

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**LARYSSA MARQUES VASCONCELOS GUEDES**

**SAÚDE NUTRICIONAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL:  
PREENCHENDO LACUNAS PARA INTERVENÇÕES FUTURAS**

**VOLTA REDONDA - RJ**

**2025**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SAÚDE NUTRICIONAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL:  
PREENCHENDO LACUNAS PARA INTERVENÇÕES FUTURAS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Nutrição do  
UniFOA, como requisito à obtenção do título  
de Bacharel em Nutrição.

Acadêmica: Laryssa Marques Vasconcelos Guedes

Orientadora: Profa. Dr. Margareth Lopes G. Saron

**VOLTA REDONDA - RJ**

**2025**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

G924s Guedes, Laryssa Marques Vasconcelos  
Saúde nutricional de pessoas com deficiência intelectual:  
preenchendo lacunas para intervenções futuras. / Laryssa Marques  
Vasconcelos Guedes. – Volta Redonda: UniFOA, 2025. 33 p. II.

Orientador (a): Profa. Dra. Margareth Lopes Galvão Saron

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Nutrição, 2025.

1. Nutrição - TCC. 2. Deficiência intelectual. 3. Estado nutricional. 4. Autonomia alimentar. 5. cuidadores. I. Saron, Margareth Lopes Galvão. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 613

## FOLHA DE APROVAÇÃO

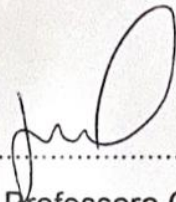
Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:

### **SAÚDE NUTRICIONAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: PREENCHENDO LACUNAS PARA INTERVENÇÕES FUTURAS**

Elaborado por Laryssa Marques Vasconcelos Guedes, apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Nutrição.

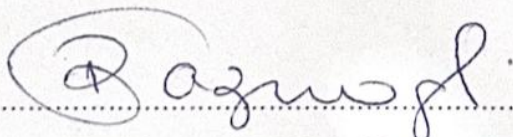
Aprovado em 4 junho de 2025

Banca Avaliadora:



Professora Orientadora

Margareth Lopes G. Saron, Doutora, Centro Universitário de Volta Redonda



Professora Avaliadora

Bruna Casiraghi, Doutora, Centro Universitário de Volta Redonda



Professor Avaliador

Walas Ruan Pinho de Oliveira, Mestrando, Centro Universitário de Volta Redonda

Dedico este trabalho ao curso de Nutrição da UniFOA, aos meus amigos de jornada e aos professores queridos com quem aprendi ao longo desses anos. Com vocês eu aprendi o verdadeiro significado de Nutrição e como ela pode alcançar e mudar vidas.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que me guiou, fortaleceu e sustentou em cada passo dessa jornada. Sem Ele, nada disso faria sentido.

Ao meu marido, Pedro Guedes, meu amor e minha maior torcida. Obrigada por estar ao meu lado em todos os momentos — nos dias bons e especialmente nos mais difíceis. Sua presença, paciência, incentivo, orações e carinho foram fundamentais para que eu chegasse até aqui de forma mais leve.

À minha família, minha base.

Aos meus pais, que sempre me ensinaram o valor do esforço e da dedicação, com amor incondicional e apoio constante.

Aos avós e tios— cada palavra de incentivo, cada abraço, cada oração fez diferença. Sou imensamente grata por ter vocês comigo.

A todos os professores que contribuíram ao longo da minha formação, meu sincero agradecimento. Em especial à minha orientadora, Margareth Saron, que com tanta dedicação, paciência e sensibilidade me orientou neste trabalho. Sua orientação foi essencial não só para o TCC, mas para o meu crescimento pessoal e acadêmico.

Aos meus amigos, obrigada por me escutarem, me fazerem rir, e por acreditarem em mim. Cada conversa, apoio, presença, carona foi um gesto de amor que me ajudou a chegar até aqui. Vocês fazem parte dessa conquista comigo. Obrigada por celebrarem comigo cada conquista e por tornarem essa caminhada mais leve, divertida e cheia de afeto.

Agradeço especialmente à Aline e à Malu, da APAE, que me acolheram com carinho, auxiliaram na coleta de dados e tornaram possível a realização deste trabalho. Obrigada por confiarem em mim e por me abrirem as portas de um espaço tão especial, onde pude crescer, contem comigo sempre.

E, por fim, a todas as pessoas que, de alguma forma, fizeram parte dessa trajetória: meu sincero e profundo agradecimento.

"As pessoas com deficiência têm os mesmos direitos à saúde que qualquer outro ser humano. Negar-lhes acesso adequado é negar sua humanidade."  
— Organização Mundial da Saúde.

## RESUMO

A deficiência intelectual representa uma condição que pode comprometer de forma significativa a saúde e o bem-estar, incluindo aspectos relacionados ao estado nutricional. Diante disso, torna-se essencial compreender como essa condição influencia a saúde alimentar e nutricional desse grupo populacional. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo investigar aspectos relacionados à saúde nutricional de pessoas com deficiência intelectual, visando identificar lacunas no cuidado e oferecer subsídios para futuras intervenções. A pesquisa foi realizada com 25 participantes atendidos pela APAE de Pinheiral (RJ), por meio de um questionário estruturado aplicado a cuidadores ou responsáveis. Os dados evidenciaram um perfil clínico diversificado, com alta prevalência de comorbidades como epilepsia, paralisia cerebral, retardo mental, e síndrome de Down. Observou-se baixa adesão a dietas específicas, dificuldades alimentares frequentes, como mastigação prejudicada, seletividade e recusa, e diversos níveis de autonomia alimentar. A maioria dos cuidadores demonstrou interesse em aprender mais sobre alimentação saudável, embora uma parcela relevante não tenha acesso a informações de qualidade. Também foi identificado um número expressivo de famílias sem acesso a benefícios assistenciais. Conclui-se que o estado nutricional dessas pessoas está intimamente relacionado a fatores clínicos, sociais e familiares, sendo essencial a implementação de estratégias educativas acessíveis e o fortalecimento do suporte multidisciplinar.

**Palavras-chave:** deficiência intelectual; nutrição; estado nutricional; autonomia alimentar; cuidadores; políticas públicas.

## ABSTRACT

Intellectual disability is a condition that can significantly compromise health and well-being, including aspects related to nutritional status. This study aimed to investigate aspects related to the nutritional health of people with intellectual disabilities, aiming to identify gaps in care and provide support for future interventions. The research was conducted with 25 participants attended by APAE in Pinheiral (RJ), through a structured questionnaire applied to caregivers or guardians. The data showed a diverse clinical profile, with a high prevalence of comorbidities such as epilepsy, cerebral palsy, mental retardation, and Down syndrome. Low adherence to specific diets, frequent eating difficulties, such as impaired chewing, selectivity and refusal, and varying levels of dietary autonomy were observed. Most caregivers showed interest in learning more about healthy eating, although a significant portion did not have access to quality information. A significant number of families without access to welfare benefits were also identified. It is concluded that the nutritional status of these people is closely related to clinical, social and family factors, making it essential to implement accessible educational strategies and strengthen multidisciplinary support.

**Keywords:** intellectual disability; nutrition; nutritional status; food autonomy; caregivers; public policies.

## SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 MÉTODOS.....	15
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
3.1 Perfil dos Pacientes.....	16
3.2 Conhecimento Alimentar.....	19
4 CONCLUSÕES.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aspectos socioeconômicos e benefícios assistenciais dos participantes.	19
Figura 2 - Descrição do nível de autonomia dos participantes. ....	20
Figura 3 - Principais dificuldades enfrentadas pelos participantes.....	22
Figura 4 - Avaliação da ingestão de água. ....	22
Figura 5 - Fonte de informação sobre alimentação. ....	23
Figura 6 - Percepção dos pais em relação a alimentação do seu(a) filho (a). ....	24
Figura 7 - Conhecimento sobre alimentação saudável.....	25
Figura 8 - Interesse na participação de atividades sobre alimentação. ....	26
Figura 9 - Principais preocupações para o futuro. ....	27

## **LISTA DE SIGLAS**

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CID-1	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DI	Deficiência Intelectual
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
QI	Quociente de Inteligência

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos diagnósticos médicos segundo CIDs reportados.....	17
---	----

## 1 INTRODUÇÃO

A deficiência intelectual é definida como um distúrbio do desenvolvimento neurológico que se manifesta na infância, geralmente antes da idade escolar. Este distúrbio afeta o desenvolvimento do funcionamento pessoal, social, acadêmico e/ou profissional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), considera-se deficiência intelectual quando o quociente de inteligência (QI) está dois desvios-padrão abaixo da média populacional, isto é, igual ou inferior a 70 pontos. Essa limitação afeta diretamente a capacidade da pessoa de lidar com as demandas do cotidiano, interferindo em aspectos sociais, escolares, familiares e funcionais.

Estima-se que mais de 1 bilhão de pessoas no mundo vivam com algum tipo de deficiência, o que representa aproximadamente 15% da população global. Dentre elas, cerca de 240 milhões são crianças com deficiência (WHO, 2011; UNICEF, 2021). No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 1,2% da população com dois anos ou mais de idade declarou possuir deficiência intelectual ou mental, o que corresponde a cerca de 2,5 milhões de pessoas. Esses dados reforçam a relevância desse grupo populacional e a necessidade de ações específicas de atenção à saúde educação e à nutrição, considerando suas particularidades e vulnerabilidades.

Indivíduos com deficiência intelectual enfrentam uma série de desafios relacionados à saúde geral e ao estado nutricional. Diversos estudos indicam maior risco para desnutrição, obesidade, seletividade alimentar, alterações oromotoras, dificuldades de mastigação e deglutição, além de baixa ingestão de micronutrientes essenciais (OLIVEIRA; SANTOS, 2020; TYLER et al., 2010). Esses fatores são agravados por barreiras cognitivas, sensoriais, motoras e comportamentais, bem como pela dependência de terceiros — geralmente familiares ou cuidadores — para a realização de tarefas básicas, como alimentação e hidratação (KE; LIU, 2015). Além disso, a autonomia alimentar costuma ser comprometida, especialmente nos casos de maior severidade ou comorbidades associadas, como paralisia cerebral ou epilepsia (OLIVEIRA et al., 2020; BRASIL, 2024).

A literatura também evidencia desigualdades no acesso aos cuidados em saúde, incluindo avaliação nutricional regular, educação alimentar e políticas públicas

específicas para essa população (HAVERCAMP; SCANDLIN; ROTH, 2004). No Brasil, embora haja avanços institucionais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008), a cobertura efetiva ainda é limitada, e muitas famílias não recebem o suporte necessário para garantir o cuidado integral. Aspectos como baixa escolaridade, falta de orientação técnica, sobrecarga familiar e desinformação sobre direitos sociais e assistenciais contribuem para esse cenário (SILVA et al., 2021; BRASIL, 2023a).

A avaliação do estado nutricional é um componente essencial na promoção da saúde e bem-estar de indivíduos com deficiência intelectual (DI). Estudos indicam que essa população apresenta um risco aumentado de deficiências nutricionais devido a fatores como dificuldades alimentares — incluindo recusa, seletividade e alterações oromotoras —, menor atividade física, dependência de cuidadores para a alimentação e condições de saúde associadas (SMITH et al., 2018; OLIVEIRA; SANTOS, 2020).

Além das condições clínicas e do acesso limitado aos serviços, aspectos como o grau de autonomia alimentar, as dificuldades no comportamento alimentar, o consumo hídrico e o nível de conhecimento dos cuidadores sobre alimentação saudável influenciam diretamente o estado nutricional dessas pessoas. A literatura sugere que o engajamento dos cuidadores está associado ao desejo de promover maior autonomia e qualidade de vida aos seus filhos e dependentes, mesmo diante das limitações impostas pela sobrecarga física e emocional (SILVA et al., 2021; BRACCIALLI et al., 2012).

Neste contexto, a identificação precoce de deficiências nutricionais pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de complicações de saúde a longo prazo (ALFARIS et al., 2024).

Diante do explicitado este artigo tem como objetivo preencher lacunas no conhecimento sobre a saúde nutricional de pessoas com deficiência intelectual, oferecendo dados que possam subsidiar intervenções futuras. Para isso, foram analisados aspectos clínicos e sociais dessa população, incluindo diagnósticos médicos, dificuldades alimentares, grau de autonomia, hábitos de hidratação, acesso a benefícios assistenciais, fontes de informação nutricional e a percepção dos cuidadores sobre alimentação e saúde.

## 2 MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma pesquisa descritiva e transversal que foi realizada com pessoas com deficiência intelectual atendidas pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) na cidade de Pinheiral, RJ. A pesquisa teve uma casuística de 25 indivíduos com deficiência intelectual.

Os critérios de inclusão foram: pessoas com deficiência intelectual, deambulantes ou não ambulantes, maiores de 2 anos até 62 anos; habilidades de comunicação verbal suficientes para fornecer informações sobre si mesmos, ou um membro da família disposto a fornecer essas informações; ter assinatura de TCLE de um responsável. Enquanto os critérios de exclusão foram: presença de qualquer doença aguda como respiratória ou infecções gastrointestinais; com doença pulmonar crônica ou cardíaca ou doenças renais. Todos que consentirem foram avaliados, porém, não falta de assinatura do TCLE, estas pessoas foram excluídas das análises de dados.

Utilizou-se um questionário estruturado, aplicado presencialmente com o próprio participante ou com seu cuidador/responsável legal, conforme necessário. O questionário incluiu dados sociodemográficos, clínicos, comportamentais e alimentares, permitindo uma avaliação global da situação de saúde e dos hábitos dos participantes.

Os dados obtidos foram digitados em planilhas eletrônicas e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão), bem como distribuição de frequências. As análises buscaram identificar fatores associados ao estado nutricional e relações com variáveis sociodemográficas e clínicas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Volta Redonda, o número do Parecer: 7.265.408 e CAAE: 84655324.4.0000.5237, em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Perfil dos Pacientes

Participaram da pesquisa 25 pessoas com deficiência intelectual com idade média de aproximadamente 15,39 anos, com idade mínima de 8 anos e idade máxima de 62 anos sendo 56% masculino e 44% feminino. A literatura evidencia que a prevalência de DI tende a ser ligeiramente maior entre indivíduos do sexo masculino, especialmente nas formas mais graves e associadas a síndromes genéticas, como a síndrome do X-frágil, que apresentam maior incidência em meninos (OLIVEIRA et al., 2017).

A análise da distribuição dos diagnósticos médicos, conforme os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (BRASIL, 2008), revelou um quadro clínico bastante diversificado, o que é esperado na população com DI, considerando sua etiologia multifatorial e ampla associação com comorbidades neurológicas, psiquiátricas e genéticas (BRASIL, 2020a). Dentre os 42 diagnósticos registrados nas 25 pessoas avaliadas, observou-se maior prevalência dos seguintes quadros: retardo mental grave com ausência ou comprometimento mínimo do comportamento (F72.0), presente em 6 indivíduos, seguido por retardo mental moderado com ausência ou comprometimento mínimo do comportamento (F71.0), identificado em 5 participantes.

Outras condições relevantes incluem epilepsia idiopática focal (G40.0) e síndrome de trissomia do cromossomo 21 por não-disjunção meiótica (Q90.0), ambas com 4 casos cada. A epilepsia é uma condição frequentemente associada à DI, com estimativas apontando que até 30% das pessoas com deficiência intelectual também apresentam epilepsia, especialmente nas formas mais graves (BRASIL, 2024). Já a trissomia do cromossomo 21, ou síndrome de Down, é a principal causa genética de DI e se associa a uma série de comorbidades clínicas, como cardiopatias congênitas, hipotonia e déficits cognitivos (MSD MANUALS, 2023b). Além disso, os diagnósticos de retardo mental leve (F70.0), transtornos da atividade e da atenção (F90.0) e paralisia cerebral quadriplégica espástica (G80.0) foram reportados por 3 indivíduos cada. A paralisia cerebral, especialmente em sua forma quadriplégica, frequentemente coexiste com DI e outras alterações neurológicas, impactando ainda mais o desenvolvimento motor, comunicativo e cognitivo da criança (OLIVEIRA et al., 2020).

Dois participantes apresentaram retardo mental moderado com comprometimento significativo do comportamento (F71.1), uma condição que pode exigir medidas de supervisão mais intensas e intervenções comportamentais. Tal condição reforça a importância do acompanhamento por equipe multidisciplinar, com foco tanto na reabilitação quanto no bem-estar psicológico e social dos indivíduos e de suas famílias (BRASIL, 2020).

Os demais diagnósticos, menos prevalentes, foram identificados em apenas 1 participante cada, incluindo doenças neurológicas, genéticas, transtornos específicos do desenvolvimento e condições psiquiátricas diversas, como meningite tuberculosa (A17.0), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - intoxicação aguda (F12.0), autismo atípico (F84.1) e hidrocefalia comunicante (G91.0), entre outros. Essa variabilidade diagnóstica reflete a complexidade clínica da população com deficiência intelectual, que frequentemente apresenta comorbidades raras ou de difícil manejo. Ressalta-se, portanto, a importância de avaliações clínicas abrangentes, integradas ao contexto biopsicossocial de cada pessoa, para garantir um plano terapêutico individualizado e eficaz (BRASIL, 2020a).

**Tabela 1-** Distribuição dos diagnósticos médicos segundo CIDs reportados.

CID	DIAGNÓSTICO	N	%
A170	Meningite tuberculosa	1	2,38
F120	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - intoxicação aguda	1	2,38
F700	Retardo mental leve - menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento	3	7,14
F710	Retardo mental moderado - menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento	5	11,90
F711	Retardo mental moderado - comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento	2	4,76
F720	Retardo mental grave - menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento	6	14,29
F721	Retardo mental grave - comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento	1	2,38
F799	Retardo mental não especificado - sem menção de comprometimento do comportamento	1	2,38
F800	Transtorno específico da articulação da fala	1	2,38

F819	Transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares	1	2,38
F841	Autismo atípico	1	2,38
F900	Distúrbios da atividade e da atenção	3	7,14
G400	Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal	4	9,52
G403	Epilepsia e síndromes epilépticas generalizadas idiopáticas	1	2,38
G404	Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas	1	2,38
G800	Paralisia cerebral quadriplágica espástica	3	7,14
G910	Hidrocefalia comunicante	1	2,38
Q811	Epidermólise bolhosa letal	1	2,38
Q900	Síndrome de trissomia do cromossomo 21 por não-disjunção meiótica	4	9,52
Z982	Presença de dispositivo de drenagem do líquido	1	2,38

**Fonte:** Autoras.

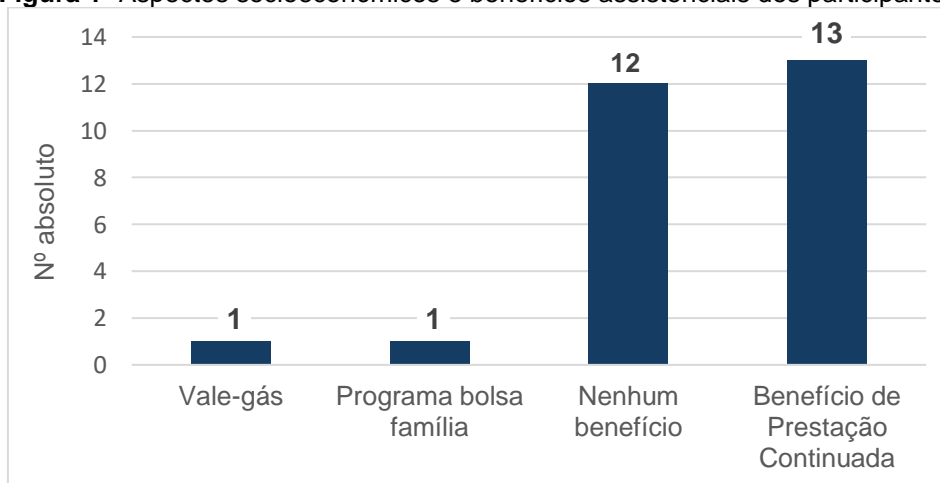
Referente aos dados sobre o recebimento de benefícios governamentais entre os participantes 48,15% (n=13) relataram ser beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 1993). Esse benefício garante um salário-mínimo mensal a pessoas com deficiência ou idosos com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem a ter provida por sua família. O fato de quase metade da amostra estar amparada por esse mecanismo sugere a existência de vulnerabilidade social reconhecida oficialmente, seja por baixa renda per capita familiar, seja pela própria condição de deficiência intelectual, que frequentemente implica limitações para a inserção plena no mercado de trabalho e em atividades produtivas (BRASIL, 2023a).

Por outro lado, 44,44% (n=12) dos entrevistados afirmaram não receber nenhum tipo de benefício assistencial, o que pode apontar para barreiras de acesso, falhas no processo de inclusão social, ou até desconhecimento dos critérios e caminhos para solicitação desses auxílios por parte das famílias (Figura 1). Segundo informações do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e

Combate à Fome (BRASIL, 2023a), o cadastramento dos beneficiários do BPC e de suas famílias no Cadastro Único possibilita a inclusão em outros programas sociais, além de permitir aos gestores da assistência social identificar situações de vulnerabilidade e realizar acompanhamento familiar adequado.

Benefícios pontuais, como o vale gás e o Programa Bolsa Família, foram relatados por uma minoria da amostra 3,70% (n=1) cada, evidenciando baixa cobertura por esses programas específicos (Figura 1). Esses dados sugerem que, além das limitações impostas pela deficiência intelectual, muitos indivíduos e suas famílias podem estar desassistidos em relação a políticas públicas complementares, o que reforça a importância de estratégias de busca ativa, capacitação dos profissionais das redes de apoio e ampla divulgação das políticas existentes. A inclusão social de pessoas com deficiência passa, necessariamente, pela garantia de seus direitos, incluindo os socioassistenciais (BRASIL, 2023a).

**Figura 1-** Aspectos socioeconômicos e benefícios assistenciais dos participantes.



Fonte: Autoras.

### 3.2 Conhecimento Alimentar

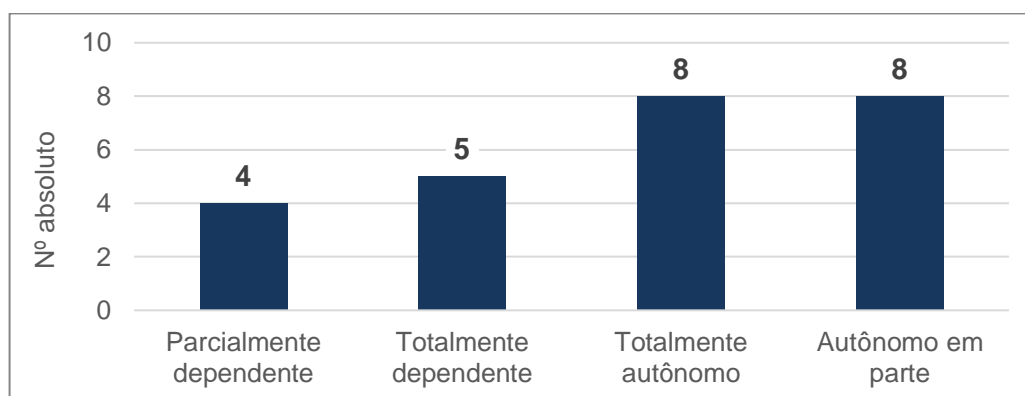
A avaliação do nível de autonomia alimentar, demonstrado na figura 2, revelou uma distribuição relativamente equilibrada entre os diferentes graus de independência. Observou-se que 32% dos participantes (n=8) são considerados pelos familiares totalmente autônomos em relação ao próprio cuidado, ou seja, são capazes de realizar escolhas e práticas relacionadas à alimentação e outras atividades de forma independente. Esse dado é positivo, pois indica que parte dos indivíduos com

DI da amostra consegue exercer controle sobre aspectos da sua rotina alimentar, o que pode refletir avanços na inclusão social e no desenvolvimento de habilidades funcionais. A promoção da autonomia é um dos pilares do modelo de atenção à pessoa com deficiência defendido pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008).

O mesmo percentual 32% (n=8) declarou ser autônomo em parte, o que pode indicar que, embora possuam algum grau de entendimento ou habilidade, ainda dependem de orientação ou suporte em determinadas situações (Figura 2). Tal realidade reforça a importância de intervenções que promovam o fortalecimento da independência progressiva desses indivíduos, respeitando seus limites e potencialidades. A literatura aponta que a autonomia em pessoas com deficiência intelectual é multifacetada, envolvendo fatores cognitivos, sociais e relacionais, sendo necessário compreender a autonomia não como um estado absoluto, mas como uma construção contínua e contextual (ANTONIOLI; EISENBERG, 2021).

Em contrapartida, 20% (n=5) dos participantes foram avaliados como totalmente dependentes, demonstrando ausência de autonomia e necessitando de ajuda integral em todas as ações relacionadas à alimentação (Figura 2). Essa condição pode estar relacionada a graus mais severos de deficiência intelectual, comorbidades associadas — como paralisia cerebral ou distúrbios motores — ou contextos familiares com baixa estimulação. (OLIVEIRA et al., 2020). Outros 16% (n=4) relataram ser parcialmente dependentes, o que representa uma zona intermediária em que o apoio é necessário, mas há possibilidades de ampliação da independência com estratégias adequadas.

**Figura 2-** Descrição do nível de autonomia dos participantes.



Fonte: Autoras.

A análise das principais dificuldades enfrentadas no contexto alimentar indicou que a mastigação deficiente foi a queixa mais prevalente, relatada por 23,81% (n=10) dos participantes, seguida por preferência alimentar seletiva 21,43% (n=9) e recusa alimentar 16,67% (n=7), conforme a figura 3. Esses achados refletem obstáculos frequentes na prática alimentar de indivíduos com necessidades específicas, exigindo acompanhamento contínuo e individualizado.

A literatura confirma que pessoas com deficiência intelectual frequentemente apresentam alterações oromotoras, como dificuldades de mastigação e deglutição, em razão do comprometimento neuromuscular e sensorial, o que impacta negativamente a função alimentar e exige cuidados específicos na condução do processo alimentar. Maloclusões, distúrbios da respiração, bruxismo e controle muscular reduzido são condições associadas que comprometem a função mastigatória e a segurança na deglutição (BRASIL, 2021).

Além disso, a seletividade alimentar e a recusa são comportamentos descritos com frequência entre indivíduos com deficiência intelectual ou transtornos do desenvolvimento, podendo estar associados a hipersensibilidade sensorial, dificuldades de comunicação e experiências alimentares negativas. Em estudo com crianças com transtorno do espectro autista, observou-se que 34,4% apresentavam seletividade alimentar e 21,9% apresentavam alterações na motricidade da mastigação, categorias que frequentemente se sobrepõem e exigem acompanhamento especializado (SILVA et al., 2023).

Outras dificuldades citadas incluíram a manutenção de uma dieta equilibrada 14,29% (n=6), a ausência de dificuldades aparentes 11,90% (n=5), e problemas com deglutição 9,52% (n=4), de acordo com a figura 3. Diante disso, torna-se essencial que profissionais da saúde estejam preparados para identificar e acompanhar essas queixas de forma contínua, com foco em prevenção, adaptação alimentar e suporte familiar. A assistência interdisciplinar, incluindo profissionais de nutrição, fonoaudiologia e odontologia, deve ser incentivada para garantir não apenas a nutrição adequada, mas também o conforto e bem-estar alimentar dessas pessoas. (BRASIL, 2021).

**Figura 3-** Principais dificuldades enfrentadas pelos participantes.

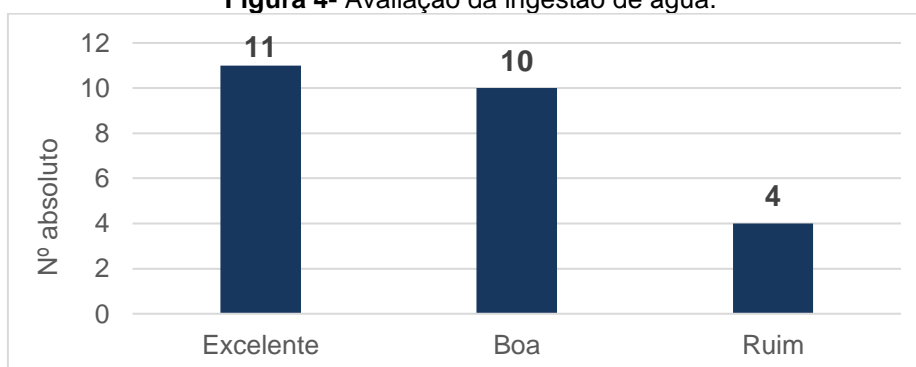


Fonte: Autoras.

A avaliação dos familiares em relação à ingestão diária de água demonstrou uma avaliação predominantemente positiva. A maioria classificou o consumo como excelente 44% (n=11) ou bom 40% (n=10), sugerindo um padrão de hidratação considerado satisfatório pelos familiares. Por outro lado, 16% (n=4) avaliaram a ingestão de água como ruim, o que pode sinalizar uma percepção de insuficiência hídrica ou até mesmo comportamentos que merecem atenção no contexto da promoção da saúde (Figura 4).

Estudos mostram que a ingestão hídrica adequada é fundamental para a manutenção da homeostase corporal e que pessoas com deficiência intelectual podem apresentar padrões irregulares de consumo de líquidos, seja por barreiras cognitivas, sensoriais ou por dependência de terceiros para a oferta de água. Isso torna essencial o acompanhamento pelos cuidadores e profissionais de saúde (BRASIL, 2021). Além disso, a promoção de hábitos saudáveis, como o consumo regular de água, deve ser adaptada ao perfil da pessoa com deficiência, considerando suas limitações e nível de compreensão (BRASIL, 2021).

**Figura 4-** Avaliação da ingestão de água.

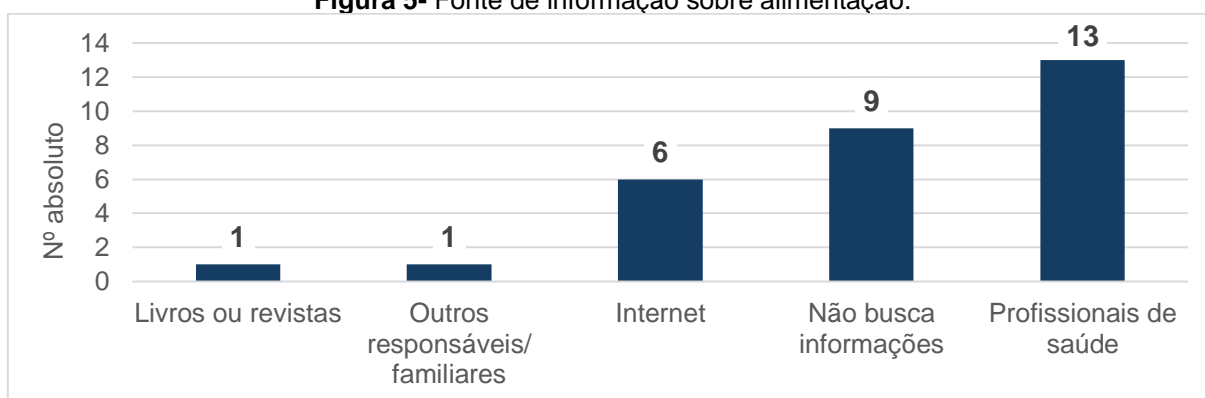


Fonte: Autoras.

A investigação sobre as fontes utilizadas para obtenção de informações alimentares, figura 5, apontou que a maioria dos familiares dos participantes recorre a profissionais de saúde 43,33% (n=13) como principal referência, o que demonstra um reconhecimento da autoridade técnica desses profissionais no tema. Em segundo lugar, 30% (n=9) afirmaram não buscar informações sobre alimentação, o que levanta preocupações quanto à falta de interesse, acesso ou estímulo para a educação alimentar contínua. A internet aparece como fonte para 20% (n=6) dos participantes, refletindo a crescente influência do meio digital no comportamento alimentar, embora essa via exija maior cuidado quanto à confiabilidade das informações. Já os livros/revistas e outros responsáveis ou familiares foram citados por apenas 3,33% (n=1) cada, indicando baixa utilização desses meios tradicionais ou domésticos como veículos de orientação nutricional.

Esses dados reforçam a importância da atuação dos profissionais da saúde como agentes centrais na promoção de conhecimento alimentar qualificado e da necessidade de ampliar estratégias que estimulem o acesso e o interesse por informações nutricionais baseadas em evidências, especialmente entre os que não têm o hábito de buscar esse tipo de conteúdo. Conforme destaca Silva et al. (2021), o acesso a informações confiáveis e adaptadas ao contexto das pessoas com deficiência intelectual é fundamental para o cuidado domiciliar e a promoção da saúde no ambiente familiar.

**Figura 5-** Fonte de informação sobre alimentação.

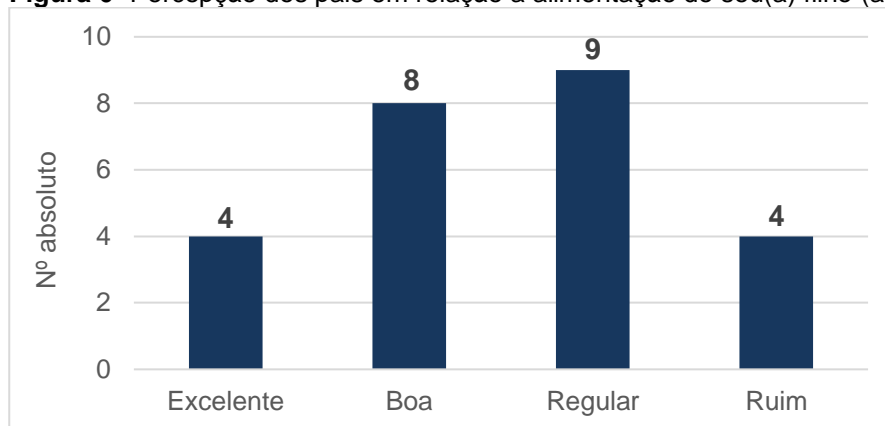


Fonte: Autoras.

A percepção parental sobre os hábitos alimentares dos filhos revela um panorama diversificado (Figura 6). A maior parte dos responsáveis 36% (n=9) classificou a alimentação do(a) seu(a) filho(a) como regular, seguida de 32% (n=8)

que a avaliaram como boa. Apenas 16% (n=4) consideraram a alimentação excelente, mesmo percentual daqueles que a avaliaram como ruim. Esses dados indicam uma visão predominantemente moderada sobre os hábitos alimentares, o que pode estar relacionado à limitada compreensão nutricional por parte dos cuidadores ou a barreiras práticas na oferta de uma alimentação adequada. Segundo Silva et al. (2021), a qualidade do cuidado domiciliar prestado a pessoas com deficiência intelectual está diretamente associada ao nível de conhecimento e percepção dos responsáveis, sendo essencial promover ações educativas voltadas aos cuidadores para favorecer escolhas alimentares mais saudáveis.

**Figura 6-** Percepção dos pais em relação a alimentação do seu(a) filho (a).



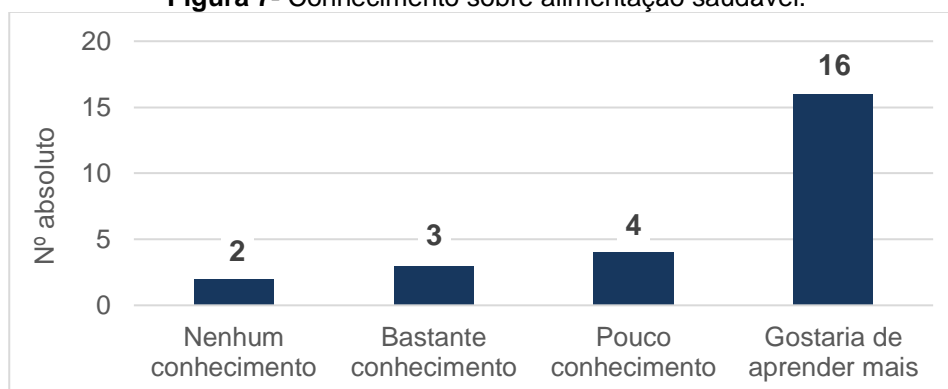
Fonte: Autoras.

A análise do nível de conhecimento sobre alimentação saudável revelou que a maioria dos participantes 64% (n=16) expressou o desejo de aprender mais sobre o tema, o que demonstra um interesse ativo por parte dos familiares em adquirir novos saberes relacionados à nutrição e saúde (Figura 7). Esse achado é coerente com o estudo de Quadros da Silva et al. (2021), que destaca o sentimento de responsabilidade e amor presentes no cotidiano dos cuidadores, indicando disposição para aprimorar o cuidado prestado, inclusive por meio da busca ativa por informações de qualidade sobre saúde e alimentação.

Apenas 12% (n=3) declararam ter bastante conhecimento sobre alimentação saudável, enquanto 16% (n=4) relataram possuir pouco conhecimento e 8% (n=2) afirmaram não ter nenhum conhecimento a respeito do assunto (Figura 7). Esse cenário pode ser compreendido à luz dos dados apresentados por Quadros da Silva et al. (2021), os quais apontam que a maioria dos cuidadores de pessoas com deficiência intelectual possui baixa escolaridade e não recebeu capacitação formal, o

que compromete a compreensão e a prática de condutas alimentares saudáveis no cotidiano familiar.

**Figura 7-** Conhecimento sobre alimentação saudável.

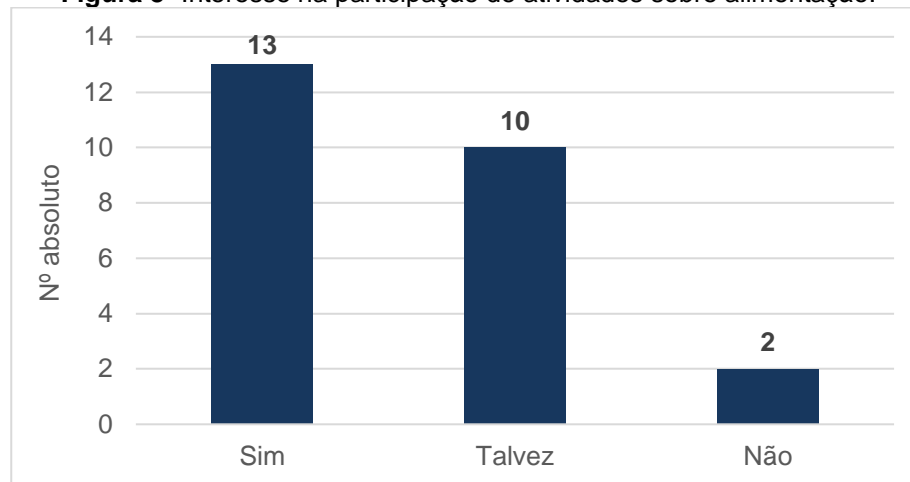


**Fonte:** Autoras.

A maioria dos participantes demonstrou interesse em participar de atividades voltadas à alimentação, com 52% (n=13) respondendo afirmativamente. Um número expressivo, 40% (n=10), respondeu “talvez”, indicando uma disposição potencial que pode ser estimulada com abordagens adequadas quanto à forma, conteúdo e acessibilidade das ações propostas (Figura 8). Esses achados são consistentes com o estudo de Pimenta et al. (2010), o qual destaca que, apesar da sobrecarga emocional, física e financeira enfrentada por muitos cuidadores de pessoas com deficiência intelectual, existe interesse em ações que promovam maior autonomia, qualidade de vida e apoio na prática do cuidado. Tal interesse pode ser aproveitado por meio de estratégias educativas acessíveis e adaptadas à realidade dessas famílias, sobretudo quando se consideram suas limitações de tempo, recursos e conhecimento técnico.

Apenas 8% (n=2) dos entrevistados afirmaram não ter interesse em participar dessas atividades, o que representa uma minoria dentro da amostra analisada (Figura 8). Essa baixa taxa de desinteresse pode refletir tanto a dedicação dos cuidadores quanto a percepção de que sua qualidade de vida está diretamente relacionada à qualidade dos cuidados prestados. Como destacado por Braccialli et al. (2012), cuidadores que se sentem desamparados ou sobrecarregados podem apresentar menor envolvimento em atividades externas, mas, quando acolhidos por estratégias acessíveis e significativas, tendem a se engajar ativamente em iniciativas que contribuam para o bem-estar do núcleo familiar como um todo.

**Figura 8-** Interesse na participação de atividades sobre alimentação.



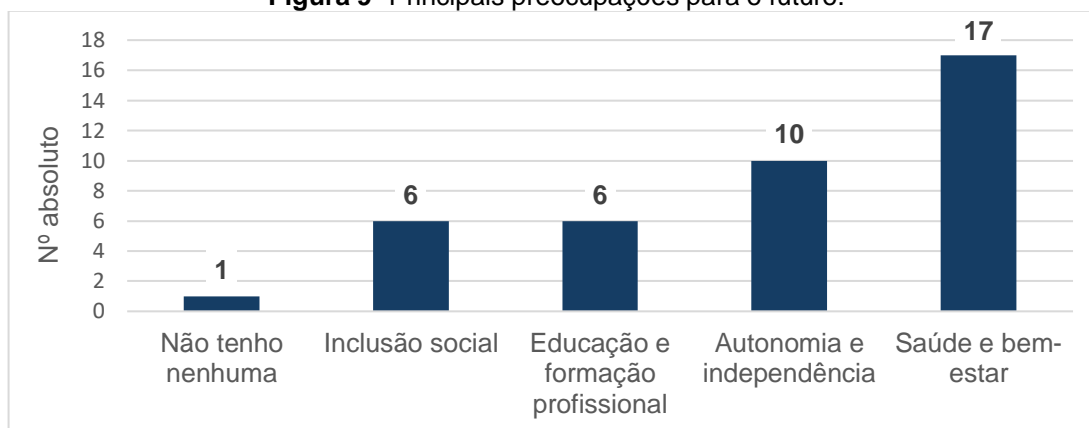
Fonte: Autoras.

Ao serem questionados sobre suas principais preocupações em relação ao futuro, os familiares dos participantes apontaram questões ligadas à saúde e bem-estar, mencionadas por 42,5% (n=17) da amostra (Figura 9). Essa predominância indica que, mesmo diante de múltiplas demandas, a preservação da saúde física e mental se destaca como prioridade entre os entrevistados. Esse dado é coerente com a literatura, que destaca a saúde como principal foco de atenção e preocupação dos cuidadores de pessoas com deficiência intelectual, dada a cronicidade da condição e a sobrecarga imposta às famílias (PIMENTA et al., 2010). Em seguida, 25% (n=10) relataram autonomia e independência como foco de preocupação e inclusão social também foi mencionada por 15% (n=6), conforme a figura 9. Tais aspectos revelam o desejo das famílias de que seus filhos desenvolvam capacidades funcionais e consigam viver com maior inserção e dignidade. A busca por autonomia está relacionada às estratégias de enfrentamento centradas em resolução de problemas, e a inclusão social reflete uma tentativa das famílias de romper barreiras estruturais e estigmas ainda presentes na sociedade (YANG, 2023).

Aspectos relacionados à educação e formação profissional apareceram em 15% (n=6) das respostas, apontando para o desejo de desenvolvimento de competências que ampliem a inserção produtiva. Isso corrobora os achados de Graungaard e Skov (2006), que identificaram que, após o impacto inicial do diagnóstico, muitos pais direcionam seus esforços à capacitação e ao desenvolvimento do potencial da criança como forma de promover um futuro mais digno e participativo. Apenas 2,5% (n=1) dos participantes afirmaram não possuir

nenhuma preocupação com o futuro de seu(a) filho(a), representando uma exceção dentro do grupo. Segundo Santos e Pereira-Martins (2016), essa percepção pode estar associada a estratégias emocionais de enfrentamento, como aceitação ou confiança plena em instituições de apoio, frequentemente observadas entre cuidadores em fases mais avançadas do processo adaptativo.

**Figura 9-** Principais preocupações para o futuro.



**Fonte:** Autoras.

A análise dos dados revelou que apenas um dos 25 participantes relatou seguir uma dieta especial, sendo essa relacionada a diabetes mellitus. Os demais 24 indivíduos (96%) afirmaram não realizar nenhum tipo de dieta específica. Tal achado é consistente com a literatura, que aponta que pessoas com deficiência intelectual frequentemente enfrentam barreiras significativas para a adesão aos planos alimentares individualizados, mesmo diante de condições de saúde que exigiriam acompanhamento nutricional especializado (KE; LIU, 2015). As limitações cognitivas e nas habilidades adaptativas típicas da deficiência intelectual podem comprometer o entendimento e a execução de orientações dietéticas, exigindo que cuidadores ou instituições assumam papel ativo nesse processo. Quando esse suporte não é suficientemente estruturado, a implementação de dietas específicas torna-se mais difícil.

Além disso, uma revisão sistemática recente realizada por Alfaris et al. (2024) demonstrou que crianças com deficiência intelectual ou do desenvolvimento apresentam, em média, piores indicadores nutricionais, incluindo maior prevalência de sobrepeso, ingestão inadequada de nutrientes essenciais e padrões alimentares desequilibrados. Apesar desse cenário, os autores destacam que há escassez de estratégias de intervenção nutricional eficazes e personalizadas para esse grupo, o

que contribui para a persistência de condutas alimentares inadequadas. Isso reforça a importância de políticas públicas e ações multidisciplinares que promovam educação alimentar, avaliação nutricional sistemática e suporte contínuo aos cuidadores.

#### **4 CONCLUSÕES**

Os dados analisados neste estudo revelam aspectos muitas vezes invisibilizados nas estatísticas oficiais, mas que fazem parte da rotina de pessoas com deficiência intelectual e de seus cuidadores. Apesar do empenho e da dedicação observados no cuidado diário, persistem desafios significativos relacionados à alimentação, à autonomia e ao acesso a informações nutricionais adequadas e confiáveis.

Dificuldades como recusa alimentar, seletividade e comprometimento da mastigação foram recorrentes, frequentemente sem o acompanhamento de profissionais especializados. Além disso, a baixa adesão a dietas específicas, mesmo quando clinicamente indicadas, evidencia uma lacuna preocupante entre diagnóstico, orientação nutricional e práticas cotidianas.

Esta pesquisa também evidenciou fragilidades no acesso a políticas públicas e benefícios sociais. Uma parcela expressiva da amostra não é contemplada por programas como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o vale-gás e o Programa Bolsa Família, o que reforça a urgência de uma atuação mais integrada entre os setores da saúde, assistência social e educação. A ausência desse suporte compromete não apenas a segurança alimentar, mas também a qualidade de vida e o bem-estar das famílias envolvidas.

Assim, esta investigação não apenas coletou informações práticas e percepções dos cuidadores, mas também revelou caminhos possíveis para o aprimoramento da atenção nutricional voltada a pessoas com deficiência intelectual. As lacunas identificadas — seja na informação, no acompanhamento clínico ou no acesso a direitos — evidenciam a importância de novas propostas que envolvam educação alimentar, inclusão social e suporte multidisciplinar, respeitando as limitações e demandas de cada pessoa.

Esses achados reforçam a necessidade de estratégias de intervenção mais eficazes, que considerem as particularidades desse grupo e promovam uma

articulação mais sólida entre os serviços públicos e os profissionais envolvidos. Ao trazer à tona essas questões, este estudo contribui para o avanço do conhecimento e para a construção de políticas públicas mais inclusivas, equitativas e sensíveis às demandas nutricionais das pessoas com deficiência intelectual.

## REFERÊNCIAS

**ALFARIS, N. A.** et al. Nutritional Status and Dietary Behaviors of Children with Intellectual or Developmental Disabilities in Saudi Arabia: A Systematic Review. *Global Pediatric Health*, v. 11, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39045491/>. Acesso em: 2 maio 2025.

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

**ANTONIOLI, C.; EISENBERG, Z.** A autonomia da pessoa com deficiência intelectual: uma revisão de literatura. *Revista Educação Especial*, v. 34, e26/1–e26/20, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/68742>. Acesso em: 30 abr. 2025.

**BRACCIALLI, L. M. P.** et al. Qualidade de vida de cuidadores de pessoas com necessidades especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 18, n. 1, p. 113–126, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-65382012000100008>. Acesso em: 2 maio 2025.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. 10. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. *Protocolo para diagnóstico etiológico da deficiência intelectual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/relatorios/2020/20201203\\_relatorio\\_572\\_pcdt\\_deficiencia-intelectual\\_.pdf](https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/relatorios/2020/20201203_relatorio_572_pcdt_deficiencia-intelectual_.pdf). Acesso em: 30 abr. 2025.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. *Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atencao\\_saude\\_bucal\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf). Acesso em: 30 abr. 2025.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência: versão atualizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf). Acesso em: 30 abr. 2025.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Epilepsia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/PCDT\\_Resumido\\_Epilepsia\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/PCDT_Resumido_Epilepsia_final.pdf). Acesso em: 30 abr. 2025.

**BRASIL.** Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *BPC no Cadastro Único*. Brasília, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/beneficios-assistenciais/bpc-no-cadastro-unico>. Acesso em: 30 abr. 2025.

**BRASIL.** Presidência da República. *Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993*. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm). Acesso em: 30 abr. 2025.

**COOPER, S. A.; MELVILLE, C.; MORRISON, J.** Obesity in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, v. 48, n. 5, p. 414–422, 2004.

**GRAUNGAARD, A. H.; SKOV, L.** Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parents' experiences, coping and needs when the newborn child is severely disabled. *Child: Care, Health and Development*, v. 33, n. 3, p. 296–307, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17439444/>. Acesso em: 2 maio 2025.

**HAVERCAMP, S. M.; SCANDLIN, D.; ROTH, M.** Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting disability. *Public Health Reports*, v. 119, n. 4, p. 418–426, 2004.

**HSIEH, K.; RIMMER, J. H.; HELLER, T.** Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, v. 58, n. 9, p. 851–863, 2014.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).** *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31445-pns-2019-pais-tem-17-3-milhoes-de-pessoas-com-algum-tipo-de-deficiencia>. Acesso em: 3 maio 2025.

**KE, X.; LIU, J.** Deficiência intelectual. In: REY, J. M. (ed.). *Tratado de saúde mental da infância e adolescência da IACAPAP*. Genebra: IACAPAP, 2015. (edição em português: DIAS SILVA, F., ed.). Disponível em: <https://iacapap.org/Resources/Persistent/00c6fe1075efd7ac4331c39600b1a6120df8a91e/C.1-Intellectual-disabilities-PORTUGUESE-2015.pdf>. Acesso em: 2 maio 2025.

**KRÁLÍKOVÁ, J.; VÁLKOVÁ, H.** Trends in body mass index among children with mild and moderate intellectual disability. *Journal of Special Education Research*, v. 9, n. 2, p. 85–93, 2021.

**MELVILLE, C. A.** et al. Prevalence of obesity among adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Obesity Reviews*, v. 8, n. 3, p. 223–230, 2007.

**MSD MANUALS.** Deficiência intelectual. *Versão Profissional*, 2023. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/pediatria/dist%C3%BArbios-de-aprendizagem-e-desenvolvimento/defici%C3%Aancia-intelectual>. Acesso em: 30 abr. 2025.

**MSD MANUALS.** Síndrome de Down (Trissomia 21). *Versão para o público*, 2023b. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/anomalias-cromoss%C3%B4micas-e-gen%C3%A9ticas/s%C3%ADndrome-de-down-trissomia-21>. Acesso em: 30 abr. 2025.

**OLIVEIRA, C. T.** et al. Perfil clínico e epidemiológico de crianças com paralisia cerebral: implicações para o cuidado multidisciplinar. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, v. 56, n. 2, p. 89–95, 2020.

**OLIVEIRA, M.; SANTOS, P.** Nutritional challenges in intellectual disability. *Revista Brasileira de Nutrição*, v. 15, n. 3, p. 45–52, 2020.

**OLIVEIRA, R. M.** et al. Epidemiologia da deficiência intelectual em escolares: uma revisão. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 23, n. 4, p. 537–552, 2017.

**PIMENTA, R. de A.; RODRIGUES, L. A.; GREGUOL, M.** Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 14, n. 3, p. 69–76, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/9687>. Acesso em: 2 maio 2025.

**SILVA, A. L.** et al. Comportamento alimentar de crianças com transtorno do espectro autista. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 72, n. 3, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/t4CjvXxkH4VvL9qGSZG8MDr/>. Acesso em: 2 maio 2025.

**SILVA, T. B. Q. da** et al. Cuidadores domiciliares de pessoas com deficiência intelectual no contexto rural e seus desafios. *Cogitare Enfermagem*, v. 26, e72567, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.72567>. Acesso em: 2 maio 2025.

**SMITH, J.; BROWN, L.; WILSON, K.** Dietary intake and nutritional status in adults with intellectual disabilities. *Nutrition Research Reviews*, v. 31, n. 1, p. 1–10, 2018.

**TYLER, C. V.** et al. Chronic health conditions and risk behaviors in adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, v. 31, n. 1, p. 210–216, 2010.

**UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (UNICEF).** *Fact sheet: The world’s nearly 240 million children living with disabilities are being denied basic rights*. New York: UNICEF, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/press-releases/fact-sheet-worlds-nearly-240-million-children-living-disabilities-are-being-denied>. Acesso em: 3 maio 2025.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** *World report on disability*. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304067/>. Acesso em: 3 maio 2025.

**YANG, L. H.** Understanding and addressing mental health stigma across cultures. *Psychiatric Times*, v. 40, n. 6, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10220277/>. Acesso em: 2 maio 2025.