

## Idosos com deficiência intelectual: características sociodemográficas, condições clínicas e dependência funcional

*Older adults with intellectual disabilities: sociodemographic characteristics, clinical conditions and functional dependence*

*Ancianos con discapacidad intelectual: características sociodemográficas, condiciones clínicas y dependencia funcional*

Juliana Balbinot Reis Girondi<sup>I</sup>; Fernanda Felizola<sup>II</sup>; Jordelina Schier<sup>III</sup>;  
Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt<sup>IV</sup>; Luciana Fabiane Sebold<sup>V</sup>; José Luis Guedes dos Santos<sup>VI</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** descrever as características sociodemográficas, as condições clínicas e o nível de dependência funcional de pessoas com deficiência intelectual (DI) em processo de envelhecimento. **Método:** pesquisa descritiva desenvolvida em 2015, em um centro de convivência de instituição no sul do Brasil, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Os dados foram coletados por meio de ficha de avaliação e Índice de Barthel Modificado (IBM). Os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** participaram 54 pessoas com DI e idade igual e/ou superior a 45 anos. Destes, 77,8% apresentavam DI moderada, média de 48,19 anos e sexo feminino (57,4%). Mediante o IBM, 83,3% apresentaram dependência leve, embora necessitem de comando ou de algum tipo de apoio e supervisão. **Conclusão:** o cuidado à pessoa com DI envelhecete requer a implementação de tecnologias de cuidado com enfoque interprofissional, respeitando sua individualidade, a fim de manter sua autonomia e independência. **Descritores:** Deficiência intelectual; envelhecimento; idoso fragilizado; enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** to describe the sociodemographic characteristics, clinical conditions and level of functional dependency of adults aging with intellectual disabilities (IDs). **Method:** this descriptive study, conducted in 2015 at a living-in center of an institution in south Brazil, was approved by the research ethics committee of Santa Catarina Federal University. Data were collected by assessment form and the Modified Barthel Index (MBI), and analyzed using descriptive statistics. **Results:** the participants were 54 people with IDs aged 45 years or more, 77.8% with moderate DIs, of average age 48.19 years and 57.4% female. The MBI reported 83.3% as mildly dependent, although requiring command or some type of support and supervision. **Conclusion:** care for persons aging with DIs requires technologies implemented on an inter-professional approach and respecting their individualities, so as to maintain their autonomy and independence.

**Descriptors:** Intellectual deficiency; aging; frail elderly; nursing.

### RESUMEN

**Objetivo:** describir las características sociodemográficas, las condiciones clínicas y el nivel de dependencia funcional de personas con discapacidad intelectual (DI) en proceso de envejecimiento. **Método:** estudio descriptivo desarrollado en 2015, en una institución en el Sur del Brasil, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina. La recolección de datos se hizo por medio de ficha de evaluación e Índice de Barthel modificado (IBM). Los datos fueron analizados por estadística descriptiva. **Resultados:** participaron 54 personas con DI y edad igual o superior a 45 años. De estos, el 77,8% presentó DI moderada, promedio de 48,19 años y mujeres (57,4%). A través de IBM, el 83,3% presentó dependencia leve, aunque requieran comandos o algún tipo de apoyo y supervisión. **Conclusión:** el cuidado a personas con DI envejeciente requiere la implementación de tecnologías de cuidado con foco interprofesional, respetando sus individualidades, para mantener su autonomía e independencia. **Descriptor:** Discapacidad intelectual; envejecimiento; anciano frágil; enfermería.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade mundial que atinge também pessoas com deficiência. No Brasil, 23,9% da população têm algum tipo de deficiência, o que representa cerca de 45,6 milhões de pessoas. Quanto ao tipo de deficiência, a visual atinge 35.774.392 pessoas, a auditiva – 9.717.318 pessoas, a motora – 13.265.99 e 2.611.536 são portadores de deficiência intelectual/mental<sup>1</sup>.

São consideradas pessoas com deficiência intelectual as que apresentam um funcionamento intelectual inferior à média da população geral e com limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas habilidades instrumentais: autocuidado, comunicação, sociabilidade, uso de recursos comunitários, vida acadêmica, profissional, saúde, segurança e lazer<sup>2</sup>.

<sup>I</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: [juliana.balbinot@ufsc.br](mailto:juliana.balbinot@ufsc.br).

<sup>II</sup>Fisioterapeuta. Especialista em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Florianópolis. Brasil. Email: [fernanda\\_felizola@hotmail.com](mailto:fernanda_felizola@hotmail.com).

<sup>III</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: [nina.schier@gmail.com](mailto:nina.schier@gmail.com).

<sup>IV</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: [karina.h@ufsc.br](mailto:karina.h@ufsc.br).

<sup>V</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: [fabiane.sebold@ufsc.br](mailto:fabiane.sebold@ufsc.br).

<sup>VI</sup>Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: [jose.santos@ufsc.br](mailto:jose.santos@ufsc.br).

Se o envelhecimento em condições de independência física e social já é um desafio, o envelhecimento com deficiência torna-se um processo ainda mais complexo<sup>3</sup>.

Assim, o cuidado adequado ao deficiente intelectual que está envelhecendo configura-se como um debate importante a ser instigado entre profissionais de saúde. Nesse sentido, salienta-se que apesar do crescimento no número de trabalhos científicos sobre envelhecimento, nas últimas décadas, ainda são escassos os estudos publicados sobre o processo de envelhecimento entre idosos com deficiência. Portanto, há uma carência de informações a respeito das condições de saúde do deficiente intelectual, as quais acabam favorecendo a continuidade de uma série de problemas sociais<sup>4</sup>. Estudos em relação à identificação e às características de saúde-doença das pessoas com deficiência intelectual são importantes tanto para o avanço nessa área do conhecimento, quanto para a produção de evidências para melhores práticas de cuidado<sup>5</sup>.

Por conseguinte, o objetivo deste estudo foi descrever as características sociodemográficas, as condições clínicas e o nível de dependência funcional de pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

## REVISÃO DE LITERATURA

Os maiores desafios relacionados à saúde, decorrentes do envelhecimento populacional, são a prevenção, a manutenção da saúde, a independência e autonomia e o retardamento de doenças e fragilidades. A organização do sistema de saúde no Brasil precisa ser ajustada para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos consequentes desse aumento, uma vez que a magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa dependerá, sobretudo, de esses anos a mais serem saudáveis ou livres de enfermidades e dependências. Dessa forma, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Essa política deve, assim, ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível<sup>6</sup>.

Nesse contexto, é fundamental considerar que independência e autonomia envolvem aspectos sociais, econômicos e, mais marcadamente, as habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades da vida diária (AVD) de forma adequada e sem necessidade de ajuda<sup>4,6</sup>.

As pessoas com deficiência, muitas vezes, em decorrência de limitações oriundas de deficiência física, sensorial ou intelectual, apresentam algum grau de dependência. Tais limitações podem vir a gerar restrições na capacidade funcional, necessitando assim de adaptações no ambiente e inserção de apoios para a manutenção dessa autonomia<sup>4,5</sup>.

Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde e do processo de inclusão social terem contribuído

decisivamente para o aumento da qualidade de vida e da longevidade das pessoas com deficiência, o processo de envelhecimento se processa mais precocemente. Porém, não há um consenso em relação à idade cronológica a partir da qual uma pessoa com deficiência deve ser considerada idosa, uma vez que cada patologia apresenta particularidades e determinada expectativa de vida. Há evidências científicas nacionais e internacionais de que as pessoas com deficiência intelectual, principalmente aquelas com Síndrome de Down, apresentam envelhecimento precoce<sup>7</sup>.

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<sup>8</sup>. Para fins legais, no Brasil, o Projeto de Lei nº 1118, 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 destas pessoas não é a mesma daqueles indivíduos sem deficiência<sup>9</sup>.

Frente a esta situação, a necessidade de conhecer e reconhecer as características clínicas e funcionais da deficiência intelectual é contemporânea e de extrema importância, uma vez que se faz necessário compreender os sintomas, para então explorar os mecanismos e as dinâmicas que interferem no comportamento e na conduta das pessoas deficientes<sup>4</sup>.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido em um centro de convivência de uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no sul do Brasil.

A população selecionada para o estudo foi constituída de 60 pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento do Centro de Convivência da APAE. Foram utilizados como critérios de inclusão: homens e mulheres com idade igual e/ou superior a 45 anos e com diagnóstico CID-10 de deficiência intelectual (F70-F79), associado ou não a outra deficiência, que também são os principais critérios de elegibilidade para participação das atividades na referida instituição. Foram excluídos os indivíduos que apresentaram faltas consecutivas que dificultassem e/ou impedissem a aplicação dos instrumentos no período de coleta de dados. Dessa forma, a amostra do estudo foi composta por 54 participantes, equivalendo a 90% da população acessada.

A coleta de dados foi realizada no período de 01 de janeiro a 31 de abril de 2015, nas dependências da APAE. Para a coleta de dados, utilizou-se a observação

não participante; a consulta a prontuários; a ficha de avaliação clínica elaborada por uma das pesquisadoras e a aplicação do Índice de Barthel Modificado (IBM).

Em um primeiro momento, as pessoas foram observadas por uma das pesquisadoras em suas atividades diárias na instituição, analisando suas iniciativas, decisões, condições motoras, condições cognitivas e limitações, registrando os achados na ficha de avaliação clínica, em consonância com o IBM. No segundo momento, a pesquisadora aplicou a análise de documentos (prontuário dos pacientes e sistema *online* de cadastramento utilizado na instituição investigada), para obtenção das características sociodemográficas. As variáveis selecionadas foram: sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, tempo e motivos da institucionalização, além de suporte social.

No terceiro momento, para a caracterização clínica da amostra, foram coletadas as variáveis antropométricas: estatura, massa, índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura. A seguir, realizou-se a avaliação do IBM. Durante a avaliação dos parâmetros de atividades básicas aferidas por esse índice, as pessoas foram solicitadas a realizar tarefas, recebendo comandos e orientações constantes para a execução de tais atividades.

O IBM utiliza o sistema de pontuação com variação de 10 a 50, com uma escala de resposta de um a cinco pontos para cada item, aumentando a sensibilidade na detecção das mudanças. Este instrumento avalia 10 atividades básicas de vida diária: alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, vestir-se, transferências cama-cadeira, subir e descer escadas, deambulação ou manuseio da cadeira de rodas (alternativo para deambulação). Para essa análise, foram utilizados os valores absolutos (de 1 a 5) de cada domínio (1 corresponde a totalmente dependente para o determinado domínio; 5 corresponde a totalmente independente para o determinado domínio). A classificação ocorre de acordo com os escores obtidos, da seguinte maneira: totalmente independente (escore 100), com dependência leve (escore 99 a 76), moderada (escore 75 a 51), severa (escore 50 a 26) e totalmente dependente (escore  $\leq 25$ )<sup>10</sup>.

Os resultados foram processados e tabulados no programa *Statistic Package for Social Science*, versão 20.0. Para o tratamento dos dados, optou-se pelo uso da estatística descritiva, com números relativos e absolutos, sendo que os resultados estão apresentados sob a forma de tabela.

O estudo está vinculado ao macroprojeto intitulado *A rede de atenção à saúde e de suporte social à pessoa idosa com deficiência na grande Florianópolis e as tecnologias de cuidado*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número 24410513.5.0000.0121. Todos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 54 pessoas com deficiência intelectual e em processo de envelhecimento, a maioria (57,4%) do sexo feminino e com idade média de 48 anos. Em relação ao tempo de vínculo com a instituição, a idade de ingresso foi em torno dos 33 anos e frequentavam-na há cerca de 16 anos. Além da deficiência intelectual, 57,4% dos participantes também apresentava outras doenças associadas. Quanto ao cuidado à pessoa em processo de envelhecimento constatou-se a ênfase da mulher como cuidadora, principalmente irmãs (40,7%) e mães (20,4%). Todos os parâmetros analisados em relação ao perfil sociodemográfico e de saúde dos integrantes da pesquisa estão apresentados na Tabela 1.

**TABELA 1:** Perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes. Florianópolis/SC, Brasil, 2015. (N=54)

Variáveis	Média	DP(*)
Idade (anos)	48,19	9,47
Altura (cm)	1,54	1,12
Peso (kg)	68,67	16,27
Circunferência da Cintura (cm)	99,46	13,02
Índice de Massa Corpórea – IMC (kg/m <sup>2</sup> )	28,81	5,74
Número total de medicamentos utilizados	2,09	2,10
Idade de ingresso na instituição	33,19	14,06
Tempo que frequenta a instituição (anos)	16,00	10,68
Idade do cuidador	57,63	14,26
<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	31	57,4
Masculino	23	42,6
<b>Doenças associadas</b>		
Sim	29	53,7
Não	25	46,3
<b>Vínculo do cuidador</b>		
Irmã	22	40,7
Mãe	11	20,4
Pai/mãe	9	16,7
Irmão	5	9,3
Funcionária	5	9,3
Cunhada	1	1,9
Sobrinha	1	1,9

(\*) Desvio padrão

Os resultados relacionados à investigação diagnóstica e ao IBM estão dispostos na Tabela 2. Destacou-se a prevalência de indivíduos com diagnóstico de deficiência intelectual moderada (77,8%) com etiologia indeterminada (51,9%). Comprometimento visual (20,4%), comprometimento auditivo (14,8%) e hipertensão arterial (13%) foram as principais doenças associadas. A avaliação das atividades básicas de vida diária, por meio do IBM, mostrou que 83,3% dos participantes apresentaram dependência leve, segundo a Tabela 2.

Em relação às atividades básicas mensuradas, por meio do IBM, os resultados obtidos estão descritos na Tabela 3. No item independência, a atividade com maior prevalência foi o controle da bexiga e do intestino (96,3%). A higiene

pessoal foi a atividade em que a maioria demandou ajuda mínima (75,95%). A alimentação (38,9%) demandou a maior ajuda moderada. Ainda, a higiene pessoal e banho (9,3%) demandaram maior ajuda substancial, conforme a Tabela 3.

TABELA 2: Variáveis clínicas e Índice de Barthel Modificado. Florianópolis/SC, Brasil, 2015. (N=54)

Variáveis	n	%
<b>Código CID/Descrição da doença</b>		
CID10 F71/Deficiência Intelectual Moderada	42	77,8
CID10 F80/Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem.	27	50,0
CID10 F72/Deficiência Intelectual Severa	12	22,2
CID10 Q90/Síndrome de <i>Down</i>	12	22,2
CID10 R26.8/Outras anormalidades da marcha e da mobilidade	6	11,1
CID10 H54.0/Cegueira, ambos os olhos	2	3,7
CADEIRANTE/Se utiliza cadeira de rodas adaptada	2	3,7
CID10 H90.3/Perda de audição bilateral neuro-sensoria	1	1,9
CID10 G80.4/Paralisia cerebral atáxica	1	1,9
CID10 H91/Outras perdas de audição	1	1,9
CID10 M53.0/Síndrome Marinesco (Sjögren)	1	1,9
<b>Etiologia</b>		
Indeterminada	28	51,9
Genética	15	27,8
Anóxia perinatal	9	16,7
Meningite	2	3,7
<b>Doenças Associadas</b>		
Comprometimento visual	11	20,4
Comprometimento auditivo	8	14,8
Hipertensão Arterial Sistêmica	7	13,0
Convulsão	6	11,1
Hipotireoidismo	5	9,3
Hipercolesterolemia	5	9,3
Diabetes Mellitus	4	7,4
Histórico de tumor	3	5,6
Cardiopatias	3	5,6
Estrabismo	2	3,7
Problemas ortopédicos	2	3,7
Hipertireoidismo	1	1,9
Triglicérides elevados	1	1,9
Artrite Reumatoide	1	1,9
Doença Renal	1	1,9
Epilepsia	1	1,9
Depressão	1	1,9
<b>Índice de Barthel Modificado</b>		
Dependência leve	45	83,3
Dependência moderada	7	13
Dependência severa	2	3,7

TABELA 3: Atividades básicas mensuradas pelo IBM. Florianópolis/SC, Brasil, 2015. (N=54)

Atividades	Incapaz de realizar n(%)	Requer ajuda substancial n(%)	Requer ajuda moderada n(%)	Requer ajuda mínima n(%)	Totalmente independente n(%)
Higiene pessoal	-	5(9,3)	8(14,8)	41(75,9)	-
Banho	1(1,9)	5(9,3)	19(35,2)	29(53,8)	-
Alimentação	-	4(7,4)	21(38,9)	3(5,6)	26(48,1)
Toalete	-	1(1,9)	4(7,4)	9(16,7)	40(74,1)
Subir escadas	-	4(7,4)	4(7,4)	12(22,2)	34(63,0)
Vestuário	-	1(1,9)	17(31,5)	7(13,0)	29(53,7)
Controle da bexiga	-	-	-	2(3,7)	52(96,3)
Controle de intestino	-	-	-	2(3,7)	52(96,3)
Deambulação	-	3(5,6)	2(3,7)	7(13,0)	40(74,1)
Uso de cadeira de rodas	-	1(1,9)	1(1,9)	-	-
Transferência cadeira/cama	-	1(1,9)	-	3(5,6)	50(92,6)

## DISCUSSÃO

Neste estudo, predominaram pessoas idosas do sexo feminino (57,4%), resultado também registrado em outros estudos com idosos institucionalizados<sup>11-14</sup>. Em relação à idade, obteve-se uma média de 48 anos, o que indica um processo de envelhecimento precoce entre a população estudada.

No concernente ao cuidado à pessoa em processo de envelhecimento, constatou-se que ele era realizado predominantemente pela irmã (40,7%) ou mãe (20,4%) dos participantes do estudo. Em relação à idade do cuidador, a média obtida foi de 57 anos. Esses achados são corroborados por um estudo, no qual os cuidadores eram em sua maioria mulheres (83,3%), mães (56,1%), e com média de idade acima dos 50 anos<sup>7</sup>. Pesquisa internacional, ao estudar sobre famílias colombianas com adultos com deficiência intelectual e idade entre 23 e 55 anos, também identificou prevalência de mulheres como cuidadoras primárias (93%), principalmente mães (65,2%)<sup>13</sup>.

Os cuidados com uma pessoa que nasce 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<sup>7</sup>. Dessa forma, à medida que envelhecem, as necessidades do indivíduo 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<sup>12</sup>. Entretanto, à medida que os pais envelhecem e se tornam também dependentes ou morrem, resta o apoio dos irmãos ou outros parentes<sup>3</sup>.

A família foi e continua a ser o núcleo da solidariedade intergeracional por excelência, desempenhando uma função essencial no restabelecimento e na manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros, nomeadamente por meio da prestação de apoio em situações de necessidade de cuidados e dependência<sup>14</sup>. Assim, para a busca de um cuidado integral e humanizado, deve-se considerar as particularidades e complexidades da pessoa em questão, estruturar, refletir e utilizar de forma coesa os saberes desenvolvidos a fim de ofertar um cuidado adequado, com estratégias assistenciais para as necessidades da pessoa, mediante a implementação de tecnologias de cuidado adequadas a essa clientela.

No tangente às condições clínicas, identificou-se uma média de IMC de 28,81, indicando que os participantes encontram-se acima do seu peso ideal. Consideram-se como valores e significados de IMC (kg/m<sup>2</sup>): <18,5 para baixo peso; 18,5 a 24,9 para peso normal; 25 a 29,9 para sobrepeso e >29,9 para obeso<sup>15</sup>. O IMC é um dos indicadores do estado nutricional mais usado em estudos populacionais, associado ou não a outras

variáveis antropométricas, obtido a partir do peso e estatura<sup>16</sup>. A obesidade é considerada um problema de saúde pública nos países mais desenvolvidos e os indivíduos adultos com deficiência intelectual parecem ter uma taxa de incidência de obesidade superior à população em geral, sobretudo as mulheres<sup>17</sup>.

A média de circunferência da cintura dos participantes foi 99,46 cm, a qual é considerada elevada para o sexo feminino. A circunferência da cintura foi obtida utilizando-se fita métrica não extensível, posicionada imediatamente acima da cicatriz umbilical, e a leitura feita no momento da expiração. Para classificação foram utilizados pontos de corte propostos pelo *National Cholesterol Education Program*, que aponta risco cardiovascular para valores  $\geq 102$  cm para homens e  $\geq 88$  cm para mulheres<sup>18</sup>.

Resultados semelhantes quanto ao IMC e sobrepeso foram descritos em estudo com idosos institucionalizados de Fortaleza/CE. Os problemas associados ao estado nutricional do idoso podem acelerar o aparecimento de fragilidades e vulnerabilidades, dificultando a recuperação dos idosos e reduzindo, significativamente, seu tempo de vida, principalmente na presença de doenças crônicas<sup>19</sup>.

Revisão sistemática sobre morte precoce e causas de morte de pessoas com deficiência intelectual evidenciou que a expectativa de vida de pessoas com deficiência intelectual é 20 anos menor em relação à população geral, em países de alta renda. As doenças respiratórias e circulatórias são as causas subjacentes mais comuns de morte e provavelmente evitáveis em alguns casos<sup>5</sup>. Doenças crônicas como diabetes, hipertensão e tipos de cânceres são fatores de risco, desde a infância entre deficientes intelectuais devido à alta prevalência de sedentarismo<sup>20-22</sup>. Assim, tais achados antropométricos podem estar relacionados com os hábitos de vida dessa população, destacando o tempo de ociosidade prolongado, conforme observado no cotidiano de cuidado dessas pessoas.

Outro aspecto evidenciado no presente estudo é que 53,7% dos participantes apresentavam alguma doença associada, com destaque para o comprometimento visual (20,4%) e comprometimento auditivo (14,8%). De todos os sentidos, a visão e audição são os mais afetados, pois diminuem a sua acuidade, o que influencia, entre outros aspectos, o controle postural e o equilíbrio, constituindo uma barreira para a relação do idoso com o seu meio envolvente<sup>23, 24</sup>.

No que diz respeito ao diagnóstico clínico, houve predominância de deficiência intelectual moderada (77,8%) entre as pessoas avaliadas neste estudo. No entanto, apesar da diferenciação entre os níveis de dependência, de forma geral, todos os participantes são totalmente dependentes do comando e da orientação constante nas atividades executadas.

A presença de incapacidades funcionais em idosos tem se tornado um importante problema de saúde pú-

blica, tendo em vista o impacto que causam na vida do indivíduo, na família e nos serviços de saúde. Por isso, compete aos profissionais de saúde a identificação precoce das incapacidades funcionais, bem como os fatores a elas associados, e, por isso, a avaliação global do idoso deve ser rotina nos serviços de saúde, desde a atenção básica até os níveis mais complexos de atenção<sup>25,26</sup>.

Quanto à dependência funcional, constatou-se um elevado número de pessoas com dependência leve (83,3%). 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. A avaliação da capacidade funcional do idoso possibilita intervir, por meio da promoção da saúde, com ações específicas que contribuam para evitar as incapacidades, permitindo ao enfermeiro e aos demais profissionais de saúde traçar o plano de cuidado específico para cada idoso, com base nos resultados dos instrumentos utilizados para mensurar a capacidade funcional<sup>27</sup>.

Por conseguinte, os participantes deste estudo apresentaram as maiores dificuldades na execução de atividades mais complexas, que exigem maior coordenação e raciocínio, revelando melhor desempenho em atividades globais. Nesse contexto, a dependência dessas pessoas parece estar atrelada aos comportamentos daqueles que os rodeiam, os quais muitas vezes acabam agravando a dependência ao invés de promover/estimular a autonomia. De modo geral, há um desajuste entre as capacidades e exigências do contexto em que estão inseridas as pessoas com deficiência intelectual. Assim, a principal barreira parece ser a falta de estímulos adequados. A impaciência com ensinamento e treinos de habilidades de autocuidado decorre da falta de informação e da inadequada estruturação das estratégias clínicas, terapêuticas, pedagógicas e familiares para a prevenção de perdas e manutenção de habilidades adquiridas. Afinal, tais virtudes são primordiais quando se fala em pessoas com deficiência intelectual e em processo de envelhecimento, pois as solicitações feitas a elas demandam maior tempo de espera, para que as respostas aconteçam<sup>7</sup>.

Destaca-se a importância de localizar as necessidades, demandas, habilidades e potencialidades de cada pessoa com deficiência intelectual e em processo de envelhecimento, não só pelos profissionais que atuam com as mesmas, mas também pelas famílias. Isso pode contribuir para a redução das adversidades socioambientais e possibilitar o investimento em novas tecnologias de cuidados, para melhoria das condições de saúde e redução do nível de dependência.

Nesse contexto, é preciso apostar em programas e serviços voltados para a promoção da saúde, qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia e independência. Tais dispositivos devem ser permeados com atividades de artesanato, atividades ocupacionais,

práticas físicas periódicas, atividades artísticas e de entretenimento. Essas ações contemplam a prevenção e manutenção das habilidades e irão contribuir para um protagonismo da pessoa com deficiência intelectual no processo de envelhecimento<sup>7</sup>.

A natureza dos sistemas de apoio é muito variada e sofre a influência do próprio indivíduo, da família, dos amigos, da rede de contatos informais e dos serviços especializados disponibilizados pelas políticas públicas de saúde, de assistência social ou por organizações que atuam frente à deficiência intelectual<sup>28</sup>. Destaca-se a relevância da capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado das pessoas idosas visando ao envelhecimento saudável e com qualidade<sup>29</sup>. Nessa perspectiva, os apoios são recursos e estratégias para promover o desenvolvimento, a educação, os interesses e o bem-estar social das pessoas com deficiências, entre elas a pessoa com deficiência intelectual e também contribui para o processo de autodeterminação e inclusão social.

## CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico e clínico dos participantes é caracterizado majoritariamente por mulheres, com deficiência intelectual moderada e com outras doenças associadas, sendo auxiliadas por cuidadoras.

Destaca-se que apesar do escore final do IBM ter apresentado predominância de dependência leve, essas pessoas são totalmente dependentes do comando, orientação ou de alguma supervisão nas atividades executadas. Sendo essas dificuldades apresentadas em maior grau na execução de atividades complexas, que exigem maior coordenação e raciocínio.

Esta pesquisa fomenta reflexões sobre a necessidade do desenvolvimento de estratégias de cuidado baseadas nas potencialidades dessas pessoas, evidenciando a importância da abordagem multidimensional, focada em mudanças no processo de avaliação. Nessa perspectiva, amplia-se uma visão integral de cuidado, delineada nas necessidades individuais, ambientais e em diferentes dimensões correlacionadas com níveis de apoios apropriados.

A aplicação da avaliação do IBM pode ser útil para detectar as limitações mais incapacitantes das pessoas com deficiência intelectual e em processo de envelhecimento, associada ou não a outras deficiências. Porém, faz-se necessário o desenvolvimento de outros instrumentos para a detecção mais fidedigna das limitações dessas pessoas.

A amostra de conveniência e vinculação dos participantes a um cenário específico de cuidado foram as limitações do presente estudo. Dessa forma, é preciso realizar outros estudos para elucidar questões subjetivas envolvidas no processo saúde e doença desse grupo populacional e fornecer subsídios para a melhoria da prática dos profissionais de saúde e de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Censo Demográfico 2010. [citado em 14 maio 2017] Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
2. Santos FHS, Dota FP. 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.
3. Marin MJS, Lorenzetti D, Chacon MCM, Polo MC, Martins VS, Moreira SAC. 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.* 2013; 16(2):365-74.
4. Girardi M, Portella MR, Colussi EL. O envelhecimento em deficientes intelectuais. *RBCEH.* 2012; 9(Supl. 1):79-89.
5. O'Leary L, Cooper S-A, Hughes-McCormack L. Early death and causes of death of people with intellectual disabilities: a systematic review. *J. Appl. Res. Intellect Disabil.* 2018;31:325-42.
6. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(4):779-86.
7. Hayar MA. Envelhecimento e deficiência intelectual: o cuidador familiar como protagonista nos cuidados ao idoso. *Fed. Nac. das Apaes- Fenapaes.* 2015;2(2):40-52.
8. Pimenta RA, Rodrigues LA, Greguol M. Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. *Rev. Bras. Ciên. Saúde.* 2010;14(3):69-76.
9. Senado Federal(Br). Projeto de Lei nº 1118, de 2011. Estabelece que a pessoa com deficiência é considerada idosa quando tiver idade igual ou superior a quarenta e cinco anos. [citado em 14 maio 2017] Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4451474>
10. Cincura C, Pontes-Neto OM, Neville IS et al. Validation of the national institutes of health stroke scale, modified ranking scale and Barthel index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. *Cerebrovasc. Dis.* 2009; 27(2):119-22.
11. Moore KL, Boscardin WJ, Steinman MA, Schwartz JB. Age and sex variation in prevalence of chronic medical conditions in older residents of U.S. Nursing homes. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2012;60(4):756-64.
12. Aguilera AR, Alonso MV, Gómez CS. Family quality of life and supports for parents of ageing people with intellectual disabilities. *Siglo Cero.* 2008;39(3):19-34.
13. Córdoba L. Families of adults with intellectual disability in Cali, Colombia, using the model of quality of life. *Psykhē.* 2007;16(2):29-42.
14. Sebastião C, Albuquerque C. Envelhecimento e dependência: estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. *Revista Kairós Gerontologia.* 2011;14(4):25-49.
15. Calazans FDCF, Guandalini VR, Petarli GB, Moraes RAG, Cuzzuol JT, Cruz RP. Triagem nutricional em pacientes cirúrgicos de um hospital universitário de Vitória, ES, Brasil. *Nutr. Clín. Diet. Hosp.* 2015;35(3):34-41.
16. Menezes TN, Brito MT, Araújo TBP, Silva CCM, Nolasco RRN, Fische MATS. Perfil antropométrico dos idosos residentes em Campina Grande-PB. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2013;16(1):19-27.
17. Sousa GR, Pinto MG, Seeber JR, Silva DAS. Associação do estado nutricional com aptidão física relacionada à saúde em adultos com deficiência intelectual. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte.* 2015;29(4):543-50.
18. Cardoso AS, Gonzaga NC, Medeiros C, Carvalho DFD. Relação entre ácido úrico e os componentes da síndrome metabólica e esteatose hepática não alcoólica em crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade. *J. Pediatr.* 2013;89(4):412-8.
19. Borges CL, Silva MJ, Clares JWB, Nogueira JM, Freitas MC. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ.* 2015;23(3):381-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.4214>
20. Rimmer JH, Yamaki K, Davis BM., Wang E, Vogel LC. Obesity and overweight prevalence among adolescents with disabilities. *Prev. Chronic. Dis.* 2011; 8(2):1-6.
21. Mendonça GV, Pereira FD, Fernahall B. Effects of combined aerobic and resistance exercise training in adults with and without Down syndrome. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2011;92(1):37-45.
22. Frey GC, Temple VA. Health promotion for latin americans with intellectual disabilities. *Salud Publ. Mex.* 2008; 50(2):167-77.
23. Azeredo Z. Envelhecimento individual. In: Azeredo Z, organizadora. *Idoso como um todo.* Viseu(Pt): Psicossoma; 2011. p. 45-76.
24. Sequeira C. *Cuidar de idosos com dependência física e mental.* Lisboa(Pt): Lidel; 2010.
25. Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA. Functional disability and socioeconomic and demographic factors in elderly. *Rev. bras. enferm.* 2015; 68(4):633-41.
26. Bitencourt GR, Felipe NHMD, Santana RF. Diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada em idosos no pós-operatório: um estudo transversal. *Rev. enferm. UERJ.* 2016; 24(3): e16629. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.16629>
27. Santos GS, Cunha ICKO. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. *REFACS (online).* 2014; 2(3):269-78.
28. Verdugo MA, Gómez LE, Arias B, Navas P, Schalock RL. Measuring quality of life in people with intellectual and multiple disabilities: validation of the San Martín Scale. *Res. Dev. Disabil.* 2014;35(1):75-86.
29. Rigon E; Dalazen JVC, Busnello GF, Kolhs M, Olschowsky A, Kempfer SS. Experiências dos idosos e profissionais da saúde relacionadas ao cuidado pela estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ.* 2016; 24(5):e17030. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.17030>