

# Qualidade de vida de pessoas portadoras de Síndrome de Down, com mais de 40 anos, no Estado de Santa Catarina

Quality of life of people with Down Syndrome , ages 40 and up, in Santa Catarina State, Brazil

---

Alexandre Carriconde Marques<sup>1</sup>  
Markus Vinicius Nahas<sup>2</sup>

---

## Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar a qualidade de vida de pessoas portadoras de SD, com mais de 40 anos, do Estado de Santa Catarina. Foram identificados 101 sujeitos nessa condição. Selecionou-se uma amostra de 30 sujeitos (15 homens e 15 mulheres), para entrevista domiciliar com um parente. Utilizou-se um pedômetro para verificar o número de passos durante três dias da semana. A média de idade foi de 46,8 anos (DP=6,7) para os homens e de 46,2 (DP=3,7) nas mulheres. Apenas um sujeito é alfabetizado. A média para o peso corporal foi de 61,6 kg nos homens e 64,4 kg nas mulheres. Quanto à estatura, verificou-se uma média de 151,9 cm nos homens e 143,2 cm nas mulheres. O IMC médio para as mulheres foi de 31,3 kg/m<sup>2</sup>, e para os homens de 26,8 kg/m<sup>2</sup>, com 40% sendo obesos (IMC>30). A saúde física e emocional do grupo é considerada boa. As atividades de lazer são basicamente passivas e assistir TV foi a preferida. Observou-se que 56,3% dos sujeitos fazem atividade física (AF) orientada na instituição e 26,6% não realizam nenhum tipo de AF. Com o pedômetro, observou-se uma média total de 4.018 passos/dia (DP= 2.377; 662 – 9.636). A análise multivariada no agrupamento entre variáveis demonstrou que o risco de sobrepeso/obesidade é uma característica mais ligada às mulheres, enquanto um maior nível de atividades físicas foi mais claramente associado ao sexo masculino. Conclui-se que o nível socioeconômico não é uma variável discriminante quanto à prática de AF, existem diferenças na prática em relação à faixa etária, pois os mais jovens apresentaram um nível maior de AF em relação aos mais velhos. As mulheres são mais ativas do que os homens. Os mais ativos tendem a apresentar maior grau de independência na realização das atividades da vida diária. Encontrou-se uma associação significativa (p<0,05) entre o nível de AF e o grau de independência para alimentar-se sozinho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Down, qualidade de vida, estilo de vida, envelhecimento.

## Abstract

This study investigated people with Down Syndrome (DS), ages 40 and older, living in Santa Catarina, Brazil. From the 101 subjects identified in this condition 30 subjects (15 men and 15 women) were selected to be interviewed at home, with a relative. A pedometer was used to register the number of steps taken in three days of the week. The mean age for men was 46.8 (s=6,7), and for women, 46.2 (s=3,7). Only one subject was able to read and write. The mean body weight was 61.6kg for men and 64.4kg for women. As for stature, an average of 151.9cm for men and 143.2cm for women was verified. The mean Body Mass Index was 31.3kg/m<sup>2</sup> for women and 26.8kg/m<sup>2</sup> for men with 40% being classified as obese (BMI>30). Physical and emotional health of the group is considered good. Leisure-time activities were basically passive and watching TV was the favorite one. It was observed that 56.3% of the subjects perform some physical activity (PA), oriented at an institution, and that 26.6% of them do not perform any kind of PA. With the pedometer, a total average of 4,018 steps/day was observed (DP=2,377; 662-9,636). Multivariate analysis in the grouping of variables demonstrated that the risk of overweight/obesity is a more clearly associated with male sex. It is concluded that the socioeconomic level is not a discriminating variable as to the practice of PA, that there are differences concerning age-groups, since the younger subjects showed a higher level of PA in relation to the older ones. Women are more active than men. Those considered as more active were also more independent on activities of daily life. A significant association (p<0.05) between the level of PA and the degree of independence to eat by themselves was found.

**KEYWORDS:** Down Syndrome, quality of life, lifestyle, Aging.

---

<sup>1</sup> Departamento de Educação Física. Universidade Federal de Pelotas.

<sup>2</sup> Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde – NuPAF. Universidade Federal de Santa Catarina.

## Introdução

A Síndrome de Down (SD) talvez seja a condição mais antiga associada ao retardo mental e a causa genética mais comum de deficiência do desenvolvimento (4, 16). Ela constitui um acidente genético que ocorre, geralmente, no par 21 durante a divisão das células, onde são retratados três tipos de problemas: trissomia 21, translocação e mosaicismos (10, 13, 16, 17).

Na atualidade, a pessoa portadora de SD tem uma vida mais longa e sadia. A sua qualidade de vida tem mudado ao longo das últimas décadas e, conseqüentemente, aumentado as oportunidades de educação, lazer, emprego e integração (6). A expectativa média de vida das pessoas com SD, que era de apenas 9 anos em 1920, chega, hoje, a 56 anos em países desenvolvidos (2). No Brasil, não existem dados precisos sobre a expectativa de vida de pessoas com SD, mas acredita-se que esteja em torno dos 50 anos.

Apesar de toda a evolução, ainda hoje se tem um conceito equivocado sobre a SD, imaginando-se que estes indivíduos vivem pouco, não possuem capacidade para viver independentemente e não conseguem integrar-se na sociedade.

Entretanto, a expectativa de vida ampliada e as novas oportunidades educacionais têm transformado o paradigma que identificava as pessoas portadoras de SD apenas como deficientes mentais, dependentes, doentes e incapazes de se integrar à sociedade. Observa-se no contexto atual, com mais freqüência, que essas pessoas têm tido a oportunidade de desenvolver suas potencialidades, buscando uma adequação nas tarefas da vida diária e alcançando um nível de independência satisfatório (8).

Observa-se ultimamente, a preocupação em informar, mudar atitudes e criar oportunidades para estimular comportamentos saudáveis no cotidiano das pessoas com SD, por meio de atividades que promovam o controle do estresse, alimentação adequada, boa higiene, independência nas tarefas diárias, espiritualidade e atividades físicas regulares (14). A promoção da saúde para pessoas com necessidades especiais será, certamente, um dos principais objetivos sociais neste novo século.

Ao longo dos tempos, os seres humanos têm aspirado e lutado para realizar suas necessidades da melhor forma possível, criando estruturas de relações que lhes sejam úteis na busca da satisfação. A preocupação com a qualidade de vida (QV) não é de hoje, pois o desejo de manter uma vida melhor e mais saudável é tão antigo quanto a civilização (18).

Na sua instintiva luta pela vida, o ser humano se adapta e se reformula, buscando outros valores a cada limitação que se apresenta. Isso acontece com todas as pessoas, independentemente das suas limitações (20).

De acordo com Nahas (11), é difícil definir a QV, mas esta pode ser considerada como a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais, que determinam como vive o ser humano.

Com o aumento da expectativa de vida das pessoas portadoras de SD, associado ao seu nível de dependência, a promoção de uma boa QV excede, entretanto, os limites da responsabilidade pessoal, sendo vista como um empreendimento de natureza sociocultural. Em outras palavras, a velhice satisfatória não depende apenas das

ações do indivíduo, mas é resultante das interações das pessoas que vivem no seu ambiente (12).

As investigações têm conduzido a melhores oportunidades educacionais para as pessoas portadoras de SD (5). O avanço dos estudos alcançou cotas enormes na atenção do desenvolvimento das crianças e adolescentes, esquecendo, entretanto, o amparo às pessoas adultas mais velhas.

Na literatura consultada, constata-se que existem poucas pesquisas sobre a promoção da saúde para pessoas portadoras de SD com mais de 40 anos, sendo que os estudos existentes enfocam as questões associadas às doenças. Desta forma, com a intenção de fornecer subsídios para a implantação e desenvolvimento de novos programas de saúde voltados ao atendimento a pessoas portadoras de SD de mais idade, o objetivo do estudo foi verificar a qualidade de vida dessas pessoas com mais de 40 anos, no Estado de Santa Catarina, enfocando prioritariamente as questões do estilo de vida.

## Material e métodos

Em razão da natureza dos dados deste levantamento, pela representatividade da amostra e por investigar condições relacionadas à saúde, esta pesquisa caracterizou-se como um estudo epidemiológico descritivo de corte transversal (19).

A população de referência deste estudo constituiu-se pelas pessoas com Síndrome de Down (SD), residentes no Estado de Santa Catarina, de ambos os sexos, nascidos até 1960.

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa, buscou-se identificar o maior número possível de pessoas que apresentassem as características para participar do estudo, obtendo-se uma amostra inicial de 101 indivíduos, sendo 44 do sexo masculino e 57 do sexo feminino, residentes em 60 cidades do Estado de Santa Catarina. Destes, 66 retornaram um questionário preliminar, com dados demográficos, confirmação de endereço e interesse em participar do estudo. O preenchimento deste questionário foi feito por um parente próximo ou pelo responsável pela pessoa portadora de SD.

Na segunda etapa, selecionou-se uma amostra representativa de 30 sujeitos para serem visitados e entrevistados, selecionados entre os 66 que responderam ao primeiro contato.

Utilizou-se a divisão das seis regiões geográficas do estado, selecionando-se uma amostra estratificada proporcional por região, onde cada estrato acabou representado por aproximadamente 40% dos sujeitos de cada região e 50% dos sujeitos de cada sexo.

Foi construído um roteiro para uma entrevista semi-estruturada, no qual a primeira parte caracterizava o estilo de vida dos indivíduos (dados pessoais, dados domiciliares, dados sobre a SD, informações educacionais, condições associadas à SD, diário de atividades cotidianas, atividades da vida diária, atividade laboral, nível de atividade física e preferências de lazer). Esta parte do instrumento foi submetida à análise de três pesquisadores da área. Para verificar a qualidade de vida relacionada à saúde foi usada a versão brasileira do *SF-36™ Health Survey of the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project*.

Para a avaliação da atividade física habitual foi utilizado o pedômetro da marca *Digiwalker SW-500*. As famílias foram instruídas e o pedômetro foi colocado na cintura das pessoas no momento em que o indivíduo acordava pela manhã, sendo retirado quando este se deitava para dormir, registrando-se o número de passos diários. Isto foi feito em dois dias da semana e um dia do fim de semana (domingo), perfazendo um total de três registros.

Além da estatística descritiva, utilizou-se o teste  $\chi^2$  (Qui-quadrado) e ANOVA *one-way*, com nível de significância de 5%. Utilizou-se, também técnica de análise multivariada de caráter exploratório, a fim de analisar a tipologia de agrupamentos entre variáveis (análise de correspondências múltiplas e *Cluster analysis*, por meio do método *Ward*). Esta análise foi feita no programa Estatística 5.0.

## Resultados e discussão

Neste artigo são apresentados os resultados da segunda fase do estudo, conforme descrito anteriormente, incluindo entrevistas com 30 sujeitos, sendo 15 homens e 15 mulheres, residentes em 25 cidades do estado de Santa Catarina. A média de idade foi de 46,8 anos (DP=6,7) para os homens e de 46,2 (DP=3,7) para as mulheres.

A entrevista foi realizada na residência das pessoas que participaram da pesquisa, sempre com a presença dos sujeitos, tendo sido respondida por um dos membros da família. As mães responderam a 43,3% das entrevistas concedidas (n=13), irmãos 33,3% (n=10), cunhadas 16,7% (n=5), e pais 6,7% (n=2).

O procedimento de entrevista permitiu uma relação direta com os sujeitos da pesquisa e as pessoas envolvidas no seu cotidiano, além de observações do ambiente doméstico e comunitário em que vivem.

## Informações pessoais

Observou-se que a média de peso dos homens foi de 61,6 kg (DP=8,4; 41 – 73) e das mulheres de 64,4kg (DP=14,3; 41 – 95). A estatura, nos homens, teve a média de 151,9 cm (DP=5,8; 142 – 164) e nas mulheres, de 143,2 cm (DP=4,0; 139 – 150). Se comparados com a estatura média da população brasileira adulta na Pesquisa de Padrão de Vida - PPV (IBGE, 1998), que apresenta uma média de 172 cm para os homens e 161 cm nas mulheres, os sujeitos do estudo apresentam déficit de estatura de 14% (20,1cm) e 13% (17,8cm), respectivamente.

Com relação à estatura, estudos de Corretger (3) e Rogers & Coleman (16) descrevem que em pessoas com SD a velocidade de crescimento em estatura apresenta uma diferença até 24% menor do que as pessoas sem SD.

**Tabela 1** - Dados antropométricos dos sujeitos.

Variável	Homens (n=15)		Mulheres (n=15)	
	Média (DP)	Min - Max	Média (DP)	Min - Max
Peso (kg)	62,1 (8,4)	41 – 73	64,4 (14,1)	41 – 95
Estatura (cm)	151,9 (8,4)	142 – 164	143,2 (4,0)	139 -150
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26,8 (3,1)	20,1 – 32,4	31,3 (6,2)	21,0 – 42,8

Calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) dos sujeitos do estudo, com o objetivo de estimar a prevalência de sobrepeso (IMC = 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>). Observou-se que 40% (n=12) encontram-se na faixa de obesos, 40% (n=12) com sobrepeso, 20% (n=6) com peso normal (IMC de 18,5 a 24,9kg/m<sup>2</sup>) e nenhum com baixo peso (IMC < 18,5kg/m<sup>2</sup>).

Realizada uma estratificação da amostra por gênero, verificou-se que uma em cada três mulheres está na faixa da obesidade, e os homens situam-se mais na faixa do sobrepeso (n=9; 30%). Essa informação reforça os dados encontrados na Pesquisa de Padrão de Vida - PPV (7), que apresenta as mulheres brasileiras com um índice de 12,2% de obesidade e os homens 7%. Observou-se que quatro em cada dez sujeitos neste estudo era obeso, enquanto na população em geral esta proporção é de um para dez.

As famílias notaram algumas diferenças em seus filhos após o nascimento, e tais diferenças foram descritas como características da SD com a evolução dos estudos sobre essa síndrome. Das percebidas, 53,3% (n=16) dos casos os pais notaram uma falta de mobilidade (não se mexia); já 30,0% (n=9) apresentavam hipotonia muscular (muito mole); 13,3% (n=4) estavam sempre doentes (febre alta, cardiopatia, pneumonias frequentes) e em 3,3% (n=1) notou-se diferença nos olhos (tipo de japonês). Uma parcela dos sujeitos (46,7%; n=14) apresentou complicações físicas e orgânicas associadas à SD. Os distúrbios mais citados foram a cardiopatia congênita, distúrbios gastrointestinais, problemas respiratórios e de visão.

Segundo os relatos, mesmo com essas diferenças, 73,3% (n=22) dos sujeitos foram tratados normalmente como os outros filhos do casal e 26,7% (n=8) receberam cuidados especiais e atenção dobrada desde o nascimento.

Crianças, em geral, começam a caminhar entre os 8 e 15 meses. Hoje em dia as crianças portadoras de SD começam a andar entre 1 e 3 anos de idade em razão de estimulação nos primeiros meses de vida (13). Este não parece ter sido o caso dos sujeitos deste estudo, todos com mais de 40 anos de idade.

Analisando-se os relatos das famílias, percebe-se que os sujeitos do estudo não tiveram oportunidades de participar das atividades de estimulação na primeira infância, e a média de idade em que começaram a caminhar nesse grupo foi de 6,13 anos (DP=1,72; 4,0 – 10,0). No sexo feminino, o caminhar independente iniciou-se mais tarde, com a média de 6,4 anos de idade (DP=1,99; 4,0 – 10,0) e no sexo masculino com 5,8 anos (DP=1,41; 4,0 – 9,0).

## Informações educacionais

Com relação ao índice de alfabetização, apenas um sujeito sabia ler e escrever. Dos sujeitos do estudo 13,2% (n=4) tiveram oportunidade de frequentar escola regular na infância, porém, em razão da falta de orientação qualificada, preconceito e desconhecimento das reais capacidades dos sujeitos pelos professores, houve um abandono desse tipo de escola.

No momento da pesquisa, 70% (n=21) estavam frequentando atividades em instituições especiais, enquanto 30% (n=9) não frequentavam. Com a oportunidade de participarem dessas instituições, relatou-se que houve uma melhora no comportamento relacionado à vida diária

em 20 (95,2%) sujeitos da pesquisa (melhor comunicação, socialização e tranquilidade).

Os sujeitos da pesquisa que não freqüentam instituição descreveram assim os motivos dessa ausência: cinco relatam traumas ocorridos durante a permanência na instituição (agressões, acidentes, divergências com o método de atendimento); dois não se adaptaram e dois moram em cidades em que não existe esse atendimento.

## Atividades da Vida Diária - (AVD)

O nível de independência das pessoas portadoras de SD está associado à sua capacidade em realizar as tarefas da vida diária (9). Observou-se que esse grupo possui autonomia para realizar algumas atividades da vida diária (AVD), como alimentar-se (70%), vestir-se (73,3%) e caminhar (93,3%). Entretanto, as tarefas de higiene pessoal (56,7%); arrumar-se (56,7%) e banhar-se (46,7%) apresentaram um grau de dificuldade maior, necessitando de auxílio para realizá-las.

Quanto à autonomia das atividades instrumentais da vida diária (AIVD), observa-se uma dificuldade acentuada para realizarem tarefas com grau de independência mais qualificado. Nenhum dos sujeitos tem autonomia para manusear dinheiro, realizar compras e medicar-se; somente um utilizava transporte coletivo sem auxílio e um comunicava-se ao telefone. Um número significativo dos sujeitos (76%; n=23) realiza tarefas domésticas simples e 56,7% (n=17) comunicam-se de alguma forma com os demais.

Nas AIVDs a dificuldade cognitiva e a baixa aptidão física, contribuíram para a diminuição do nível de independência dessas pessoas, limitando suas possibilidades de viver confortável e satisfatoriamente, além de restringir sua atuação na sociedade.

## Qualidade de Vida Relacionada à Saúde – (QVRS)

A percepção geral da saúde - física e emocional - dos sujeitos do estudo, considerou como eles estavam se sentindo durante as quatro semanas anteriores à pesquisa, de acordo com o protocolo do questionário SF-36. Os respondentes consideraram o estado de saúde atual dos sujeitos como bom (70%; n=21) ou muito bom (30%; n=9).

Ao responderem se houve alteração na quantidade de tempo que levavam para realizar suas tarefas diárias no último ano, como consequência da sua condição física, 86,7% (n=26) relataram que esse tempo não diminuiu e 13,4% (n=4) disseram que os sujeitos, atualmente, levam mais tempo para realizar suas tarefas diárias.

Foi verificado se houve alteração na quantidade de tempo que levavam para realizar suas tarefas diárias, como consequência da sua condição emocional: 90,0% (n=27) relataram que esse tempo não diminuiu e 10,0% (n=3) disseram que levam mais tempo para realizar suas tarefas diárias. Conforme relato dos familiares, os problemas emocionais encontrados nos três sujeitos foram causados por falecimento de pessoas da família em datas próximas ao período da entrevista.

Observou-se o quanto a saúde física e emocional interferiram na realização das atividades sociais (relação com família, vizinhos, amigos e comunidade): 76,7% (n=23) disseram que não interferiu; 10% (n=3) que interferiu ligeiramente; 6,7% (n=2) moderadamente e 6,7% (n=2) que interferiu bastante.

Perguntados sobre a existência de dores no corpo, 56,6% (n=17) dos respondentes consideraram que os sujeitos não sentiam nenhuma dor; 13,3% (n=4) referiram-se a uma dor muito leve; 10,0% (n=3) dor leve; 13,3% (n=4) sentem uma dor moderada e 6,7% (n=2) relatam sentir dores fortes com freqüência. O grau de interferência da dor nas atividades diárias era menor entre as mulheres.

Com relação às doenças, 80% (n=24) relataram que os sujeitos não costumam adoecer mais do que as pessoas sem SD do ambiente familiar; 16,7% (n=4) adoecem com a mesma freqüência do que os demais e apenas um tem mais facilidade de contrair doenças do que os demais. Pode-se considerar este grupo como verdadeiros sobreviventes, justificando, ao menos em parte, esta visão positiva do estado de saúde atual dos sujeitos.

Verificou-se que para apenas um sujeito da pesquisa o respondente tinha a impressão de que sua saúde iria piorar, enquanto que 29 (96,7%) achavam que o estado de saúde continuaria estável.

Observou-se claramente que, na percepção dos respondentes, sentir-se feliz é uma característica apresentada pelo grupo estudado, sustentando os achados de Robison (15) que se refere às pessoas portadoras de SD como “indivíduos implacavelmente felizes”; outro dado interessante é que eles não apresentavam traços acentuados de depressão, nervosismo, cansaço e esgotamento.

## Atividades de lazer

Verificou-se que as atividades de lazer são predominantemente passivas e, em ordem de preferência, foram citados: assistir televisão (50,0%, n=15); escutar música (30%, n=9); conversar com familiares e amigos (13,3%, n=4) e passar o tempo sozinhos (6,7%, n=2). Conforme observação e relato, esses dois indivíduos que “brincam sozinhos” moram na zona rural e “passam o dia todo dentro de um cômodo falando sozinhos”.

Observando-se os resultados, percebeu-se que as atividades de lazer relatadas são desenvolvidas no ambiente familiar, ficando evidenciada a falta de interação com a sociedade nos momentos de lazer.

## Prática de Atividades Físicas (AF)

Dos 30 sujeitos visitados, 18 (56,3%) praticavam AF orientada nas instituições (quase todas vinculadas à APAE), na forma de aulas de Educação Física. As mulheres representam 57,9% (n=11) dos que faziam AF orientada, enquanto os homens, 42,1% (n=8). Aqueles que não freqüentavam instituições, não participavam de nenhuma atividade física orientada.

Na Educação Física oferecida pelas Instituições, o número de aulas semanais variou entre duas (79%) e três (21%); a duração ficou entre 40 minutos (10%) e 50 minutos

(90%). Quanto à intensidade de esforço durante as atividades, não houve diferença, predominando atividades leves a moderadas, de cunho recreativo.

Vários motivos foram relatados pelos familiares com relação a falta de participação dos sujeitos em programas de atividades físicas fora do ambiente familiar e da instituição: 67% por falta de oportunidade; 17% por achar que não tinham capacidade para essas atividades; 10% por falta de orientação e os demais por não gostar ou não ver utilidade.

Com relação às formas de atividade física, além das aulas de Educação Física nas instituições, consideraram-se as atividades realizadas no trabalho (na instituição), em casa (tarefas domésticas), para deslocar-se e nos momentos de lazer.

Observou-se que 53,3% (n=16) realizam algum tipo de atividade em casa; apenas dois sujeitos vão caminhando para a instituição; 53,3% (n=16) trabalham na instituição e somente um faz AF no seu momento de lazer (futebol, uma vez na semana). Um dado preocupante é que 26,6% (n=8) não realizam nenhum tipo de AF, estando expostos aos riscos de doenças próprias do sedentarismo. Entretanto, este percentual não parece ser diferente da população em geral, na qual os sedentários representam em torno de 30% (7).

Observa-se que as atividades realizadas na instituição e em casa apresentam um número expressivo de sujeitos, enquanto que nas atividades na comunidade, que exigem mais autonomia e oportunidades, a participação ainda é pequena.

## Medida objetiva da atividade física

Foi utilizado o pedômetro *Digiwalker SW-500* para a avaliação objetiva da atividade física habitual (deslocamentos). Foram registrados os passos durante dois dias da semana e um no fim de semana (domingo), perfazendo um total de três registros. O pedômetro *DigiWalker* mostrou-se um equipamento de fácil utilização para avaliar a atividade física diária em condições normais, mesmo em populações com SD.

O estudo de Welk (21), sugere um corte de 10.000 passos/dia para uma atividade de intensidade moderada em adultos sem SD, considerando comportamento sedentário um acúmulo inferior a 5.000 passos/dia. Neste estudo, determinou-se um corte de 5.000 passos/dia classificando os sujeitos da seguinte forma: menos ativos (menos de 5.000 passos/dia) e mais ativos (5.000 passos/dia).

Dos 30 sujeitos da amostra, 21 (70%) registraram os dados conforme orientação e nove (30%) não souberam realizar a avaliação.

Dos registros apresentados, o número mínimo de passadas verificado em um dia de avaliação foi de 515 passos e o máximo de 13.667 passos. Verificou-se que a média total (dois dias da semana e o domingo) foi de 4.017 passos/dia (DP=2.377; 662 – 9.636), sendo que as mulheres caminhavam mais, registrando em média 4.520 passos/dia (DP=2.447; 650 – 9.636), enquanto os homens 3.464 passos/dia (DP=2.291; 978 – 9.636).

Observou-se que a média de passos nos dias de semana foi maior do que a média de passos do domingo. Esse resultado pode ser explicado pela ausência atividades de “lazer ativo”, pois, como foi relatado, as atividades em momentos livres são passivas.

**Tabela 2** - Número médio de passos, por sexo e período semanal

Grupo	n	Número de Passos no Pedômetro* Média (DP; mín. – máx.)		
		Dias da semana	Domingo	Média semanal
Masculino	10	3.845 (3.300; 772-10.483)	2.702 (2.278; 756-7.960)	3.698 (2.341; 756-10.483)
Feminino	11	5.161 (2.735; 605-11.183)	3.238 (2.274; 662-6.844)	4.308 (2.485; 605-11.183)
Geral	21	4.535 (3.016; 605-11.183)	2.983 (2.335; 662-7.960)	4.018 (2.377; 605-11.183)

\* Diferença significativa (p<0,05) entre sexos e períodos semanais.

Com relação à idade observou-se que os mais velhos (> 48 anos) tiveram uma média total de 3.734 passos/dia (DP=2.059), e os mais novos (40 a 48 anos) uma média total de 4.191 passos/dia (DP=2.618).

Quanto à zona de moradia, verificou-se que os sujeitos que vivem na zona urbana caminham mais do que os da zona rural (p<0,05).

A inatividade física constitui uma importante causa para a redução do nível de independência nas atividades da vida diária. No presente estudo, verificou-se uma associação significativa entre o nível de AF e o grau de independência para alimentar-se sozinho ( $\chi^2=6,10$ ; p<0,05).

A independência nas tarefas de vestir-se, banhar-se e de realizar higiene pessoal não está estatisticamente associada à prática de AF, mas percebe-se, em termos práticos, que os mais ativos tendem a apresentar maior grau de independência.

## Análise multivariada entre variáveis

Para aprofundar a análise deste estudo optou-se pela utilização de técnicas de análise multivariada, de caráter exploratório, a fim de analisar a tipologia de agrupamentos entre variáveis (1).

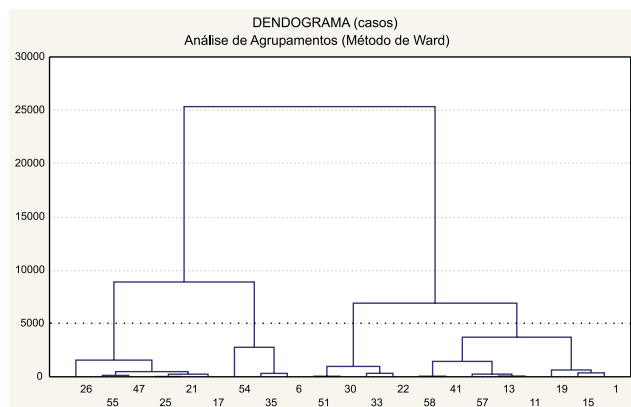
Na análise multivariada da associação entre nível de AF, IMC, percepção de saúde e características sociodemográficas, observou-se uma tipologia de agrupamentos que define quatro subgrupos de variáveis inter-relacionadas da seguinte maneira:

- subgrupo 1: constituído por mulheres, com risco para sobrepeso/obesidade, residentes na zona urbana e pertencentes à classe B e C (mais alta em relação a população do estudo);
- subgrupo 2: indivíduos menos ativos, de municípios do interior, que frequentam instituições, sem doenças associadas à SD e percepção de saúde “muito boa”;
- subgrupo 3: constituído por homens, com IMC inferior a 30 kg/m<sup>2</sup> (sem risco para obesidade), da classe D (mais baixa) e residente na zona rural;
- subgrupo 4: indivíduos que residem em municípios litorâneos, mais ativos, boa percepção de saúde, com doenças associadas e que não frequentam instituições.

Essa tipologia de agrupamento entre variáveis, demonstrou que, como observado na análise descritiva dos resultados, o risco de sobrepeso/obesidade é uma característica mais ligada às mulheres, enquanto um maior

nível de atividades físicas foi mais claramente associado ao sexo masculino (Figura 1).

**Figura 1** - Dendograma de tipologia de agrupamentos entre variáveis.



## Conclusões

A partir dos resultados apresentados e de acordo com as questões que orientaram este estudo, pode-se concluir que o nível socioeconômico não é uma variável discriminante quanto à prática de AF, pois a maioria dos sujeitos encontram-se em classes econômicas baixas (C e D). Com relação à idade, concluiu-se que existem diferenças na prática em relação à faixa etária, pois os mais jovens apresentaram um nível maior de AF em relação aos mais velhos. De acordo com gênero, verificou-se que as mulheres são mais ativas do que os homens e, no que diz respeito às doenças associadas à SD, observou-se que somente em dois casos esses distúrbios impediram os sujeitos de realizar AF (problemas visuais e cardiopatia). Em razão de todos os sujeitos do estudo residirem com suas famílias, não foi possível verificar se existem diferenças entre os que vivem em casas e os que moram em asilos ou similares.

Devido à homogeneidade das atividades de lazer, não foi possível verificar se esta é uma variável que possa ser discriminada quanto ao nível socioeconômico, idade, gênero, doenças associadas à SD e o local onde vivem.

Quanto ao nível de independência e as atividades da vida diária, percebe-se, em termos práticos, que os mais ativos tendem a apresentar maior grau de independência. Em todas as variáveis estudadas (AVD) os resultados dos testes estatísticos aproximaram-se de valores significativos, sendo encontrada uma associação significativa ( $p < 0,05$ ) entre o nível de AF e o grau de independência para alimentar-se sozinho.

As atividades de lazer são caracterizadas por atividades passivas no ambiente familiar, não havendo estímulo para a realização de outras atividades em outros locais; quanto à AF, a predominância nas atividades orientadas foram as aulas de Educação Física nas instituições, acrescentado as AF diárias no trabalho, em casa, de deslocamento e um caso de AF no momento de lazer.

Em razão do baixo nível educacional e a falta de oportunidades no mercado de trabalho, não se pôde verificar a associação entre essas duas variáveis.

O desconhecimento sobre a SD na época do nascimento e a falta de atendimento profissional adequado, interferiram no desenvolvimento geral dessas pessoas. Alguns familiares parecem não entender, ainda, realmente o que é a SD, e esse desconhecimento impede uma maior integração do indivíduo com SD com a sociedade. A falta de programas de estimulação precoce pode ter determinado o atraso na execução de tarefas motoras fundamentais, como caminhar. Entende-se que, por questões afetivas, seja benéfico o fato de todos os sujeitos residirem com seus familiares e não em instituições.

A falta de orientação qualificada nas instituições especiais na infância foi o motivo maior para o baixo nível de alfabetização, que de certa forma influenciou negativamente na obtenção de um emprego no mercado de trabalho.

A participação nas atividades em instituições especiais propiciou uma melhora na comunicação e socialização dos sujeitos portadores de SD nas suas relações diárias, criando uma nova perspectiva na interação com os demais.

Mesmo com o relato de um número expressivo de doenças associadas à SD, não há interferência negativa na realização das atividades diárias. Contudo, em se tratando do IMC, existe um risco maior para sobrepeso/obesidade nas mulheres que moram na zona urbana, e essa obesidade acaba se tornando mais uma barreira para a prática de atividades físicas.

Devido à participação dos familiares, as atividades da vida diária (AVD) são realizadas com desenvoltura pela maioria dos sujeitos, porém, nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) a falta de oportunidades e orientação adequada, são barreiras na realização dessas tarefas.

Observou-se que, em geral, os sujeitos apresentam uma energia positiva muito grande, e a felicidade é uma marca registrada. Em razão dessa disposição para a vida, não é comum a presença de situações de depressão, nervosismo, cansaço e esgotamento.

Em razão das características das atividades de lazer e do baixo nível de AF, observou-se que as famílias não percebem a importância da AF, tanto para si, como para as pessoas portadoras de SD, não vislumbram a possibilidade de uma vida mais sadia e com mais qualidade, capacitando-os a realizar suas atividades diárias com mais eficácia.

Com a orientação adequada, as famílias poderiam participar mais ativamente nos momentos de lazer, diminuindo os riscos da aquisição ou o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas.

## Referências Bibliográficas

1. BOUROCHE, J. M. & SAPORTA, G. **Análise de dados**. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1982.
2. BRADOCK, D. Aging and developmental disabilities: demographic and policy issues affecting american families. **Journal Mental Retardation**, 1999; 37(2): 155-161.
3. CORRETER, J. M. Consecución del crecimiento ponderal del síndrome de down. In **III Jornada Síndrome de Down: El adolescente y el joven – avances médicos y psicopedagógicos**. (pp. 271-276). Barcelona: Fundació Catalana Síndrome de Down, 1991.

4. HAYES, A. & BATSHAW, M. L. **Síndrome de Down**. In M. Batshaw. *Clínicas pediátricas da América do Norte* (pp. 567-582). Rio de Janeiro: Interlivros Edições Ltda. 1993.
5. HERNÁNDEZ P. O. Síndrome de Down, ayer y hoy. **Revista Minusval**, 1996; 101, 14-19.
6. HOGG J. & LAMBE L. An ecological perspective on the quality of life of people with intellectual disabilities as they age. In R. I. Brown. **Quality of life for people with disabilities: models, research and practice**, United Kingdom: Stanley Thornes Publishers Ltd, 1997, (pp. 201-227).
7. IBGE **Pesquisa sobre o Padrão de Vida**. Brasília. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/imprensa/noticias/ppv11.htm>> Acesso em 1998.
8. JARQUE, J. M. Evolución del concepto de persona com discapacidad. SD – **Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down**, 1999; 4 (2) 25 – 27.
9. KEMP, B.J. & MITCHELL, J.M. **Functional assesment in geriatric mental health**. In Singer, R.N.; Murphy, M. & Tennant, L.K. *Handbook of research on sports pycology*. New York: Mcmilan. 1993; (pp. 671-697).
10. MORATO, P. P. **Deficiência mental e aprendizagem**. Lisboa: ELO – Publicidade e Artes Gráficas. 1995.
11. NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.
12. NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: SP Papyrus, 1993.
13. PUESCHEL S. **Síndrome de Down: guia para pais e educadores**. São Paulo: Editora Papyrus, 1993.
14. RIMMER, J.H. Health promotion for people with disabilities: the emrging paradigm shift from disability prevention to prevention secondary conditions. **American Journal of Health Promotion**, 1999; 79 (5), 495-502.
15. ROBISON, R. J. Learnig about happines from persons with Down Syndrome: feeling the sense of joy and contentment. **American Journal on Mental Retardation**, 2000; 105 (5)
16. ROGERS P. T. & COLEMAN M. **Atencion médica en el Síndrome de Down: un planteamento de medicina preventiva**. Barcelona: Fundació Catalana Síndrome Down, 1994.
17. SELIKOWITZ, M. **Síndrome de Down**. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1992.
18. SETIÉN, M. L. **Indicadores sociales de calidad de vida: un sistema de medición aplicado al País Vasco**. Madrid: Milofe, S.L., 1993.
19. THOMAS, J. R. & NELSON, J. K. *Research Methods in Physical Activity*. 3<sup>rd</sup>.ed. Champaign: **Human Kinetics Publishers**, 1996.
20. VELDE, B.P. **Quality of life through personally meaningful activity**. In R. I. Brown. *Quality of life for people with disabilities: models, research and practice*, United Kingdom: Stanley Thornes Publishers Ltd., 1997; (pp. 12-26).
21. WELK, G.J. et al. The utility of the Digi-Walker step counter to asses daily physical activity patterns. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, 2000; 32 (6) s481 – s488.