

Condições de vida e saúde de pessoas com deficiência intelectual envelhecidas**Life and health conditions of persons with intellectual disabilities aging**

DOI:10.34117/bjdv6n6-278

Recebimento dos originais: 08/05/2020

Aceitação para publicação: 12/06/2020

Rosane Seeger da Silva

Formação acadêmica: Doutoranda em Distúrbios da Comunicação Humana
 Instituição: Universidade Federal de Santa Maria
 Endereço: Av. Roraima, 1000 – Prédio 24 – 4º andar, sala: 1434 – Bairro Camobi
 Santa Maria/RS CEP 97105-900
 E-mail: rosane.seeger@hotmail.com

Elenir Fedosse

Formação acadêmica: Professora Doutora, do Departamento de Pós-Graduação em Distúrbios da
 Comunicação Humana
 Instituição: Universidade Federal de Santa Maria
 Endereço: Av. Roraima, 1000 – Prédio 24 – 4º andar, sala: 1434 – Bairro Camobi
 Santa Maria/RS CEP 97105-900
 E-mail: efedosse@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Conhecer as condições de vida e saúde de pessoas com deficiência intelectual com idade igual e/ou superior a 25 anos. **Metodologia:** Estudo censitário e descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com pessoas com deficiência intelectual residentes em um município de pequeno porte do interior gaúcho. Realizou-se busca ativa em instituições de Educação, Saúde e Assistência Social. A coleta dos dados ocorreu de abril a setembro de 2015. A análise dos dados foi por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Prevaleram pessoas do sexo masculino (51%); a idade variou entre 25 e 74 anos (média 44,82 anos e DP \pm 13,24); sendo que a maioria (47%) se encontrava nas faixas etárias entre 25 e 40 anos; apresentaram baixa escolaridade (máximo cinco anos de escolarização); solteiros (88,2%) e tendo os pais como responsáveis legais (49%). Quanto ao diagnóstico clínico, houve predominância de deficiência intelectual não especificada (F79), apresentaram alguma doença associada, com destaque para as alterações visuais (33,3%); alterações auditivas (19,6%), além de (15,7%) hipertensos; (5,9%) diabéticos e (5,9%) obesos. Apresentaram reduzidas vivências e interações sociais e falta de opções de lazer. **Conclusão:** As pessoas com deficiência intelectual apresentaram baixa escolaridade, dependentes dos familiares, suas condições de vida e necessidades de saúde assemelham-se às das pessoas em geral em processo de envelhecimento. Acredita-se que este estudo possa ser replicado em diferentes realidades de modo a aprimorar o cuidado longitudinal junto a pessoas com deficiência intelectual, readequando-se o planejamento de ações de saúde junto a essa população.

Palavras-chaves: Condições de vida; Envelhecimento; Pessoas com deficiência intelectual; Saúde.

ABSTRACT

Objective: To know the living and health conditions of people with intellectual disabilities aged 25 years and over. **Methodology:** Census and descriptive study, with a quantitative approach, carried out in a small city in the interior of the state of Rio Grande do Sul, an active search was carried out in institutions of Education, Health and Social Assistance. Data collection took place from April to

September 2015. Data analysis was performed using descriptive statistics. **Results:** Male people prevailed (51%); age ranged from 25 to 74 years (mean 44.82 years and $SD \pm 13.24$); the majority (47%) were between 25 and 40 years old; had low schooling (maximum five years of schooling); the majority were single (88.2%) and with parents as legal guardians (49%). As for the clinical diagnosis, there was a predominance of unspecified intellectual disability, with some associated disease, with emphasis on visual alteration (33.3%); hearing disorders (19.6%), in addition to (15.7%) hypertensive; (5.9%) diabetics and (5.9% obese). They had reduced experiences and social interactions and lack of leisure options. **Conclusion:** People with intellectual disabilities had low education, dependent on family members, their living and health conditions are similar to those of people in general in the aging process. It is believed that this study can be replicated in different realities in order to improve longitudinal care for people with intellectual disabilities, readjusting the planning of health actions with a portion of the population that is also aging.

Key words: Life conditions; Aging; People with intellectual disabilities; Cheers.

1 INTRODUÇÃO

São consideradas pessoas com deficiência intelectual as que apresentam certas limitações no seu funcionamento mental e no desempenho de tarefas como as de comunicação, cuidado pessoal e de relacionamento social. Essas limitações provocam uma maior lentidão na aprendizagem e no desenvolvimento dessas pessoas (ALMEIDA, 2012; SANTOS; DOTA, 2013).

As principais causas da deficiência intelectual são as condições genéticas, genes anormais herdados dos pais, por erros ou acidentes produzidos na altura em que os genes se combinam uns com os outros, ou por outras razões de natureza genética (ALMEIDA, 2012).

Alguns exemplos de condições genéticas propiciadoras do desenvolvimento de uma deficiência intelectual incluem a Síndrome de Down, problemas na gravidez quando da divisão das células embrionárias. Uma mulher alcoolista ou que contraiu uma infecção durante a gravidez, como rubéola, tem propensão a gerar uma criança com deficiência intelectual (RODRIGUES, 2010). Outros fatores a citar são: problemas durante o parto, no qual a criança não recebeu oxigênio suficiente; problemas de saúde como sarampo ou meningite, a má nutrição extrema ou a exposição a veneno como mercúrio e chumbo. Todas essas causas podem originar problemas graves para o desenvolvimento intelectual das crianças.

O envelhecimento populacional mundial vem se acentuando consideravelmente. No cenário brasileiro, vem adquirindo características peculiares devido a velocidade com que vem se instalando. A Organização Mundial de Saúde (OMS), aponta que, em 2015 o Brasil possuía 23 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, o que corresponde a 12,5% da população (OMS, 2015). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), afirma que, em 2030 o Brasil terá a sexta população mundial de idosos em números absolutos (IBGE, 2010). Esses dados apontam para uma realidade em que a expectativa de vida fica cada vez mais elevada, trazendo consigo a necessidade de novas adaptações a realidade que assim se coloca como um novo modelo populacional.

Dentro deste contexto, o processo de envelhecimento de pessoas com deficiência intelectual é uma discussão ainda insipiente, até pouco tempo essas pessoas não alcançavam esta fase da vida: tinham uma pequena expectativa. A maior longevidade é decorrente dos avanços científicos e das novas tecnologias, principalmente, na área da saúde e da implementação de políticas públicas específicas para essa população. Segundo, Cavalheiro e Scorza (2010), até a década de 1980, os idosos com deficiência intelectual representavam uma população essencialmente desconhecida e invisível; porém essa condição tem mudado com o aumento expressivo na expectativa de vida dessas pessoas.

Na literatura, há a indicação de que entre as pessoas com deficiência intelectual os sinais de envelhecimento surgem em torno dos 30 anos de idade, devido ao uso prolongado de medicamentos, principalmente neurolépticos e anticonvulsivos. Esses medicamentos causam problemas secundários de saúde, como desmineralização, osteoporose e desordens do movimento, os quais comprometem a mobilidade e diminuem a força muscular (PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010). Para fins legais, no Brasil, o Projeto de Lei no 1.118, de 2011, estabelece que a pessoa com deficiência é considerada idosa quando tiver idade igual ou superior a 45 anos. Essa alteração leva em consideração que a expectativa de vida dessas pessoas não é a mesma daqueles indivíduos sem deficiência (BRASIL, 2011).

Frente a esta situação, compreender o envelhecimento em pessoas com deficiência intelectual configura-se como uma necessidade já que ocorre de maneira precoce e mais acentuada, comprometendo capacidades cognitivas, autonomia, independência e qualidade de vida. É preciso pesquisar/estudar o envelhecimento, conhecendo fatores favoráveis para que as pessoas com deficiência intelectual participem do convívio familiar e/ou social e de atividades que auxiliem em um envelhecimento saudável, visando prevenir o declínio funcional e cognitivo, bem como, trabalhar na manutenção das habilidades adquiridas e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar, a fim de não as limitar e assim, promover a participação e a autonomia destes.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo conhecer as condições de vida e saúde de pessoas com deficiência intelectual com idade igual e/ou superior a 25 anos de um município de pequeno porte do interior gaúcho.

2 METODOLOGIA

Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado intitulada “O processo de envelhecimento de pessoas com deficiência intelectual e sua família”. Trata-se de um estudo censitário e descritivo, com abordagem quantitativa, realizada em um município de pequeno porte situado no interior do estado do Rio Grande do Sul (RS). A população foi estabelecida por busca ativa em instituições de

Educação, de Saúde e de Assistência Social do município (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, inclusive nas escolas municipais e estaduais, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) e Instituição de Longa Permanência para Idosos [ILPI]).

Os critérios de inclusão adotados foram: homens e mulheres com idade igual e/ou superior a 25 anos e com diagnóstico CID-10 de deficiência intelectual (F70-F79), associado ou não a outra deficiência. Foram excluídos sujeitos que não aceitaram participar da pesquisa e/ou sem a presença de um responsável legal.

Após a autorização dos locais para a realização da pesquisa, e também aprovação pelo comitê de ética, foram feitos contatos telefônico com os responsáveis pelas pessoas com deficiência intelectual (familiar/cuidador), averiguando-se seus interesses e disponibilidades para responderem aos questionários.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade onde foi realizada, sob parecer nº 979.759, em 10 de março de 2015, seguindo, pois, a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi desenvolvida com 51 pessoas deficiência intelectual, com idades entre 25 e 74 anos, de ambos os sexos, sendo entrevistados seus familiares/cuidadores, que foram devidamente esclarecidos e orientados sobre a natureza, o objetivo, do caráter estritamente voluntário e não invasivo do estudo e convidados a participar da pesquisa. Após a leitura e o entendimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes assinavam, em duas vias, sendo-lhes entregue uma cópia. Nesse sentido, foram asseguradas a confidencialidade, a privacidade e a proteção da identidade dos sujeitos, buscando acima de tudo evitar riscos potenciais. Foram garantidos aos participantes a possibilidade de desistência em qualquer fase da pesquisa, sem ônus ou comprometimento de atendimento institucional.

A coleta de dados foi feita por uma das autoras/pesquisadoras, nas residências dos sujeitos ou nas instituições, entre os meses de abril a setembro de 2015, por meio da aplicação de um instrumento previamente elaborado para a coleta de dados. As variáveis estudadas incluíram características sociodemográficas e econômicas (sexo, idade, estado civil, convivência familiar, escolaridade, local e apropriação de moradia e renda familiar mensal), diagnóstico e caracterização atual da saúde (visão, audição, presença de polifarmácia, principais de medicamentos usados, atividades de vida diária e atividades de lazer).

Ressalta-se que o questionário foi elaborado diante da percepção da necessidade de dados relevantes a esta pesquisa, fundamentada na literatura, na experiência e no contato profissional com a população estudada. Continham perguntas fechadas, de fácil aplicação e análise. Para realização

das entrevistas, o tempo médio gasto foi de 50 minutos (durações variadas, já que não foram colocados limites de tempo).

Destaca-se que a realização da pesquisa não representou risco nem prejuízos de ordem material, física ou moral aos participantes. Foram preservados os nomes e demais informações pessoais; para se garantir o anonimato dos sujeitos, foram utilizados letras e números (P1; P2; P3 – Pessoa 1; Pessoa 2, Pessoa 3 e, assim, por diante).

Foi utilizado para a organização do banco de dados, o programa de computador *Microsoft Excel*, versão 2013. A análise dos dados foi por meio da estatística descritiva. Para melhor compreensão, os resultados são apresentados em tabelas, utilizando-se números absolutos e porcentagem.

3 RESULTADOS

Na **Tabela 1**, apresenta-se a caracterização sociodemográfica e econômica dos sujeitos participantes desta pesquisa.

TABELA 1 - Perfil sociodemográfico e econômico de pessoas com deficiência intelectual de um município de pequeno porte do interior do RS, 2015 (n= 51).

VARIÁVEL	CONDIÇÃO	N	%
SEXO	Masculino	26	51
	Feminino	25	49
IDADE CRONOLÓGICA	25 a 40 anos	24	47
	41 a 50 anos	12	23,5
	51 a 60 anos	8	15,6
	61 a 70 anos	3	5,9
	Maiores de 71 anos	4	7,9
ESCOLARIDADE	Analfabeto	32	62,7
	Ensino Fundamental Incompleto	19	37,3
ESTADO CIVIL	Solteiro	45	88,2
	Casado	5	9,8
	Separado	1	1,9
RESPONSÁVEL LEGAL	Pais	25	49
	Outro familiar	12	23,5
	Companheiro/cônjuge	7	13,7
CONDIÇÃO DE MORADIA	Estranhos	7	13,7
	Própria	39	76,4
	Aluguel	6	11,8
LOCAL DA MORADIA	Outra	6	11,8
	Periferia	25	49
	Central	20	39,2
RENDA FAMILIAR MENSAL	Rural	6	11,8
	1 a 2 Salários mínimos	31	60,8
	2 a 5 Salários mínimos	15	29,4
	Variável	2	3,9
	Não declarou	3	5,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os resultados relacionados às condições de vida e saúde de pessoas com deficiência intelectual (investigação diagnóstica, principais doenças associadas e polifarmácia) estão dispostos na **Tabela 2**.

TABELA 2 – Condições de vida e saúde de pessoas com deficiência intelectual de um município de pequeno porte do interior do RS, 2015 (n= 51).

VARIÁVEL	N	%
Código CID/Descrição da doença		
CID 10 F70/Deficiência Intelectual leve	8	15,7
CID 10 F71/Deficiência Intelectual Moderada	4	7,9
CID 10 F72/Deficiência Intelectual Severa	7	13,7
CID 10 F79/Deficiência Intelectual não especificada	26	51
CID 10 G80/Paralisia Cerebral Atáxica	3	5,9
CID 10 Q90/Síndrome de Down	3	5,9
Doenças associadas		
Sim	25	49
Não	26	51
Principais doenças associadas		
Alterações visuais	17	33,3
Alterações auditivas	10	19,6
HAS	8	15,7
Alergias respiratórias	7	13,7
DM	3	5,9
Obesidade	3	5,9
Convulsões	3	5,9
Medicamentos		
Sim	40	78,4
Não	11	21,5
Polifarmácia		
Sim	28	54,9
Não	23	45

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: CID – Código Internacional de Doenças
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
DM – Diabetes *Melitus*

Na **Tabela 3**, apresenta-se os resultados relacionados as atividades de vida diária dos sujeitos participantes desta pesquisa.

TABELA 3 – Variáveis relacionadas as atividades de vida diária de pessoas com deficiência intelectual de um município de pequeno porte do interior do RS, 2015 (n= 51).

VARIÁVEL	N	%
Atividades de vida diária		
Independentes	22	43,1
Dependentes	13	25,4
Necessitam de ajuda	16	31,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

4 DISCUSSÃO

Neste estudo, predominaram pessoas com deficiência intelectual do sexo masculino (51%). A literatura científica nacional que associa as variáveis sexo e deficiência intelectual é ainda escassa;

exceto os dados gerais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, que mostram 0,8% da população brasileira apresenta deficiência intelectual, sendo 0,9% homens e 0,7% mulheres (IBGE, 2010). No que tange à faixa etária houve predomínio de sujeitos com idades entre 25 a 40 anos (47%), média de idade de 44,82 anos (DP = ± 13,24).

O resultado da escolaridade de pessoas com deficiência intelectual desta pesquisa é preocupante: constatou-se baixo grau de instrução escolar, sendo (62,7%) analfabetos e (37,3%) tendo Ensino Fundamental Incompleto (com no máximo, cinco anos de escolarização). Estes dados não correspondem ao previsto na Constituição Federal do Brasil, de 1988, que assegura “igualdade de condições para acesso e permanência na escola” (Art. 206) e “atendimento educacional especializado as pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino” (Art. 208) (BRASIL, 1988).

No que se refere ao estado civil, a grande maioria foram identificados como solteiros, estes dados estão diretamente relacionados a vários aspectos que permeiam a deficiência, como, por exemplo, o isolamento domiciliar; a dependência nas atividades de vida diária e a falta de autonomia de pessoas com deficiência intelectual para gerir a vida afetiva e, ainda, o preconceito relacionado à deficiência intelectual, questões estas que interferem diretamente no estabelecimento de um relacionamento conjugal (AOKI; OLIVER, 2013).

No concernente ao cuidado à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, constatou-se que ele era realizado predominantemente pelos pais (49%) ou outro membro da família (23,5%). Segundo Sena e Gonçalves (2008) e Neri e Carvalho (2002), no Brasil e no mundo, há uma tendência de que os cuidados de um familiar doente, com deficiência ou com limitações fisiológicas próprias do envelhecimento sejam conduzidos pela própria família, ou seja, há uma naturalização da ideia de família cuidadora, tornando-se responsável por tais sujeitos.

Os cuidados com pessoas com deficiência intelectual prolongam-se pela vida toda e são providos principalmente pelos pais, numa perspectiva de dedicação de longa duração. Esses cuidados permanentes e prolongados vão se tornando mais difíceis de serem executados, porque com o passar dos anos o cuidador também envelhece e vivencia desgaste físico e mental (HAYAR, 2015). Dessa forma, à medida que envelhecem, as necessidades das pessoas e dos seus familiares alteram-se. Na maior parte dos casos, os progenitores deixam de ser capazes de proporcionar a assistência adequada sendo, muitas vezes, difícil distinguir quem cuida de quem (AGUILELLA; ALONSO; GOMEZ, 2008). Entretanto, à medida que os pais envelhecem e se tornam também dependentes ou morrem, resta o apoio dos irmãos ou outros parentes (MARIN *et al.*, 2013).

Quanto ao local de moradia, (49%) residem na região periférica da cidade; (39,2%) na região central e (11,8%) na zona rural. A maioria das pessoas com deficiência intelectual tem casa própria

(76,4%) e (11,8%) moram de aluguel. Considerando o conhecimento das condições de habitação da população é fundamental para o estabelecimento de ações que visem a promoção da qualidade de vida das pessoas, das famílias e da comunidade (OPAS, 1998) e os dados desta pesquisa, pode-se afirmar que a situação de moradia desta população não é totalmente favorável, visto que (49%) residem longe do acesso aos bens de serviços como comércio (potente setor de empregabilidade), escolas, lazer, locomoção acessível, assim como de serviços de saúde, cultura e educação.

Sabe-se que populações residentes em regiões periféricas tendem a ter baixo poder aquisitivo, coincidente com baixa escolaridade. Cavalcante *et al.* (2009), em estudo sobre a relação entre deficiência, violência e pobreza, ao lado de Souza e Carneiro (2007), que também estudaram a relação entre a pobreza e a deficiência, focalizando na política social, discutem a forma como as desvantagens sociais, presentes na vida de muitas pessoas com deficiência, contribuem para uma situação de desvantagem no mercado de trabalho e, conseqüentemente, para o surgimento de dificuldades em acessar direitos sociais, constitucionalmente previstos.

Quanto à renda familiar mensal, (60,8%) recebem de um a dois salários mínimos; (29,44%) de dois a cinco salários mínimos; (3,9%) variável e (5,9%) não declarou. Pode-se inferir que essa realidade limita o acesso a bens de serviço e de consumo, como alimentação, lazer e moradia, entre outros aspectos da saúde.

Note-se o baixo nível econômico das famílias de pessoas com deficiência intelectual acompanhado de várias privações em decorrência da situação financeira em que se encontram, o que pode trazer o isolamento social, violência e outros comprometimentos do cotidiano. A propósito, Oliveira *et al.* (2008) revela que a dificuldade financeira interfere no cuidado, pois a baixa renda mensal não supre as necessidades de medicamentos, cuidados especializados (em saúde e educação), alimentação, transporte, lazer, por exemplo.

No que diz respeito ao diagnóstico clínico, houve predominância de deficiência intelectual não especificada (CID10/F79), tal diagnóstico indica suposição de “Deficiência Intelectual”, é usado quando a pessoa não pode ser testada pelos instrumentos habituais de avaliação da inteligência e é usada genericamente como atestado de deficiência intelectual. Importante destacar que os laudos clínicos desses sujeitos apresentavam esses CID e/ou os médicos escreviam a palavra “Retardo Mental” ou “Atraso Mental”.

Convém salientar que um diagnóstico, especialmente de deficiência intelectual, além de ser um “rótulo”, deve fornecer aos pais informações necessárias para o processo de intervenção adequado. É extremamente importante que o profissional esteja ciente da complexidade desse momento para a família e, por isso, convém que a avaliação e o diagnóstico sejam fechados multiprofissionalmente, envolvendo neurologistas, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos,

psicopedagogos, entre outros. Deve haver uma comunicação clara e eficiente entre estes profissionais para que o diagnóstico seja o mais fidedigno possível, assim como ofertado de um modo humanizado e seguido de um prognóstico, ou seja, da identificação das possibilidades de acompanhamentos terapêuticos e educacionais.

No tangente às condições clínicas, identificou-se que (49%) dos participantes apresentavam alguma doença associada, com destaque para as alterações visuais (33,3%) e alterações auditivas (19,6%). De todos os sentidos, a visão e audição são os mais afetados, pois diminuem a sua acuidade, o que influencia, entre outros aspetos, o controle postural e o equilíbrio, constituindo uma barreira para a relação do sujeito com o seu meio envolvente (AZEREDO, 2011; SEQUEIRA, 2010).

Além das alterações visuais e auditivas, identificou-se, neste estudo comprometido com pessoas com deficiência intelectual, incluindo as adultas e idosas, agravos de saúde, especialmente aqueles que acometem idosos, ou seja, as condições crônicas de saúde – doenças crônicas não transmissíveis: (15,7%) hipertensos; (5,9%) diabéticos e (5,9% obesos). Estes aspectos se relacionam e se afetam entre si, sendo indicativos da necessidade de adoção de modos de vida mais saudáveis junto à população com deficiência intelectual desde o nascimento. Portanto, convém alimentação equilibrada e incentivo à realização de atividades físicas.

De acordo com Rimmer (2002), as variações na saúde durante o curso de vida não são diferentes para uma pessoa com deficiência intelectual. Alguém que pratica bons hábitos de saúde alimentando-se, exercitando-se, mantendo uma avaliação médica regular, prevenindo doenças como hipertensão, diabetes e mantendo adequado peso corporal, poderia ser considerado um alto nível de saúde continuada.

Ressalta-se que a revisão de literatura dedicada às questões de saúde geral e presença de doenças crônicas não degenerativas revelou-se escassa. No entanto, esta deve se impor como uma preocupação dos profissionais envolvidos na atenção à saúde de pessoas com deficiência intelectual, prevendo intervenções clínico-terapêuticas abrangentes desde o nascimento e não apenas frente ao problema instalado.

Quanto ao uso de medicamentos constatou-se que (78,4%) fazem uso de medicações de uso contínuo, com prescrição médica. Com esses dados percebe-se que ainda prevalece o discurso médico da padronização do ser humano, que foca no “imperfeito”, colocando um padrão artificial de uma única forma e um único ritmo de aprendizagem e de comportamento na sociedade. Para a medicina é “saudável” aquele que produzir mais, o sujeito diferente, fora do padrão, precisa um tratamento por trás, que move uma indústria bilionária nutrida pelo estigma de alguns sujeitos, a indústria farmacêutica. A medicalização transforma alunos em pacientes e conseqüentemente, em consumidores de psicotrópicos.

Nas Atividades de Vida Diária (AVD), que, segundo Duarte; Andrade e Lebrão, (2007), dividem-se em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), aquelas relacionadas ao autocuidado, e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), habilidades sociais (relacionamento, escrever, ler/manipular livros) e tecnológicas como usar telefone, virar-se na cama, sentar-se, mover-se e transferir-se de um lugar a outro (TROMBLY, 1989). Obteve-se que (25,47%) eram totalmente dependentes em AVD (alimentação, vestir-se e realização da higiene); (31,3%) necessitavam de algum tipo de ajuda e (43,1%) eram independentes. Ressalta-se que esse dado está diretamente associado não apenas ao desempenho da pessoa em efetuar tal tarefa, mas ao comando e à orientação realizados primeiramente.

Foi possível constatar neste estudo que algumas famílias tiveram seus filhos com deficiência intelectual há mais de 40 anos, num contexto adverso à inclusão e com pouco acesso à promoção do desenvolvimento autônomo de pessoas com deficiência intelectual (oferta de um único serviço de atenção especializada), em que se mantinha a superproteção, tornando-os total ou parcialmente dependentes para a realização de atividades básicas do dia a dia.

Evidenciou-se que a população estudada apresenta reduzidas vivências e interações sociais, como a falta de opções de lazer adequadas na comunidade e até mesmo a falta de um preparo dos pais (desde cedo) para lidarem com os inúmeros problemas são gerados a partir do nascimento de uma pessoa com deficiência intelectual. Pode-se constatar que tais sujeitos encontram-se isolados, sem usufruir de uma rede complexa de relações sociais, composta, por exemplo, por atividades extradomiciliares (passeios/viagens, práticas esportivas, cultos religiosos, etc.) ou de tratamento. Sabe-se que o lazer é tão fundamental quanto a saúde - em seu sentido ampliado – acesso à educação, a moradia, ao transporte, ao saneamento básico e o trabalho, portanto, condição de vida. Historicamente adquirido, compreendido e valorizado, o lazer é um dos direitos sociais assegurados pela Constituição Federal, no seu Art. 6º, capítulo 11 - Dos Direitos Sociais (BRASIL, 1988).

Dentre as atividades de lazer realizadas pelas pessoas com deficiência intelectual, destacaram-se aquelas realizadas na própria moradia (ouvir música, assistir à televisão) e que não envolvem deslocamentos, podendo isso ser reflexo das dificuldades mencionadas para locomoção e utilização do transporte público, da falta de acessibilidade dos espaços públicos e privados, e/ou da existência de poucos espaços culturais e de lazer no município.

Também foi questionado quanto a vida social de pessoas com deficiência intelectual e sua participação em grupos sociais, suas experiências de lazer no âmbito do bairro e da cidade, entre outras situações. Foi possível observar que os jovens e adultos, em sua maioria, não realizavam atividades características de sua faixa etária, observou-se que as situações de lazer e passeio são

desejadas, porém o que tem prevalecido é a condição de isolamento social, em que são raras as oportunidades de participação comunitária.

Para D'Antino e Mazzota (2011), atividades de cultura, educação e lazer são cruciais para o desenvolvimento sociocultural, favorecendo a construção de valores e atitudes que podem consolidar espaços estruturados com poder de mediação para inclusão social de pessoas com deficiência intelectual, assim como para qualquer outro sujeito.

Segundo Franceschi Neto (1993), ainda nos anos 90 do século XX, estudos na área do lazer para as pessoas com deficiência eram negligenciados e, no caso do Brasil, focalizavam a questão na adaptação de atividades e, geralmente, no caráter da reabilitação. O autor já afirmava que, mais do que a participação de pessoas com deficiência em atividades de lazer, era fundamental que essas tivessem o direito ao lazer e ao significado do mesmo em suas vidas. De acordo com os dados obtidos, pode-se dizer que os sujeitos deste estudo se encontram isolados de uma rede mais complexa de relações sociais, tal como indicava o estudo de Franceschi Neto (1993) e, em muitos casos, o não acesso ao lazer é agravado pela dificuldade financeira das famílias de pessoas com deficiência intelectual.

5 CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico e clínico dos participantes é caracterizado por um equilíbrio entre o sexo dos participantes, com deficiência intelectual não especificada, presença de doenças associadas, pouca escolarização (no máximo cinco anos) e sendo cuidados majoritariamente pelos pais. Ainda, foi possível constatar que, em muitos aspectos, suas condições de vida e necessidades de saúde assemelham-se às das pessoas em geral em processo de envelhecimento e, em outros, diferenciam-se. Com relação às semelhanças, constatou-se a presença de doenças crônico-degenerativas e a polifarmácia (uso de diversos medicamentos).

Como resultado deste trabalho, fica um sentimento de que existe um longo e árduo caminho a percorrer no que tange ao processo de envelhecimento de pessoas com deficiência intelectual. Destaca-se a necessidade de realizar estudos mais detalhados sobre as condições de vida e saúde de pessoas com deficiência intelectual envelhecidas, incluindo as relações e as necessidades familiares. Na sua maioria, são pessoas que não tiveram possibilidade de construção social e econômica que lhes permitisse viver a velhice dentro dos padrões socialmente determinados e, assim, constituem-se em um grupo duplamente excluído (idoso e com deficiência intelectual).

Por fim, espera-se que o presente estudo possa contribuir para a ampliação do conhecimento da realidade do processo de envelhecimento de pessoas com deficiência intelectual no sentido de oferecer subsídios para futuras investigações, práticas profissionais mais apropriadas às necessidades

de pessoas com deficiência intelectual envelhecidas e, possivelmente, contribuir para a manutenção e/ou implementação das já existentes políticas sociais, de saúde e educacionais voltadas ao envelhecimento e à pessoa com deficiência intelectual ou, até mesmo, aprimoramento ou criação de novas políticas.

REFERÊNCIAS

AGUILELLA, A. R.; ALONSO, M. V.; GÓMEZ, C. S. Family quality of life and supports for parents of ageing people with intellectual disabilities. *Siglo Cero*; v. 39, n. 3, p. 19-34, 2008.

ALMEIDA, M. S. R. *Deficiência intelectual ou atraso cognitivo?* 2012. Disponível em: www.institutoinclusaobrasil.com.br/deficiencia-intelectual-ou-atraso-cognitivo/. Acesso em: 27 de set de 2015.

AOKI, M.; OLIVER, F. C. Pessoas com deficiência moradoras de bairro periférico da cidade de São Paulo: estudo de suas necessidades. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos; v. 21, n. 2, p. 391-398, 2013.

APA. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

AZEREDO, Z. Envelhecimento individual. In: AZEREDO, Z, organizadora. *Idoso como um todo*. Viseu (Pt): Psicossoma; p. 45-76, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: 1988.

BRASIL. Resolução RDC nº 466 de 12 de dezembro de 2012. *Regulamenta pesquisas com seres humanos*. Órgão emissor: Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 de março de 2017.

CAVALCANTE, F. G. *et al.* Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*; v. 14, n. 1, p. 45-56, 2009.

FRANCESHI NETO, M. Lazer e integração. In: *Lazer: opção pessoal*. p. 81-88. Brasília: SCE/GDF, 1993.

GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 778-789, 2002.

HAYAR, M. A. Envelhecimento e deficiência intelectual: o cuidador familiar como protagonista nos cuidados ao idoso. *Fed. Nac. das Apaes- Fenapaes*; v. 2, n. 2, p. 40-52, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010*. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/> (acessado em 06/Fev/2016).

MARIN, M. J. S. et al. As condições de vida e saúde de pessoas acima de 50 anos com deficiência e seus cuidadores em um município paulista. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*; v. 16, n. 2, p. 365-74, 2013.

MAZZOTTA, M. J.S.; D'ANTINO, M. E. F. Inclusão social de pessoas com deficiências e necessidades especiais: cultura, educação e lazer. *Saude soc.* [online]; v.20, n. 2 [cited 2020-04-20], p.377-389, 2011. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1290. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200010>.

MOESCHLER, J. B. Genetic evaluation of intellectual disabilities. *Semin Pediatr Neurol.*; v. 15, p. 2-9, 2008.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. O Bem-Estar do Cuidador Aspectos Psicossociais. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; SENA, E. L. S.; GONCALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Texto & contexto enferm.*; Florianópolis. v. 17, n. 2, p. 232-240, abr./jun., 2008.

OLIVEIRA, M. F. S. et al. Qualidade de vida do cuidador de crianças com paralisia cerebral. *RBPS*; Fortaleza. v.21, n. 4, p. 275-280, 2008.

OPAS. Organização Pan – Americana da Saúde. *La Salud en las Américas*. v. 1, OPAS, Washington. 368, p. 1998.

RIMMER, J. H. *Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions*. Disponível em <http://www.ncpad.org/wthpprs/healthpropwdshift.htm>. Acesso em 06/11/2015.

RODRIGUES, F. *Atendimento psicopedagógico e problemas de aprendizagem*. 2010. Disponível em: <http://www.indianopolis.com.br>. Acesso em: set/2013.

SANTOS, F. H. S.; DOTA, F. P. Inclusão profissional de pessoas com deficiência intelectual: uma questão de autonomia. In: GUILHOTO, L. Organizadores. *Envelhecimento e deficiência intelectual: uma emergência silenciosa*. 2ª ed. São Paulo: Instituto APAE de São Paulo; 2013. p. 117-32.

SCHALOCK, R. L. et al. *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*. 11th Ed. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2010.

SEQUEIRA, C. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa (Pt): Lidel; 2010.

SOUZA, J. M.; CARNEIRO, R. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. *Saúde e Sociedade*; São Paulo. v. 16, n. 3, p. 69-84, 2007.

TROMBLY, C. A. *Terapia ocupacional para disfunção física*. 2. ed., 514 p. São Paulo: Santos, 1989.