41,2% dos diagnósticos, a SD esteve presente em 15,8% dos alunos. Quanto aos aspectos de histórico familiar, há evidências suficientes para dizer que o diagnóstico de alunos sindrômicos está estatisticamente associado a outro caso ou síndrome na família. No entanto naqueles que possuem o diagnóstico de SD, não há evidência para associação com outro caso ou Síndrome na família. Estudos ainda não apontam para uma causa definida para o surgimento da SD, decorrente da trissomia do cromossomo 21, contudo demonstram haver relação da Síndrome com a idade materna, apontando um risco maior de surgimento da alteração em filhos de mães com idade mais avançada (SILVA; DESSEN, 2002)

A variável “transtornos” incluída nos diagnósticos, condiz com o grupo denominado transtornos do neurodesenvolvimento, que correspondem a um conjunto de condições com início precoce caracterizadas por déficits no desenvolvimento, acarretando prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional (APA,2013). Esses déficits podem ser muito variados, incluindo limitações mais brandas e específicas na aprendizagem ou mesmo prejuízos amplos em áreas como habilidades sociais e inteligência. O nível de sobreposição destas características entre os transtornos do neurodesenvolvimento é alto, isso justifica seu agrupamento sob uma mesma categoria mais ampla (Thapar, Cooper & Rutter, 2017). Este grupo portanto, inclui as seguintes categorias: Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (DI – ou Deficiência Intelectual), os Transtorno da Comunicação (subdividido em várias subcategorias), o Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), o Transtorno Específico da Aprendizagem, os Transtornos Motores (com várias subcategorias) e Outros Transtornos do

Neurodesenvolvimento. Podendo aparecer de forma isolada ou associada à outras condições de alteração de desenvolvimento do indivíduo (ROCCA et al., 2020).

De forma a parte, dentro do grupo dos transtornos, foi contabilizado os alunos diagnosticados com TEA, que corresponderam à 27,9% dos casos. Estudos apontam a maior relação de etiologia do autismo com a carga genética, mas existem outras causas que podem contribuir para o seu surgimento, como: idade materna e paterna acima de 40 anos, prematuridade, malformação do sistema nervoso central, infecções congênitas e outras ocorrências de histórico gestacional (ARAUJO et al., 2022). Com os dados observados neste estudo não foram observadas associações entre autismo e outro caso ou síndrome na família. O transtorno do espectro autista, afeta geralmente a comunicação e a interação social. É definido como um conjunto de condições caracterizadas por algum grau de dificuldade no convívio social, nas comunicações verbais e não verbais e demonstração de interesse por alguma atividade realizada de forma repetitiva (SANTOS, 2020; NICOLETTI, 2021). Outra característica comum do TEA é o interesse focado e restrito por algum objeto ou assunto. Da mesma forma, os comportamentos repetitivos, movimentos estereotipados e alterações sensoriais fazem parte do quadro de sintomas do autismo. Em relação às comorbidades que podem estar associadas a este transtorno, Simonoff et al. (2008) identificaram que cerca de 70% dos diagnosticados apresentam pelo menos uma comorbidade e 48%, duas ou mais. A epilepsia é uma das principais comorbidades, podendo ocorrer em 7 a 46% dos casos de TEA (LO-CASTRO; CURATOLO, 2013) O transtorno é dividido em níveis ou graus: leve, moderado e grave. Neste estudo 64,28% dos alunos com TEA, apresentaram grau moderado. Este nível é categorizado por transtorno invasivo do desenvolvimento, os

portadores apresentam uma condição um pouco mais grave de deficiência nas relações sociais possuindo dificuldade de interação e na comunicação verbal e não verbal. Mesmo com a presença de apoio tendem a apresentar limitações em interações sociais, apresentam dificuldades para modificar o foco de suas ações. Nesses casos é necessário um pouco mais de ajuda, que por exemplo, em pacientes que apresentam o nível 1 (SOUZA, 2019).

Os aspectos clínicos, sociais, educacionais, comportamentais e emocionais que se relacionam aos indivíduos com DI, e mesmo com os indivíduos classificados com alguma deficiência dentro do grupo dos PNE possuem especificidades importantes. Que devem ser exploradas, elucidadas e compreendidas no âmbito da saúde e por seus profissionais, incluindo Cirurgião Dentista, para que se consiga definir estratégias de abordagens e tratamentos mais eficientes, demonstrando ao núcleo familiar, a importância de se considerar o aspecto da saúde bucal como fator essencial à promoção de saúde e qualidade de vida do indivíduo com alguma deficiência.

6. CONCLUSÃO

Existe uma parcela importante e significativa da população brasileira que possui é identificado como portador de alguma deficiência, e estes indivíduos possuem demandas odontológicas como qualquer paciente, classificado como paciente especial ou não; havendo a diferença de necessitarem de manejo e abordagem diferenciada.

A nomenclatura que se usa hoje para indivíduos com alterações cognitivas é a Deficiência Intelectual, que possui critérios diagnósticos específicos, causas em estudo e já elucidadas, como os

fatores teratogênicos (consumo de álcool e agentes infecciosos) e genéticos.

O TAE tem sido amplamente estudado, a fim de elucidar os fatores comportamentais e de desenvolvimento dos indivíduos diagnosticados, dentro dos níveis estabelecidos. O que permite melhorar a oferta de suporte às demandas deste indivíduo e de seu núcleo familiar.

Os pacientes com DI podem apresentar diferentes alterações comportamentais, sendo necessário conhecê-las, para, como profissional de saúde, entendermos e qualificarmos o manejo destes pacientes, com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association Publishing.** Washington, DC. V. 5, 2013

APARECIDA VELTRONE, A.; MENDES, E. G. Impacto da mudança de nomenclatura de deficiência mental para deficiência intelectual. **Educação em Perspectiva**, v. 3, n. 2, p. 223–245, jul. 2012.

ARAUJO, M. F. DO N. et al. Autismo, níveis e suas limitações: uma revisão integrativa da literatura. **PhD Scientific Review**, 9 jun. 2022.

BRASIL. **Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência.** Em: Brasília: [s.n.].

DUARTE, R. C. B. Deficiência intelectual na criança. **Residência Pediátrica**, v. 8, n. 1, p. 17–25, 2018.

FASSINA, A.P. Análise das disciplinas de pacientes portadores de necessidades especiais nas Faculdades no Brasil em 2005. São Paulo. **Dissertação [Mestrado em Odontologia] - Faculdade de Odontologia**, Universidade de São Paulo; 2006.)

JACOMINE, J. C. et al. Saúde bucal e Pacientes com Necessidades Especiais: percepções de graduandos em Odontologia da FOB-USP. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 2, p. 45–54, 27 abr. 2018.

MACÊDO, G. L. DE et al. Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões- dentistas da Atenção Basica. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 1, p. 67–80, 2018.

Ministério da Saúde (BR). **Cadernos de Atenção Básica**, N° 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

MOURA, A. B. R. et al. Atendimento odontológico para pacientes com necessidades especiais: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e288985405, 5 jul. 2020.

NICOLETTI, M., A.; HONDA, F. R. Transtorno do espectro autista: uma abordagem sobre as políticas públicas e o acesso à sociedade. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 33, n. 2, p. 117-130, Junho 2021.

ROCCA, J. Z. et al. Revisão sistemática de estudos de avaliação de tecnologias educacionais para letramento e alfabetização de estudantes com Transtornos do Neurodesenvolvimento. **Revista Brasileira de Informática na Educação**, v. 28, p. 1151–1180, 20 dez. 2020.

SANTOS, F. et al. Transtorno do Espectro Autista (TEA): **Desafios da Inclusão**, v. 2, pág. 1-27, 2020.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 167–176, 2002.

SIMONOFF, E. et al. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 47, n. 8, p.921-929, 2008

SOUZA, Amândio; GONÇALVES, Dalila; CUNHA, Daniele. Transtorno do Espectro Autista: Uma introdução. Seminário Científico e cultural da Ajes. **Faculdade do Norte de Mato Grosso**. p. 1-4, 2019

¹ Mestre Paciente com Necessidades Especiais UFP, Curitiba, Paraná
Professora Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo
Facial – IPPEO. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0703-4292>.
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/1179780369516492>.

² Mestrando Clínica Odontológica FACPP, Fortaleza, Ceará. Professor
Implantodontia ABO-CE ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3859-5763>. LATTES: <https://lattes.cnpq.br/4461882823116367>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Acadêmico em Odontologia PUC, Curitiba, Paraná. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁴ Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

⁵ Doutor Clínica Odontológica Universidade Positivo, Curitiba, Paraná. Coordenador Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial IPPEO. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8166->

827X. LATTES: <http://lattes.cnpq.br/4970334343891185>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).