

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**



DISSERTAÇÃO

**Atividades Diárias e Percepção de Barreiras e Facilitadores para
Prática de Atividade Física de Pessoas com Déficit Intelectual**

LAURA GARCIA JUNG

**PELOTAS, RS
2013**

LAURA GARCIA JUNG

DISSERTAÇÃO

**Atividades Diárias e Percepção de Barreiras e Facilitadores para
Prática de Atividade Física de Pessoas com Déficit Intelectual**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Física, na Área de Concentração em Atividade Física, Saúde e Desempenho.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques

Pelotas, RS

2013

Dados de Catalogação Internacional na fonte:
(Bibliotecária Patrícia de Borba Pereira CRB10/1487)

J95a JUNG, LAURA GARCIA

Atividades diárias e percepção de barreiras e facilitadores para prática de atividade física de pessoas com déficit intelectual / LAURA GARCIA JUNG; Alexandre Carriconde Marques, orientador. – Pelotas, 2013.

69 f.

Dissertação (Mestrado em Educação Física), Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2013.

1. Déficit Intelectual.. 2. Facilitadores.. 3. Barreiras.. 4. Atividade Física.. I. Marques, Alexandre Carriconde. II. Título.

CDD: 796

Banca examinadora:

Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Gabriel Gustavo Bergmann – Universidade Federal do Pampa

Prof. Dr. Pedro Curi Hallal – Universidade Federal de Pelotas

*“Devemos enxergar com os olhos da inclusão,
território onde há o bastante para todos desde que cada
um compartilhe o que tem; assim o mundo cada vez
mais se torna um lugar para todos”*

Reinaldo Soler

Agradecimentos

Para mim, esta é uma das partes mais difíceis do trabalho, pois gostaria de agradecer muito e a tantas pessoas que receio não conseguir expressar o bastante.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida e por todas as graças alcançadas, pelas pessoas presentes em minha vida, pelas oportunidades maravilhosas e pelo desígnio reservado a mim. Apesar das dificuldades no meio da jornada, sempre tive muito mais a agradecer do que reclamar.

Ao professor Alexandre, agradeço a convivência, pois apesar de “grosso com educação”, sempre teve por nós grande zelo e um carinho de pai. Agradeço todas as oportunidades oferecidas, pois nunca mediu esforços em nos “abrir as portas”. Obrigada pela amizade e todo aprendizado. Lembro de uma das tuas falas nas nossas primeiras reuniões, em que disseste que “o conhecimento nada vale se não é transmitido aos outros” (Platão) e esse conhecimento foi nos transmitido muito bem, além de que te diferencias pela emoção e o amor que tens pela profissão que sempre cativa e nos é motivador. Aprendi a confiar em ti, pois apesar de sempre ouvir “Calma, Bete!” e ficar preocupada com as coisas, no fim tudo dava certo mesmo com a correria. No entanto, acredito que eu ainda tenha muitas coisas a aprender contigo. Para finalizar, outro pensamento que cabe a este momento, pois também me marcou em teus discursos e desejo que sempre faça as pessoas refletirem é o seguinte: “Tantas vezes pensamos ter chegado, tantas vezes precisamos ir além” (Fernando Pessoa).

Agradeço ao meu pai, de todo coração, pelo amor que me deu e que fez com que eu me sinta a filha mais amada do mundo. Com simplicidade de coração sempre me apoiou e incentivou nos estudos e nunca mediu esforços para proporcionar todas as condições e facilidades durante esse processo. Ainda sinto fortemente os abraços confortantes e animadores quando as coisas não davam certo. Pai, compartilho contigo a alegria de dar mais um passo em minha formação, pois, embora tenhas nos deixado fisicamente no meio dessa etapa, sei que continuas intercedendo por nós e que te fazes presente em todos os momentos. Obrigada por exercer com grandeza, sabedoria, profundidade e amor os títulos mais nobres que existem: amigo, marido, irmão, tio, primo, sobrinho, padrinho, PAI.

À minha família como um todo, mas em especial minha mãe e minha irmã (Lúcia e Sílvia), pelo amor, carinho, incentivo, compreensão e união, o que fez com que este processo fosse mais fácil. Agradeço também pelo apoio e as ajudas na realização “braçal” do estudo.

À Angélica, pelo coleguismo incondicional, amizade e cumplicidade durante todo tempo e que, por teimosia, durante seis anos tentou me convencer que quando ela teima é porque tem razão (ainda não convenceu). Colega, dedico muito a ti essa conquista, ela foi nossa e não somente minha. Obrigada pelas “orientações” quando precisei! Meu título de mestre somente é completo com o teu. Eu te admiro e desejo que sejas muito feliz, acredito no teu potencial e que serás uma profissional cada vez melhor. Agora começa uma nova etapa em nossas vidas e que vai nos afastar um pouco fisicamente, mas pensa sempre que podes contar comigo e que vou estar do teu lado. Temos uma bênção a caminho, um bebê que está chegando e vai trazer muitas alegrias, aliás, ele já traz, não é verdade? Obrigada por tudo!

A todos os alunos do Projeto Carinho e Programa Segundo Tempo, meu agradecimento sincero. Vocês despertaram em mim o gosto, a alegria e satisfação pela profissão. Levo comigo cada momento de sorrisos, teimosia, carinho, orgulho de vê-los progredindo. Vocês são fantásticos! Obrigada pela amizade e momentos incríveis de ensino-aprendizagem.

A todas as pessoas da ESEF que fizeram parte deste momento de formação, especialmente aos professores que nos conduziram e orientaram no processo. Obrigada aos professores Gabriel Bergmann e Pedro Hallal por contribuírem de maneira especial e qualificando meu trabalho, nas bancas de qualificação e defesa. Agradeço aos colegas do curso que, além da amizade, de estudarmos juntos para as provas, contribuíram de forma significativa no planejamento do trabalho.

Obrigada a todos os funcionários da ESEF pelos sorrisos, gentilezas e boa vontade que predominam na Instituição, vocês são especiais e acredito que tenhamos criado laços de amizade muito bonitos (pelo menos da minha parte eles existem).

À Federação das APAES, agradeço pela acolhida, pelo apoio e parceria na realização do estudo. É com grande alegria que finalizamos o trabalho de forma satisfatória de acordo com o planejado e desejo, junto com vocês, promover cada vez mais a qualidade de vida das pessoas com déficit intelectual.

E, para finalizar, agradeço a todos os responsáveis pelos alunos com deficiência que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Manifesto aqui minha admiração e respeito por vocês e minhas sinceras intenções de fazer algo significativo para a vida dos seus filhos.

Muito obrigada!

RESUMO

JUNG, Laura Garcia. **Atividades diárias e percepção de Barreiras e Facilitadores para Prática de Atividade Física de Pessoas com Déficit Intelectual**. 2013. 69 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

Nos últimos anos, as novas condições de vida têm determinado, de forma predominante, comportamentos sedentários, os quais desencadeiam o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Quanto às pessoas com déficit intelectual, essa situação se torna ainda mais agravante, pois estudos mostram que o nível de atividade física dessa população é inferior ao da população em geral. O objetivo do estudo é descrever a percepção dos familiares sobre as barreiras e os facilitadores da prática de atividade física no tempo livre, das pessoas com déficit intelectual maiores de seis anos inseridas nas APAES do Rio Grande do Sul. A seleção da amostra foi não probabilística intencional. A coleta de dados aconteceu por meio do contato com as APAES e os instrumentos foram entregues e retornaram via correio. A amostra foi composta por 1191 pessoas com déficit intelectual representadas no estudo pelos seus responsáveis. Nos aspectos pessoais, observa-se que as principais barreiras para a prática de AF estão relacionadas ao fator econômico e a preferência por outras atividades. Em relação aos aspectos ambientais, nota-se que a principal barreira é a ausência de projetos sociais próximos de casa. Para os responsáveis pelas pessoas entre 20 e 30, que percebem a presença de locais disponíveis próximos de casa, destacam que eles não são acessíveis. Quanto aos aspectos sociais, a falta de companhia é o principal fator identificado como barreira para a prática de AF. Conclui-se que algumas barreiras e facilitadores estão ligados ao estímulo que as pessoas com déficit intelectual recebem, pois podem despertar o gosto pela atividade física se houver companhia de alguém, tornando a atividade mais prazerosa como também propiciando condições para a prática devido às limitações que a maioria possui no aspecto social, relacionadas com a falta de independência e autonomia na execução desse tipo de atividade. Questões financeiras também interferem na prática de AF, as quais podem ser amenizadas com o investimento em políticas públicas e projetos sociais que oportunizem a essas pessoas a praticarem AF e, através de um estilo de vida ativo, possuírem uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Déficit Intelectual, barreiras e facilitadores, atividade física.

ABSTRACT

JUNG, Laura Garcia. **Daily activities and perception of barriers and facilitators to physical activity practice among people with intellectual déficit.** 2013. 69 f. Federal University of Pelotas. Masters Dissertation – Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

In the last years, the new lifestyle conditions have determined sedentary behaviors, which in turn increase the risk of non-communicable diseases. Regarding the individuals with intellectual deficit, this situation is even more risky because studies show that physical activity level of these individuals is lower as compared to the population. The purpose of this study is to describe the perceptions of family members of children with intellectual deficit aged 6 or more enrolled in the APAES of the Rio Grande do Sul regarding the barriers and facilitators for leisure-time physical activity of their offspring. A non-probabilistic, intentional sample was selected. The APAES were contacted and data collection was delivered and handled back through the mail. A sample of 1191 individuals with intellectual deficit represented by their parents took part in the study. In terms of personal aspects, the main barriers for physical activity are related to lack of money and motivation preference for other activities than not physical activities. Regarding the environmental aspects, the main barrier is the absence of social projects near the individual's place. Family members responsible for individuals between 20 and 30 perceived the existence of places near their place; however they reported that these places are not accessible for individuals with intellectual deficit. Regarding the social aspects, lack of company is the main barrier for physical activity practice. It was concluded that some barriers and facilitators are linked to the stimulus that people with intellectual deficit receive. This stimulus might evoke the pleasure for physical activity practice and having a company of somebody is an important support due to the lack of independence and autonomy. Financial aspects also influence physical activity practice, which shall be minimized by public policies and social projects aimed to give opportunity to these individuals to practice some physical activity and, through an active lifestyle, achieve a greater quality of life.

Keywords: Intellectual Déficit, barriers and facilitators, physical activity

Lista de Gráficos

Gráfico 1:	Nível de desenvolvimento das AVDs.....	40
Gráfico 2:	Tempo diário de exposição à televisão e ao computador por sexo.....	42

Lista de Tabelas

Tabela 1:	Reprodutibilidade do instrumento em percentual por questão....	36
Tabela 2:	Caracterização da amostra.....	39
Tabela 3:	Atividades mais realizadas pelos homens no tempo livre por faixa etária	41
Tabela 4:	Atividades mais realizadas pelos homens no tempo livre por faixa etária	41
Tabela 5:	Pessoas que praticam AF X sexo por faixa etária.....	43
Tabela 6:	Prática de AF por sexo e deficiência.....	43
Tabela 7:	Percepção dos responsáveis sobre as barreiras e facilitadores da prática de AF no tempo livre em cada aspecto, no total e por faixa etária.....	44
Tabela 8:	Prática de AF pela percepção de cada aspecto pessoal como facilitador por sexo e idade.....	46
Tabela 9:	Prática de AF pela percepção de cada aspecto ambiental como facilitador por sexo e idade.....	47
Tabela 10:	Prática de AF pela percepção de cada aspecto social como facilitador por sexo e idade.....	48

Lista de Figuras

Figura 1:	Modelo ecológico adaptado dos determinantes da atividade física (BAUMAN et al. 2012).....	28
-----------	---	----

Abreviaturas e Siglas

Doenças crônicas não transmissíveis.....	DCNTs
Atividade física.....	AF
Déficit Intelectual.....	DI
Organização Mundial da Saúde.....	OMS
Síndrome de Down.....	SD
Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais.....	APAES
Atividades de Vida Diárias.....	AVDs

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3. JUSTIFICATIVA	18
4. REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1 Pessoas com Deficiência	18
4.1.1. Déficit Intelectual (DI).....	20
4.2 Atividade Física e a Pessoa com Déficit Intelectual	22
4.3 Barreiras e Facilitadores da Prática de Atividade Física	26
4.3.1 Barreiras e Facilitadores da Prática de Atividade Física das Pessoas com Déficit Intelectual.....	30
5. MATERIAIS E MÉTODOS.....	33
5.1 Modelo do Estudo	33
5.2 População e Amostra	33
5.3 Critérios de Inclusão.....	33
5.4 Perdas e recusas	33
5.5 Federação das APAES.....	34
5.6 Procedimentos para Coleta de Dados.....	34

5.7 Coleta de Dados.....	34
5.8 Instrumento	35
5.9 Estudo Piloto	35
5.10 Análise de Dados	36
5.11 Aspectos Éticos.....	37
5.12 Limitações do Estudo	37
6. RESULTADOS.....	38
6.1. Caracterização da amostra	38
6.3. Percepção de Barreiras e Facilitadores para a Prática de Atividade Física	44
6.4. Relação entre a Percepção de Barreiras e Facilitadores e a Prática de Atividade Física.....	45
7. DISCUSSÃO.....	48
8. CONCLUSÕES	53
9. REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES	60
ANEXOS	66

1. INTRODUÇÃO

A expectativa de vida da população tem aumentado em relação aos últimos anos. Ao mesmo tempo, a tecnologia nos traz novas formas de trabalho, menos desgastantes fisicamente e com menor dispêndio de energia corporal, o que propicia às pessoas dependerem cada vez menos do trabalho físico para sobreviver. Tais condições têm determinado, de forma predominante, comportamentos sedentários, os quais desencadeiam o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais como: diabetes tipo 2, hipertensão, doenças cardíacas, osteoporose, etc (BAUMAN, 2004; LEE et al. 2012).

Quanto às pessoas com deficiência, essa situação se torna mais agravante, pois elas têm necessidades de cuidado à saúde adicionais e mais complexos do que os da população em geral (COOPER et. al, 2006), como também pelas limitações para a realização de atividades cotidianas associadas às deficiências, pois estudos mostram que o nível de atividade física (AF) das pessoas com Déficit Intelectual (DI) é inferior ao da população em geral (FINLAISON et al, 2009; RIMMER & MARQUES, 2012). A prática de atividades físicas é uma das variáveis determinantes na prevenção das DCNTs. Com relação a essas práticas, existem alguns fatores determinantes descritos como barreiras ou facilitadores na aderência ou não aos programas de AF.

Com relação a esses facilitadores e barreiras, percebe-se que, no geral, mais relevante do que a informação sobre a importância da prática de AF, são as oportunidades dadas às pessoas. Quando se trata de pessoas com deficiência, essas oportunidades dependem do ambiente em que estão inseridas e também do apoio das pessoas próximas, relacionadas sempre com a questão cultural desse ambiente. No entanto, se elas forem impedidas de serem ativas devido às barreiras originadas pela própria deficiência (principalmente o preconceito), essas informações não representariam mudanças no estilo de vida (MARQUES, 2008).

O conhecimento dessas barreiras, como também dos facilitadores da prática de AF, torna-se importante para propiciar o aumento das oportunidades para as pessoas com deficiência terem um estilo de vida ativo. Em razão disso, o objetivo do

presente trabalho é descrever a percepção dos familiares sobre as barreiras e os facilitadores da prática de atividade física no tempo livre, das pessoas com déficit intelectual maiores de seis anos inseridas nas APAES do Rio Grande do Sul.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a percepção dos familiares sobre as barreiras e os facilitadores da prática de atividade física no tempo livre, das pessoas com déficit intelectual maiores de seis anos inseridas nas APAES do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física relacionadas com fatores pessoais, sociais e ambientais das pessoas com déficit intelectual, maiores de seis anos inseridas nas APAES do Rio Grande do Sul;
- Traçar o perfil do estilo de vida das pessoas com déficit intelectual, maiores de seis anos inseridas nas APAES do Rio Grande do Sul;
- Verificar a prevalência de atividade física no tempo livre das pessoas com déficit intelectual, maiores de seis anos inseridas nas APAES do Rio Grande do Sul – Brasil;
- Averiguar o tipo de atividade física no tempo livre das pessoas com déficit intelectual, maiores de seis anos inseridas nas APAES do Rio Grande do Sul;
- Verificar se existe associação entre a presença de barreiras e facilitadores para a prática de atividade física e o nível de atividade física das pessoas com déficit intelectual, maiores de seis anos inseridas nas APAES do Rio Grande do Sul;
- Estudar a associação entre a prática de atividade física e a percepção das barreiras e facilitadores para a prática de atividade física em cada aspecto por faixa etária.

3. JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se pela carência de estudos que mostrem quais as barreiras e facilitadores da prática de atividade física das pessoas com DI. Essa carência é ainda mais relevante em estudos brasileiros.

Através da identificação dessas barreiras e facilitadores, será possível investir ações que oportunizem as pessoas com deficiência aumentarem o nível da prática de AF, a qual vem sendo fortemente discutida na área da Educação Física, em todos seus domínios, como fator importante para a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis e para a melhoria da qualidade de vida em um todo. Ao se tratar de pessoas com déficit intelectual, esses benefícios têm ainda mais ênfase no aumento da autonomia e independência, bem como na diminuição do preconceito das pessoas ao redor.

Mesmo que o avanço do processo inclusivo das pessoas com deficiência na sociedade tenha melhorado progressivamente o estilo de vida dessas pessoas, os males do sedentarismo e de um estilo de vida pouco saudável acabam sendo enfatizados nesses indivíduos devido, principalmente, às barreiras específicas originadas pelas limitações das deficiências e também pela falta de oportunidades de realizar atividades físicas, especialmente nas idades mais avançadas.

A relevância desse estudo está alicerçada na qualidade dos resultados a serem encontrados, os quais servirão de parâmetro para o desenvolvimento de novos programas de atividade física, com o objetivo de incrementar um estilo de vida ativo nessa população.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Pessoas com Deficiência

No decorrer da história, vários termos têm sido utilizados para descrever indivíduos com algum tipo de deficiência. Eles foram reconhecidos de diversas formas: inválido, incapacitado, com necessidades educativas especiais, com

necessidades especiais e pessoa portadora de deficiência. Os movimentos mundiais de pessoas com deficiência debateram o nome pelo qual elas desejam ser chamadas. O termo foi decidido em nível mundial: querem ser chamadas de “*peessoas com deficiência*” em todos os idiomas. Esse termo fez parte do texto da Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 2004 e promulgada posteriormente através de lei nacional de todos os Países-Membros (SASSAKI, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de pessoa com deficiência é o seguinte:

“Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia congênita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatômica susceptível de provocar restrições de capacidade, pode estar considerada em situação de desvantagem para o exercício de atividades consideradas normais, tendo em vista a idade, o sexo, e os fatores socioculturais dominantes” (OMS, 2003).

As causas das deficiências são muitas, entre as principais estão:

- Nutrição inadequada de mães e crianças, incluindo deficiências vitamínicas;
- Ocorrências anormais nos períodos pré-natais, perinatais e pós-natais;
- Doenças infecciosas; acidentes; e outros fatores, inclusive poluição ambiental e impedimentos de origem desconhecida.

A OMS (2003) determina, em média com estudos e observações realizadas, que em tempos de paz a prevalência de pessoas com deficiência representa 10% da população. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000) detectou que 14% da população brasileira possui alguma deficiência.

É certo que a incidência e a prevalência de DI é maior nos países em desenvolvimento, principalmente devido ao ambiente, doenças e riscos nutricionais associados à pobreza que têm sido amplamente controlados nos países desenvolvidos (FUJIURA et.al, 2005; DURKIN, 2002; EVENHUIS, 2000). A incidência e prevalência de ID na América Latina é desconhecida (FREY & TEMPLE, 2008) .

Os tipos de deficiências são divididos em: deficiência múltipla, deficiência física, deficiência visual, deficiência intelectual (ou mental) e deficiência auditiva.

4.1.1. Déficit Intelectual (DI)

O DI é um "funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, coexistindo com limitações relativas a duas ou mais das seguintes áreas de habilidades adaptativas: comunicação, autocuidado, habilidades sociais, participação familiar e comunitária, autonomia, saúde e segurança, funcionalidade acadêmica, de lazer e trabalho. Manifesta-se antes dos dezoito anos de idade" (AAIDD - Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento).

O atraso no desenvolvimento das pessoas com DI pode se manifestar no aspecto neuromotor, quando então a criança demora em firmar a cabeça, sentar, andar, falar. Pode ocorrer ainda déficit de aprendizagem com notável dificuldade de compreensão de normas, ordens e aprendizado escolar, mas é preciso que haja vários sinais para que se suspeite de deficiência intelectual e, de modo geral, um único aspecto não pode ser considerado indicativo de qualquer deficiência. O DI também é característica apresentada em algumas síndromes, entre elas encontram-se a Síndrome de Rett, Síndrome do X Frágil, Síndrome de Turner, Síndrome de Prader-Willi e Síndrome de Down (SD).

Em 1992 a AAIDD desenvolveu uma nova classificação para a deficiência intelectual, baseada em sistemas de apoio, subdividindo-os em: intermitente, limitado, extenso e generalizado, os quais são descritos da seguinte forma:

- Apoio Intermitente: apoio "quando necessário". Caracteriza-se por sua natureza episódica, assim, a pessoa não precisa sempre de apoio ou requer apoio de curta duração durante momentos de transição em determinados ciclos da vida (por exemplo, perda do emprego ou fase aguda de uma doença). Os apoios intermitentes podem ser de alta ou de baixa intensidade;
- Apoio Limitado: apoios intensivos caracterizados por sua duração, por tempo limitado, mas não intermitente. Podem requerer um menor número de profissionais e menores custos que outros níveis de apoio mais intensivos (por exemplo, treinamento para o trabalho por tempo limitado ou apoios transitórios durante o período entre a escola e a vida adulta);
- Apoio Extenso: apoios caracterizados por sua regularidade (por exemplo, diária) pelo menos em algumas áreas (tais como na vida familiar ou na profissional) e sem limitação temporal (por exemplo, apoio em longo prazo e apoio familiar em longo prazo);

- **Apoio Generalizado:** Apoios caracterizados por sua constância e elevada intensidade, proporcionados em diferentes áreas, para proporcionar a vida. Estes apoios generalizados exigem mais pessoal e maior intromissão que os apoios extensivos ou os de tempo limitado.

Esses sistemas de apoios, de acordo com Marques et. al (2009), são basicamente um modelo funcional e têm importantes implicações para o sistema de prestação de serviços para essas pessoas: a nova classificação está relacionada com os apoios necessários que dão ênfase às possibilidades de crescimento e potencialidades das pessoas; é centrada no indivíduo, nas noções de oportunidade e autonomia. Essa classificação permite analisar separadamente todas as áreas com necessidades e, então, providenciar uma intervenção, uma vez reconhecida sua interdependência. A partir do ponto de vista do indivíduo, tem-se uma descrição mais apropriada das mudanças necessárias ao longo do tempo, levando em conta as respostas individuais para o desenvolvimento pessoal, para as mudanças ambientais, para as atividades educacionais e as intervenções terapêuticas.

Esta abordagem centra-se na possibilidade que o ambiente social tem de oferecer os serviços e apoios que ampliarão as oportunidades do indivíduo levar uma vida pessoal satisfatória. Objetiva, como resultados, incrementar o nível de habilidades adaptativas/ capacidades funcionais, fomentar a aquisição dos objetivos de habilitação, relacionados com o bem estar físico, psicológico e com o bom “funcionamento” da pessoa e potenciar as características do meio relacionadas com a presença na comunidade, a escolha, a competência, o respeito e a participação (MARQUES et al., 2009).

Por muito tempo as pessoas com deficiência foram marginalizadas na sociedade. Eram normalmente desprezadas e consideradas como amaldiçoadas, aberrações, sendo denominadas de diferentes formas depreciativas e estigmatizadas (MARQUES, 2008). No final do século XIX, com o desenvolvimento de pesquisas na área da Medicina, um novo enfoque, caracterizado pelo tratamento e cuidados, passou a ser dado à deficiência. As primeiras práticas científicas tinham, então, como finalidade, a segregação em instituições, para cuidado, proteção ou tratamento médico, o que ocorreu até o início do século XX (MARQUES et al., 2001).

Porém, ainda hoje, muitas pessoas têm dificuldade em aceitar uma pessoa com deficiência na família, optando por esconder, superproteger, ou então

menosprezar. Poucos eventos evocam as emoções humanas tão fortemente como o nascimento de um bebê com malformações. Como afirma Marques (2008), a família, na maioria das vezes, fica perdida tentando encontrar as causas e culpados para o acontecido, isso ocorre principalmente por serem os filhos a promessa de reedição corrigida e melhorada de nós mesmos e, ao nascer uma criança com deficiência, a situação parece ser dramática. A inclusão das pessoas com deficiência na sociedade é um processo decorrente de muito tempo, muitas concepções, superação de preconceitos, estudos e valorização da pessoa com deficiência. Em suma, “as atitudes em relação às pessoas com deficiência podem ser descritas em cinco períodos: separação, proteção, emancipação, integração e por fim, a inclusão” (MARQUES et. al, 2001).

Partindo dos princípios da inclusão, a ideia atual para o atendimento das pessoas com deficiência centra-se em não perceber a pessoa em razão da sua deficiência, de suas limitações, mas procurar estimulá-la para que possa desenvolver-se na medida de suas capacidades, no ambiente em que vive. Ainda existem barreiras, como, por exemplo, a desinformação atingindo a maioria da população. As informações e conceitos são, em geral, cercados de superstição e medo (MARQUES, 2008).

4.2 Atividade Física e a Pessoa com Déficit Intelectual

Nos dias de hoje, não se discute mais a imensa utilidade da AF no contexto global da educação de pessoas com deficiência, seja através das atividades físicas, esportivas, recreativas ou ainda na realização das atividades diárias. A evidência científica dos benefícios para a saúde desses comportamentos tem sido alvo de algumas pesquisas, entretanto, os profissionais envolvidos na intervenção comunitária não têm conseguido influenciar as pessoas de forma eficaz na aderência aos programas de AF (MARQUES, 2000). Há, nessa área, uma carência de estudos que relacionem a prática de AF das pessoas com deficiência, porém esses estudos são importantes para a garantia de um melhor atendimento a essa população (PITETTI, 2009).

Os benefícios da atividade física para pessoas com deficiência são semelhantes aos das pessoas sem deficiência, pois a atividade física, realizada de

acordo com as necessidades do organismo, é essencial para o funcionamento saudável do corpo humano, pois todos os sistemas do nosso corpo respondem favoravelmente à atividade física (MELO, 2006). Há evidências de que atividade física reduz mortalidade e morbidade por doença cardiovascular, hipertensão, obesidade, osteoporose e doença mental. No entanto, essas condições são elevadas em pessoas com DI (LENNOX et. al, 2002). Nesse contexto, novos achados sugerem que as pessoas com DI experimentam males e riscos para a saúde mais acentuadamente que a população geral (VALK, 2009). Também foi encontrado, em um estudo de revisão, que jovens com DI têm, no geral, um menor dispêndio energético durante atividades físicas do que pessoas sem DI (FREY et. al, 2008). Há evidências de que as pessoas com deficiência têm menor nível de participação em atividades físicas (KOSMA et al, 2004; RIMMER et al, 2004; RIMMER et al, 2005; FREY et. al, 2008; VIS et.al, 2011; LANTE et. al, 2010; LENNOX et. al, 2002; FINLAISON et al, 2009; BRAVO-VALENZUELA et. al, 2011). De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention*, em 2005, as pessoas norte-americanas com deficiência tinham duas vezes mais chance de serem inativas do que as demais. Esses fatores revelam a necessidade de atenção com as práticas de AF para essa população.

A inatividade física também pode estar relacionada com o funcionamento cardíaco, pois, considerando o fato de o coração responder com maior plasticidade em pessoas ativas e os mecanismos que conduzem à resposta oposta serem menos claros, um estudo foi realizado com o objetivo de investigar quais as dimensões do ventrículo esquerdo cardíaco em uma população fisicamente inativa de adultos com DI. Concluiu-se que as dimensões do ventrículo esquerdo são significativamente menores em adultos com deficiência intelectual em comparação com controles sem DI. Estas descobertas parecem ser relacionadas com as diferenças de estilo de vida que se manifestam na idade adulta, observando-se que adultos com deficiência intelectual em geral experimentam uma vida sedentária. Presumivelmente, a inatividade física leva a uma condição de atrofia cardíaca e essa condição é ainda maior em pessoas com SD, as quais necessitam de atendimento específico (VIS et. al, 2011).

Uma atenção especial deve ser dada no atendimento às pessoas com SD também devido a sua composição genética diferenciada, pois apresentam características específicas em seus organismos, entre as quais estão a reduzida

velocidade de crescimento estatural, baixa estatura final e crescimento puberal total mais curto e precoce, de acordo com o observado em estudos. Além disso, após o final da infância, ocorre prevalência de sobrepeso/obesidade (BRAVO-VALENZUELA et. al, 2011). Ainda, evidências científicas atuais indicam que as pessoas com SD têm uma taxa metabólica basal menor que seus pares (FREY et. al, 2008).

Lante et. al (2010) realizaram um estudo para comparar o gasto energético real com os valores indicados no compêndio da atividade física, o qual determina, de modo geral, quanta energia é gasta para cada atividade. Adultos com DI apresentaram um gasto energético significativamente maior do que os adultos sem DI em atividades de caminhadas e ao permanecerem sentados. Isso pode estar relacionado com a descoordenada e exagerada ação motora nos movimentos das pessoas com DI, ou então a um aumento do número de passos. É provável também, que eles tenham aptidão e capacidades físicas reduzidas, o que poderia causar maior gasto energético durante atividades da vida diária, pelo fato das pessoas com DI manifestarem predominantemente um estilo de vida sedentário (JENKINS et al., 2009). Estudos anteriores sugerem que esses indivíduos podem ser particularmente suscetíveis a perder funções básicas por causa do condicionamento físico pobre (CUESTA-VARGAS, 2011).

A aptidão física antigamente tinha relevância no autorrendimento. A função preventiva da AF tem originado uma nova compreensão do conceito de aptidão física. Novas tendências têm dado importância à aptidão física relacionada à saúde e ao desempenho motor, onde a avaliação se constitua como o elemento motivador para a promoção de programas que incentivem um estilo de vida ativo, ou ainda como um instrumento cognitivo para informar as pessoas sobre as implicações que a aptidão física e a AF regular têm para a saúde (MARQUES, 2008). Dessa forma, uma atenção especial deve ser dada para o controle e melhora da aptidão das pessoas com DI, por apresentarem menor aptidão física em relação às pessoas sem DI (LANTE, 2009). Marques (2008) fez um estudo com o objetivo de realizar uma avaliação da aptidão física relacionada à saúde e desempenho motor por meio dos testes da bateria do PROESP-BR, com sujeitos de 10 a 20 anos e validar normas de referência dos testes, criando um programa de avaliação contínuo para essa população específica, devido às características singulares das pessoas com SD que devem ser levadas em consideração ao realizarem testes de aptidão.

Além dos benefícios relacionados com a saúde física das pessoas com DI proporcionados pela AF, há os de ordem terapêutica. Carmeli (2009) salienta que grande parte das pessoas com DI apresentam ansiedade e muitos estudos mostram que a ansiedade está geralmente associada com baixos níveis de AF. Nesse contexto, a prática de AF pode reduzir o nível de ansiedade das pessoas com DI, o que proporciona uma melhor qualidade de vida e reduz os gastos com medicamentos que controlem a ansiedade.

Pessoas com DI participam com menor frequência em atividades relacionadas ao lazer do que o resto da sociedade (Williams & Dattilo, 1997), bem como a gama de atividades é muito mais limitada para eles (Beart et al., 2001). Suas atividades de lazer são mais solitárias e passivas na natureza (Buttimer & Tierney, 2005), sendo que as atividades nas quais se envolvem são, na sua maioria, com amigos que também têm uma deficiência (Hayden et al., 1996). Muitas pessoas com deficiência intelectual sofrem de tédio, solidão e ansiedade devido ao tempo livre não estruturado e a falta de habilidades e conhecimentos necessários para gerenciar a participação em atividades de lazer (Duvdevany & Arar, 2004).

No aspecto social, a atividade física e esportiva tem auxiliado pessoas com deficiência a não só adquirir autonomia e independência, como também resgatar sua autoestima, autoconfiança, as relações pessoais e seu equilíbrio emocional (OLIVEIRA; PERIM, 2009). Segundo Pedrinelli (1994), toda atividade deve conter desafios a todos as pessoas, permitir a participação de todos, respeitar suas limitações, promover autonomia e enfatizar o potencial no domínio motor. Dessa forma, ocorrerá a participação de todos de acordo com seus limites e capacidades. Nesse contexto, a AF pode contribuir de forma singular na qualidade de vida das pessoas com DI também através da sua inclusão na sociedade, o que possibilitará às demais pessoas reconhecerem suas potencialidades rompendo preconceitos e paradigmas originados culturalmente em relação às pessoas com DI, que os reconhecem como incapazes de ter uma vida normal, com qualidade e se relacionarem na sociedade (MARQUES, 2008).

No geral, observa-se que a AF contribui para as pessoas com DI no bem-estar, melhora a aptidão física e eleva o nível de habilidade obtido durante o exercício. Além disso, as atividades esportivas ajudam como mediadoras para aumentar a percepção de autoeficácia e competência social (HUTZLER &

KORSENSKY, 2010). Desse modo, é de total relevância o investimento em ações que promovam a prática de AF para essa população.

No instante em que se valoriza e aproveita as capacidades dos indivíduos, um dos principais meios de promover a mudança no estilo de vida dessa população é a atividade física e esportiva, a qual tem auxiliado crianças e jovens com deficiência a adquirir não só autonomia e independência, como também resgatar sua autoestima, autoconfiança, as relações pessoais e seu equilíbrio emocional. Mesmo aqueles com grande dificuldade intelectual podem praticar atividades físicas, sob orientação e condições adequadas (CIDADE E FREITAS, 2002, 2005).

“Na sua instintiva luta pela vida, o ser humano adapta-se e reformula-se, buscando outros valores a cada limitação que se apresenta. Isso acontece com todas as pessoas, independente das suas dificuldades” (MARQUES, 2008).

4.3 Barreiras e Facilitadores da Prática de Atividade Física

Com relação às práticas de atividade física, existem alguns fatores determinantes descritos como barreiras e facilitadores na aderência ou não aos programas de AF. Os facilitadores estão associados aos fatores positivos que propiciam condições favoráveis à prática de atividades físicas. Já as barreiras estão ligadas a fatores negativos que não propiciam condições favoráveis à prática de atividades físicas.

Neste sentido, estudos têm procurado entender, principalmente em países desenvolvidos, o porquê das pessoas estarem fisicamente ativas ou inativas. Com base nos achados, é possível contribuir para o planejamento de intervenções de saúde pública, porque os programas efetivos poderão atingir os fatores conhecidos como causa da inatividade. A compreensão de correlatos e determinantes, especialmente em países de baixa e média renda, poderia reduzir o efeito de futuras epidemias de inatividade e contribuir para a prevenção global eficaz de doenças não-transmissíveis (BAUMAN et al., 2012).

Os modelos ecológicos dão uma visão ampla de causalidade do comportamento de saúde, com o meio social e físico incluídos como contribuintes para a inatividade física, bem como aqueles fora do setor de saúde, como

planejamento urbano, sistemas de transporte, e os parques e trilhas. Novas áreas de pesquisa identificaram fatores genéticos que contribuem para a propensão a ser fisicamente ativo, fatores evolutivos e obesidade, que podem predispor à inatividade, e têm explorado o acompanhamento longitudinal de atividade física ao longo da vida (BAUMAN et al., 2012). A figura 1 mostra o modelo ecológico desenvolvido pelos autores.

Para Sallis (1995), as variáveis pessoais podem ser divididas em: biológicas (idade, sexo e obesidade); psicológicas (conhecimento, atitude, superar barreiras, tipo de personalidade, intenção, estresse percebido, medo de obesidade) e ambientais. Essas últimas ainda subdividem-se em: sociais (apoio dos pais, dos amigos, atividade física dos pais como modelo); e físicas (acesso a programas de atividade física, tempo gasto em atividades passivas, tempo que passa fora de casa, tipo de atividade desenvolvida nos fins de semana). Esses determinantes em algumas situações podem ser facilitadores do comportamento ativo, em outras podem ser percebidas como barreiras para a prática de atividade física (SALLIS & OWEN, 1999; SALLIS & PATE, 2001; BAUMAN et al., 2012).

Um estudo realizado em Curitiba com um total de 1.609 escolares (59,7% do gênero feminino), entre 14 e 18 anos de idade, reportou, por meio de um questionário, o nível de atividade física e as barreiras para a prática de atividades físicas. Entre as barreiras investigadas, apenas “não ter alguém para levar” não diferiu entre os gêneros. Para todas as outras, a percepção de barreiras foi maior entre as meninas. “Não ter a companhia dos amigos” e “ter preguiça” foram as barreiras mais reportadas pelos meninos e meninas, respectivamente; no entanto, a barreira mais fortemente associada com maior prevalência de níveis insuficientes de atividade física foi “preferir fazer outras coisas” para meninos e meninas (SANTOS et al., 2010).

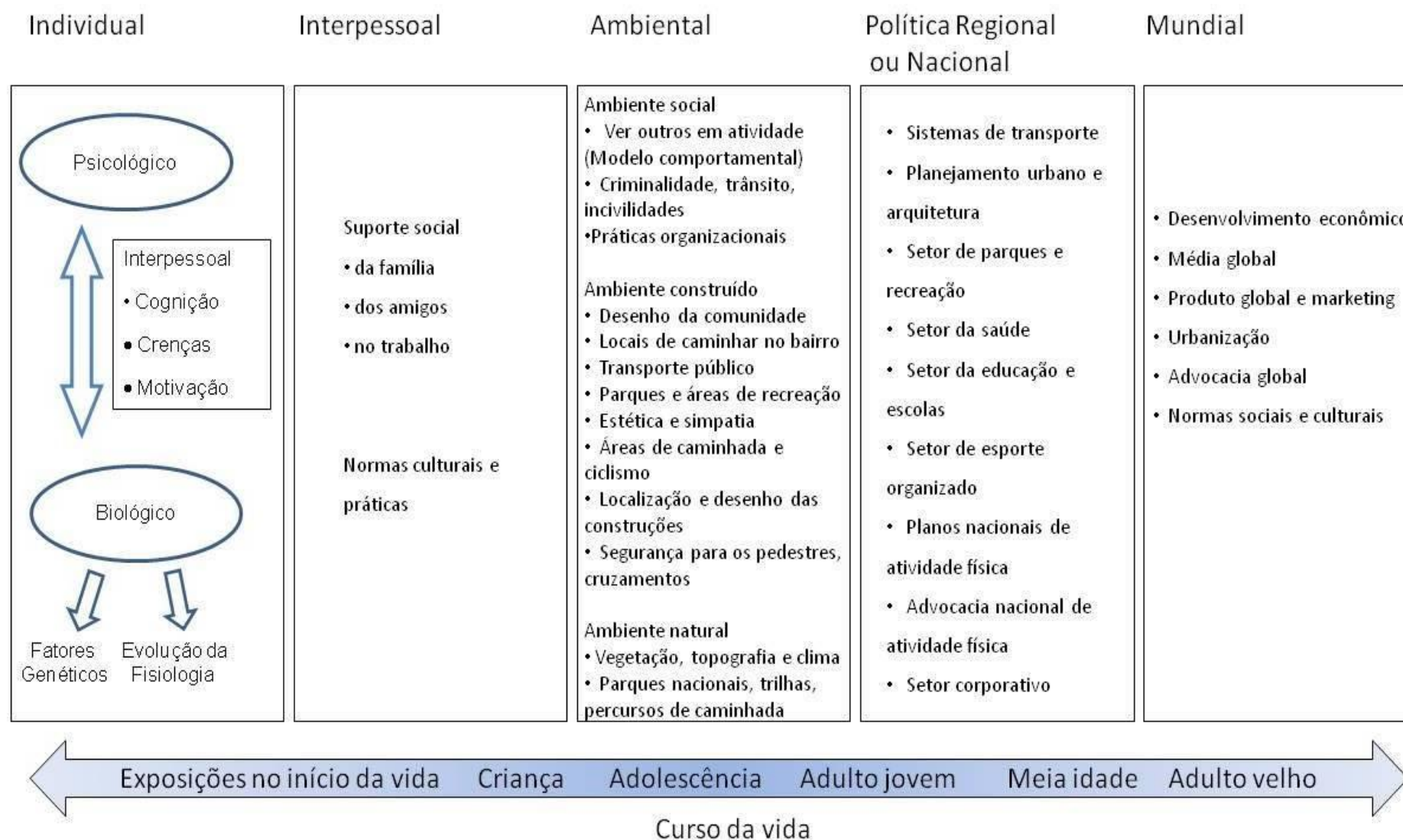


Figura 1: Modelo ecológico adaptado dos determinantes da atividade física (BAUMAN et al. 2012)

Ao serem estudados os adolescentes da cidade de Pelotas, verificou-se que as barreiras mais prevalentes à prática de atividades físicas entre os adolescentes foram os dias de chuva, seguida de preguiça/cansaço e falta de local adequado. Todas as meninas e 57% dos meninos que relataram seis ou mais barreiras à prática de atividades físicas eram sedentários. As barreiras “falta de tempo”, “preguiça/cansaço” e “dias de chuva” permaneceram associadas ao sedentarismo após ajuste para as variáveis sexo, idade, nível socioeconômico e escolaridade (COPETTI, 2009).

Um estudo populacional com pessoas a partir de 20 anos na cidade de Pelotas, mostrou que falta de dinheiro e se sentir cansado foram as barreiras mais frequentemente relatadas para a prática de atividade física entre a população. Na análise multivariada houve associação entre falta de tempo, não gostar de se exercitar, se sentir cansado, falta de companhia e falta de dinheiro com inatividade física (REICHERT et al., 2007).

Estudo posterior na mesma cidade mostrou que enquanto a atividade física no lazer aumenta com o aumento do status socioeconômico, o oposto foi observado na atividade física como forma de deslocamento. Pessoas que vivem em lugares próximos de áreas verdes mostraram-se mais propensos a serem ativos, assim como aqueles que reportaram viver em regiões seguras. A atividade física como forma de deslocamento foi maior entre aquelas pessoas que relataram morar próximas a locais com acúmulo de lixo e menor entre aqueles que vivem em locais onde o trânsito dificulta a caminhada e o uso da bicicleta. O suporte social associou-se fortemente com a atividade física no lazer. O estudo conclui que, no Brasil, são urgentes os investimentos em segurança, para que se provoque um efeito desejável no aumento do nível de atividade física em nível populacional. Construções agradáveis e espaços públicos seguros para a prática de atividade física devem ser priorizados, favorecendo a criação de novas redes sociais, tornando o estilo de vida ativo uma regra, e não uma exceção (AMORIM, 2008).

Adultos residentes em regiões de baixo nível econômico, no distrito de Ermelino Matarazzo, apresentaram associação com a atividade física no lazer: ser convidado por amigos/vizinhos para a prática, a presença de clubes a menos de dez minutos das residências caminhando e a ausência de bares a menos de dez minutos das residências caminhando. A segurança geral foi associada com a caminhada como deslocamento (FLORINDO et al., 2011).

Em uma população idosa, ao ser analisada a associação da percepção de ambiente com a prática de caminhada como forma de deslocamento, no distrito de Ermelino Matarazzo, foi concluído que a sensação de segurança durante a noite e a presença de campos de futebol para os homens e a presença de iluminação noturna pública para as mulheres tiveram associação significativa com a prática de 150 minutos por semana de caminhada como forma de deslocamento (SALVADOR et al., 2009).

4.3.1 Barreiras e Facilitadores da Prática de Atividade Física das Pessoas com Déficit Intelectual

Estudos sobre barreiras e facilitadores da prática de atividade física visam identificar formas para envolver mais a população com a prática de AF e melhorar, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas. A identificação desses facilitadores e barreiras na adoção e manutenção de um estilo de vida ativo, são importantes para a compreensão de fenômenos relacionados com a implementação de programas de promoção à saúde também das pessoas com deficiência (MARQUES, 2008). No entanto, pouco se sabe sobre esse tema (BODDE & SEO, 2009).

Em um estudo realizado por Rimmer (2005), foram encontradas 178 barreiras e 130 facilitadores para a prática de AF para pessoas com deficiência em estudo com grupos focais envolvendo profissionais relacionados com as pessoas com deficiência. Essas barreiras e facilitadores foram divididos em categorias, sendo elas as relacionadas com construções e ambientes naturais, custo, equipamentos, orientações, informação, aspecto emocional e psicológico, conhecimento dos profissionais, percepção e atitudes, políticas e disponibilidade de recurso.

Em um estudo de revisão sobre as barreiras e facilitadores da prática de atividade física nos momentos de lazer de crianças com deficiência, foi identificado que as barreiras incluem a falta de conhecimentos e habilidades, preferências da criança, o medo, o comportamento dos pais, as atitudes negativas da deficiência, instalações inadequadas, falta de transporte, programas e capacidade do pessoal e custos. Os facilitadores incluíram o desejo da criança de ser ativa, ter habilidades para praticar, o envolvimento de seus pares, apoio familiar, instalações acessíveis, a

proximidade da localização, boas oportunidades para a prática, pessoas especializadas e informações sobre a deficiência e prática de AF (SHIELDS et al., 2011).

Específico para as pessoas com DI, um estudo sobre os mesmo moldes, através de seis entrevistas de grupo focal com as seguintes populações: adultos com deficiência intelectual, trabalhadores de assistência direta, o grupo de supervisores da casa, gerentes e os pais, identificou três grandes temas que inibem ou promovem a AF: motivação para a participação, apoio social e apoio político e financeiro. A questão mais crítica foi a falta de políticas claras. Na lógica do desenvolvimento de uma política, seria necessária a formação e o apoio do pessoal (TEMPLE & WALKLEY, 2007).

Um estudo, que procurou compreender os preditores do baixo nível de AF em adultos com DI, identificou, baseado na caracterização dessas pessoas e no nível de AF, que as principais causas associadas com a baixa AF eram ter idade avançada, alguma imobilidade, epilepsia, falta de tempo oportuno, viver com o cuidador e incontinência fecal (FINLAYSON et al., 2009). Ao revisar a literatura, um estudo identificou que as principais barreiras para a prática de AF das pessoas com DI estão relacionadas com o transporte, questões financeiras, falta de opções, suporte negativo de responsáveis, professores, comunidade e a falta de políticas claras que implementem a prática de AF para essa população (BODDE & SEO, 2009).

O apoio social, mesmo parecendo barreira comum para todos, para pessoas com DI muitas vezes assume uma forma diferente. Pode requerer ajuda concreta para facilitar a participação em AF, tais como planejamento e transporte, e não simplesmente o incentivo ou companheirismo. Para aqueles adultos com DI que não têm capacidade de leitura, o apoio social pode ser necessário até mesmo para tomar conhecimento das opções disponíveis para AF, pois podem não ter consciência das opções que existem. Assim, enquanto apoio e encorajamento de outros ajuda a reforçar a participação em AF na população em geral, parece ser um fator essencial para adultos com DI serem capazes de participar em AF. Além disso, a falta de incentivo pode ser uma barreira para ambas populações, mas o desânimo dos outros é uma barreira percebida exclusivamente para adultos com DI. O próprio controle sobre as escolhas das atividades não está sempre disponível para as pessoas com DI, mas, sim, de seus responsáveis (BODDE & SEO, 2009).

Os estudos encontrados descrevem, quase na totalidade, a realidade de países desenvolvidos. São poucos os estudos realizados em países em desenvolvimento como o Brasil. Países desenvolvidos estabeleceram várias iniciativas nacionais para abordar as necessidades de saúde deste segmento da população. No entanto, a maioria das pessoas com DI reside em países com economias em desenvolvimento, como muitos países latino-americanos, onde ainda não há informações consistentes sobre a saúde de pessoas com DI. Países com economias em desenvolvimento enfrentam desafios distintos na promoção da saúde dessa população, que podem impedir a adoção ou adaptação das políticas e práticas desenvolvidas em regiões com economias estabelecidas (FREY & TEMPLE, 2008). Esse fato acaba deixando a desejar sobre a realidade e o foco de atenção que deve ser dado no investimento em programas de AF para pessoas com DI nesses países. Como afirma Marques (2008), a cultura brasileira ainda não permite que as pessoas com DI sejam reconhecidas pelas suas potencialidades e, nesse contexto, as barreiras mais comuns para o desenvolvimento de um estilo de vida ativo dessas pessoas estão relacionadas com o preconceito, qualificação profissional, informação à família sobre os benefícios da atividade física e acolhimento social.

A oportunidade de participarem de programas de promoção da saúde, de frequentarem escolas regulares e vivenciarem ativamente o contexto social, podem ser facilitadores no processo de aderência a programas de atividades físicas (BALIC et al., 2000; RIMMER, 2005). Um forte apoio social da família, amigos e funcionários de academias e ambientes de prática de AF é realmente um dos melhores preditores de participação em AF regulares (BROWNSON et. al, 2003). Admite-se, nos dias de hoje, que a promoção do estilo de vida ativo é de interesse geral, compreendendo interesses governamentais (saúde pública) e individuais (bem-estar pessoal). Compete ao profissional da saúde, incluindo o da Educação Física, desenvolver métodos que oportunizem e incentivem a inclusão da prática de atividades físicas na rotina dos indivíduos, independentemente de sexo, idade, necessidades pessoais ou deficiências (CASANOVA, 1991; BUENO & RESA, 1995; CÓRDOBA GARCÍA et.al, 2001).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Modelo do Estudo

Em razão da natureza dos dados que se coletou neste estudo, pela representatividade da amostra e por investigar condições relacionadas à saúde, esta pesquisa caracteriza-se como um estudo epidemiológico transversal (THOMAZ & NELSON, 2007).

5.2 População e Amostra

O presente estudo tem como população alvo pessoas com déficit intelectual, maiores de seis anos que frequentam as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs) no estado do RS. A seleção da amostra foi não probabilística intencional (GAYA, 2008), pois oportunizou-se a participação de todas as pessoas com déficit intelectual maiores de seis anos que frequentam as APAEs no estado do RS.

5.3 Critérios de Inclusão

- Ser diagnosticado com DI;
- Ter mais que seis anos de idade;
- Estar matriculado em uma APAE-RS.

5.4 Perdas e recusas

- Quem não quis participar do estudo;
- Quem não respondeu o instrumento de avaliação.
- Quem não preencheu a data de nascimento nos dados de identificação.

5.5 Federação das APAES

De acordo com o Estatuto da Federação das APAES do Estado (2013), a Federação das APAES é uma associação civil, filantrópica, de caráter educacional, cultural, assistencial, de saúde, de estudo e pesquisa, desportivo e outros, sem fins lucrativos, com duração indeterminada, congregando, como filiadas, as APAEs e outras entidades análogas, tendo sede e foro na capital do Estado. O objetivo da Federação é agir em prol do pleno desenvolvimento das pessoas com deficiência

5.6 Procedimentos para Coleta de Dados

Para a coleta dos dados, foi feito um contato inicial com a Federação das APAES do RS (FEAPAES-RS). A presidenta autorizou o estudo disponibilizando uma carta de anuência. Com o apoio da FEAPAES-RS foram contatados os conselhos que estão distribuídos pelo estado. Através dos conselheiros, a pesquisa chegou a todas as APAES, onde cada APAE ficou responsável por enviar uma relação com o número de alunos maiores de seis anos matriculados em sua entidade.

Partindo das listas recebidas, foram enviados pelo correio a quantidade necessária de instrumentos para cada uma das APAEs. Em razão de viagens pessoais da pesquisadora, foram visitadas algumas entidades e os questionários entregues pessoalmente. No total, foram distribuídos 5000 questionários.

5.7 Coleta de Dados

Após recebimento dos instrumentos, as instituições encaminharam aos pais e responsáveis o questionário a ser preenchido, fornecendo todas as instruções para o seu preenchimento. Junto ao questionário, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido para cada responsável assinar. As instituições ficaram encarregadas de recolher e encaminhar os instrumentos para o pesquisador via correio.

5.8 Instrumento

Como instrumento de pesquisa, foi utilizado um questionário construído e adaptado com instrumentos já validados para avaliação do perfil do estilo de vida (MARQUES, 2008). A condição financeira foi estimada através do poder de compra, sendo que as pessoas foram categorizadas em quatro níveis de acordo com as condições. A percepção dos responsáveis pelas pessoas com déficit intelectual sobre as barreiras e facilitadores para prática de AF foi verificada através de instrumento criado a partir de consulta a outros já utilizados (SANTOS et al, 2010a; SANTOS et al, 2010b; RIMMER, 2004; SILVA et al, 2009; REICHERT et al, 2007; PHILLIPS et al, 2009; MAHY et al, 2010; SHIELDS et al, 2011).

No instrumento constam as seguintes dimensões: barreiras e facilitadores da prática de AF nos aspectos pessoais, ambientais e sociais; dados de identificação (data de nascimento, estatura, massa corporal, sexo, cor da pele e cidade); dados familiares (situação conjugal: se o motivo da separação foi pelo nascimento do filho com deficiência; número de filhos; se possuem outro filho com deficiência; idade e escolaridade dos pais; pais vivos ou não; quantidade de bens); informações educacionais (qual etapa se encontra na APAE, frequenta escola comum, sabe ler e escrever, participa das aulas de educação física, quais atividades pratica) informações sobre a deficiência (qual deficiência e se possui doenças associadas à deficiência); atividades da vida diária (nível de desenvolvimento das atividades, qual a mais realizada no tempo livre, tempo de exposição a comportamentos sedentários), atividade física habitual e prática de esporte e identificação de quem respondeu o questionário (parentesco, idade, sexo, telefone) (Apêndice A).

5.9 Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto para verificar a reprodutibilidade do questionário na APAE de Pelotas – RS, com um intervalo de 10 dias entre as coletas. Os resultados foram classificados como barreiras ou facilitadores de acordo com a prevalência dos resultados e os valores intermediários foram distribuídos nos mais prevalentes. A análise de reprodutibilidade foi feita através do teste Kappa.

Algumas alterações foram feitas no instrumento para facilitar o entendimento, no entanto, os resultados do piloto foram satisfatórios, conforme mostra a tabela 1:

Tabela1: Reprodutibilidade do instrumento em percentual por questão

Aspectos	%*
Aspectos pessoais	
Ele gosta e tem prazer em praticar atividades físicas?	61,5
Se sente capaz de praticar atividade física?	73,1
Possui dinheiro para praticar atividade física que tenha algum custo?	76,9
A timidez o impede de praticar atividade física?	76,9
Sente preguiça de praticar atividade física?	65,4
Possui experiências negativas em relação à prática de atividade física	69,2
Prefere outras atividades ao invés de atividade física?	73,1
Tem medo de se machucar praticando atividade física?	57,7
Possui tempo livre para praticar atividade física?	65,4
Possui alguma doença que o impeça de praticar atividade física?	84,6
Possui limitações físicas/ motoras para a prática de atividade física?	57,7
Aspectos ambientais	
Há locais disponíveis próximos de casa para a prática de atividade física?	80,8
Se existem locais disponíveis, eles são acessíveis para a prática?	57,7
A comunidade o acolhe de forma adequada?	73,1
Os profissionais de educação física são preparados para atendê-lo?	57,7
Existem projetos sociais de atividade física próximos a sua casa?	76,9
O clima da região favorece a prática de atividade física?	53,8
O ambiente ao redor de sua casa é seguro?	65,4
Aspectos sociais	
A família acha importante a prática de atividade física?	92,3
Os pais acham a atividade física importante para manter a aparência?	69,2
Os pais acham a atividade física importante para a saúde?	92,3
Os pais possuem tempo para acompanhar o filho em atividades físicas?	80,8
Os pais ficam constrangidos com o filho praticando atividade física?	92,3
Alguém que mora na mesma casa pratica atividade física?	84,6
Possui companhia dos parentes para praticar atividade física?	76,9
Possui companhia de amigos para praticar atividade física?	65,4
Tem apoio das pessoas próximas para praticar atividade física?	65,4
Algum profissional já recomendou a prática de atividade física?	80,8

*Kappa

5.10 Análise de Dados

Após o recolhimento dos questionários, os dados foram digitados no software Statistical Package for the Social Sciences 17.0 (SPSS).

As barreiras e facilitadores foram identificados através da percepção dos responsáveis se o fator influencia sempre (1), influencia às vezes (2) ou não influencia (3) na prática de AF. De acordo com a prevalência nas questões 1 ou 3, os fatores foram definidos como barreiras ou facilitadores e, os que responderam 2, foram unidos ao fator prevalente.

Na análise de dados foram empregados recursos da estatística descritiva: distribuição de frequências, cálculo de medidas de tendência central (média), de dispersão (amplitude de variação, desvio padrão) e representação gráfica dos dados.

Para verificar as associações entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste do qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

5.11 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física e aprovado sob protocolo 002/2012 (Anexo A).

Após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, foi obtido o consentimento informado dos entrevistados para a realização do estudo e foi garantido o sigilo das informações quanto aos seus respondentes.

5.12 Limitações do Estudo

Admitem-se para este estudo as seguintes limitações:

a) Utilização de questionários como instrumento de pesquisa: sabe-se que em pesquisas deste gênero (levantamentos populacionais) utiliza-se com frequência este instrumento de pesquisa. Há, no entanto, limitações devido à falta de controle sobre o respondente e quanto ao grau de veracidade das respostas.

No presente estudo, pode ter havido influência quanto ao nível intelectual dos respondentes, pois se observa que a maioria apresenta baixo nível de escolaridade e que algumas questões podem ter sido mal interpretadas, como a prática de atividade física no tempo livre pode ter sido confundida com a prática na escola e, dessa forma, superestimando os resultados.

O tempo de prática também pode ter sido superestimado, pois um número relevante de pessoas indicou o tempo de atividade física superior ao previsto quando comparados com as outras atividades realizadas no tempo livre. Entre elas, a principal foi assistir televisão.

Quanto ao nível de desenvolvimento das atividades de vida diária, acredita-se que os pais que responderam que os filhos conseguem realizar com dificuldade as atividades, estão de certa forma superprotegendo os filhos, pois eles em algum momento devem ter conseguido realizar, no entanto, não conseguem fazer as atividades com autonomia.

6. RESULTADOS

6.1. Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 1191 pessoas com déficit intelectual representadas no estudo pelos seus responsáveis. De acordo com o levantamento feito nas APAEs, o número de pessoas inseridas no ano de 2012 era de aproximadamente 17.000, todavia, foram enviados instrumentos para 5.000 pessoas, pois foi o retorno que as APAES deram em relação ao número de alunos que cada uma possui.

Na caracterização da amostra do estudo, observa-se que houve predomínio de pessoas do sexo masculino, com idades entre 11 e 19 anos, cor da pele branca e a maioria das pessoas com deficiência não possui doença associada à deficiência. Grande parte se encontra inserida em um ambiente familiar com presença do pai e da mãe e com média de 3,5 filhos por família. Foi investigada a presença de vários bens domésticos no domicílio. Um escore contínuo de nível socioeconômico foi então gerado por meio de análise de componentes principais, tendo sido extraído o primeiro fator. O escore contínuo foi então dividido em quartis, sendo o primeiro quartil aquele de menor nível socioeconômico e o último quartil aquele de maior nível socioeconômico. Observa-se que a amostra ficou dividida de forma simétrica nos quartis. Alguns apresentam deficiências além do DI, entre as quais

prevaleceram pessoas com Síndrome de Down, Paralisia Cerebral e Autismo. O nascimento do filho com deficiência causou a separação de alguns pais e poucos casais possuem mais que um filho com deficiência. Eles participam das aulas de Educação Física da APAE ou escola comum, no entanto são poucos os alunos inseridos em escolas regulares e a grande maioria não sabe ler e escrever. Estes dados podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2: Caracterização da amostra

Variável	N = 1191	%
Sexo		
Masculino	659	55,3
Feminino	530	44,5
Não respondeu	02	0,2
Idade		
07 - 10	180	15,1
11 - 19	538	45,2
20 – 30	279	23,4
31 – 40	108	9,1
>40	86	7,2
Poder de compra		
Alto /maior	298	25
Bom	302	25,4
Razoável	297	24,9
Baixo /menor	294	24,7
Tipo de deficiência		
Somente DI	709	59,5
Síndrome de Down	177	14,9
DI e Paralisia Cerebral	148	12,4
DI e Autismo	42	3,5
DI e Outros	115	9,7
Cor da pele		
Branca	957	80,4
Não branca	204	17,1
Não respondeu	30	2,5
Situação conjugal dos pais		
Casados ou vivem juntos	669	56,2
Separados	280	23,5
Viúvo (a)	171	14,4
Ambos falecidos	36	3,0
Não respondeu	35	2,9
O nascimento do filho com deficiência interferiu na separação do casal		
Sim	64	22,9
Não	208	74,3

Não respondeu	08	2,8
Outro filho com deficiência		
Sim	169	14,2
Não	987	82,9
Não respondeu	35	2,9
Possui doença associada à deficiência		
Sim	492	41,4
Não	698	58,7
Participa das aulas de EF		
Sim	1037	87,1
Não	114	9,6
Não respondeu	40	3,4
Sabe ler e escrever		
Sim	221	18,6
Não	880	73,9
Não respondeu	90	7,6
Além da APAE frequenta escola comum		
Sim	156	13,1
Não	990	83,1
Não respondeu	45	3,8

6.2. Estilo de Vida e Prática de Atividade Física

Quanto ao grau de independência para realizar as atividades de vida diárias (AVDs), observa-se que grande parte das pessoas com deficiência consegue realizá-las sem dificuldade, conforme o gráfico 1:

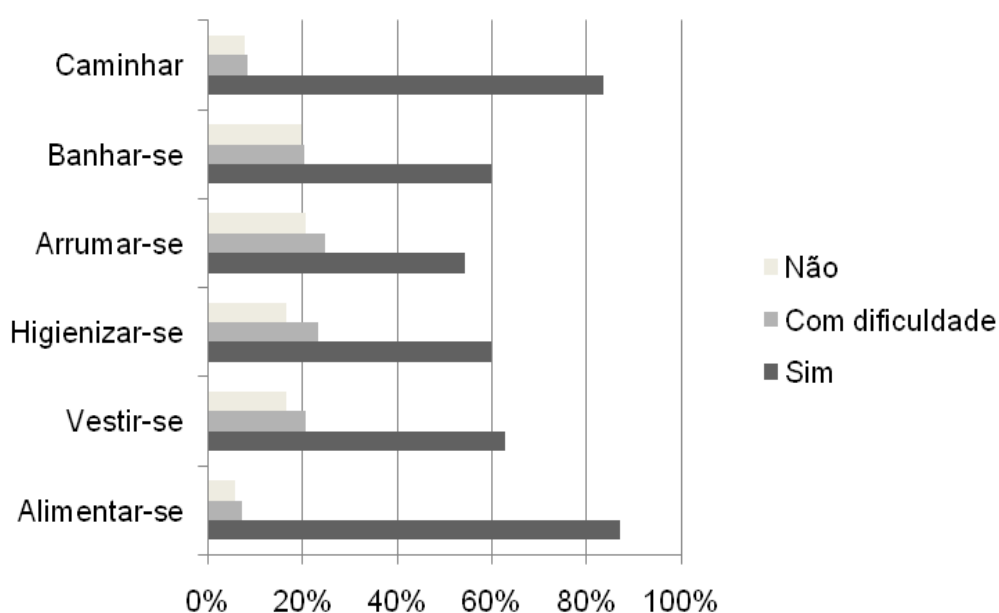


Gráfico 1: Nível de desenvolvimento das AVDs

Em relação às atividades realizadas no tempo livre, observou-se que as preferidas são atividades com pouco gasto energético, como assistir TV, seguido de escutar música, sendo que as pessoas na faixa etária entre 20 e 30 são as que mais preferem escutar música em relação a assistir TV e que as mulheres têm maior preferência por assistir TV do que os homens, conforme mostram as tabelas 3 e 4.

Tabela 3: Atividades mais realizadas pelos homens no tempo livre por faixa etária

Homens Atividades no tempo livre	Faixa Etária					Total n=660
	7 - 10	11-19	20-30	31-40	>40	
Assistir TV	53(43,4)	134(44,5)	55(35,3)	18(36,7)	10(31,3)	270(40,9)
Ir ao cinema	2(1,6)	7(2,3)	1(0,6)	2(4,1)	1(3,1)	13 (2,0)
Escutar música	26(21,3)	86(28,6)	69(44,2)	15(30,6)	15(46,9)	211(32,0)
Conviver com amigos	20(16,4)	38(12,6)	11(7,1)	7(14,3)	3(9,4)	79(11,7)
Ler ou desenhar	6(4,9)	7(2,3)	4(2,6)	1(2,0)	1(3,1)	19(2,9)
Passear com amigos ou família	15(12,3)	23(7,6)	15(9,6)	6(12,2)	2(6,3)	61(9,2)
Videogame	0(0)	6(2,0)	1(0,6)	0(0)	0(0)	7(1,0)

Tabela 4: Atividades mais realizadas pelos homens no tempo livre por faixa etária

Mulheres Atividades no tempo livre	Faixa Etária					Total n= 531
	7 - 10	11-19	20-30	31-40	>40	
Assistir TV	29(50)	96(40,5)	49(39,8)	26(44,1)	23(42,6)	223(42,0)
Ir ao cinema	2(3,4)	12(5,1)	3(2,4)	2(3,4)	1(1,9)	20(3,8)
Escutar música	16(27,6)	81(34,2)	48(39,0)	21(35,6)	15(27,8)	181(34,1)
Conviver com amigos	3(5,2)	11(4,6)	7(5,7)	6(10,2)	7(13,0)	34(6,4)
Ler ou desenhar	4(6,9)	18(7,6)	7(5,7)	2(3,4)	1(1,9)	32(6,0)
Passear com amigos ou família	4(6,9)	18(7,6)	9(7,3)	2(3,4)	7(13,0)	40(7,5)
Videogame	0(0)	1(0,4)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0,2)

Quanto ao tempo de exposição à TV e ao computador, observa-se que há predomínio de pessoas que ficam mais que três horas envolvidas nessas atividades, a não ser a mulheres com o tempo de exposição ao computador, pois a maioria fica no máximo até três horas utilizando o computador diariamente, conforme pode ser observado no gráfico 2:

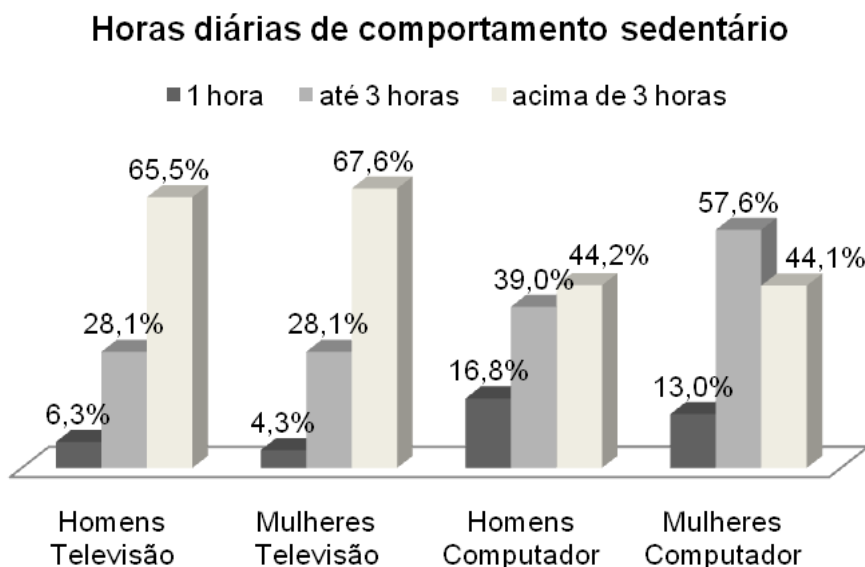


Gráfico 2: Tempo diário de exposição à televisão e ao computador por sexo.

Quando questionados se os filhos praticam AF no tempo livre, 55,5% (n=649) afirmam que sim. As AFs mais praticadas foram a caminhada, a qual é praticada por 52,7% (n=342), andar de bicicleta por 35,6% (n=231), futebol por 31,3% (n=203) e dança por 24,3% (n=158), sendo que alguns praticam mais de uma atividade. Observa-se que os homens são mais ativos que as mulheres. Identifica-se também que meninos, na faixa etária entre sete e 19 anos, são os que mais praticam atividade física no momento livre, porém, essa análise pode ter sido interferida pelo tamanho da amostra em cada faixa etária. Verificaram-se associações estatísticas significativas quando comparado AF X sexo, conforme mostra a tabela 5.

Tabela 5: Pessoas que praticam AF X sexo por faixa etária

Faixa etária	Praticar atividade física no tempo livre				Total	p*
	Homens		Mulheres			
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)		
07 - 10	79 (65,3)	42 (34,7)	36 (63,2)	21 (36,8)	178	0,781
11 - 19	194 (65,1)	104 (34,9)	126 (53,6)	109 (46,4)	534	0,007
20 - 30	71 (47,7)	81 (52,3)	56 (46,7)	64 (53,3)	276	0,859
31 - 40	23 (46,9)	26 (53,1)	24 (40,7)	35 (59,3)	108	0,514
> 40	15 (46,9)	17 (53,1)	21 (39,6)	32 (60,4)	85	0,512
Total	382 (58,6)	270 (41,4)	263 (50,2)	261 (49,8)	1181	0,003

*Teste do qui-quadrado de Pearson

Quando verificado o tempo que cada um pratica essas atividades, observa-se que apenas 24% (n=286) alcançam as recomendações exigidas pela Organização Mundial da Saúde, que são de 300 minutos semanais para jovens até 18 anos e 150 para pessoas maiores de 18 (WHO, 2010)

Quando verificada a prática de atividade física pelas pessoas de acordo com a deficiência além do DI, observa-se que os homens são mais ativos que as mulheres e que, entre as deficiências, quem mais pratica são as pessoas que apresentam Síndrome de Down, conforme a tabela 6:

Tabela 6: Prática de AF por sexo e deficiência.

Tipo de Deficiência	Masculino		Feminino	
	Sim (N - %)	Não (N - %)	Sim (N - %)	Não (N - %)
Déficit Intelectual	248 (64,2)	157 (58,1)	149 (56,7)	150 (57,3)
Síndrome de Down	46 (11,9)	36 (13,3)	52 (19,8)	39 (14,9)
DI e Autismo	16 (4,1)	17 (6,3)	5 (1,9)	4 (1,5)
DI e Paralisia Cerebral	35 (9,1)	41 (15,2)	33 (12,5)	39 (14,9)
DI e outros	41 (10,6)	19 (7,0)	24 (9,1)	30 (11,5)
Total	386 (100)	270 (100)	263 (100)	262 (100)

Ainda relacionado com a prática de AF, observou-se que existe uma associação estatisticamente significativa (Qui-quadrado, onde $p < 0,02$) entre ter Paralisia Cerebral e idade entre 07 e 10 anos, no sexo masculino, e ser menos ativo. Nas idades entre 11 e 19, há uma associação significativamente estatística em ser

menino e atingir as recomendações (300 min/semana) para um $p=0,000$. Identificou-se que as pessoas com alto poder de compra são as que menos praticam AF e os que mais praticam são os com poder razoável de compra.

6.3. Percepção de Barreiras e Facilitadores para a Prática de Atividade Física

Com relação à percepção de barreiras e facilitadores para a prática de AF no tempo livre, foi feita uma tabela de contingência entre as faixas etárias e as variáveis em cada aspecto. As opções foram caracterizadas como facilitadores ou barreiras de acordo com a prevalência das respostas, dessa forma, obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 7: Percepção dos responsáveis sobre as barreiras e facilitadores da prática de AF no tempo livre em cada aspecto no total e por faixa etária

ASPECTOS	Faixa etária					
	Total	07-10	11-19	20-30	30-40	> 40
PESSOAIS						
Gosta e tem prazer em realizar AFs	F	F	F	F	F	F
É capaz de praticar AF	F	F	F	F	F	B
Possui dinheiro para praticar AF	B	B	B	B	B	B
A timidez impede de praticar AF	F	F	F	F	F	F
Sente preguiça de praticar AF	F	F	F	F	F	F
Possui experiências negativas com AFs	F	F	F	F	F	F
Prefere outras atividades	B	F	B	B	B	B
Tem medo de se machucar praticando AF	F	F	F	F	F	F
Possui tempo livre para praticar AF	F	F	F	F	F	F
AMBIENTAIS						
Há locais disponíveis próximos de casa	F	F	F	B	B	F
Os locais são acessíveis	F	F	F	F	B	F
A comunidade o acolhe de forma adequada	F	F	F	F	F	F
Os profissionais são preparados	F	F	F	F	F	F
Há projetos sociais de AF próximos de casa	B	B	B	B	B	B
O clima da região favorece a prática de AF	F	F	F	F	F	F
O ambiente ao redor de casa é seguro	F	F	F	F	F	F
SOCIAIS						
A família acha importante a prática de AF	F	F	F	F	F	F

Os pais possuem tempo para acompanhar o filho em AFs	F	F	F	F	F	F
Os pais ficam constrangidos com o filho praticando AF	F	F	F	F	F	F
Alguém que mora na mesma casa pratica	F	F	F	F	F	F
Possui companhia de parentes e amigos	B	F	B	B	F	B
Tem apoio das pessoas próximas	F	F	F	F	F	F

B= Barreira para a prática de AF; F= Facilitador para a prática de AF.

Nos aspectos pessoais, observa-se que as principais barreiras para a prática de AF estão relacionadas com a falta de dinheiro e a preferência por outras atividades, entretanto, nas crianças, é possível notar a preferência por AF em relação a outras. No grupo acima de 40 anos, percebe-se que o fato de não se sentirem capazes de praticar AF é uma barreira, bem como possuírem menos tempo livre para a prática.

Com relação aos aspectos ambientais, nota-se que a principal barreira é a ausência de projetos sociais próximos de casa. Já as pessoas entre 20 e 40 anos relataram que a falta de locais para a prática de AF também é um fator dificultador. Para os responsáveis pelas pessoas entre 20 e 30, que percebem a presença de locais disponíveis próximos de casa, destacam que eles não são acessíveis.

Quanto aos aspectos ambientais, a falta de companhia é o principal fator identificado como barreira para a prática de AF, a não ser para as pessoas com idades entre 07 e 10 anos, bem como para os que têm entre 30 e 40 anos.

6.4. Relação entre a Percepção de Barreiras e Facilitadores e a Prática de Atividade Física

Ao relacionar os aspectos pessoais definidos como barreiras ou facilitadores com a prática de AF, observou-se uma associação significativa entre gostar e praticar AF nos homens com idades de 07-10 anos e acima de 40 anos. O fato de sentir-se capaz de praticar está associado com a prática nos homens a partir de 11 anos e nas mulheres a partir de 20 anos. Falta de dinheiro para praticar AF que envolva gastos e a prática de AF somente foi significativo nas mulheres de 31 a 40 anos, o que indica que para elas o fato de não possuir dinheiro não é barreira para a prática de AF. Não possuir timidez está associado com a prática de AF nas mulheres

de 07 a 10 anos e acima de 40, bem como nos homens de 31 a 40 anos. Não ter experiência negativa está associado com a prática de AF nas mulheres entre 20 e 30 anos. Não preferir outras atividades está associado com a prática de AF nos homens entre 31 e 40 anos. Ter tempo livre está associado com a prática nas mulheres acima de 40 anos. Ter preguiça ou medo de se machucar não apresentaram associações significativas com o fato de praticar AF. A tabela 8 mostra as associações entre a prática de AF e a percepção de cada aspecto pessoal como facilitador por sexo e faixa etária.

Tabela 8: Prática de AF pela percepção de cada aspecto pessoal como facilitador por sexo e faixa etária

Aspectos Pessoais	Faixa etária									
	07-10 anos		11-19 anos		20-30 anos		31-40 anos		>40 anos	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*
Gosta de AF	77(68,1) 0,001	34(65,6) 0,261	184(66,4) 0,156	121(54,8) 0,166	67(48,9) 0,424	50(48,1) 0,430	18(42,9) 0,274	17(35,4) 0,086	14(60,9) 0,011	18(41,9) 0,635
É capaz de praticar AF	74(64,3) 0,473	34(61,8) 0,272	169(62,8) 0,020	122(54,2) 0,218	75(51,7) 0,001	56(50,0) 0,006	23(54,8) 0,12	24(49,0) 0,006	15(83,3) 0,000	21956,8) 0,000
Possui dinheiro para AF	12(70,6) 0,618	5(62,5) 0,961	41(58,6) 0,192	27(45,8) 0,209	13(39,4) 0,337	12(44,4) 0,919	2(22,2) 0,116	1(7,7) 0,005	3(60,0) 0,522	3(21,4) 0,099
Timidez impede de praticar AF	28(59,6) 0,344	13(48,1) 0,019	71(60,7) 0,224	53(58,2) 0,337	33(55,9) 0,209	18(45,0) 0,754	13(72,2) 0,004	10(38,5) 0,610	5(45,5) 0,907	11(61,1) 0,014
Sente preguiça de praticar AF	33(56,9) 0,082	19(57,6) 0,132	90 (60,8) 0,263	65(50,0) 0,126	41(48,2)0, 892	34 (47,9) 0,551	13(50,0) 0,626	14(41,2) 0,778	8(40,0) 0,314	13(40,6) 0,964
Experiências negativas com AF	10(71,4) 0,839	12(63,2) 0,957	37(67,3) 0,655	29(54,7) 0,880	18(54,5) 0,278	7(26,9) 0,020	4(66,7) 0,261	7(50,0) 0,397	49(40,0) 0,519	5(38,5) 0,923
Prefere outras atividades	51(73,9) 0,019	19(70,4) 0,308	69(64,5) 0,706	47(52,8) 0,702	25(41,0) 0,279	23(46,9) 0,943	13(72,2) 0,011	13(50,0) 0,206	6(40,0) 0,464	9(37,5) 0,813
Tem medo de se machucar na AF	24(54,5) 0,105	14(56,0) 0,245	74(60,2) 0,115	53(58,9) 0,227	46(52,9) 0,172	24(47,1) 0,863	13(48,1) 0,831	15(42,9) 0,778	5(33,3) 0,200	12(40,0) 0,939
Tempo livre para praticar AF	67(62,6) 0,113	27(58,7) 0,243	174(65,4) 0,569	117(52,2) 0,265	69(48,6) 0,599	52(47,3) 0,820	18(46,2) 0,795	22(40,7) 0,794	14(48,3) 0,185	15(34,9) 0,024

*Qui-quadrado de Pearson

Nos aspectos ambientais, o fato de haver locais disponíveis para a prática está associado com a prática de AF, todavia, para as pessoas entre 20 e 40 que percebiam falta de locais disponíveis não houve associação, confirmando assim que a falta de locais é barreira para a prática de AF. Os locais disponíveis serem acessíveis está associado com a prática de AF para as mulheres a partir de 40 anos. A comunidade acolher as pessoas com DI está associada com a prática somente

para as mulheres entre 11 e 19 anos. Os profissionais serem preparados para atendê-los está associado com as mulheres nas idades entre 11 e 19 anos e a partir dos 40 anos. A barreira de não haver projetos sociais próximos de casa não interfere na prática somente dos homens entre 20 e 30 anos. O ambiente ao redor de casa ser seguro está associado com a prática nas mulheres entre 31 e 40 anos. O clima não mostrou associação entre a prática ou não de AF. A tabela 9 mostra as associações entre a prática de AF e a percepção de cada aspecto ambiental como facilitador por sexo e faixa etária:

Tabela 9: Prática de AF pela percepção de cada aspecto ambiental como facilitador por sexo e faixa etária

Aspectos	Faixa etária									
	07-10 anos		11-19 anos		20-30 anos		31-40 anos		>40 anos	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*
Há locais próximos de casa	48(71,6) 0,112	21(65,6) 0,662	113(68,1) 0,217	76(61,3) 0,010	30(49,2) 0,820	26(46,4) 0,912	10(50,0) 0,624	11(44,0) 0,724	9(56,3) 0,288	7(28,0) 0,061
Os locais são acessíveis	50(70,4) 0,079	22(68,8) 0,682	111(63,8) 0,481	75(56,4) 0,533	36(54,5) 0,383	30(50,0) 0,260	11(55,0) 0,246	9(39,1) 0,445	8(53,3) 0,705	5(19,2) 0,001
A comunidade o acolhe	59(66,3) 0,343	28(65,1) 0,666	152(64,1) 0,321	100(51,3) 0,033	56(41,7) 0,337	46(44,2) 0,339	16(43,2) 0,498	18(38,3) 0,335	10(45,5) 0,430	6(18,2) 0,000
Os profissionais são preparados	55(64,7) 0,842	29(65,9) 0,483	147(63,4) 0,097	78(47,6) 0,003	57(48,3) 0,508	40(44,0) 0,499	13(40,6) 0,293	19(39,6) 0,112	11(45,8) 0,877	12(31,6) 0,055
Há projetos sociais de AF	12(60) 0,588	7(63,3) 1,000	46(61,3) 0,462	26(57,8) 0,544	10(32,3) 0,036	7(46,7) 0,896	5(50,0) 0,876	3(33,3) 0,655	1(33,3) 0,713	1(25,0) 0,533
O clima favorece a prática de AF	72(66,1) 0,358	32(62,7) 0,891	164(63,6) 0,229	113 (55,4) 0,629	68(48,9) 0,939	49(51,6) 0,216	18(43,9) 0,516	21(42,0) 0,966	12(52,2) 0,119	14(35,0) 0,595
O ambiente é seguro	63(63) 0,180	31(66,0) 0,551	164(65,3) 0,633	108(54,0) 0,954	66(49,6) 0,680	49(46,7) 0,619	15(40,5) 0,272	15(34,1) 0,015	12(48,0) 0,941	14(33,3) 0,119

*Qui-quadrado de Pearson

Quanto aos aspectos sociais, os pais acharem importante a prática de AF, ter tempo para acompanhar os filhos ou ter apoio de pessoas próximas não interferem com associação significativa na prática de AF. O fato de os pais não ficarem constrangidos com os filhos está associado nas mulheres entre 11 e 19 anos e nas de 31 a 40. Algum familiar praticar AF na mesma casa foi associado com a prática de AF nas meninas entre 10 e 19 anos. Possuir companhia de parentes ou amigos para praticar está associado com a prática de AF entre as pessoas de 07 a 10 anos e nas mulheres entre 31 e 40 anos. A tabela 10 mostra as associações entre a prática de AF e a percepção de cada aspecto social como facilitador por sexo e faixa etária.

Tabela 10: Prática de AF pela percepção de cada aspecto social como facilitador por sexo e faixa etária.

Aspectos	Faixa etária									
	07-10 anos		11-19 anos		20-30 anos		31-40 anos		>40 anos	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*	N (%) p*
A família acha importante a AF	77(65,3) -	36(63,2) -	192 (65,5) 0,053	121(53,5) 0,864	75(48,7) 0,331	55(46,6) 0,352	22(45,8) -	23(39,7) 0,223	15(46,9) -	20(38,5) 0,213
Pais têm tempo para acompanhar	73(68,2) 0,129	33(66,0) 0,118	160(66,1) 0,672	104(56,2) 0,155	59(51,3) 0,562	46(49,5) 0,158	15(42,9) 0,497	18(39,1) 0,496	11(46,8) 0,598	17(44,7) 0,292
Os pais ficam constrangidos	6(60) 0,745	2(50,0) 0,572	12(48) 0,067	20(83,3) 0,002	4(33,3) 0,309	4(40,0) 0,661	1(20,0) 0,221	6(75,0) 0,034	1(100,0) 0,294	1(25,0) 0,544
Alguém de casa pratica	53(73,6) 0,012	24(75,0) 0,036	133(68,6) 0,138	81(55,1) 0,682	44(51,8) 0,306	36(47,4) 0,902	15(46,9) 0,989	14(42,4) 0,758	6(40,0) 0,464	10(37,0) 0,735
Companhia de parentes e amigos	45(80,4) 0,001	25(80,6) 0,003	64(65,3) 0,889	48(57,8) 0,396	18(42,9) 0,322	22(44,9) 0,809	3(25,0) 0,079	4(20,0) 0,026	4(40,0) 0,599	6(46,2) 0,442
Tem apoio das pessoas próximas	59(64,8) 0,916	31(66,0) 0,342	156(65,3) 0,889	105(56,1) 0,254	54(48,6) 0,994	42(44,7) 0,514	14(42,4) 0,484	15(36,6) 0,177	12(48,0) 0,930	11(37,9) 0,930

*Qui-quadrado de Pearson

7. DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que pouco mais da metade (55,5%) pratica algum tipo de AF no tempo livre, o que vai ao encontro de um estudo de Jung (2010) e é superior a outro estudo realizado por Marques (2008). Através do instrumento utilizado, não foi possível verificar a intensidade da atividade, contudo, do total da amostra, apenas 24% atingem as recomendações mínimas exigidas para a manutenção da saúde. Um trabalho realizado em Taiwan por Lin et al. (2010) identificou que 29,9% indivíduos com DI praticam atividade física regularmente, sendo que apenas 8% atingem a recomendação da OMS, valor inferior ao encontrado no presente estudo. As atividades mais realizadas pelas pessoas (caminhada, esportes e corrida) são comuns às realizadas pela amostra do presente estudo, apenas acrescentadas de andar de bicicleta.

O método de coleta de dados de prática de AF, através do relato da percepção dos responsáveis utilizado no presente estudo, pode ter interferido nos

resultados por esse tipo de instrumento mostrar divergência nos resultados quando comparado com outros métodos (PRINCE, 2008). Os resultados podem ter sido superestimados devido ao fato da amostra apresentar elevado tempo de comportamento sedentário (mais de três horas por dia) tanto entre os homens como entre as mulheres, além de constatar-se que a atividade mais realizada por eles no tempo livre é assistir televisão, fato encontrado também em outros estudos com pessoas com deficiência (MARQUES, 2008; JUNG, 2010).

Um estudo realizado por Mielke (2012) mostrou que as pessoas ocupam em média 5,8 horas do seu dia sentadas, o que vai ao encontro dos resultados encontrados no presente estudo e preocupa pelas consequências que a inatividade física pode trazer para a saúde (THORP et al., 2011). Há outras evidências de que as pessoas com deficiência têm baixo nível de participação em AFs (KOSMA et al., 2004; RIMMER et al., 2004; RIMMER et al., 2005; FREY et al., 2008; VIS et al., 2011; LANTE et al., 2010; LENNOX et al., 2002; FINLAISON et al., 2009; BRAVO-VALENZUELA et al., 2011; GEORGE et al., 2011; HILGENKAMP et al., 2012).

No geral, observa-se que a AF contribui para as pessoas com DI no bem-estar, melhora a aptidão física e eleva o nível de habilidade obtido durante o exercício. Além disso, as atividades esportivas ajudam como mediadoras para aumentar a percepção de autoeficácia e competência social (HUTZLER & KORSENSKY, 2010). Desse modo, é de total relevância o investimento em ações que promovam a prática de AF por essa população.

Em relação aos aspectos pessoais, os fatores identificados como facilitadores foram: gostar e ter prazer em realizar AF, ausência de timidez e preguiça para praticar, não possuir experiências negativas e ter tempo disponível. Identificou-se que as crianças entre sete e 10 anos são as únicas a preferirem praticar atividade física em relação a outras atividades. O fato de sentir-se capaz de praticar AF, vai regredindo conforme o avanço da idade, o que era de se esperar, pois ao longo dos anos as pessoas vão tendo cada vez menos energia para realizar atividades práticas e isso pode ser um fator desmotivante.

Um estudo realizado por George et al. (2011) mostrou que pessoas com deficiência intelectual, que têm a idade avançada e possuem alguma imobilidade, epilepsia ou incontinência fecal, têm níveis mais baixos de atividade física, o que corrobora com os resultados encontrados neste estudo, pois essas características

são adquiridas normalmente com o avançar da idade. Outro estudo realizado por Phillips et al. (2009) mostrou que as barreiras pessoais para a prática de AF incluem dor, falta de energia, constrangimento para se exercitar em público e a percepção de que é muito difícil realizar exercícios. Marques (2008) mostra que as pessoas com maior idade receberam menor estímulo durante a vida para a prática de AF do que os mais jovens, devido principalmente a falta de conhecimento sobre as capacidades das pessoas e a própria deficiência.

Uma variável que pode ser considerada facilitadora nesse aspecto é o grau de desenvolvimento das AVDs da amostra, pois nota-se que a maioria consegue realizá-las sem dificuldade, o que é um determinante favorável para a prática de AF no momento em que indica que eles têm autonomia para realizar essas atividades e, normalmente, as habilidades são transferidas entre a prática de atividade física e as atividades cotidianas. A falta de dinheiro para realizar atividades que tenham custo é outra barreira, a qual pode ser justificada também pelo nível socioeconômico baixo da amostra. Nota-se que as pessoas acima de 40 anos são as que possuem mais tempo livre para a prática de AF, entretanto, é a faixa etária que apresenta menor número de pessoas praticando. Um estudo realizado por Zijlstra e Vlaskamp (2005) também mostrou que as pessoas idosas com DI participam menos de atividades de lazer, reforçado por Marques (2008) que apresenta ainda as questões de preconceito e falta de conhecimento da família sobre os benefícios da AF.

Os seguintes aspectos relacionados com o ambiente foram destacados como facilitadores: clima, segurança, capacitação dos professores e os locais serem disponíveis e acessíveis. A falta de projetos sociais foi a principal barreira citada em todas as faixas etárias, principalmente para os que têm acima de 40 anos. George et al. (2011) também destacam em seu estudo que a falta de oportunidades e alternativas para as pessoas do DI é uma barreira para a prática de AF. Badia et al. (2011) mostraram com seu estudo que as barreiras ambientais influenciam mais do que as pessoais na prática de atividades no lazer que incluíam AFs, o que reforça a necessidade de investimento nessa área. Se houvesse projetos sociais que oportunizassem a prática de AF para as pessoas com déficit intelectual, a barreira da falta de dinheiro também seria amenizada. As pessoas entre 20 e 40 anos relataram que faltam locais para a prática e, além disso, quando há locais para a prática, eles não são acessíveis para os que se encontram na faixa dos 30 a 40

anos. Isso pode acontecer por não terem sido estimuladas a praticar AF no decorrer da sua vida desde a infância. O artigo 30 da Convenção sobre os Direitos das pessoas com deficiência diz que crianças e adultos com deficiência têm direito de participar de jogos, atividades recreativas, de lazer e em atividades esportivas, no entanto, os espaços adequados para a prática não estão sendo ofertados de acordo com os resultados do estudo.

Pessoas com DI participam com menor frequência em atividades relacionadas ao lazer do que o resto da sociedade (Williams & Dattilo, 1997), bem como a gama de atividades é muito mais estreita para eles (Beart et al., 2001). Suas atividades de lazer são mais solitárias e passivas na natureza (Buttimer & Tierney, 2005), sendo que as atividades nas quais se envolvem são, na sua maioria, com amigos que também têm uma deficiência (Hayden et al., 1996). Muitas pessoas com deficiência intelectual sofrem de tédio, solidão e ansiedade devido ao tempo livre não estruturado e a falta de habilidades e conhecimentos necessários para gerenciar a participação em atividades de lazer (Duvdevany & Arar, 2004).

No aspecto social, a atividade física e esportiva tem auxiliado pessoas com deficiência a não só adquirirem autonomia e independência, como também resgatarem sua autoestima, autoconfiança, as relações pessoais e seu equilíbrio emocional (OLIVEIRA; PERIM, 2009).

Quanto aos aspectos sociais, no presente estudo, observa-se que o ambiente familiar em que se encontra a amostra é favorável para o desenvolvimento das pessoas com déficit intelectual. Pode-se afirmar isso porque a maioria vive em um ambiente familiar com presença dos pais e, entre os pais que são separados, o filho com deficiência não interferiu no relacionamento, o que sugere uma boa aceitação deles no ambiente familiar. Outros fatores mostram-se facilitadores, entre eles, o fato das pessoas próximas apoiarem a prática de AF, especialmente a família, por achar a prática importante para os filhos e não sentirem-se constrangidos com os filhos praticando, algumas das pessoas que moram junto praticarem AF e possuírem tempo para isso. De acordo com Mahy et al. (2010), o envolvimento das pessoas próximas desempenha um papel fundamental, tanto como facilitadores ou como barreiras, na participação das pessoas com deficiência em atividades físicas. As pessoas entre 07 e 10 anos são as que mais possuem companhia para a prática de AF, seguido das que têm entre 30 e 40 anos. Para as demais, a falta de companhia

é uma barreira para a prática de AF. Naturalmente por serem crianças, as pessoas na faixa entre 07 e 10 anos necessitam de mais atenção e, provavelmente por isso, nos aspectos facilitadores, os pais deles são os que mais têm tempo disponível para praticar AF com os filhos.

Em um estudo de revisão sobre as barreiras e facilitadores da prática de atividade física nos momentos de lazer de crianças com deficiência, foi identificado que as barreiras incluem a falta de conhecimentos e habilidades, preferências da criança, o medo, o comportamento dos pais, as atitudes negativas da deficiência, instalações inadequadas, falta de transporte, programas e capacidade do pessoal e custos. Os facilitadores incluíram o desejo da criança de ser ativo, ter habilidades para praticar, o envolvimento de seus pares, apoio familiar, instalações acessíveis, a proximidade da localização, boas oportunidades para a prática, pessoas especializadas e informações sobre a deficiência e prática de AF (SHIELDS et al., 2011).

O apoio emocional da família, dos amigos e profissionais foi apontado como facilitador de uma maior participação em atividades de lazer das pessoas com deficiência (Heller et al., 2002 e Renblad, 2002). Em seu estudo, Abraham et al. (2002) afirmaram que o apoio social está associado a maiores taxas de participação em atividades de lazer e concluíram que, mesmo que a família facilite a participação em atividades de lazer, não necessariamente aumenta a participação autônoma e independente. Buttimer e Tierney (2005) também encontraram que o fato de não se sentir aceito é percebido como uma barreira para a participação em atividades de lazer, o que não foi encontrado no presente estudo, pois os responsáveis percebem uma boa aceitação dos filhos na sociedade.

Temple e Walkley (2007) identificaram três grandes temas que inibem ou promovem a AF: motivação para a participação, apoio social e apoio político e financeiro. A questão mais crítica foi a falta de políticas claras, o que vai ao encontro dos resultados encontrados neste estudo. Segundo os autores, na lógica do desenvolvimento de políticas de promoção de AF para pessoas com deficiência, seria necessária a formação e o apoio das pessoas.

A sociedade tem que promover uma abordagem inclusiva para programas comunitários e serviços que reconheçam e apoiem as necessidades de pessoas com deficiência. Embora normalmente haja uma necessidade de serviços de

atividade física separados ou adaptados, o fato de que esses programas são pouco oferecidos na maioria das comunidades em todo o mundo, especialmente nos países mais pobres, onde os recursos dedicados ao cuidado e bem-estar são limitados, há a necessidade de maior número de programas inclusivos de atividade física que forneçam elementos de adaptação para as pessoas com deficiência (RIMMER & MARQUES, 2012).

8. CONCLUSÕES

O estudo mostrou que, aproximadamente, metade das pessoas com déficit intelectual pratica alguma atividade física no tempo livre, no entanto, essa prática não atinge as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Além disso, o elevado tempo de exposição a comportamentos sedentários é preocupante por favorecer a presença de doenças crônicas não transmissíveis.

O fato de sentir-se capaz de praticar atividade foi o mais associado com a prática de AF no tempo livre. Possuir companhia para a prática está associado com a prática de AF principalmente nos mais novos. As principais barreiras, para a prática de AF das pessoas com déficit intelectual, percebidas pelos seus responsáveis foram a falta de dinheiro, falta de projetos sociais, preferir outra atividade ao invés de AF e falta de companhia para praticar.

Conclui-se que algumas barreiras e facilitadores estão ligados ao estímulo que as pessoas com déficit intelectual recebem. Constatamos que as pessoas ligadas a este grupo podem despertar o gosto pela prática, bem como a companhia de alguém para praticar pode tornar a atividade mais prazerosa como também dar condições para eles praticarem devido às limitações que a maioria possui no aspecto social relacionadas com a falta de independência e autonomia para a prática. Questões financeiras também interferem na prática de AF, as quais podem ser amenizadas com o investimento em políticas públicas e projetos sociais que oportunizem essas pessoas a praticarem AF e, através de um estilo de vida ativo, possuírem uma melhor qualidade de vida.

9. REFERÊNCIAS

ABRAHAM, C.; GREGORY, N.; WOLF, L.; PEMBERTON, R. Self esteem, stigma and community participation amongst people with learning difficulties living in the community. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, v. 12, pp. 430–443, 2002.

AMORIM, Tales Costa. *Ambiente Percebido, Suporte Social e Atividade Física em adultos: um estudo populacional no Brasil*. 2008. 106f. Dissertação de Mestrado – Curso de Mestrado em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

BADIA, M.; ORGAZ B. M.; VERDUGO, M.A., ULLÁN, A.M.; MARTÍNEZ, M. M. Personal factors and perceived barriers to participation in leisure activities for young and adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 32: 6, nov–dez 2011, pag. 2055–2063

BAUMAN, A.E.; REIS, R.S.; SALLIS, J.F.; WELLS, J.C.; LOOS, R.J.F.; MARTIN, B.W. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet*, v. 380, p. 258 - 271, 21 July 2012

BALIC, M.G.; MATEUS, E.C.; BLASCO, C.G. Physical fitness levels of physically active and sedentary adults with down syndrome. *Adap Phys Act Quarterly*. v.17 p.310-21. 2000.

BAUMAN, A.E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *J Sci Med Sport*. 2004;7(1 Supl):6-19.

BEART, S.; HAWKINS, D.; KROESE, B.S.; SMITHSON, P, TOLOSA, I. Barriers to accessing leisure opportunities for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities* 29: 133–138. 2001.

BODDE, A.E.; SEO, D.C.; A review of social and environmental barriers to physical activity for adults with intellectual disabilities. *Disability and Health Journal*, 2, 57-66, 2009.

BRAVO-VALENZUELA, N.J.M.; PASSARELLI, M.L.B.; COATES, M.V. Curvas de crescimento pñdero-estatural em crianças com síndrome de Down: uma revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*;29(2):261-9. 2011.

BROWNSON, R.C.; BAKER, E.A.; HOUSEMANN, R.A.; BRENNAN, L.K.; BACAK, S.J. Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. *Am J Public Health*. 2001;91(12):1995-2003.

BUENO, S.T.; RESA, J. A. Z. Educación física para niños y niñas com necesidades educativas especiales. Granada: Ediciones Aljibe. 1995.

BUTTNER, J.; TIERNEY, E. Patterns of leisure participation among adolescents with a mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, v. 9, pp. 25–42, 2005.

BUTTNER, J.; TIERNEY, E. Patterns of leisure participation among adolescents with a mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities* 9(1): 25–42. 2005.

CARMELI E.; BARAK, S.; MORAD, M.; KODESH, E.; Physical exercises can reduce anxiety and improve quality of life among adults with intellectual disability. *International SportMed Journal*, Vol. 10 No.2, pp.77-85, 2009.

CASANOVA, J. C. G. La actividad física y deportiva; objetivos y limitaciones. In III Jornada Síndrome de Down: El adolescente y el joven – avances médicos y Psicopedagógicos. (pp. 289-294). Barcelona: Fundació Catalana Síndrome de Down. 1991

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Report*. v. 100, 1985.

CIDADE, R.E.; FREITAS, P. Introdução à Educação Física e ao Desporto para pessoas portadoras de deficiência. Curitiba: Ed. UFPR, 2002; 2005.

COOPER S. A.; MORRISON, J.; MELVILLE, C.; FINLAYSON J.; ALLAN, L.; MARTIN G. *et al.* Improving the health of people with intellectual disabilities: Outcomes of a health screening programme after 1 year. *Journal of Intellectual Disability Research*, v 50, pp. 667–677, 2006.

COPETTI, Jaqueline. *Barreiras à Prática de Atividades Físicas em Adolescentes da Cidade de Pelotas, RS*. 2009. 151f. Dissertação de Mestrado – Curso de Mestrado em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

CÓRDOBA GARCÍA, R.; ORTEGA SÁNCHEZ-PINILLA, C.; CABEZAS PEÑA, D.; FORÉS GARCÍA, M.; NEBOT ADELL Y T.; ROBLEDO DE DIOS. Recomendaciones sobre estilo de vida. *Aten Primaria*, Vol. 28. Supl. 2. Noviembre 2001.

COSTA, R.S.O. Considerações sobre um programa esportivo de iniciativa do governo federal brasileiro. *Revista Digital - Buenos Aires - Ano 11 - N° 102 - Novembro de 2006*.

CUESTA-VARGAS, A.I.; PAZ-LOURIDO B.; RODRIGUEZ A. Physical fitness profile in adults with intellectual disabilities: Differences between levels of sport practice. *Research in Developmental Disabilities* 32, 788–794, 2011.

DURKIN, M. The epidemiology of developmental disabilities in low-income countries. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002;8:206-211.

DUVDEVANY, I.; ARAR E. Leisure activities, friendships and quality of life of persons with intellectual disability: Foster homes vs. community residential settings. *International Journal of Rehabilitation Research* 27(4): 289–296. 2004.

EVENHUIS, H.; HENDERSON, C.M.; BEANGE, H.; LENNOX, N.; CHICOINE, B. Healthy ageing-adults with intellectual disabilities: Physical health issues. Geneva, Switzerland: WHO, 2000.

FINLAYSON, J.; JACKSON, A.; COOPER, S.A.; MORRISON, J.; MELVILLE, C. SMILEY, E.; ALLAN, L.; MANTRY, D. Understanding Predictors of Low Physical Activity in Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 236–247, 2009.

FLORINDO, A.A.; SALVADOR, E.P.; REIS, R.S.; GUIMARÃES, V.V. Percepção do Ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*;45(2):302-10. 2011.

FREY, G.C.; TEMPLE, V.A. Health promotion for Latin Americans with intellectual disabilities. *Salud Publica Mex.* 50 suppl 2:S167-S177, 2008.

FREY, G.F.; STANISH, H.I.; TEMPLE, V.A. Physical Activity of Youth With Intellectual Disability: Review and Research Agenda. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25, 95-117, 2008.

FUJIURA, G.; PARK, H.J.; RUTKOWSK-KMITTA, V. Disability statistics in the developing world: A reflection on the meaning of our numbers. *J Appl Res Intellect Disabil.* 18:295-304, 2005.

GEORGE, V. A.; SHACTER, S. D.; JOHNSON, P. M. BMI and attitudes and beliefs about physical activity and nutrition of parents of adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research.* v 55 parte II pp 1054–1063 nov, 2011.

Global Recommendations on physical activity for health. World Health Organization, 2010.

HAYDEN, M.F.; SOULEN, T.; SCHLEIEN, S.J.; TABOURNE, C.E.S. A matched, comparative study of the recreation integration of adults with mental retardation who moved into the community and those who remained at the institution. *Therapeutic Recreation Journal* 30(1): 41–63. 1996.

HELLER, T. Residential settings and outcomes for individuals with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, v 15, p. 503–508, 2002.

HILGENKAMP, T.I.M.; REIS, D.; WIJCK, R.V.; EVENHUIS, H.M. Physical activity levels in older adults with intellectual disabilities are extremely low. *Research in Developmental Disabilities.* v. 33, p 477-483, 2012.

JENKINS, S.; CECINS, N.; CAMARRI, B.; WILLIAMS, C.; THOMPSON, P.; EASTWOOD, P. Regression equations to predict 6-minute walk distance in middle-aged and early adults. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25, 516–522. 2009.

JUNG, Laura G. *Inclusão de crianças e jovens com deficiência nas aulas de educação física*. 2010. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Licenciatura em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

KOSMA, M.; CARDINAL, B.J.; MCCUBBIN, J.A. Predictors of physical activity stage of change among adults with physical disabilities. *Am J Health Promot* 19: 114–7. 2004.

LAFON, J. C. A deficiência auditiva na criança. São Paulo: Manole, 1989.

LANTE, K.; REECE, J.; WALKLEY, J. Energy expended by adults with and without intellectual disabilities during activities of daily living. *Research in Developmental Disabilities* 31, 1380–1389, 2010.

LEE, I.M., SHIROMA, E.J.; LOBELO, F.; PUSKA, P.; BLAIR, S.N.; KATZMARZYK, P.T. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*. v 38. p 219–229, 2012.

LENNOX, N.; BEANGE, H.; PARMENTER, T.; SANTOS-TEACHOUT, R.; EVENHUIS, H.; KERR, M.; MCELDUFF, A.; BÖHMER, C.J.M.; DAVIS, R.; TURNER, G.; STEWART, L. *Health Guidelines for Adults with an Intellectual Disability*, 2002.

LIN, J.; LIN, P.; LIN, L.; CHANGA, Y.; WUC, S.; WUD, J. Physical activity and its determinants among adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. v. 31, p 263–269, 2010.

MAHY, J.; SHIELDS, N.; TAYLOR, N.F.; DODD, K.J. Identifying facilitators and barriers to physical activity for adults with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol 54, p 795–805, september, 2010.805

MARQUES, A.C. O perfil do estilo de vida de pessoas com Síndrome de Down e normas para avaliação da aptidão física. Porto Alegre: Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

MARQUES, A.C. Perfil da qualidade de vida de pessoas com Síndrome de Down maiores de 40 anos em Santa Catarina. Diss. de Mestrado. UFSC. 2000.

MARQUES, A.C.; CIDADE, R.E.; LOPES, K.A.T. Questões da deficiência e as ações no Programa Segundo Tempo. In: OLIVEIRA, A. A. B; PERIM, L. P. (Org.). *Fundamentos pedagógicos do Programa Segundo Tempo: da reflexão à prática*. Editora da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2009. P. 115-162.

MARQUES, U.M.; CASTRO, J.A.M.; SILVA, M.A. Atividade Física Adaptada: uma visão crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, vol. 1, nº 1, 73–79. 2001.

MELO, A.C.R.; LÓPEZ, R.F.A. A importância da utilização de um programa de atividade física durante o período de imobilização prolongada no leito. Buenos Aires - Año 10 - Nº 94 - Marzo de 2006.

MIELKE, G.I. *Comportamento sedentário em adultos*. 2012. 149 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, Pelotas, 2012.

NAHAS, M. V. Atividade Física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf, 2001.

OLIVEIRA, A.A.B.; PERIM, G.L. Fundamentos pedagógicos do programa segundo tempo: da reflexão a prática. UEM, 2009.

PEDRINELLI, V. J. Educação Física Adaptada: Conceituação e Terminologia. In: Educação Física e Desporto para Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília: MEC-SEDES, SESI-DN, p. 7-10,1994.

PHILLIPS, M.; FLEMMING, N.; TSINTZAS, K. An exploratory study of physical activity and perceived barriers to exercise in ambulant people with neuromuscular disease compared with unaffected controls. *Clin Rehab.* v 23: 746–55, 2009.

PITETTI, K. H.; BEETS, M. W.; COMBS, C. Physical Activity Levels of Children with Intellectual Disabilities during School. *Medicine and Science in Sports e Exercise*, Vol. 41, No. 8, pp. 1580-1586, 2009.

PRINCE, S.A.; ADAMO, K.B.; HAMEL, M.E.; HARDT, J.; GORBER, S.C.; TREMBLAY, M. *A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review.* International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. v. 56, n.5, p. 1 -1 24, 2008.

REICHERT, F.F.; BARROS, A.J.D.; DOMINGUES, M.R.; HALLAL, P.C. The Role of Perceived Personal Barriers to Engagement in Leisure-Time Physical Activity. *American Journal of Public Health*, Vol 97, No. 3, 2007.

RENBLAD, K. People with intellectual disabilities: Activities, social contacts and opportunities to exert influence (an interview study with staff). *International Journal of Rehabilitation Research.* v 25 pp. 279–286, 2002.

RIMMER, J.H. Exercise and physical activity in persons aging with a physical disability. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 16: 41–56, 2005.

RIMMER, J.H. Physical Medicine Rehabilitation Clinics of North America. *Review.* Feb;16(1):41-56. 2005.

RIMMER, J.H.; MARQUES, A.C. Physical activity for people with disabilities. *The Lancet.* v 380, p 193–195, 2012.

RIMMER, J.H.; RILEY, B.; WANG, E.; RAUWORTH, A.; JURKOWSKI, J. Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. *American Journal of Preventive Medicine.* 26: 419–25. 2004.

SALLIS, J & OWEN, N. *Physical activity & behavioral medicine.* London: Sage Publications, 1999.

SALLIS, J. F. & PATE, R. R. *Determinants of youth physical activity FITNESSGRAM® reference guide.* The Cooper Institute, Dallas, 2001.

SALLIS, J. F. A behavioral perspective on children's physical activity at home in Mexican-American and Anglo-American preschool children. *Health Psych*, v.12, p. 390-398, 1995.

SALVADOR, E.P.; REIS, R.S.; FLORINDO, A.A. A prática de caminhada como forma de deslocamento e sua associação com a percepção do ambiente em idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. Vol 14, n 3, 2009.

SANTOS, M.S.; FERMINO, R.C.; REIS, R.S.; CASSOU, A.C.; AÑEZ, C.R.R. Barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. Um estudo por grupos focais. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 12(3):137-143, 2010a.

SANTOS, M.S.; HINO, A.A.F.; REIS, R.S.; AÑEZ, C.R.R. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*; 13(1): 94-104, 2010b.

SASSAKI, R.K. Mídia e deficiência. Brasília: Andi/Fundação Banco, 2003 - 200.238.92.118

SHIELDS, N.; SYNNOT, A.J.; BARR, M. Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: a systematic review. *Br J Sports Med* doi:10.1136/bjsports, 2011.

TEMPLE, V.T.; WALKLEY, J.W. Perspectives of constraining and enabling factors for health-promoting physical activity by adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32(1): 28–38, 2007.

THORP, A.A; OWEN, N.; NEUHAUS, M.; DUNSTAN, D.W. Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults a systematic review of longitudinal studies, 1996-2011. *Am J Prev Med*. Aug;41(2):207-15, 2011.

UN Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol 2006. New York, NY: United Nations, 2006.

VALK, V.S.L. Healthy persons with intellectual disabilities in an inclusive society. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6, 77–80. 2009.

VIS, J.C. et al. 'The sedentary heart': Physical inactivity is associated with cardiac atrophy in adults with an intellectual disability. *International Journal of Cardiology*, 2011.

WILLIAMS, R.; DATTILO, J. Effects of leisure education on self-determination, social interaction and positive affect of young adults with mental retardation. *Therapeutic Research Journal* 31: 244–258. 1997.

ZIJLSTRA, H.; VLASKAMP, C. Leisure provision for persons with profound intellectual and multiple disabilities: Quality time or killing time? *Journal of Intellectual Disability Research*, v 49 p. 434–448, 2005.

APÊNDICES

Apêndice A: Instrumento da Coleta de Dados



Universidade Federal de Pelotas
Escola Superior de Educação Física



As pessoas com deficiência estão vivendo mais e de forma mais sadia. Seu estilo de vida tem mudado e aumentado suas oportunidades de educação, emprego, lazer e integração. Porém, os níveis de atividade física dessa população ainda são baixos, o que propicia o aparecimento de doenças crônicas. Nesse contexto, pretende-se realizar uma pesquisa cujo objetivo é identificar as **Barreiras e Facilitadores da Prática de Atividade Física das Pessoas com Déficit Intelectual**. O preenchimento adequado destas perguntas vai permitir a definição de parâmetros para o desenvolvimento de novos programas de atividade física, com o objetivo de incrementar um estilo de vida ativo nessa população.

Instruções para a devolução:

- Entregue o questionário respondido para o responsável de sua APAE.
- Em caso de dúvidas, contate Laura Garcia Jung (53) 9101-3790 ou (53) 8433-1208

BARREIRAS E FACILITADORES DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Gostaríamos de saber quais são os aspectos que dificultam ou facilitam a participação de **SEU FILHO(A), OU da pessoa pela qual você é responsável** em programas de atividade física no tempo livre (quando ele não tem obrigações a cumprir): **Marque com "X" uma alternativa para cada afirmação**

ASPECTOS PESSOAIS	Sempre / Sim	Às vezes	Nunca / Não
1. Ele gosta e tem prazer em praticar atividades físicas?			
2. Se sente capaz de praticar atividade física?			
3. Possui dinheiro para praticar atividade física que tenha algum custo?			
4. A timidez o impede de praticar atividade física?			
5. Sente preguiça de praticar atividade física?			
6. Possui experiências negativas em relação à prática de atividade física			
7. Prefere outras atividades ao invés de atividade física?			
8. Tem medo de se machucar praticando atividade física?			
9. Possui tempo livre para praticar atividade física?			
10. Possui alguma doença que o impeça de praticar atividade física?			
11. Possui limitações físicas/ motoras para a prática de atividade física? (obesidade, hipotonia).			
ASPECTOS AMBIENTAIS	Sempre / Sim	Às vezes	Nunca / Não
12. Há locais disponíveis próximos de casa para a prática de atividade física?			
13. Se existem locais disponíveis, eles são acessíveis para a prática?			
14. A comunidade o acolhe de forma adequada?			
15. Os profissionais de educação física são preparados para atendê-lo?			
16. Existem projetos sociais de atividade física próximos a sua casa?			
17. O clima da região favorece a prática de atividade física?			
18. O ambiente ao redor de sua casa é seguro?			
ASPECTOS SOCIAIS	Sempre / Sim	Às vezes	Nunca / Não
19. A família acha importante a prática de atividade física?			
20. A família acha a atividade física importante para manter a aparência?			
21. A família acha a atividade física importante para a saúde?			

22. A família possui tempo para acompanhar o aluno em atividades físicas?			
23. A família fica constrangida com o aluno praticando atividade física?			
24. Alguém que mora na mesma casa pratica atividade física?			
25. Possui companhia dos parentes para praticar atividade física?			
26. Possui companhia de amigos para praticar atividade física?			
27. Tem apoio das pessoas próximas para praticar atividade física?			
28. Algum profissional (professor, médico) já recomendou a prática de atividade física?			

29. Entre todas as alternativas citadas anteriormente, qual delas é o principal fator para o seu filho praticar atividade física?

.....

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

30. Data de Nascimento: ____/____/____

33. Peso:.....kg

31. Sexo: () Masculino () Feminino

34. Estatura (sem sapatos):.....cm

32. Cidade:

35. Cor da pele: () Branca () Não branca

DADOS FAMILIARES

36. Idade do pai:..... 36.1 Se o pai já é falecido assinale aqui ()

36.2 Até que *série* escolar o pai estudou:.....

37. Idade da mãe:..... 37.1 Se a mãe já é falecida assinale aqui ()

37.2 Até que *série* escolar a mãe estudou:.....

38. Número de filhos:.....

39. Outros filhos com deficiência? Sim () Não ()

40. Situação conjugal: () Casados ou vivem juntos () Separados

40.1 Se são separados, o nascimento da criança com deficiência interferiu na relação do casal?
Sim () Não ()

41. Indique nos espaços abaixo a **quantidade** de itens que existem na residência da família, por exemplo: DVD [2] Fogão [1]

Televisão LCD, Plasma ou Led []	DVD []	Blue-Ray []
Linha de telefone fixa []	Empregada mensalista []	Fogão []
Notebook , Netbook []	Automóvel []	Moto []
IPhone, iPad, Tablet []	Geladeira []	Freezer []
Computador de mesa []	Máquina de lavar []	Microondas []

INFORMAÇÕES EDUCACIONAIS

42. Em que etapa/série o aluno está na APAE?

43. Além da APAE, frequenta escola regular? () Sim, na série:..... () Não

44. Sabe ler e escrever? () Sim () Não

45. Participa das aulas de Educação Física na escola ou APAE? () Sim () Não

45.1 Se participa, quais atividades ele pratica?.....

INFORMAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA

46. Qual deficiência o aluno apresenta?

() Deficiência Intelectual

() Síndrome do X frágil

() Síndrome de Down

() Deficiência Intelectual e Paralisia Cerebral

() Autismo

() Deficiência Intelectual e outra:.....

() Síndrome de Prader-Willi

() Outra

() Síndrome de Willians

DOENÇAS ASSOCIADAS À DEFICIÊNCIA

47. Além da deficiência, a criança/jovem possui alguma doença diagnosticada pelo médico?
- () SIM, marque a doença: () NÃO.
- () Cardiopatia (doenças no coração: hipertensão, arritmia, aterosclerose, etc...)
- () Pulmonar (asma, enfisema, bronquite crônica, pneumonia, etc...)
- () Diabetes (Tipo 1 e tipo 2)
- () Estomacais (gastrite, úlcera, etc...)
- () Convulsões / epilepsia
- () Outra. Qual?

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

48. Com relação ao grau de independência **quando está em casa**, consegue realizar **sozinho** as seguintes tarefas diárias? (**marque somente uma alternativa para cada item**)

a. alimentar-se	() sim	() com dificuldade	() não
b. vestir-se	() sim	() com dificuldade	() não
c. higiene pessoal	() sim	() com dificuldade	() não
d. arrumar-se / pentear-se	() sim	() com dificuldade	() não
e. banhar-se	() sim	() com dificuldade	() não
f. caminhar	() sim	() com dificuldade	() não

49. O aluno assiste televisão? () Sim () Não

Se sim, em geral, quantas horas ele assiste TV?

- a) num dia normal da semana [] horas
- b) durante um dia no final de semana [] horas

50. O aluno usa computador e/ou videogame? () Sim () Não

Se sim, em geral, quantas horas ele usa o computador e/ou videogame?

- a) num dia normal da semana [] horas
- b) durante um dia no final de semana [] horas

51. Marque a atividade **mais** realizada nos momentos livres (**marque somente uma**)

- () ver televisão () conviver e conversar com os amigos
- () ir ao cinema () ler ou desenhar
- () escutar música () passear com os amigos e ou família
- () outra: _____

ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E PRÁTICA DE ESPORTES

Atenção → Atividades Físicas incluem: atividades de lazer (jogos, brincadeiras), caminhar rápido, correr, subir escadas, dançar ou qualquer outra atividade física de esforço similar a esta realizada em casa, como meio de transporte, ou no período de lazer.

52. Pratica algum **tipo de atividade física fora do ambiente escolar e da APAE?**

() Sim () Não

Se respondeu SIM, marque as atividades e a quantidade realizadas descrevendo o tempo e quantas vezes pratica:

ATIVIDADE	TEMPO (horas/min)	VEZES (dias) NA SEMANA
Caminhada		
Andar de bicicleta		
Dança		
Ginástica		
Musculação		
Futebol		
Vôlei		
Basquete		
Handebol		
Outro:		
Outro:		

Quem Respondeu o Questionário?

53. Qual sua relação com o aluno?

[] Mãe [] Pai [] Irmão [] Professor [] Outro:.....

Idade:..... anos Sexo: [] Masculino [] Feminino. Fone contato:.....

Muito obrigado!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Alexandre Carriconde Marques
Instituição: Universidade Federal de Pelotas – Escola Superior de Educação Física
Endereço: Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS
Telefone: (53)3273-2752

Concordo em participar do estudo “BARREIRAS E FACILITADORES DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE PESSOAS COM DÉFICIT INTELECTUAL”. Estou ciente de que estou sendo convidado a participar voluntariamente do mesmo.

PROCEDIMENTOS: Fui informado de que o objetivo geral será “Descrever a percepção dos familiares sobre as barreiras e os facilitadores da prática de atividade física no tempo livre, das pessoas com déficit intelectual maiores de seis anos inseridas nas APAES do Rio Grande do Sul”, cujos resultados serão mantidos em sigilo e somente serão usadas para fins de pesquisa.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: Fui informado de que não existem riscos no estudo.

BENEFÍCIOS: A relevância desse estudo está alicerçada na qualidade dos resultados a serem encontrados, os quais servirão de parâmetro para o desenvolvimento de novos programas de atividade física, com o objetivo de incrementar um estilo de vida ativo nessa população e uma melhor qualidade de vida.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Nome do participante/representante
legal: _____

Identidade: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua

totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPeI – Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS; Telefone:(53)3273-2752.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Prof. Alexandre Carriconde Marques

ANEXOS

Anexo A: Carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da ESEF - UFPeI



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESEF/UFPEL



Pelotas, 15 de março de 2012.

Ao Prof.
Alexandre Carriconde Marques

Prezado Senhor,

Vimos, através deste, informar a aprovação do projeto intitulado "Barreiras e Facilitadores da Prática de Atividade Física de Pessoas com Déficit Intelectual" no Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPeI, com protocolo nº 002/2012.

Sendo o que se apresenta, reitero votos de apreço e consideração.

Cordialmente

A handwritten signature in black ink, reading "Suzete Chiviacowsky Clark".

Profa. Dra. Suzete Chiviacowsky Clark
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
ESEF-UFPeI