

A INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA REGULAR NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL LEVE

THE REGULAR PHYSICAL ACTIVITY INFLUENCE ON QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DISABILITIES INTELLECTUAL LIGHT

Cíntia Eduardo NUNES¹

Deyliane Almeida PEREIRA²

Agradecimentos:

Ao Núcleo do Grupo de Pesquisa em Inclusão, Movimento e Ensino a Distância, da Universidade Federal de Juiz de Fora, pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa.

RESUMO: O objetivo desse estudo foi investigar a qualidade de vida de jovens com deficiência intelectual, praticantes e não praticantes de atividades físicas regulares. Metodologicamente é um estudo transversal, em que o instrumento utilizado foi o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36. A amostra foi composta por 20 indivíduos, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 30 anos, divididos em dois grupos, sedentários e ativos. Os resultados permitem inferir que a percepção do estado geral de saúde do grupo ativo apresentou escores mais altos em relação ao grupo sedentário, logo, a prática regular de atividade física pode influenciar na percepção de saúde e na qualidade de vida do grupo. Cabe destacar que, os domínios da qualidade de vida do grupo ativo têm um escore mínimo de 58, o que demonstra melhores resultados nesses aspectos. Já, o grupo sedentário tem o escore máximo 68,5 para os mesmos domínios, o que indica aspectos negativos em relação à qualidade de vida quando comparados como grupo ativo. Diante dos resultados, conclui-se que a prática de atividade física regular é recomendada e deve ser incentivada, pois contribui para melhorias nos aspectos físicos, psicológicos e sociais de jovens com deficiência intelectual.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade Física. Qualidade de Vida. Deficiência Intelectual.

ABSTRACT: The main objective this research was investigated the quality of life by young people with mental deficiency volunteers and not young people who it has physical activity regularly. Methodologically is a research cross information's was using questions test SF-36 life quality. The sample with 20 people between 20 and 30 ages, separate in two groups sedentary people and active people. The results we can analyze that percept in general state of health of active group; it shows high scores comparing to sedentary, soothe regularly physical practices can have relation a health perception and group quality. In terms that group of life quality active group had a minimum 58scorecanbedemonstratedbetterresultsthisaspects.Sedentary group had a score max 68,5 tosamgroup, it's meaning negative aspects with compared the quality of life when we compare with active group. Face of results test, we conclude that the physical practice regularly is recommend and it must been encourage, because it contributes for better to the follow aspects physical, psychological and social in Young intellectual problems.

KEYWORDS: Physical Activity. Quality Of Life. Intellectual Disabilities.

1 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

2Doutoranda em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), na área de concentração "Saúde e Nutrição de Grupos Populacionais"; Mestre em Educação Física pela Universidade Federal de Viçosa (UFV); Membro do Grupo de pesquisa "Diagnóstico e intervenção em distúrbios da nutrição e saúde em grupos populacionais" da UFV.

INTRODUÇÃO

A prática de atividade física é de extrema importância na vida de todos nós, inclusive de jovens e crianças. Especialistas afirmam que, quanto mais cedo a criança se inicia nos esportes, menos propensão tem para desenvolvimento de doenças cardiometabólicas, por exemplo, hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade, diabetes mellitus (DUNCAN et al., 2005). Contudo, ainda é evidente a baixa prevalência de prática de exercícios físicos e esportes por pessoas com deficiência, pois as taxas de sedentarismo nesta população é elevada. Ademais, há questionamentos sobre quais exercícios devem ser prescritos e desenvolvidos por pessoas com deficiência, sejam elas físicas, intelectuais, auditivas, visuais, ou por pessoas com quaisquer limitações de mobilidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), 10% da população, em países em desenvolvimento, possuem algum tipo de deficiência, sendo que metade destes se reserva à deficiência intelectual. A literatura evidencia que a atividade física possibilita ao deficiente intelectual um universo de atividades relacionadas à sua vida diária e tem sido um elemento importante na manutenção da saúde e da qualidade de vida, pois exerce benefícios na prevenção de diversas doenças como, a obesidade, diabetes e pressão arterial alta (BAWMAN, 2004).

Sabe-se que o termo qualidade de vida, abrange muitos significados, mas o que realmente seria essa qualidade de vida? Em resumo, qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial (MINAYO, 2000). No âmbito da saúde, a qualidade de vida centraliza-se na capacidade de viver sem doenças, sendo que diversos profissionais podem influenciar diretamente com intervenções objetivando aliviar a dor, o mal-estar e doenças, seja para evitá-los ou minimizar a consequência dos mesmos (TOSCANO, 2003).

Já a saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde, não deve ser compreendida somente como ausência de enfermidades, mas, sobretudo, como um estado de completo bem-estar físico, social e psicológico. Da mesma forma, a saúde do indivíduo com deficiência requer atenção e cuidados no que diz respeito à prevenção de doenças hipocinéticas advindas do sedentarismo (OMS, 2009).

Segundo a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR, 1992), a deficiência intelectual é identificada em pessoas que possuem o desenvolvimento intelectual inferior à média, com comprometimento em três áreas dos padrões adaptativos é manifestada antes dos 18 anos. A média é analisada por quociente de inteligência inferior a 70, que é a apresentada pela população conforme padronizado em testes psicométricos. Os padrões adaptativos, segundo a Associação Americana de deficiência mental (1992), devem ser avaliados através de instrumentos padronizados que permitem verificar esse funcionamento abaixo de 70/75, com incapacidade em diversas áreas adaptativas ocorrendo em idade inferior a 18 anos.

Para diagnóstico, deve-se avaliar, na Dimensão 1, o funcionamento intelectual e padrões adaptativos. Na Dimensão 2 verifica e identifica aspectos psicológicos e emocionais bem como etiologia e déficits físicos associados ao ambiente em que o indivíduo se situa. E por fim, a Dimensão 3, as necessidades e dificuldades identificadas nas outras duas, estabelecem-se suportes necessários para que este indivíduo possa ter diminuído a sua capacidade e maximizado o seu desempenho adaptativo.

Cabe destacar que o início da deficiência intelectual deve preceder aos 18 anos de idade, caracterizando assim um transtorno de desenvolvimento e não degenerações cognitivas, como é o caso da demência. As causas são variadas podendo ser pré-natais (má assistência à gestante, fatores tóxicos, ou genéticos, desnutrição materna ou doenças infecciosas), perinatais (má assistência ao parto, hipóxia, anóxia, prematuridade ou icterícia grave) e pós-natais (desnutrição, intoxicações exógenas, acidentes ou infestações) (BALLONE, 2003).

O tratamento de reabilitação para a pessoa com deficiência envolve o trabalho de diversos profissionais como médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física e outros profissionais (UNESCO, 1994). Dentro destas possíveis intervenções, a educação física, por meio do exercício físico, visa aprimorar a função motora elaborando estratégias compensatórias de desenvolvimento, estimulando um maior grau de independência, procurando amenizar os possíveis fatores que venham a comprometer a qualidade de vida destes deficientes (SILVA; BARROS, 1999).

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho investigar a qualidade de vida de jovens com deficiência intelectual, praticantes e não praticantes de atividades físicas regulares.

MÉTODO

LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Rio das Ostras, Rio de Janeiro, com participantes do Projeto Paraesporte, realizado no Ginásio Chico Leite e pessoas atendidas pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no município de Tamoios, Cabo Frio-RJ.

O Projeto Paraesporte é um projeto da Secretaria de Esporte e Lazer do município de Rio das Ostras, que atende a jovens com todo tipo de deficiência. O projeto foi criado no ano de 2013, oferece várias atividades e atende a aproximadamente 50 alunos, entre 20 e 35 anos. O objetivo do projeto é oferecer atividades direcionadas a pessoas com deficiência, procurando promover hábitos saudáveis e ainda possibilitando a participação em eventos paraesportivos em todo o país. Os alunos participantes praticam atividades físicas regulares como o atletismo, e esportes coletivos como basquete, vôlei e futsal, cerca de três vezes por semana, no Ginásio Chico Leite. As aulas do projeto envolvem diferentes tipos de atividades como ritmos, conscientização corporal, caminhada e trabalho de força muscular, resistência, flexibilidade e equilíbrio, realizados por cerca de uma hora por dia.

A APAE do município de Tamoios, Cabo Frio, conta com o atendimento de fonoaudiólogos, psicopedagogos, fisioterapeutas e psicólogos e atende a aproximadamente 80 alunos de diversas faixas etárias.

Ambos os locais foram selecionados por atenderem ao público desejável para a pesquisa e por concordarem, juntamente com os responsáveis, que a pesquisa fosse realizada.

AMOSTRA

A amostra foi composta por pessoas com deficiência intelectual, divididas em dois grupos: grupo praticante de atividade física regular (GA) e grupo não praticante de atividades físicas regulares (GE).

A seleção da amostra do GA foi intencional no Projeto Paraesporte, sendo os critérios de inclusão a frequência às aulas e a capacidade de compreender e responder às perguntas realizadas. De uma população de 30 pessoas, participaram 10 alunos que atendiam os critérios, sendo que 7 eram homens e 3 mulheres, com idade de 20 a 30 anos.

A seleção da amostra do GE foi pela capacidade de compreender e responder às perguntas realizadas e pela faixa etária desejável para a pesquisa que era de jovens entre 18 e 30 anos. De uma população de cerca de 80 alunos, participaram do estudo 10 pessoas, sendo 5 do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com idade de 18 a 30 anos.

Todos os preceitos éticos foram atendidos, e após os pais ou responsáveis assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicado o questionário aos alunos na presença dos pais e, quando necessário, estes o auxiliavam. A aplicação durou cerca de 15 minutos e as visitas ocorreram entre os meses de agosto e setembro, no local em que o participante praticava exercícios físicos ou, no caso do GE, no própria APAE.

PROCEDIMENTOS

O instrumento para coleta de dados foi o questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 (WARE et al., 1977), esse instrumento foi traduzido e validado no Brasil em 1997 pela pesquisadora Rozana Mesquita Ciconelli. O questionário é composto por 11 questões fechadas com 33 itens que contemplam questões agrupadas em 8 domínios, havendo padronização dos escores atribuídos às respostas, conforme preconizados pelos autores. Os valores de limite inferior e variação (*Score Range*) são fixos e estão estipulados em tabela. Para a avaliação de desempenho em cada domínio, os escores são transformados em percentuais.

A escala para os domínios varia de 0 a 100, onde 0 é o pior estado e 100 é o melhor. O cálculo para cada um dos domínios é mantido separadamente. As perguntas foram feitas pelo pesquisador oralmente e deste questionário, 10 questões foram utilizadas para a análise, pois a questão de número 2 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado há um ano.

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A análise dos resultados foi por meio da estatística descritiva, no qual foram analisados: a média e mediana como medida de tendência central, desvio padrão como medida de dispersão e tabelas de frequência e respectivos valores percentuais. Objetivando compreender se havia diferenças significativas nos domínios no grupo ativo e sedentário e quanto ao sexo foi realizada a estatística inferencial, tendo como variáveis dependentes (idade e domínios do questionário) e possíveis variáveis influenciadoras (Sexo e Ativo/Sedentário). Realizou-se o teste

Shapiro-Wilk para testar a normalidade dos dados, sendo somente a variável idade apresentou distribuição normal ($p>0,05$), sendo utilizado o teste *T-Student*, e variáveis dos domínios não apresentam distribuição normal ($p<0,05$) e os testes utilizados foram *Mann-Whitney*. E, após a estatística inferencial, foram realizadas as comparações das análises. Os testes foram realizados no *Software* SPSS versão 20

RESULTADOS

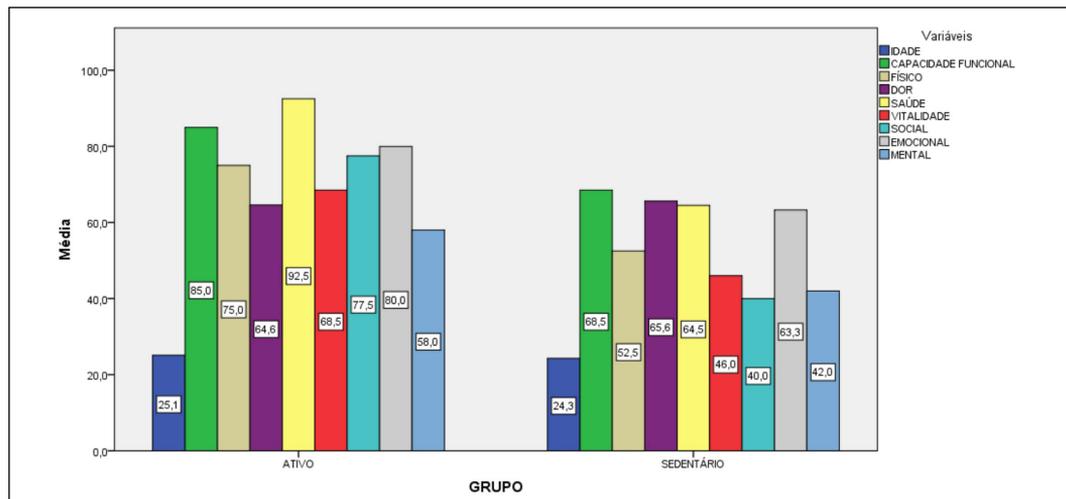
A Tabela 1 apresentam os valores médios de cada domínio e na Figura 1 a comparação dos escores entre o GA e o GE através da aplicação e análise do SF-36.

Tabela 1 – Domínios dos questionários de avaliação da qualidade de vida (Short Form Health Survey – SF-36) em pessoas com deficiência intelectual ativas e sedentárias, expressos em média, mediana e desvio padrão.

VARIÁVEIS		Med	χ	σ	p
Idade*	Ativo	26,5	25,1	4,4	0,663
	Sedentário	23,0	24,3	3,6	
Capacidade funcional	Ativo	90,0	85,0	16,5	0,123
	Sedentário	72,5	68,5	25,8	
Limite do aspecto físico	Ativo	75,0	75,0	20,4	0,035
	Sedentário	50,0	52,5	18,4	
Dor	Ativo	64,0	64,6	10,8	1,000
	Sedentário	64,0	65,6	23,3	
Percepção geral de saúde	Ativo	97,0	92,5	7,3	0,000
	Sedentário	62,5	64,5	10,7	
Vitalidade	Ativo	70,0	68,5	19,4	0,005
	Sedentário	50,0	46,0	9,4	
Limitações do aspecto social	Ativo	75,0	77,5	12,9	0,001
	Sedentário	37,5	40,0	19,4	
Limitações do aspecto emocional	Ativo	66,6	80,0	17,2	0,165
	Sedentário	66,6	63,3	24,6	
Saúde mental	Ativo	56,0	58,0	9,1	0,004
	Sedentário	38,0	42,0	9,8	

χ = média; σ = desvio padrão; Med = mediana; *Teste t para amostras independentes. Demais variáveis Teste Mann-Whitney; Fonte: elaboração própria.

Figura 1 - Comparação dos domínios dos questionários de avaliação da qualidade de vida (Short Form Health Survey – SF-36) entre pessoas com deficiência intelectual praticante e não praticantes de atividade física regular



Fonte: elaboração própria

Tabela 2 – Domínios dos questionários de avaliação da qualidade de vida (Short Form Health Survey – SF-36) em pessoas com deficiência intelectual do sexo feminino e masculino, expressos em média, mediana e desvio padrão

		Med	χ	σ	p
Idade*	Masculino	27,50	26,41	3,26	0,017
	Feminino	21,50	22,12	3,60	
Capacidade funcional	Masculino	72,50	71,25	23,36	0,208
	Feminino	90,00	850	20,35	
Limite do aspecto físico	Masculino	50,00	64,58	22,0	0,851
	Feminino	75,00	62,50	23,14	
Dor	Masculino	52,00	56,16	14,48	0,002
	Feminino	84,00	78,50	13,16	
Percepção geral de saúde	Masculino	93,50	87,08	12,22	0,005
	Feminino	55,00	65,62	14,98	
Vitalidade	Masculino	50,00	54,16	9,73	0,473
	Feminino	50,00	61,87	27,76	
Limitações do aspecto social	Masculino	62,50	61,45	24,69	0,521
	Feminino	62,50	54,68	26,67	

Limitações do aspecto emocional	Masculino	83,30	80,52	22,31	0,047
	Feminino	66,00	58,27	15,41	
Saúde mental	Masculino	56,00	51,33	7,96	0,238
	Feminino	36,00	48,00	17,50	

χ = média; σ = desvio padrão; Med = mediana; *Teste t para amostras independentes. Demais variáveis Teste Mann-Whitney; Fonte: elaboração própria.

Tabela 3 – Domínios dos questionários de avaliação da qualidade de vida (Short Form Health Survey – SF-36) em pessoas com deficiência intelectual ativas e sedentárias estratificados por sexo, expressos em média, mediana e desvio padrão

		ATIVO				SEDENTÁRIO			
		med	χ	σ	p	med	χ	σ	p
Idade	Feminino	19,0	21,7	5,5	0,109	22,0	22,4	2,7	0,097
	Masculino	27,0	26,6	3,3		28,0	26,2	3,6	
Capacidade funcional	Feminino	95,0	95,0	0,0	0,117	90,0	79,0	24,6	0,421
	Masculino	90,0	80,7	18,4		55,0	58,0	24,9	
Limite do aspecto físico	Feminino	75,0	75,0	0,0	1,000	75,0	55,0	27,4	0,690
	Masculino	75,0	75,0	25,0		50,0	50,0	0,0	
Dor	Feminino	64,0	64,0	0,0	1,000	84,0	87,2	7,2	0,008
	Masculino	64,0	64,9	13,2		44,0	44,0	0,0	
Percepção geral de saúde	Feminino	80,0	83,3	5,8	0,017	55,0	55,0	0,0	0,008
	Masculino	97,0	96,4	3,0		70,0	74,0	5,5	
Vitalidade	Feminino	100,0	91,7	14,4	0,017	50,0	44,0	13,4	0,841
	Masculino	50,0	58,6	10,7		50,0	48,0	2,7	
Limitações do aspecto social	Feminino	75,0	75,0	0,0	0,517	25,0	42,5	27,4	0,841
	Masculino	75,0	78,6	15,7		37,5	37,5	8,8	
Limitações do aspecto emocional	Feminino	66,6	66,6	0,0	0,183	66,6	53,3	18,2	0,310
	Masculino	100,0	85,7	17,9		66,6	73,3	27,9	
Saúde mental	Feminino	72,0	68,0	10,6	0,067	36,0	36,0	0,0	0,008
	Masculino	56,0	53,7	3,9		40,0	48,0	11,3	

χ = média; σ = desvio padrão; Med = mediana; *Teste t para amostras independentes. Demais variáveis Teste Mann-Whitney; Fonte: elaboração própria.

Tabela 4 – Domínios dos questionários de avaliação da qualidade de vida (Short Form Health Survey – SF-36) em pessoas com deficiência intelectual, de ambos os sexos, estratificados por ativos e sedentários, expressos em média, mediana e desvio padrão.

		FEMININO			MASCULINO				
		med	χ	σ	p	med	χ	σ	p
Idade	Ativo	19,0	21,7	5,5	0,571	27,0	26,6	3,3	1,000
	Sedentário	22,0	22,4	2,7		28,0	26,2	3,6	
Capacidade funcional	Ativo	95,0	95,0	0,0	0,036	90,0	80,7	18,4	0,149
	Sedentário	90,0	79,0	24,6		55,0	58,0	24,9	
Limite do aspecto físico	Ativo	75,0	75,0	0,0	0,393	75,0	75,0	25,0	0,106
	Sedentário	75,0	55,0	27,4		50,0	50,0	0,0	
Dor	Ativo	64,0	64,0	0,0	0,036	64,0	64,9	13,2	0,003
	Sedentário	84,0	87,2	7,2		44,0	44,0	0,0	
Percepção geral de saúde	Ativo	80,0	83,3	5,8	0,036	97,0	96,4	3,0	0,003
	Sedentário	55,0	55,0	0,0		70,0	74,0	5,5	
Vitalidade	Ativo	100,0	91,7	14,4	0,036	50,0	58,6	10,7	0,073
	Sedentário	50,0	44,0	13,4		50,0	48,0	2,7	
Limitações do aspecto social	Ativo	75,0	75,0	0,0	0,250	75,0	78,6	15,7	0,003
	Sedentário	25,0	42,5	27,4		37,5	37,5	8,8	
Limitações do aspecto emocional	Ativo	66,6	66,6	0,0	0,303	100,0	85,7	17,9	0,530
	Sedentário	66,6	53,3	18,2		66,6	73,3	27,9	
Saúde mental	Ativo	72,0	68,0	10,6	0,036	56,0	53,7	3,9	0,343
	Sedentário	36,0	36,0	0,0		40,0	48,0	11,3	

Fonte: elaboração própria

Os dados permitem inferir que os indivíduos do GA apresentaram uma pontuação ligeiramente superior em 7 dos 8 domínios do SF-36 considerados, comparativamente aos sujeitos do GE.

No domínio capacidade funcional, que avalia a realização de tarefas básicas do dia a dia, o GA apresentou média de pontuação maior que o GE em 16,5 pontos. No limite por aspecto físico que analisa o tempo gasto com as atividades do dia a dia, o GA teve uma diferença de 22,5 pontos a mais que o GE e diferença estatisticamente significativa ($p=0,035$).

No domínio dor não houve diferença significativa entre os grupos, portanto, no GE as participantes do sexo feminino apresentaram escore maior que os indivíduos do sexo masculino, com uma diferença na média de 43,2. Pelo relato dos envolvidos na pesquisa, a dor geralmente está relacionada ao possível comprometimento motor coma espasticidade de algum membro.

A percepção geral da saúde do GA é superior em 28,0 pontos em relação ao GE, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$). A vitalidade do GA tem um escore

de 4 pontos maior que o GE e neste domínio possui diferença estatisticamente significante, quando comparamos os indivíduos do GA entre si, diferenciando-os em relação ao sexo, as mulheres, apresentam escore superior aos homens.

Os aspectos social e emocional do GA apresentam uma diferença superior de 32,5 e 16,7 pontos, respectivamente. E quanto à saúde mental, o escore do GA é 16,0 pontos maior que o do GE, sendo esta diferença estatisticamente significante ($p=0,004$).

Quando comparados os sexos (tabela 2), a idade apresentou diferença estatisticamente significante ($p=0,017$), bem como os domínios dor ($p=0,002$), percepção geral de saúde ($p=0,005$) e limitações no aspecto emocional ($p=0,047$).

Quando comparados os indivíduos ativos e sedentários (Tabela 3), os domínios percepção geral de saúde ($p=0,017$) e vitalidade ($p=0,017$) apresentaram diferença estatística entre os sexos, nos indivíduos ativos. Já nos indivíduos sedentários houve diferença nos domínios dor ($p=0,008$), percepção geral de saúde ($p=0,008$) e saúde mental ($p=0,008$).

Quando comparados homens e mulheres (tabela 4), em relação a ativo e sedentários, nos domínios capacidade funcional ($p=0,036$), dor ($p=0,036$), percepção geral de saúde ($p=0,036$), vitalidade ($p=0,036$) e saúde mental ($p=0,036$) apresentou diferença estatisticamente significante entre ativos e sedentários. Já no grupo de homens, foram os domínios dor ($p=0,003$), percepção geral de saúde ($p=0,036$) e Limitações do aspecto social ($p=0,036$).

DISCUSSÃO

Os dados permitem inferir que a prática regular de esporte pode influenciar positivamente na qualidade de vida de indivíduos com deficiência intelectual. Considerando a amostra e a análise dos questionários, observamos que, em relação aos domínios utilizados, os indivíduos ativos tiveram o escore maior que os não ativos em 7deles, e a aplicação do SF-36 foi um importante meio de reconhecer a diferença na qualidade de vida dos participantes.

Na capacidade funcional, o GA apresentou um escore de 85 enquanto o GE apresentou um escore de 68,5. De acordo com NÉRI (2005), a capacidade funcional está relacionada a medida do grau de preservação que o indivíduo tem para realizar atividades da vida diária e desempenhar atividades instrumentais do dia a dia.

Segundo Marques e Nahas (2003), que avaliaram a qualidade de vida de pessoas com síndrome de Down, os indivíduos ativos apresentaram um maior grau de independência na realização de atividades diárias como alimentar-se, vestir-se e caminhar. No grupo avaliado, nesse estudo, os indivíduos sedentários relataram cansaço e dificuldades em realizar tarefas do cotidiano, como correr, subir escadas e carregar objetos por um tempo prolongado, por vezes, necessitando do auxílio de outra pessoa. Com isso, acredita-se que a baixa aptidão física juntamente a diminuição do nível de independência podem estar restringindo as possibilidades de uma vida mais autônoma.

Quanto ao aspecto físico, que se refere ao tempo gasto para realizar as tarefas do dia a dia, os resultados mostraram que existe uma diferença entre os dois grupos participantes. Os indivíduos sedentários apresentaram diferença de 22,5 pontos e o GA teve o maior escore. Os

participantes do GE, juntamente com os responsáveis que os acompanhavam, afirmaram que eles levavam mais tempo para realizar suas tarefas diárias por precisarem de auxílio de terceiros em algumas delas

Em relação a interferência da dor nas atividades diárias, os dois grupos mostraram que esta não influenciava negativamente nas atividades. Os grupos atingiram um escore de aproximadamente 65 e afirmaram sentirem dores leves, e, devido a isso, a interferência destas na percepção da qualidade de vida era bem pequena.

A percepção geral de saúde dos participantes da pesquisa mostra uma diferença relevante entre os dois grupos. Quando questionados sobre a saúde, os participantes do GE afirmaram, em maior parte, ter uma saúde razoável, enquanto os indivíduos do GA relataram uma saúde excelente, notando-se uma maior diferença em relação à perspectiva de melhoria da saúde, e o GA se mostrou confiante em que a saúde iria evoluir a cada dia.

No aspecto emocional, os participantes apresentaram uma diferença de 16,7 pontos. Os sedentários mostraram apresentar traços de depressão, nervosismo e ansiedade, enquanto os indivíduos ativos afirmaram ter bastante momentos de calma e paz e mostraram-se otimistas quanto ao que esperam da vida.

Segundo Rabelo e Néri, os recursos psicológicos como o otimismo, o controle pessoal e o senso de significado são importantes, como sendo reservas que permitem às pessoas enfrentar melhor os eventos críticos da vida. Zuchetto e Castro (2002) afirmam que, quando a pessoa com deficiência física se envolve constantemente em atividades esportivas, ocorre “sensação” de estar vivendo uma vida mais saudável, percepção de possuir melhor imagem corporal e o reforço de sua autoestima e a vida passa a lhe fazer mais sentido. Em relação ao deficiente intelectual, o estudo nos permite afirmar que a prática regular de atividade física pode ser um dos aspectos responsáveis pelo efeito positivo na percepção do aspecto emocional destes.

Observou-se que os domínios mais prejudicados (com pontuações ruins) foram a vitalidade, o aspecto social e a saúde mental. Segundo Rozansky e Kubzanky (2005, apud LEMOS; GONÇALVES, 2011, p.1) a vitalidade é um estado emocional positivo e restaurador, diretamente associado ao entusiasmo e a energia. Os participantes do GE afirmaram ter vários momentos de desânimo e esgotamento. Cerca de 50% dos responsáveis desse grupo deram ênfase a necessidade de isolamento e falta de interesse em participar de certas atividades devido a sentimentos negativos. Os aspectos sociais também se mostraram prejudicados pela necessidade de isolamento afirmada pelos participantes. Observou-se também que tanto os participantes do GE como seus responsáveis não reconhecem a importância da atividade física como meio de auxílio na socialização e na possibilidade de melhoria na saúde mental.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que jovens com deficiência intelectual sedentários apresentam uma redução da qualidade de vida, em relação aos jovens com características semelhantes, porém praticantes de exercícios físicos regulares. Observou-se maior impacto com relação aos componentes emocionais e sociais relativos ao GE, que demonstrou uma grande dificuldade em lidar com situações referentes a estes domínios. A comparação da qualidade

de vida entre pacientes com deficiência intelectual, ativos e não ativos, foram realizadas em poucos trabalhos até o momento, necessitando, entretanto, de mais estudos voltados para essa temática.

O presente estudo não teve a pretensão de esgotar a temática. Acreditamos que muitos desdobramentos das evidências aqui encontradas poderão ser futuramente discutidos. A apresentação dos dados desta pesquisa poderá repercutir favoravelmente na adoção da prática de atividades físicas regulares por partes de pessoas com ou sem deficiência. De forma geral, observou-se que em quase todos os domínios investigados pelo SF-36, os escores do GA são maiores que os do GE. Este resultado chama a atenção para a necessidade da realização de intervenções com tal população, tanto em nível de políticas públicas que possibilitem o desenvolvimento de um trabalho adequado, que objetive a promoção de saúde deste público, quanto em nível de ações de profissionais de saúde, que possam minimizar os danos à saúde, advindos das deficiências e do sedentarismo.

Logo, conclui-se que a prática de atividade física regular por pessoas com deficiência intelectual é recomendada, pois pode contribuir para melhorias tanto no aspecto físico como psicológico, ademais, auxiliar na execução das tarefas diárias e no desempenho das atividades sociais.

REFERÊNCIAS

- BALLONE, G.J. Deficiência Mental. In: PsiqWeb, Internet, disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=29>> revisto em 2007>. Acesso em: 25 dez. 2015.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. Ed. 5, Brasília-DF, 2004.
- CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário de qualidade de vida medical outcomes study 36-item Short-Form Health Survey(SF-36). 1997. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.
- DUNCAN, S. C; DUNCAN, T. E; STRYCKER, L. A. Sources and types of social support in youth physical activity. *Health Psychol*, v.24, n. 310, 2005. Disponível em: <http://www.ori.org/files/static_page_files/SupportPA.pdf>. Acesso em: 23 de set. 2015.
- FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Deficiência Mental. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/deficiencia-mental.htm>>. Acesso em: 28 set. 2015.
- GORGATI, M.G.; COSTA, R.F. Atividade física adaptada: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais. Manole: Barueri, 2005.
- LE MOS, S.M.; GONÇALVES, T.; COELHO, C.. Avaliação do bem-estar dos estudantes: adaptação de uma escala vitalidade subjetiva. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: FORMAS E CONTEXTOS, 15., Lisboa, Portugal, 2011. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57256/2/87102.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2015.
- MARQUES, A.C.; NAHAS, M.V. Qualidade de vida de pessoas portadoras de síndrome de Down, com mais de 40 anos, no estado de Santa Catarina. *R. Bras. Cie Mov.*, Brasília, v.11, n.2, p.55-61, 2003. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/497/522>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

MINAYO, M.C; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P.M..Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n.8, p.7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015

MOTA, J.; RIBEIRO, J.L.; CARVALHO, J.; MATOS, M.G. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde de idosos participantes ou não de programas regulares de atividade física. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, v.20, n.3, p.219-225, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/viewFile/16629/18342>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

NAHAS, M.V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 4. Midiograf: Londrina, 2006.

NOBRE,R.C. Qualidade de vida. *Arq. Bras. Cardiol.*, v.64, n.4, 1995.Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/Pdfs/1995/v64N4/64040002.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.

NOCE, F.; SIMIM, M.A.M.; MELO, M.A percepção de qualidade de vida de pessoas portadoras de deficiência física pode ser influenciada pela prática de atividade física? *Rev. Bras. Med Esporte*, v.15, n.3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n3/a02v15n3.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Educação. Deficiência Intelectual e Múltiplas Deficiências - Saiba mais. Disponível em: <<http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=706>>. Acesso em: 13 out. 2015.

PEREIRA,J.R.T. Aplicação do questionário de qualidade de vida em pessoas com deficiência intelectual. *Psicol. pesq.*,v.3, n.1, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1982-12472009000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 out. 2015.

RABELO, D.F; NÉRI, A.L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicol. Estud.*, v.10, n.3, p.403-412. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a07>>. Acesso em: 18 out. 2015.

SAVIANI, F; PETEAN, E.B.L. A qualidade de vida de pessoas com deficiência mental leve. *Psic.: Teor. e Pesq.* v.24, n.3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000300006>. Acesso em: 18 nov. 2015.

SCHMIDT, M. I. et al. Identifying individuals at high risk for diabetes: The Atherosclerosis Risk in Communities study. *Diabetes Care*, v.28, n.8, 2005. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/28/8/2013.long>>. Acesso em: 20 set. 2015.

SILVA, A. N.; BARROS, T. *O Exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos*. São Paulo: Atheneu, 1999. p.321-336.

TOSCANO, J.J.O; CABRAL DE OLIVEIRA. A.C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev. Bras. Med. Esporte*, v.15, n.3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n3/a01v15n3.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

ZEOTI, F.S.; PETEAN, E.B.L. A qualidade de vida de pessoas com deficiência mental leve. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v.24, n. 3, p.305-311, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000300006>. Acesso em: 23 ago. 2015.

ZUCHETTO, A.T.; CASTRO, R. L. V.G. As contribuições da atividade física para a qualidade de vida. *Revista Kinesis*, n.26, p.51, 2002. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/kinesis/article/view/8010/4793>>. Acesso em: 24 out. 2015.

Recebido em: 10 de abril de 2016

Aceito em: 25 de julho de 2016