

Barreiras na Avaliação da Dor Orofacial em Pessoas com Deficiência Intelectual: Repercussões na Qualidade de Vida e Desafios Diagnósticos

Barriers in the Assessment of Orofacial Pain in Individuals with Intellectual Disability: Repercussions on Quality of Life and Diagnostics Challenges

Barreras en la Evaluación del Dolor Orofacial en Personas con Discapacidad Intelectual: Repercusiones en la Calidad de Vida y su Desafíos Diagnóstico

Guilherme Gentil de **OLIVEIRA**

Bacharel em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho (UNESP),
16015-050 Araçatuba - São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0009-0005-2398-0130>

Marcella Santos **JANUZZI**

Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7213-5738>

Karina Helga Turcio de **CARVALHO**

Professora Assistente Doutora, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5573-0535>

Resumo

Introdução: Pessoas com deficiência intelectual apresentam maior vulnerabilidade em saúde bucal, frequentemente marcada por dor orofacial de difícil detecção e manejo. **Objetivo:** Integrar as evidências sobre a avaliação da dor orofacial em indivíduos com deficiência intelectual, destacando repercussões na qualidade de vida e barreiras de acesso ao cuidado odontológico, com ênfase nos desafios decorrentes da ausência de instrumentos específicos e validados. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura realizada nas bases PubMed, SciELO e BVS, entre 2000 e 2025, utilizando descritores em português, inglês e espanhol. Foram incluídos 21 estudos de diferentes delineamentos (observacionais, qualitativos, experimentais e revisões). A qualidade metodológica foi avaliada por instrumentos específicos: STROBE para estudos observacionais, COREQ para qualitativos, CONSORT para ensaios clínicos e PRISMA para revisões. **Resultados:** Identificaram-se quatro eixos temáticos centrais: (1) etiologias e manifestações da dor orofacial — cárie, doença periodontal e DTM; (2) impactos funcionais e psicossociais na qualidade de vida — sono, alimentação, socialização e autonomia; (3) barreiras na avaliação da dor, ligadas à falta de instrumentos validados e às dificuldades de comunicação; (4) desafios no cuidado odontológico, influenciados por fatores estruturais, familiares e atitudinais. **Conclusão:** Há escassez de instrumentos específicos para mensuração da dor orofacial em pessoas com deficiência intelectual e ausência de estudos longitudinais. Este trabalho integra dor, qualidade de vida e barreiras de avaliação, reforçando a necessidade de estratégias preventivas, protocolos adaptados e ampliação do acesso ao cuidado odontológico inclusivo.

Descritores: Qualidade de Vida; Dor Facial; Saúde Bucal; Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde; Assistência Odontológica; Deficiência Intelectual.

Abstract

Introduction: Individuals with intellectual disabilities present greater vulnerability in oral health, often marked by orofacial pain that is difficult to detect and manage. **Objective:** To integrate evidence on the assessment of orofacial pain in individuals with intellectual disabilities, highlighting its repercussions on quality of life and barriers to dental care, with emphasis on the diagnostic challenges arising from the lack of specific and validated instruments. **Methodology:** Integrative literature review conducted in the PubMed, SciELO, and BVS databases between 2000 and 2025, using descriptors in Portuguese, English, and Spanish. Twenty-one studies with different designs (observational, qualitative, experimental, and reviews) were included. Methodological quality was assessed using specific tools: STROBE for observational studies, COREQ for qualitative research, CONSORT for clinical trials, and PRISMA for reviews. **Results:** Four central thematic axes were identified: (1) etiologies and manifestations of orofacial pain — caries, periodontal disease, and TMD; (2) functional and psychosocial impacts on quality of life — sleep, eating, socialization, and autonomy; (3) barriers to pain assessment — lack of validated instruments and communication difficulties; (4) challenges in dental care — structural, familial, and attitudinal barriers. **Conclusion:** There is a shortage of specific instruments for measuring orofacial pain in individuals with intellectual disabilities and a lack of longitudinal studies. This review integrates pain, quality of life, and assessment barriers, emphasizing the need for preventive strategies, adapted protocols, and expanded access to inclusive dental care.

Descriptors: Quality Of Life; Facial Pain; Oral Health; Effective Access to Health Services; Dental Care; Intellectual Disability.

Resumen

Introducción: Las personas con discapacidad intelectual presentan mayor vulnerabilidad en salud bucal, frecuentemente marcada por dolor orofacial de difícil detección y manejo. **Objetivo:** Integrar la evidencia disponible sobre la evaluación del dolor orofacial en personas con discapacidad intelectual, destacando sus repercusiones en la calidad de vida y las barreras de acceso a la atención odontológica, con énfasis en los desafíos diagnósticos derivados de la ausencia de instrumentos específicos y validados. **Metodología:** Revisión integradora de la literatura realizada en las bases de datos PubMed, SciELO y BVS, entre 2000 y 2025, utilizando descriptores en portugués, inglés y español. Se incluyeron 21 estudios con diferentes diseños (observacionales, cualitativos, experimentales y revisiones). La calidad metodológica se evaluó mediante instrumentos específicos: STROBE para estudios observacionales, COREQ para cualitativos, CONSORT para ensayos clínicos y PRISMA para revisiones. **Resultados:** Se identificaron cuatro ejes temáticos centrales: (1) etiologías y manifestaciones del dolor orofacial — caries, enfermedad periodontal y DTM; (2) impactos funcionales y psicosociales en la calidad de vida — sueño, alimentación, socialización y autonomía; (3) barreras en la evaluación del dolor — falta de instrumentos validados y dificultades de comunicación; (4) desafíos en la atención odontológica — barreras estructurales, familiares y actitudinales. **Conclusión:** Existe escasez de instrumentos específicos para medir el dolor orofacial en personas con discapacidad intelectual y falta de estudios longitudinales. Este trabajo integra dolor, calidad de vida y barreras de evaluación, destacando la necesidad de estrategias preventivas, protocolos adaptados y acceso ampliado a una atención odontológica inclusiva.

Descriptores: Calidad de Vida; Dolor Facial; Salud Bucal; Acceso Efectivo a los Servicios de Salud; Atención Odontológica; Discapacidad Intelectual.

INTRODUÇÃO

A Deficiência Intelectual (DI) é caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento do indivíduo, manifestando-se antes dos 18 anos e impactando habilidades conceituais, manuais e sociais¹. Seguindo o modelo biopsicossocial, a deficiência não deve ser compreendida apenas como um diagnóstico clínico, mas como uma condição que emerge da interação entre as limitações cognitivas da pessoa e as barreiras do meio (estruturais, atitudinais e comunicacionais) que repercutem diretamente na capacidade de compreender, aprender e aplicar informações em atividades da vida diária, incluindo o cuidado com a saúde bucal, intimamente relacionado à qualidade de vida².

A saúde bucal de pacientes com DI está associada a dificuldades específicas de cooperação clínica e na execução de práticas básicas de higiene oral. Indivíduos com DI apresentam maior risco de doenças orais devido a limitações cognitivas e motoras que dificultam a escovação, necessitando de suporte contínuo e individualizado por parte de cuidadores³.

A dor orofacial deve ser entendida em um espectro amplo, abrangendo desde condições odontogênicas, como odontalgias e inflamações pulpares ou periodontais, até manifestações de origem não odontológica, como neuralgias, parestesias, tumores e distúrbios temporomandibulares (DTM). List e Jensen⁴ ressaltam que, embora as DTMs representem a causa mais prevalente, a dor orofacial não pode ser reduzida a um único diagnóstico, pois resulta da interação entre fatores periféricos e mecanismos centrais de sensibilização do sistema nervoso. Além disso, aspectos psicossociais, estresse, predisposição genética, comorbidades dolorosas (como cefaleias e fibromialgia) e barreiras contextuais influenciam sua intensidade e impacto. Esse entendimento reforça a abordagem biopsicossocial da dor orofacial, ampliando a análise para além do quadro clínico imediato e permitindo compreender sua influência sobre a qualidade de vida de indivíduos com DI⁴.

O impacto da dor orofacial também é evidenciado em estudos com pacientes neurotípicos. A literatura descreve que a presença de dor é um dos principais determinantes negativos da qualidade de vida dessa população, levando a pior percepção de saúde e à procura por atendimento odontológico apenas em momentos de urgência, comprometendo funções básicas como mastigação, fala, sono e interação social, além de estar associada a limitações emocionais e redução do bem-estar³.

Na DI, o impacto da dor é agravado por barreiras no acesso e tratamento odontológico. Pacientes com maior comprometimento frequentemente necessitam de anestesia geral, exigindo infraestrutura especializada e altos custos⁵. Além disso, apresentam mais dentes cariados, menos restaurados e maior número de extrações, reflexo de dificuldades de manejo, baixa adesão preventiva e escassez de centros especializados. O estresse e o limitado conhecimento dos cuidadores também dificultam o cuidado domiciliar, favorecendo a progressão das doenças².

A avaliação da dor orofacial em DI é outro desafio. Segundo revisão sistemática, a mensuração é prejudicada pela limitação de comunicação e pela ausência de instrumentos validados e adaptados a essa população. As ferramentas existentes são parciais e pouco validadas, comprometendo diagnóstico e planejamento terapêutico⁶.

Os autores ressaltam que a falta de instrumentos padronizados resulta em subdiagnóstico ou em diagnósticos tardios, perpetuando o ciclo de sofrimento e exclusão do cuidado odontológico. A utilização de protocolos adaptados é fundamental para aproximar a prática clínica das necessidades reais dessa população, garantindo maior precisão na identificação da dor e, portanto, intervenções mais eficazes⁶.

Portanto, este trabalho tem como objetivo revisar de forma integrativa a literatura sobre a dor orofacial em indivíduos com deficiência intelectual, enfatizando sua repercussão na qualidade de vida, as barreiras no tratamento odontológico e, de modo inovador, os desafios relacionados à avaliação da dor diante da escassez de instrumentos validados para essa população, tornando-se fundamental compreender não apenas a magnitude do problema, mas também como essa lacuna repercute na qualidade de vida e amplia as barreiras de acesso ao cuidado odontológico. É justamente essa inter-relação que este trabalho busca explorar de forma inédita, oferecendo uma síntese integrativa que conecta avaliação da dor, repercussões funcionais e psicossociais e desigualdades no cuidado em saúde bucal.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A janela de busca foi janeiro de 2000 e março de 2025, utilizando descritores controlados (DeCS/MeSH) e palavras-chave em português, inglês e espanhol: ("Persons with Disabilities" OR "Disabled Persons" OR "Patients with Special Needs" OR "Mentally Disabled Persons" OR "Physically Disabled Persons" OR "Intellectual Disability") AND

("Orofacial Pain" OR "Temporomandibular Joint Disorders" OR "Chronic Pain" OR "Mouth Diseases" OR "Pain Measurement")) AND ("Quality of Life" OR "Oral Health Impact Profile" OR "Accessibility" OR "Patient Satisfaction" OR "Health Services Accessibility");(("Persons with Disabilities" OR "Disabled Persons" OR "Patients with Special Needs" OR "Mentally Disabled Persons" OR "Physically Disabled Persons" OR "Intellectual Disability") AND ("Orofacial Pain" OR "Temporomandibular Joint Disorders" OR "Chronic Pain" OR "Mouth Diseases" OR "Pain Measurement"))).

Foram incluídos estudos que avaliassem pessoas com deficiência intelectual e apresentassem pelo menos dois entre quatro eixos temáticos: etiologias e manifestações da dor orofacial, com destaque para cárie, doença periodontal e DTM; impactos funcionais e psicossociais na qualidade de vida, afetando sono, alimentação, socialização e autonomia; barreiras na avaliação da dor, associadas à falta de instrumentos validados e às dificuldades de comunicação; desafios no cuidado odontológico, influenciados por barreiras estruturais, familiares e atitudinais; e estivessem disponíveis em texto completo, em português, inglês ou espanhol.

Já os Critérios de exclusão foram: estudos que não apresentassem dados distinguíveis para pessoas com deficiência intelectual, relatos de caso com menos de 10 participantes, editoriais, cartas e comentários; trabalhos duplicados ou versões preliminares quando havia publicação final consolidada; publicações em outros idiomas ou anteriores a 2000.

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada por meio de diretrizes e instrumentos específicos, conforme o delineamento de cada pesquisa. Foram utilizados os critérios STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para os estudos observacionais, COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) para os estudos qualitativos, CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) para ensaios clínicos e PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para revisões. Essa avaliação permitiu verificar a consistência metodológica, a clareza dos objetivos, a adequação dos métodos e a validade interna dos resultados apresentados.

A pergunta norteadora foi elaborada segundo o modelo PECO, onde P = pessoas com deficiência intelectual, E = dor orofacial/condições de saúde bucal, C = ausência desses fatores ou populações sem deficiência intelectual, O = impacto na qualidade de vida e barreiras ao tratamento odontológico.

No processo de seleção, a busca inicial

resultou em 100 artigos. Após a triagem de títulos e resumos, 79 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, principalmente devido à ausência de informações relacionadas à saúde bucal. Dessa forma, a amostra final foi composta por 21 estudos, incluindo: 1 ensaio clínico randomizado, 7 estudos observacionais transversais, 1 estudo longitudinal, 2 estudos experimentais, 1 estudo qualitativo, 3 revisões, 5 estudos clínicos/observacionais e 1 manual técnico.

O processo de seleção dos estudos seguiu as etapas descritas no fluxograma abaixo (figura 1).

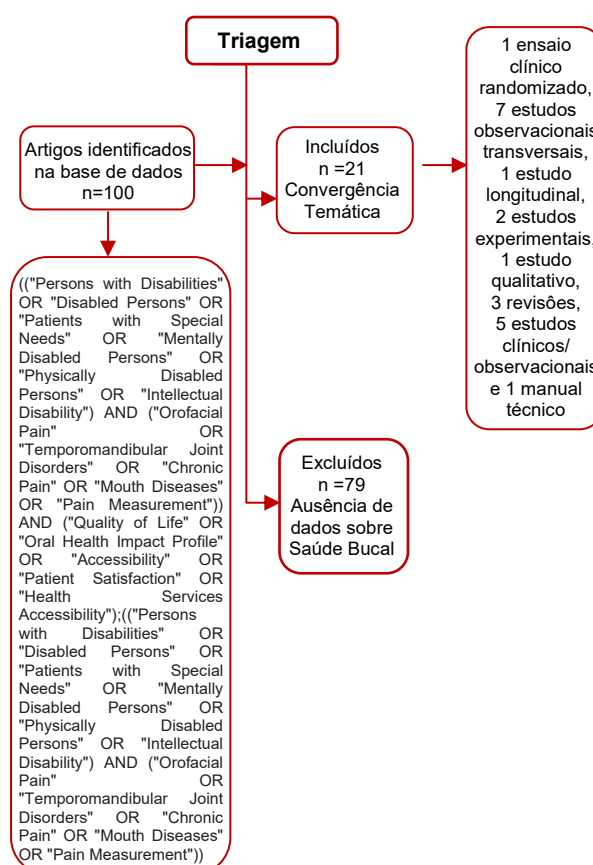


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A deficiência pode ser percebida a partir de diferentes modelos teóricos. No modelo biomédico, ela é entendida prioritariamente como uma limitação ou disfunção orgânica que requer intervenção clínica, sendo a deficiência intelectual (DI) definida nesse contexto por limitações significativas no funcionamento cognitivo e no comportamento adaptativo, manifestando-se antes dos 18 anos e frequentemente exigindo abordagens como a anestesia geral para a realização de procedimentos odontológicos¹. Por outro lado, o modelo biopsicossocial propõe uma visão ampliada, na qual a deficiência surge da interação entre as limitações individuais e as limitações do ambiente, que se apresentam através

de barreiras comunicacionais estruturais, tecnológicas e atitudinais. Nesse enquadramento, fatores como o nível de conhecimento, atitudes e o estresse parental exercem influência direta na saúde bucal de crianças com DI, interferindo tanto no cuidado domiciliar quanto no acesso efetivo e pleno a todos os direitos fundamentais das pessoas com deficiência, consolidados na LBI (Legislação Brasileira de Inclusão), sendo alguns dele: os direitos à acessibilidade, à educação, ao transporte, ao trabalho, à moradia, à assistência social, à cultura e ao lazer, à participação da política e à vida pública, à moradia e à saúde².

Além dos aspectos cognitivos e adaptativos, a DI também se manifesta em funções orofaciais básicas. Estudos nacionais apontam que indivíduos com DI apresentam alterações relevantes na respiração, mastigação, deglutição e fala, condições que contribuem para dificuldades alimentares e para o aumento da vulnerabilidade a disfunções miofuncionais e orais⁷. Esse conjunto de limitações impacta não apenas o indivíduo, mas também sua família, que frequentemente assume papel central na supervisão da higiene bucal, no acompanhamento odontológico e no reconhecimento de sinais de dor. A literatura reforça que a dor em pessoas com DI é prevalente, mas muitas vezes subdiagnosticada devido às dificuldades de comunicação, o que agrava a sobrecarga dos cuidadores⁸.

A dor orofacial é reconhecida como um dos principais determinantes negativos da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral (OHRQoL) na população geral. Sua presença compromete funções básicas como mastigação, deglutição, digestão, fala, sono e interação social, impactando não apenas o bem-estar físico, mas também o psicológico e social dos indivíduos. Em levantamento global realizado nos Jogos Mundiais da Special Olympics de 2023, embora voltado a pessoas com deficiência intelectual, evidenciou-se que 12,7% dos participantes relataram dor no momento da avaliação, e 15,4% apresentaram necessidade de tratamento odontológico urgente. Esses dados, pela magnitude da amostra (2.109 atletas com deficiência), reforçam a importância da dor orofacial como fenômeno que leva indivíduos a buscar atendimento apenas quando o quadro já é grave, o que também ocorre em populações neurotípicas³.

O impacto da dor orofacial em qualidade de vida é multidimensional. Ela pode reduzir o apetite, comprometer a nutrição, limitar e prejudicar a qualidade do sono, prejudicar a socialização e restringir atividades de lazer e trabalho, repercutindo na autonomia funcional. Estudos em idosos com comprometimento cognitivo adquirido leve ou demência reforçam essa visão: nesses grupos, a dor orofacial esteve associada a causas

como doença periodontal, cáries e próteses mal adaptadas, mas frequentemente deixou de ser relatada devido às dificuldades de comunicação. Como consequência, houve subdiagnóstico e atraso no tratamento, intensificando o impacto negativo sobre a qualidade de vida desses indivíduos⁹. Essa situação ilustra de forma análoga o risco que populações com limitação comunicativa enfrentam, e ajuda a compreender a gravidade e as consequências da subdetecção da dor orofacial.

Outras revisões sobre dor em pessoas com deficiência intelectual, como a revisão crítica de McGuire et al.⁸, também destacam que a dor orofacial, embora comum, permanece muitas vezes invisível em razão da comunicação deficitária, muitas vezes devido tanto a limitações do locutor quanto do interlocutor, e da falta de instrumentos diagnósticos específicos. Esse achado, quando contrastado com o que se observa em indivíduos neurotípicos ou em populações com comprometimento cognitivo adquirido, reforça que a dor orofacial é um problema universal, mas que sua detecção e manejo são modulados pelo nível de funcionalidade comunicativa e pelo contexto de cuidado em que o indivíduo está inserido⁸.

As principais etiologias odontológicas da dor orofacial em DI são semelhantes às da população geral, mas com prevalência aumentada. O estudo global mostrou taxas elevadas de cáries não tratadas e doença periodontal³. Em adultos com DI, foi encontrada alta prevalência de disfunções temporomandibulares (DTM), caracterizadas por ruídos articulares, dor muscular e limitação mandibular¹⁰. Em escolares etíopes com necessidades especiais, incluindo DI, a maloclusão foi altamente prevalente e associada a maior risco de dor e desconforto funcional¹¹. Já em crianças e adolescentes com DI, um estudo experimental, de Vitor et al.¹² revelou limiar de dor mais baixo nos músculos mastigatórios, indicando hipersensibilidade dolorosa. Em conjunto, esses achados sugerem que múltiplas condições odontológicas, que por vezes passam despercebidas, atuam como gatilhos da dor orofacial nessa população.

Os hábitos de higiene e o comportamento, relacionados à saúde bucal, também contribuem para a maior vulnerabilidade à dor. Em um estudo longitudinal piloto, adolescentes com DI e transtornos do desenvolvimento apresentaram higiene bucal inconsistente, baixa frequência de escovação e forte dependência de cuidadores. Intervenções educativas geraram alguma melhora, mas os resultados variaram conforme o grau de deficiência e o envolvimento e engajamento familiar¹³. Isso demonstra que a dor orofacial em DI é frequentemente consequência não apenas de fatores biológicos, mas de falhas sistemáticas no cuidado preventivo, onde também podemos incluir

a falta de incentivo à autonomia do indivíduo com deficiência intelectual.

O reconhecimento da dor em DI é um desafio, frequentemente subdetectado e dependente dos cuidadores. Estudos relatam insegurança na interpretação dos sinais, mas apontam pistas como expressões faciais e alterações comportamentais¹⁴. A alta prevalência de dor em adultos com DI e a dependência de relatos indiretos foram confirmadas em outros trabalhos¹⁵. Além disso, programas educativos aumentam o conhecimento dos cuidadores e sua sensibilidade para identificar sinais não verbais¹⁶. Assim, a percepção da dor depende fortemente da capacitação do cuidador, reduzindo a autonomia do indivíduo com DI.

A dor repercute também sobre a rede de apoio. Em pacientes com dor crônica, a insônia está associada ao aumento da sobrecarga familiar¹⁷. Embora não focados em DI, estudos em adolescentes com deficiência física e adultos com dor persistente reforçam que a associação entre dor, limitação funcional e sobrecarga do cuidador é um padrão em populações com dor crônica, potencialmente ainda mais intenso em DI^{17,18}.

Esse quadro de alta prevalência de dor em pacientes com DI é agravado por limitações e carências ambientais. Nesse contexto, as barreiras estruturais, comunicacionais e atitudinais representam um dos maiores desafios no cuidado odontológico de indivíduos com deficiência intelectual (DI). Na Hungria, por exemplo, identificou-se que muitos pacientes com DI só conseguem ser tratados sob anestesia geral, o que demanda infraestrutura hospitalar específica, custos elevados e profissionais capacitados. Além disso, observou-se que pessoas com DI apresentam maior prevalência de dentes cariados, menor proporção de dentes restaurados e são frequentemente submetidas a extrações em detrimento de tratamentos conservadores, refletindo tanto dificuldades de manejo clínico quanto limitações no acesso a serviços especializados e de qualidade⁵.

No cenário global, o estudo realizado nas Olimpíadas Especiais de 2023, que mostra a magnitude da desigualdade: indivíduos com DI apresentaram altas taxas de cáries não tratadas e doença periodontal, com grande parte buscando atendimento apenas em situações de dor ou urgência, destacando a necessidade urgente de implementar estratégias de “barrier-free care”, que incluem ampliação da oferta de serviços acessíveis, suporte à higiene bucal e medidas preventivas contínuas³. Em paralelo, barreiras de natureza familiar e atitudinal também são relevantes: em crianças com DI, o estresse parental mostrou associação direta com menor conhecimento e atitudes menos favoráveis em

relação à saúde oral². Outro estudo identificou que barreiras comunicacionais e falta de preparo dos cuidadores dificultam ainda mais o acesso ao atendimento odontológico¹⁹.

Essas barreiras produzem impactos diferentes conforme a expectativa temporal. Auerbacher et al.³ e Radha et al.¹⁹ revelam que no curto prazo o atraso no atendimento gera dor aguda e leva pacientes a procurarem o serviço apenas em casos de urgência. Enquanto estudos de Pupo et al.¹⁰ e Szmirnova et al.⁵ revelam que no médio prazo a falta de intervenções preventivas favorece a progressão de cáries, periodontites e disfunções temporomandibulares, muitas vezes culminando em extrações evitáveis. Já no longo prazo, Yamaguchi et al.¹⁷ e Weissman-Fogel et al.¹⁵ reforçam como a repetição desses ciclos resulta em pior qualidade de vida relacionada à saúde oral, maior dependência de anestesia geral, perda dentária extensa e aumento da sobrecarga dos cuidadores, que assumem papel central na gestão da dor e no suporte diário. Assim, as barreiras ao tratamento não apenas dificultam o cuidado imediato, mas também perpetuam um ciclo de dependência e vulnerabilidade que impactam pacientes, cuidadores e família.

Importante pontuar que esta revisão integrativa apoia-se em um conjunto variado de estudos, o que constitui simultaneamente uma de suas principais forças, mas também uma limitação. Entre as forças, destaca-se a diversidade metodológica das pesquisas incluídas, que vão desde ensaios clínicos randomizados com cuidadores¹⁶, estudos observacionais de base clínica^{10,12}, investigações qualitativas sobre percepção da dor¹⁴, até levantamentos de grandes proporções³. Essa variedade permite contemplar diferentes dimensões do fenômeno, como: etiologia, aspectos clínicos, aspectos comportamentais sociais e infraestruturais ampliando o embasamento da análise.

Entretanto, algumas limitações devem ser reconhecidas. Parte dos dados de prevalência de dor é baseada em autorrelato ou em relatos de cuidadores, o que pode levar a sub ou superestimação do real patamar do problema¹⁵. Há ainda vieses de seleção importantes, como no caso dos atletas avaliados nas Olimpíadas Especiais, que não representam de forma plena a população geral com DI, mas sim um grupo detentor de um palanque com maior alcance e com maior suporte institucional. Outro limite relevante é o predomínio de estudos transversais, que restringem a possibilidade de estabelecer relações causais entre dor orofacial, qualidade de vida e barreiras de acesso^{11,13}. Além disso, alguns estudos incluídos envolvem populações não-DI, como adolescentes com deficiência física¹⁸, pacientes com dor crônica em geral²⁰, idosos com

comprometimento cognitivo leve ou demência⁹ e adultos com paralisia cerebral²¹.

Importante salientar, que, nesses casos, os dados foram utilizados como contexto comparativo, e não como evidência direta, portanto, apenas nortearam inferências.

CONCLUSÃO

A dor orofacial representa um importante problema de saúde pública entre pessoas com deficiência intelectual, com impacto direto sobre sua qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores. Os estudos analisados indicam múltiplas etiologias e apontam que, embora a prevalência de dor seja elevada, ela permanece sub diagnosticada devido a barreiras estruturais, comunicacionais e familiares. Essas barreiras, especialmente a ausência de instrumentos específicos para avaliação da dor, perpetuam um ciclo de vulnerabilidade que dificulta o diagnóstico precoce, favorece a evolução das doenças bucais e amplia desigualdades no acesso ao tratamento.

Diante desse cenário, torna-se essencial investir em estratégias de prevenção, suporte familiar, capacitação profissional e desenvolvimento de ferramentas validadas de mensuração da dor, de modo a promover cuidado odontológico mais equitativo e inclusivo para essa população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
2. Chalid M, Riyanti E, Soewondo W, Andisetyanto P, Rikmasari R, Rakhmatia YD, et al. The relationship between parenting stress and parents' level of education, knowledge, and attitude regarding dental and oral health maintenance in children with intellectual disabilities. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2025;17:259-267.
3. Auerbacher M, Krämer S, Schmidt P, Schulte AG, Kaschke I, Schwendicke F, et al. Oral health of individuals with intellectual disabilities: a global cross-sectional study from the special olympics world games 2023. *Clin Oral Investig*. 2025;29(5):252.
4. List T, Jensen RH. Old ideas and new concepts in temporomandibular disorders: what's new? *J Oral Rehabil*. 2017;44(12):951-8.
5. Szmirnova I, Szmirnov G, Gellérd E, Németh Z, Kivovics M, Szabó G. Challenges and strategies in dental care for patients with intellectual disabilities in Hungary. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2025;47(1):8.
6. Rech BO, Borges ACC, Tenório JR, Souza BDM, Camargo AR. Bridging the Gap in Orofacial Pain Assessment for Individuals With Intellectual Disabilities: A Systematic Review of Validated Tools. *Spec Care Dentist*. 2025;45(5):e70097.
7. Lazzuri DD, César CPHAR, Baldrighi SEZM. Deficiência intelectual: produção científica acerca das características miofuncionais orofaciais. *Distúrb Comun*. 2014;26(4):802-12.
8. McGuire BE, Daly P, Smyth F. Pain in people with an intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(3):270-5.
9. Delwel S, Scherder EJA, de Baat C, Binnekade TT, van der Wouden JC, Hertogh CPM, et al. Orofacial pain and its potential oral causes in older people with mild cognitive impairment or dementia. *J Oral Rehabil*. 2019;46(1):23-32.
10. Pupo YM, Reis GES, Dezanetti JMP, Fanderuff M, Schossler TL, Petterle RR, et al. Prevalence of clinical signs and diagnosis of temporomandibular disorders in adults with intellectual disability. *Rev odontol UNESP*. 2024;53:e20240031.
11. Tefera AT, Bekele BG, Aniley Z, Adane A, Ayele TA, Getahun KA, et al. Prevalence and predictors of malocclusion among students in special needs schools in Amhara region, Ethiopia. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):817.
12. Vitor CAA, Ortega AOL, Ferreira ACFM, Silva CAL, Gallottini MHC, Santos MTBR. Pressure pain threshold of masticatory muscles in children and adolescents with and without intellectual disability: a pilot study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2021;22(4):587-93.
13. Sessiz R, Ayan G, Sezer B, Tosun I. Evaluation of oral health and dental hygiene habits in adolescents with intellectual and developmental disabilities: a longitudinal pilot study. *Quintessence Int*. 2025;56(5):402-10.
14. Rothschild AW, Ricciardi J, Luiselli J. Assessing pain in adults with intellectual disability: a descriptive and qualitative evaluation of ratings and impressions among care-providers. *J Dev Phys Disabil*. 2019;31:219-30.
15. Weissman-Fogel I, Granovsky Y, Bar-Shalita T, Hayat H, Peleg S, Defrin R. Pain experience of adults with intellectual disabilities: caregiver reports. *J Intellect Disabil Res*. 2015;59(10):939-51.
16. Genik LM, Pomerleau CA, McMurtry CM, Breau LM. Pain in children with intellectual disabilities: a randomized controlled trial evaluating caregiver knowledge measures. *Pain Manag*. 2017;7(3):175-87.
17. Yamaguchi M, Yamada K, Iseki M, Karasawa Y, Murakami Y, Enomoto T, et al. Insomnia and caregiver burden in chronic pain patients: a cross-sectional clinical study. *PLoS One*. 2020;15(4):e0230933.
18. De la Vega R, Groenewald C, Bromberg MH, Beals-Erickson SE, Palermo TM. Chronic pain prevalence and associated factors in adolescents with and without physical disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2018;60(6):596-601.
19. Radha G, Jha A, Swathi V. Oro-facial pain perception and barriers to assess oral health care among the children with intellectual disability: a

- cross-sectional study. J Indian Assoc Public Health Dent. 2015;13(3):292-6.
20. Fujiwara A, Ida M, Watanabe K, Kawanishi H, Kimoto K, Yoshimura K, et al. Prevalence and associated factors of disability in patients with chronic pain: an observational study. Medicine. 2021;100(40):e27482.
21. Sabater-Gárriz Á, Gaya-Morey FX, Buades-Rubio JM, Manresa-Yee C, Montoya P, Riquelme I. Automated facial recognition system using deep learning for pain assessment in adults with cerebral palsy. Digit Health. 2024;10:20552076241259664.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Karina Helga Turcio de Carvalho

Programa de Pós-Graduação em Odontologia,
Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Odontologia de Araçatuba,
Rua José Bonifácio, 1193
16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
karina.turcio@unesp.br

Submetido em 07/10/2025

Aceito em 13/10/2025