

ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO

**ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIA DE
INCAPACIDADES NA CIDADE CABO FRIO - RJ**

Relatório de Pesquisa

Niterói, 2007

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS DA PESQUISA.	5
3. METODOLOGIA PROPOSTA PELA OPS/OMS	5
4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA CIDADE DE CABO FRIO	7
5. REALIZAÇÃO DA PESQUISA	9
5.1 A amostra	14
5.2 O desenvolvimento da pesquisa	14
6. RESULTADOS DA PESQUISA	14
6.1 A detecção de suspeitas de incapacidades	14
6.2 O exame de validação	15
7. AMOSTRA DE IDOSOS	21
8. CONCLUSÕES	22
9. ANEXOS	
Anexo 1 Manual do Supervisor e do Entrevistador	23
Anexo 2 Equipe de Pesquisadores	36

LISTA DE SIGLAS

AFR	Associação Fluminense de Reabilitação
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	International Classification of Impairment, Disability and Handicap
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SUS	Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

No início da década de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS¹), preocupada com a inexistência de dados sobre a população com deficiências nos países da América Latina e Caribe, propôs uma metodologia para a realização de pesquisas de prevalência de incapacidades, cuja finalidade precípua é contribuir para que os gestores locais de saúde enfrentem o problema da inexistência de dados para subsidiar o planejamento, a organização de serviços e as ações de atenção à saúde dessa população, numa perspectiva interdisciplinar e inclusiva.

O Ministério da Saúde (MS) vem apoiando a utilização da metodologia proposta pela OPS, vinculada ao planejamento de programas, ações e serviços de saúde voltados para a prevenção, assistência e reabilitação da população com deficiências, em nível regional e local. O conhecimento do número de deficientes, dos tipos de deficiência e seus fatores condicionantes, assim como a análise situacional das condições de vida e saúde e dos recursos disponíveis para o tratamento, reabilitação e inclusão social em uma determinada área geográfica direciona o foco das políticas sociais específicas, permitindo a eficácia no enfrentamento dos problemas, o compartilhamento de responsabilidades e a otimização de recursos.

Desde 1992, o MS já apoiou técnica e financeiramente a realização de pesquisas de prevalência com a metodologia da OPS em mais de 30 cidades das diferentes regiões brasileiras, em uma ação vinculada à formulação de políticas e programas locais e à organização da assistência em reabilitação coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e com as normas emanadas pela legislação específica.

A primeira pesquisa dessa natureza no Brasil, que integrou a experiência-piloto de validação da metodologia, ao lado de outras realizadas em diversos países da América Latina e Caribe, foi realizada em Niterói, em 1992/1993, pela Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), instituição de referência nacional na área de reabilitação, com o apoio financeiro da OPS e o apoio institucional do MS. Desde então, a AFR tem se constituído um elemento importante na disseminação dessa metodologia, tendo realizado diretamente ou coordenado pesquisas de prevalência em 25 cidades brasileiras.

Quinze anos depois da experiência pioneira, a AFR realizou um estudo multicêntrico de prevalência de incapacidades em 6 cidades do estado do Rio de Janeiro, inclusive Cabo Frio. Os resultados da pesquisa nessa cidade são apresentados neste relatório, da seguinte forma: além desta introdução,

¹ Órgão da Organização Mundial de Saúde (OMS) para as questões relativas à América Latina e Caribe.

apresentam-se no item 2 os objetivos da pesquisa; no 3, está a metodologia proposta pela OPS, utilizada na pesquisa. As características gerais da cidade de Cabo Frio estão no item 4. O item 5 traz informações sobre a pesquisa, detalhando a composição e as características da amostra. No 6, estão os resultados, incluindo a detecção de suspeitas de incapacidades, o exame de validação, os prognósticos e a situação da população estudada quanto à necessidade de atenção, além da taxa de prevalência de incapacidades encontrada. No 7, apresentam-se as informações sobre a amostra de idosos e, no 8, as conclusões.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

- Levantar dados sobre as deficiências na cidade de Cabo Frio, identificando, a partir de uma amostra populacional, a prevalência de deficiências e incapacidades, e os fatores a elas associados;
- Produzir dados e informações epidemiológicos sobre deficiências e incapacidades que sirvam para orientar as políticas públicas e as ações de prevenção, promoção à saúde, assistência e reabilitação, compatíveis com as reais necessidades da população de Cabo Frio.

3. A METODOLOGIA PROPOSTA PELA OPS/ OMS

A metodologia proposta pela OPS tem como finalidade prover os gestores locais de um instrumento que possibilite o conhecimento da realidade epidemiológica na área geográfica de sua influência, relacionando as necessidades aos recursos disponíveis, essencial à organização e avaliação dos serviços de atenção à saúde da população em geral, e da população com deficiência em especial, além de apoiar a avaliação da eficácia das ações desenvolvidas ou em desenvolvimento.

Essa metodologia, sistematizada no *Manual de Encuestas Domiciliares*², tem os seguintes objetivos:

- o identificar, em determinada área geográfica, mediante constituição de uma amostra populacional representativa, a prevalência de incapacidades e os fatores associados – número de pessoas portadoras de deficiências, tipos de deficiências, níveis de gravidade, fatores socioeconômicos condicionantes;

² Documento original em língua espanhola. Para efeito deste relatório usa-se o termo traduzido para o português “Manual de Entrevistas Domiciliares.”

- o identificar os recursos humanos e materiais disponíveis para a reabilitação na localidade pesquisada;
- o obter informações que contribuam para a elaboração e o desenvolvimento de linhas de ação que atendam as necessidades da população pesquisada, com relação à prevenção, assistência e reabilitação.

Os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem utilizados são os propostos pela Classificação Internacional de Deficiências da Organização Mundial de Saúde (International Classification of Impairment, Disability and Handicap – ICIDH, WHO 1980, 1993). Essa classificação define **deficiência** como o resultado de doença congênita ou adquirida, que implica a perda de um órgão ou função; a **incapacidade** é a consequência da deficiência quando esta exerce influência na performance das atividades da vida diária e a **desvantagem** é a incapacidade para executar atividades nas mesmas condições das pessoas não-deficientes ou de acordo com o padrão e a norma socialmente estabelecidos. O estado de deficiência não leva, necessariamente, o indivíduo a uma condição de incapacidade e desvantagem. As deficiências incluídas no ICIDH vão além da classificação internacional de deficiência físicas, mentais, auditivas e visuais, com caráter permanente. Constam nele, também, as deficiências na linguagem, vísceras, psicológicas e outras, conforme a taxionomia da OPS.

O Manual de Entrevistas Domiciliares oferece diretrizes para todas as fases do estudo, orientando os procedimentos desde o planejamento, a delimitação do problema e definição da amostra – que envolve uma caracterização socioeconômica do local; a seleção e capacitação das equipes executoras da pesquisa – entrevistadores, supervisores e validadores; o tratamento estatístico e a análise dos dados; até a elaboração do relatório final.

A fase de coleta de dados se baseia em dois procedimentos concomitantes: o primeiro refere-se à detecção de suspeitas de incapacidades na população em geral, representada pela amostra, a partir da aplicação de um questionário domiciliar. A orientação do manual é que, se assinalada de forma positiva uma ou mais questões do item 7 do questionário, deve-se considerar a ocorrência de suspeita de incapacidades naquele domicílio, devendo-se proceder ao encaminhamento do (s) indivíduo (s) para o segundo procedimento da pesquisa - o exame de validação.

O segundo procedimento consiste na validação da suspeita através de um minucioso exame clínico-funcional, orientado por um formulário específico, realizado por profissionais da área de reabilitação devidamente capacitados. O exame de validação confirma ou não a presença de deficiências, incapacidades e desvantagens, classificando as causas e os níveis de gravidade, além de possibilitar um

diagnóstico da situação de integração social e um prognóstico determinando o tipo de atenção necessário para a reabilitação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo.

4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA CIDADE DE CABO FRIO³

A cidade de Cabo Frio situa-se estado do Rio de Janeiro, na microrregião dos lagos, a 121,7 km da Capital. Tem área de 401 km² e população de 126.828 hab., em 2000, segundo o Censo Demográfico do IBGE, sendo que 106.237 residem na zona urbana do município. A densidade demográfica é de 314,1 hab/km² e a taxa de urbanização de 83,76%.

Considerada a 6ª ou 7ª cidade mais antiga do Brasil e 4ª mais antiga do Estado do Rio de Janeiro, as terras onde hoje se situa a cidade de Cabo Frio, até então habitadas pelos índios Tamoios, foi descoberta em 1615, pelos os portugueses, que sob o comando do navegador italiano Américo Vespúcio, fundaram uma feitoria, onde mais tarde foi edificado um forte e se estabeleceu uma povoação que veio a se chamar Vila de Santa Helena de Cabo Frio, posteriormente de Cabo Frio. Durante todo o período colonial Cabo Frio foi um importante entreposto de produtos brasileiros enviados para a Europa, assim como ponto de desembarque de escravos negros.

A extração do sal, configurou-se num importante fator de desenvolvimento para a cidade, desde o período colonial, até os dias atuais, bem como a extração de minérios calcários e areias próprias para a fabricação de louças.

Por ocupar uma privilegiada posição geográfica, no centro do litoral do Rio de Janeiro, na chamada Cabo Frio, a partir da metade do século XX, transformou-se num dos mais importantes centro de turismo do Brasil, fortalecido pela construção da ponte Rio-Niterói, que provocou uma melhoria no acesso à cidade e a região dos Lagos e, conseqüentemente, uma grande expansão imobiliária e melhoria na infra-estrutura urbana da cidade.

Em 2000, a renda *per capita* média era de R\$ 311,00. A proporção de pobres na população era de 24,9. O percentual de renda apropriada pelos diferentes extratos da população, no mesmo período, indicava que 20% dos mais pobres se apropriavam de 2,2% da renda gerada no município e 20% dos mais ricos se apropriavam de 64,5%. Embora a pobreza tenha diminuído, entre as décadas de 1990 e 2000, a desigualdade cresceu, segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2000, era 0,792. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano. Em

³ Elaborado a partir de dados coletados em: WIKIPÉDIA; IBGE. Censo Demográfico de 2000; IBGE, Cid@ades, 2005/2006. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003.

relação aos outros municípios do Brasil, Cabo Frio ocupa uma situação boa: a 741^a. Entre os municípios do estado do Rio de Janeiro ocupa a 11^a posição. Dentre as dimensões consideradas para a definição do IDH, a educação foi a que mais contribuiu para o índice alcançado por Cabo Frio em 2000, seguida pela longevidade e renda.

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano, a taxa de analfabetismo no município, em 2000, era menor que a média nacional: 9,9% da população adulta era analfabeta; o tempo médio de estudo da população era 6,3 anos. A taxa de escolarização na população de 7 a 14 anos era alta: 94,2% dessa população estava freqüentando a escola no mesmo período.

O acesso aos serviços básicos estava praticamente universalizado, em 2000, salvo no que diz respeito ao acesso a água encanada que só atingia 79,7% dos domicílios da área urbana. A energia elétrica chegava em 99,4% dos domicílios e a coleta de lixo a 96,6%. O acesso a bens de consumo duráveis também era alto: 94% dos domicílios tinha geladeira e 95,1%, aparelho de TV. Apenas 26,7% dos domicílios tinham telefone.

A taxa de mortalidade infantil em 2000 era de 16,7 por mil nascidos vivos. A esperança de vida era de 70,8 anos, no mesmo período. A rede de saúde da cidade de Cabo Frio conta com 62 estabelecimentos de saúde, sendo 33 públicos e 29 privados, nos diferentes níveis de complexidade. Dos privados, 13 são conveniados ao Sistema Único de Saúde. Somando-se os leitos dos hospitais públicos – 123, com os da rede conveniada – 108, a cidade de Cabo Frio dispõe de 231 leitos no Sistema Único de Saúde, segundo dados do IBGE 2005/2006.

De acordo com informações da Prefeitura de Cabo Frio, a cidade conta com as seguintes unidades de saúde:

- **Hospital São José Operário**, localizado no bairro de São Cristóvão (Cabo Frio) é a “espinha dorsal” de todo sistema. Possui 02 centros cirúrgicos e 42 leitos para internação;
- **Hospital Central de Emergência (H.C.E.)**, referência aos atendimentos de emergências e urgências do município, com unidades de atendimento setorizadas em Pronto Atendimento, Emergência de pequeno, médio e grande trauma, Odontologia, Pediatria e Saúde Mental;
- **Posto de Atendimento (Ambulatorial) Médico**, com 21 especialidades médicas;
- **Laboratório Municipal de Análises Clínicas**;
- **Unidade de Saúde Coletiva**, coordena os setores de Vigilância Sanitária, Epidemiológicos, Vetores e Serviço de Verificação de Óbito, único no estado do Rio de Janeiro;

- **Centro Municipal de Reabilitação**, unidade que oferece os serviços de fisioterapia geral (trauma), fisioterapia neurológica, atendimento neuro-infantil, intervenção precoce, psicologia, serviço social, nutrição, clínica médica, fonoaudiologia, terapia ocupacional e oficinas terapêuticas de geração de renda;
- **Hospital Municipal da Mulher**, unidade referência no atendimento a mulher, prioriza o atendimento a mulher, gestante e parturientes, considerado pela UNICEF através de título concedido em 2004/2005 “*Hospital Amigo da Criança*” devido ao incentivo contínuo ao aleitamento materno; anexo ao hospital o **Centro de Saúde Oswaldo Cruz** que também faz acompanhamentos de mulheres e crianças da rede.
- **Hospital Municipal Otime Cardoso dos Santos**, localizado na parte periférica da cidade, o hospital atende com os serviços de emergências e urgências médicas adultos e pediátricas, consultas e atendimentos ambulatoriais de até 30 especialidades médicas.
- **Hospital Municipal de Tamoios**, situado no 2º Distrito de Cabo Frio, este hospital atende as emergências, urgências e ambulatoriais;
- **Posto de Atendimento (Ambulatorial) Médico - PAM**, que atende com 23 especialidades médicas.
- **Centro Municipal de Alimentação e Nutrição – CEMAN**, responsável pelo atendimento de orientação alimentar e nutricional e a pacientes com transtornos alimentares dos diversos níveis (hiperglicemias, hipertensão arterial, obesidades, etc) além de distribuir através do Programa Municipal do Leite (Leite Amigo) às famílias cadastradas com crianças de desnutrição ou baixo peso de 06 meses a 07 anos.
- **Centro Municipal de Odontologia;**
- **05 Postos de Saúde (Atenção Básica);**
- **17 postos de Programa Saúde de Família .**

5. REALIZAÇÃO DA PESQUISA

5.1 A amostra⁴

A amostra domiciliar em Cabo Frio foi composta por 998 domicílios distribuídos por todos os bairros. O número médio de habitantes nos domicílios foi de 3,4. A amostra populacional pesquisada, ou seja, o número de habitantes nos domicílios da amostra, totalizou 3.417 pessoas, sendo 1795 do sexo

feminino e 1622 do sexo masculino, respectivamente, 52,5% e 47,5% em números percentuais. A distribuição da população pesquisada por sexo e faixas de idade apresenta-se na Tabela 1:

TABELA 1
Cabo Frio/RJ : Estudo de Prevalência de Incapacidades
Distribuição da amostra estudada e da população por idade, segundo o sexo.
2006

FAIXA DE IDADE (anos)	MASCULINO			FEMININO			AMBOS		
	Frequência na amostra	% (a)	% na População (b)	Frequência na amostra	% (a)	% na População (b)	Frequência na amostra	% (a)	% na População (b)
0 a 4	114	3,3	5,0	114	3,3	5,0	228	6,7	10,0
5 a 9	150	4,4	5,0	136	4,0	4,9	286	8,4	9,9
10 a 19	300	8,8	9,9	298	8,7	9,5	598	17,5	19,4
20 a 29	264	7,7	8,5	276	8,1	8,7	540	15,8	17,1
30 a 39	201	5,9	7,9	264	7,7	8,3	465	13,6	16,2
40 a 49	228	6,7	6,1	277	8,1	6,2	505	14,8	12,3
50 a 59	180	5,3	3,6	185	5,4	3,8	365	10,7	7,4
60 a 65	69	2,0	1,6	97	2,8	1,5	166	4,9	3,1
(c)									
Mais de									
65	116	3,4	2,1	148	4,3	2,3	264	7,7	4,4
TOTAL	1622	47,5	49,7	1795	52,5	50,3	3417	100,0	100,0
INFORMAÇÃO AGREGADA PARA 60 ANOS OU MAIS:									
60 ou mais	185	5,4	3,7	245	7,2	3,9	430	12,6	7,6

(a) Percentual calculado sobre o total de indivíduos da amostra

(b) Percentual indicado no Censo 2000 (IBGE)

(c) Nas classes 60 a 65 e mais de 65 nas colunas "% na População" trabalhou-se com ajustamento proporcional para a idade de 65 anos, já que a base do IBGE anota as classes 60 a 64 anos e 65 a 69 anos

A distribuição da população da amostra por idade revela uma população adulta jovem, em sua maioria. Verificou-se uma concentração nas faixas etárias de 10 a 49 anos, superior a 13% em todas as faixas desse intervalo, compreendendo o total de 61,7 % da amostra populacional estudada. Registrou-se um percentual de 15,1 % de habitantes com idade entre 0 a 9 anos e 10,7 % de pessoas com idade entre 50 e 59 anos. É relativamente pequena a presença de idosos na amostra: a população com 60 anos ou mais representa um percentual de 12,6%, equivalente a 430 pessoas, em números absolutos. A idade média da população pesquisada foi de 32,9 anos.

Para efeito de distribuição dos domicílios pesquisados por situação do bairro, a metodologia utiliza um tipo de classificação que leva em conta o número de habitantes e a localização espacial do bairro. Segundo essa classificação, na cidade de Cabo Frio, 78,1% dos domicílios da amostra estavam situados em bairros considerados urbanos (ver Tabela 2). Essa distribuição apresentou-se um pouco mais baixa que a taxa de urbanização do município, que é de 83,7 %, conforme apontado no item 4 deste Relatório.

⁴ Os dados relativos à características demográficas e situação sócio-econômica da amostra estão disponíveis na Síntese Percentual da Pesquisa Domiciliar (ANEXO 1).

TABELA 2
Cabo Frio/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Número de domicílios, segundo as características e situação econômica.
2006

Características / Situação Econômica	Número de Domicílios	Porcentagem
Domicílios visitados	998	100 %
CARACTERÍSTICAS		
<i>Situação do bairro</i>		
Urbano	787	78,1%
Centro populacional		
pequeno	84	8,4%
Centro populacional		
médio	100	10,0%
Rural disperso	4	0,4%

De acordo com os dados coletados na etapa de entrevista domiciliar maioria dos domicílios pesquisados era próprio – 75,4%. A média de cômodos para dormir era de 2 por domicílio. A maioria tinha bens de consumo duráveis e eletrodoméstico, tais como: geladeira – 97,6%; aparelho de TV – 98,6%; telefone fixo e/ou celular – 81,2 % ; e vídeo – cassete/DVD – 69,8%. O percentual de famílias que declarou ter veículo motorizado foi de 40,1%.

A maioria dos domicílios tinha acesso à energia elétrica – 99,7%; ao sistema público de água – 81,2%. Os domicílios restantes utilizavam poços artesianos, cisternas ou carro-pipa. A maioria dos domicílios estava ligada à rede de esgotamento sanitário – 70,8%, sendo que 29,2% dos domicílios utilizavam fossas séptica.

Com relação ao rendimento mensal familiar, predominam os domicílios com mais de 1 até 6 salários mínimos mensais – 67,2%. Destes, 40,5% declararam renda mensal entre mais de 1 até 3 salários mínimos e 26,7 entre mais de 3 até 6 salários mínimos. Também foi importante o percentual de domicílios cuja renda mensal declarada foi até 1 salário-mínimo – 17,7%, conforme Tabela 2 a.

TABELA 2a
Cabo Frio/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Número de domicílios, segundo as características e situação econômica 2006

RENDA	Número de domicílios	%
Nenhuma renda	7	0,7%
Até 1 s.m. (até R\$ 300,00)	177	17,7%
Mais de 1 até 3 s.m. (de R\$ 300,01 até 900,00)	404	40,5%
Mais de 3 até 6 s.m. (de R\$ 900,01 até R\$ 1.800,00)	266	26,7%
Mais de 6 até 9 s.m. (de R\$ 1.800,01 até 2.700,00)	69	6,9%
Mais de 9 até 15 s.m. (de R\$ 2.700,01 até R\$ 4.500,00)	43	4,3%
Mais de 15 s.m. (mais de R\$ 4.500,00)	11	1,1%
<i>(s.m.=salário mínimo)</i>		
Observação quanto à renda		
Baixa-baixa	46	4,6%
Baixa	366	36,7%
Média-baixa	260	26,1%
Média	259	26,0%
Média-alta	44	4,4%
Alta	7	0,7%

A metodologia adotada utiliza uma escala de classificação por nível de renda que leva em consideração, além dos rendimentos mensais da família, as condições de moradia e o acesso a bens e serviços. Segundo esses critérios, metade da população pesquisada é de renda baixa e média-baixa – 62,8%.

A classificação dos domicílios segundo a renda e situação socioeconômica apresenta-se compatível com o rendimento médio da população geral de Cabo Frio (em valores atualizados) e com a distribuição da renda pelos diferentes extratos populacionais, apontados pelo Atlas de Desenvolvimento Humano.

Do total de 3.417 indivíduos que habitavam os 998 domicílios pesquisados, 1.734 contribuíam para a renda familiar. O tipo de trabalho exercido pelos membros do grupo familiar distribui-se de forma bastante difusa na classificação adotada pelo questionário de entrevista domiciliar, com concentrações acima de 5% nas seguintes atividades: comerciante – 7,8%; biscateiro – 7,7%; trabalhador na área de educação – 6,0%; e comerciário – 5,8%, conforme Tabela 3:

TABELA 3

Cabo Frio/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Número de indivíduos que concorrem para a renda domiciliar,
segundo o tipo de trabalho

Tipo de Trabalho	Número de Indivíduos	%
Profissional universitário	19	1,1
Profissional técnico, nível médio	30	1,7
Militar ou policial civil	27	1,6
Comerciante	135	7,8
Profissional autônomo	77	4,4
Empregado em oficina	31	1,8
Diretor/gerente	5	0,3
Supervisor/inspetor	2	0,1
Agricultor	3	0,2
Motorista	33	1,9
Industrial	1	0,1
Comerciário	101	5,8
Operário especializado de indústria	6	0,3
Operário não especializado da indústria	20	1,2
Trabalhador da área de educação	104	6,0
Trabalhador da área de saúde	45	2,6
Camelô / ambulante	15	0,9
Biscateiro	133	7,7
Aposentado	297	17,1
Pescador	12	0,7
Outros (Ver o Anexo A)	638	36,8
Total dos indivíduos que concorrem para a renda domiciliar	1734	100

Na Tabela 3 chama a atenção o percentual de aposentados que declarou contribuir para a renda familiar – 17,1%, assim como o percentual de indivíduos classificados em “outras” – 36,8%. Analisando-se o detalhamento da categoria “outras atividades” – disponível no Anexo A da Tabela 3 (Anexo 2), pode-se verificar também uma grande dispersão de respostas por diferentes tipos de trabalho, como: caseiro, vendedor, pedreiro, serviços gerais, empregada doméstica, etc. todas com percentuais abaixo de 5%. Essas categorias não estão previstas na questão 5.1 do questionário de entrevista domiciliar, o que permite inferir que a categorização para atividade profissional adotada pelo questionário de entrevista domiciliar precisaria ser mais ampla e adequada à realidade da cidade pesquisada.

Com relação ao nível de escolaridade, os dados destacam que apenas 6,4% da população pesquisada tem o ensino fundamental completo; 15,6%, o ensino médio completo; e 5,0%, o ensino superior. Portanto, é alto o percentual daqueles que não concluíram ou estão cursando qualquer um dos graus

de ensino mencionados. Registrou-se um percentual baixo de analfabetos – 2,7%, inferior à taxa de analfabetismo no município em 2000, que era de 9,9 %, conforme apontado neste Relatório.

5.2 O desenvolvimento da pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de maio à agosto de 2007, por acadêmicos de Fisioterapia e Serviço Social das Universidades Veiga de Almeida e Estácio de Sá. O trabalho ocorreu sem intercorrências. As validações foram feitas por 1 médico e 5 fisioterapeutas.

Com base em avaliação dos próprios entrevistadores, realizada ao final de cada entrevista domiciliar e registrada em formulário próprio, a coleta de dados ocorreu sem maiores dificuldades. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 19 minutos. Do total de entrevistas realizadas, apenas 5,9 % não foram completadas, registrando-se, portanto, um percentual de recusa parcial ou total dentro do padrão de normalidade para pesquisas dessa natureza. Segundo os entrevistadores, as questões foram bem ou muito bem compreendidas por 88,8 % dos entrevistados; a maioria das respostas foi confiável – 43,5%, ou todas foram confiáveis – 86,8%; a reação dos entrevistados foi muito positiva – 14,6% e positiva – 65,7%. Os entrevistadores avaliaram que 51,2% das respostas é confiável. Em 130 dos domicílios, mais de uma pessoa participou da entrevista e afetou positivamente em 67% dos casos.

6. OS RESULTADOS DA PESQUISA

6.1 A detecção de suspeitas de incapacidades

Conforme mencionado, as entrevistas realizadas na amostra composta de 998 domicílios englobam uma população de 3.417 habitantes. O resultado dessa etapa detectou suspeitas de incapacidades em 733 indivíduos, o que significa que esse número de pessoas respondeu de forma positiva a uma ou mais perguntas do item 7 do questionário, o que equivale a 21,4% da população pesquisada.

A distribuição de suspeitas por tipo de deficiências apresentou-se da seguinte forma: 21,24% de deficiências visuais; 16,97% de deficiências mentais; 8,75% de deficiências generalizadas, sensitivas e outras; 6,43% de deficiências de linguagem; 6,35% deficiências auditivas; 3,60% de deficiências de músculos e ossos; 3,24% de deficiências viscerais; e 1,05% de deformidades (Anexo 2, Tabela 4).

Analisando-se os registros de suspeitas por tipo de queixa ou sintomas mais comuns nos grupos de deficiências, verificou-se que nas deficiências visuais sobressaíram dificuldades de enxergar mesmo com uso de óculos, com um percentual de 8,5% das respostas positivas para esse grupo, e dor, secreções, avermelhamento e anormalidades nas pálpebras com 5,2%. No grupo das deficiências mentais e psicológicas, os maiores percentuais de respostas positivas foram para as queixas

relacionadas à estado de ansiedade, depressão e agitação – 4,3%, e perda total ou parcial de memória e esquecimento com 1,9% das respostas positivas. No grupo das deficiências generalizadas, sensitivas e outras, as queixas prevalentes foram a dependência de dispositivos especiais e medicamentos, com 4,1% das respostas, e dores constantes que impedem de fazer atividades habituais – 4,0%. O maior percentual de queixas no grupo de deficiências auditivas refere-se à dificuldade de ouvir – 3,5%. No grupo de deficiências de músculos e ossos registrou-se maior percentual de queixas no item dificuldades de movimentar diferentes membros ou partes do corpo – 2,6%. Nas deficiências de linguagem, as queixas mais apontadas foram casos de pessoas alfabetizadas que têm dificuldades para ler e escrever – 2,2% e dificuldade de comunicação através da fala – 2,2%. Com relação às deficiências das vísceras, a queixa mais apontada foi dificuldade ou impedimento de realizar tarefas ou atividades da vida diária ou de levar uma vida normal como pessoas da mesma idade – 2,6%.

O detalhamento do tipo de queixa ou sintomas registrados por grupo de deficiências estão disponíveis na Síntese do Instrumento de Pesquisa Domiciliar (Anexo 1).

6.2 O exame de validação

De acordo com a metodologia adotada, a etapa de validação consiste em um exame minucioso, nos indivíduos identificados na etapa anterior, realizado por profissionais da área de saúde com experiência em reabilitação, devidamente treinados para aplicar o protocolo de exame adotado. O exame de validação tem por objetivos: a) confirmar a presença de deficiências e o nível de incapacidade, classificando-as por tipo e grau, segundo uma escala de gravidade da CIDID; b) determinar as causas da incapacidade; c) fazer uma avaliação prognóstica e determinar a necessidade de atenção dos indivíduos examinados. Em última análise, o exame de validação vai demonstrar se, e em que medida, os indivíduos apontados na fase de detecção de suspeitas de incapacidade estão afetados na capacidade de executar suas atividades, dentro de um padrão considerado usual para o grupo populacional a que pertencem.

Essa fase da pesquisa permite, também, uma caracterização da população examinada, em termos de grau de escolaridade, trabalho, renda e acesso aos serviços de saúde.

Dos 733 indivíduos com suspeitas de incapacidade, 101 passaram pelo exame de validação, o equivalente a 13,8% da população indicada com suspeita de incapacidades na etapa de entrevista domiciliar e 2,96% da amostra estudada.

Dos examinados, 57,4% eram mulheres e 42,6%, homens. A maioria declarou-se de raça branca – 49,5% e 34,7% era solteiro; 30,7% era divorciado ou separado; 24,7% casado, oficialmente ou não, e

9,9% viúvo. A idade média dos examinados, 31,9 apresentou-se mais baixa que a média da amostra que foi de 32,9 anos.

De acordo com dados coletados no Instrumento de Exame de Validação, disponíveis no Anexo 1, o nível de escolaridade da população examinada, no geral, revelou-se mais baixo do que o da população amostral como um todo. Destacando-se o percentual da população que se declarou analfabeta – 14,9%, cerca de sete vezes maior que da população da amostra domiciliar, e o percentual dos que declararam ter concluído o ensino médio – 7,9%, aproximadamente metade do percentual encontrado na amostra domiciliar. Esses dados podem indicar que a população com deficiências e/ou incapacidades encontram, de fato, maiores restrições quanto a oportunidades educacionais.

Quanto à situação de trabalho, 13,9% tinham trabalho permanente, 4,0% trabalhavam ocasionalmente, 17,8% estavam desempregados; 14,9% eram aposentados/pensionistas. A situação de trabalho não era aplicável para 47,4% da população examinada. Dos examinados, 55,4% declararam não ter renda própria. O nível de renda predominante é de mais de 1 até 3 salários mínimos – 21,8%. Declararam receber até um salário mínimo mensal – 12,9% da população examinada. Apenas 5,9% recebiam de 3 a 6 salários mínimos mensais e 2,0% mais do que 15 salários mínimos. Dos que têm renda própria, 13% contribuem para o sustento da família. Esses dados revelam que os rendimentos mensais da população examinada na etapa de validação são mais baixos do que os da população amostral como um todo.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, 83,2% da população examinada declarou utilizar os serviços públicos. Os demais utilizavam serviços privados pagos por si ou por familiares. O grau de insatisfação com o atendimento nos serviços de saúde é alto: 48,5 % dos examinados se declararam insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Declararam-se satisfeitos ou muito satisfeitos 37,7% dos examinados. Os demais não souberam responder. Os principais problemas apontados com relação aos serviços de saúde foram: a dificuldade de conseguir atendimento em tempo hábil – 54,5% dos entrevistados; o custo dos medicamentos – 15,8 %; a dificuldade de acesso – 13,0%.

Mais da metade da população examinada – 55,4% declarou ter recebido atendimento em um serviço de reabilitação nos últimos doze meses. Destes, 32,4% recebeu só uma vez; 41,0% recebeu duas ou tres vezes; 21,4% recebeu constantemente. Os demais não souberam responder. Os que não receberam atendimento em reabilitação nos últimos 12 meses alegam principalmente os seguintes motivos: Não tem recursos para pagar os serviços – 9,5%; não recebeu bom atendimento da última vez – 9,5% o serviço fica muito distante – 4,7%; não tem transporte para chegar ao serviço – 4,7%.

Alegaram outros motivos variados 35,7% dos examinados que não receberam atendimento nos últimos 12 meses.

Os percentuais relativos às características da amostra populacional que se apresentou para o exame de validação estão registrados na Síntese do Instrumento do Exame de Validação (Anexo 1).

Dos 101 indivíduos examinados, 68 tiveram confirmada a presença de deficiências e incapacidades, o que significa 67,3% de suspeitas validadas. A síntese do número de casos de suspeitas de incapacidades detectados na entrevista domiciliar e o número de indivíduos examinados na validação apresenta-se na Tabela 5.

TABELA 5
Cabo Frio/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Número de casos de deficiência detectados e examinados

<i>Casos detectados</i>	733
Taxa sobre o total de pessoas na amostra (por mil habitantes)	215
<i>Casos examinados .</i>	101
Percentual sobre total de casos detectados	13,8%
<i>Casos validados.</i>	68
Percentual sobre total de casos examinados	67,3%

Os resultados do exame de validação indicaram que a taxa de prevalência de incapacidades na população de Cabo Frio foi de 14,44 % consideradas as condições apresentadas a seguir:

**Cabo Frio/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Validação do Questionário Domiciliar
2006**

<i>Casos detectados na validação</i>						
		Incapacitados		Normais	TOTAL	
Suspeitos		68		33	101	
Normais		0(*)		0(*)	0	
TOTAL		68		33	101	
Sensibilidade =		(*)	(*)			
Especificidade =		(*)	(*)			
Suspeitos	733					
Validados	101					
Incapazes	68					
Percentual de concordância =		67,33				
Aplicação do percentual de concordância na quantidade de suspeitos:				494		
Prevalência de incapacidades =		14,44 %				
Intervalo de confiança de 95% para a prevalência (proporção: p) de incapacidades na população :						
13,84 %		< =	P	< =	14,93 %	

* Não calculado em virtude do Município não ter procedido a validação de pessoas identificadas como normais em entrevista domiciliar, com vistas à classificação de incapacidade

Por ordem de prevalência as deficiências confirmadas no exame de validação foram: mentais e psicológicas – 1,87%; viscerais – 1,76%; de visão – 1,64%; músculo-esqueléticas – 1,29%; generalizadas, sensitivas e outras – 1,08%; de audição – 0,94%; de linguagem e intelectuais, com 0,82% cada; e deficiências estéticas – 0,44% (Tabela 4, anexo 2).

Foram encontradas no exame de validação 509 casos de deficiências, sendo 221 na população masculina e 288 na feminina. Para todos os tipos de deficiências, os números de casos encontrados foi maior nas mulheres, com exceção das deficiências de linguagem, com maior número de casos na população masculina, e das deficiências estéticas e generalizadas, sensitivas e outras, nas quais não houve registro de ocorrência nas mulheres.

Analisando-se os resultados do exame de validação pelo tipo de deficiências mais prevalentes e por idade, para ambos os sexos, detalhados na Tabela 8a (Anexo 2), verificou-se que as deficiências mentais e psicológicas apresentaram maior concentração na faixa etária de 5 a 9 anos – 26% ; 10 a 19 anos – 21% ; 30 a 39 anos – 20%; e 40 a 49 anos – 31%. Entre os idosos, na faixa de 60 anos ou mais, a registrou-se o percentual de 21% dos casos encontrados.

Na deficiência de visão, a maior concentração de casos confirmados foram registrados na população acima de 40 anos, em ambos os sexos.

Na faixa etária de 60 anos ou mais encontrou-se o maior percentual de deficiências viscerais – 20%. O índice de confirmação dessa deficiência na população de 10 a 19 anos também foi relativamente alto – 15%, superior às taxas encontradas nas demais faixas etárias, com exceção da população idosa.

As deficiências músculo-esqueléticas registrou maior índice de ocorrência na população de 60 anos ou mais – 44%, embora tenha sido significativos, também, os percentuais encontrados na população com idade entre 40 a 49 anos – 28% e 50 a 59 anos – 33%.

Na população com 60 anos ou mais, as deficiências mais encontradas foram: mentais e psicológicas – 49%; de vísceras – 47%; músculo-esqueléticas – 44; e visão – 42%;

Comparando-se os índices de suspeitas de deficiências com os índices de deficiências confirmadas no exame de validação, apresentados no quadro a seguir, verifica-se que o grau de coincidência é relativamente baixo em todos os grupos de deficiências, principalmente nas visuais, nas mentais e psicológicas e na generalizadas, sensitivas e outras. As deficiências que apresentaram maior grau de concordância entre a suspeita e a confirmação foram as viscerais, músculo – esqueléticas e deformidades.

Quadro 1. Comparativo % de suspeitas de deficiências e % de deficiências confirmadas no exame de validação, por tipo de deficiências, em Petrópolis, 2006.

Tipo de Deficiência	% de suspeitas de deficiências (detectadas)	% de deficiências confirmadas (validadas)
Auditivas	6,35	0,94
Linguagem	6,43	0,82
Visuais	21,24	1,64
Viscerais	3,24	1,76
Músculo-Esqueléticas	3,60	1,29
Mentais e Psicológicas	16,97	1,87
Deformidades	1,05	0,44
Generalizadas, Sensitivas e Outras	8,75	1,08

Fonte: Estudo de Prevalência de Incapacidades na cidade de Cabo Frio, 2006

Por ordem de prevalência, as incapacidades apontadas pelo exame de validação foram as seguintes: de comunicação – 1,99%; frente a situações – 1,79%; de posicionamento do corpo – 1,49%; no comportamento – 1,46%; de locomoção – 1,38%; destreza – 0,11%; no cuidado pessoal – 0,59% (Anexo 1, Síntese do Instrumento do Exame de Validação).

As desvantagens, decorrentes das deficiências e das incapacidades, estão relacionadas à auto-suficiência econômica – 2,93%; à mobilidade – 1,14%; à orientação – 1,02%; à capacidade de ocupação – 0,85%; à independência física – 0,70% e à integração social – 0,82%. Foram classificadas como afetadas por “outras desvantagens”, relacionadas a desvantagens não específicas, problemas de saúde de ordem geral que afetam a qualidade de vida ou doença crônica que não afeta a vida cotidiana de forma considerável, mas coloca os indivíduos em situação de desvantagem social – 1,93% dos validados (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação).

As desvantagens confirmadas refletem as dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiência para ter uma vida autônoma, com um grau de independência física, que lhes permita trabalhar, gerar sua própria renda, locomover-se e integrar-se socialmente. Essa situação é agravada pela baixa escolaridade e pela baixa inserção no mercado de trabalho, conforme sugerem os dados sócioeconômicos da população examinada no exame de validação.

O exame de validação revelou que as principais causas das incapacidades são: doenças do aparelho circulatório – 0,53%; doenças do aparelho respiratório – 0,44%; transtornos mentais – 0,41%; e doenças do sistema osteomuscular e do sistema conjuntivo – 0,035%.

Dos 101 indivíduos que se submeteram ao exame de validação, 32,7% foram considerados não incapacitados. Dos considerados com alguma incapacidade – 67,3%, 25,7% apresentaram possibilidade de recuperação; 14,9% possibilidade de melhora e 10,9% possibilidade de assistência. Portanto, os prognósticos são positivos para mais da metade dos que tiveram incapacidades confirmadas. Por outro lado, 12,9% apresentou incapacidade estável; 2,0% apresentou possibilidade da adaptação e 1,0% incapacidade progressiva. (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação.)

A necessidade de atenção, determinada pelo exame de validação, para os indivíduos examinados aponta que 14,9% não requerem nenhum tipo de atenção. Quase a metade requer algum tipo de atenção geral ou especializada, não de reabilitação – 44,6%; 22,8% requerem atenção em reabilitação física; 17,8% atenção em reabilitação visual; 13,9% requer atenção em reabilitação mental; 16,8% requer atendimento psicológico. Os que precisam de atenção na área de serviço social representa 15,8% dos examinados; em foniatria – 9,9% e atenção especial na área de educação – 4,0%. Este

mesmo percentual poderia se beneficiar de um programa de reabilitação baseado na comunidade. (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação.)

Os resultados da avaliação prognóstica e a necessidade de atenção para as pessoas com incapacidades por sexo e faixa de idade, em número absolutos e percentuais, estão apresentadas no Anexo 2, Tabela 12.

7. AMOSTRA DE IDOSOS

A AFR agrega ao questionário de entrevista domiciliar, proposto pela OPS, um questionário específico para a população idosa, pessoas com 60 anos ou mais.

Esse questionário tem como objetivo levantar informações para subsidiar as políticas e os programas de atenção à saúde dos idosos, assim como a adaptar os serviços de reabilitação às necessidades específicas desse grupo populacional.

Na amostra populacional de Cabo Frio foi identificado um total de 430 pessoas com idade de 60 anos ou mais, representando 12,6% da população pesquisada. Em mais da metade dos domicílios, o idoso identificado era o próprio entrevistado – 41,6%, ou o marido ou esposa do entrevistado – 22,8%.

A maioria dos idosos tinha renda própria – 94,4% e ajudavam nas despesas da família – 93,7%. A renda predominante foi de até 1 salário mínimo – 23,5% e mais de 1 até 3 s.m. – 26,5%. A maioria trabalhava em casa – 60,0 %, cuidando dos afazeres domésticos e da família. Apenas 18,8% exerciam atividades fora de casa. As atividades de lazer mais citadas foram assistir à TV – 59,8 %; rezar – 40,7%; ler – 29,1%; visitar parentes e amigos – 27,2% e passear – 26,3%. Declararam fazer atividades físicas 36,4 %. Caminhar é a atividade mais freqüente – 27,7%. Apenas 7,0% participavam de atividades voltadas para idosos, tais como grupos da terceira idade.

Mais da metade dos idosos utilizavam os serviços de saúde do SUS – 59,1 % e convênios de saúde 23,3%. Do total de idosos entrevistados 320 declarou problemas de saúde. As principais doenças são: pressão alta – 75,9%; doenças vasculares – 75,9%; doenças cardíacas – 25,6%; diabetes – 23,1%. Revelaram-se altos os percentuais de idosos afetados pelo Mal de *Alzheimer* – 25,6% e Mal de *Parkinson* – 23,1% dos que declararam problemas de saúde. As deficiências declaradas foram: visual – 26,7%; auditiva – 10,5%; física – 7,2%; e mental – 2,1%.

Os dados apresentados neste item estão detalhados no Anexo 1, Síntese da Amostra de Idosos.

8. CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa apontam que a prevalência de incapacidades, na cidade de Cabo Frio em 2006, é de 14,44%. Este percentual está coerente com a taxa de deficiências no Brasil, encontrada pelo Censo Demográfico do IBGE (2000), que foi de 14,5%, e inferior à estimativa da OMS para os países em desenvolvimento que é 10%.

A análise dos resultados da pesquisa em Cabo Frio destacam as seguintes conclusões:

- registrou-se um grau de coerência razoável entre as deficiências, incapacidades e desvantagens confirmadas;
- as incapacidades confirmadas impactam principalmente nas condições para uma vida saudável e autônoma, com repercussão na auto-suficiência, inclusive financeira, e na integração social;
- as deficiências mentais e de visão tiveram baixos índices de confirmação, com relação aos índices de suspeitas, mas se confirmaram como as deficiências de maior prevalência;
- a prevalência de deficiências mentais confirmadas na população de 5 a 9 anos alta – 26%, inferior às encontradas nas faixas etárias de 40 a 49 anos que foi de 31%;
- a prevalência de deficiências foi maior nas pessoas do sexo feminino;
- as deficiências viscerais, assim como as músculo-esqueléticas, foram mais prevalentes nos indivíduos de 60 anos ou mais;
- a entrevista com idosos, aplicada em 557 pessoas com 60 anos ou mais apontou que foi alto o percentual dos afetados pelo Mal de *Alzheimer* e pelo Mal de *Parkinson*, respectivamente, 25,6% e 23,1%.
- a avaliação prognóstica é positiva, de modo geral. Mais da metade dos que tiveram incapacidades confirmadas tem possibilidade de recuperação, melhora ou assistência;
- o grau de insatisfação com os serviços de saúde apresentou-se alto. Registraram-se queixas relacionadas à dificuldade de conseguir atendimento em tempo hábil, ao custo de medicamentos e ao acesso aos serviços de saúde;
- a necessidade de atenção, determinada pelo exame de validação, sugere a necessidade de reforço do atendimento em saúde, em geral, não de reabilitação, como forma de melhorar o padrão de saúde da população, evitando-se ou controlando-se doenças que podem gerar incapacidades.
- a necessidade de reforço no atendimento multidisciplinar na área de saúde mental, com ações de prevenção e promoção à saúde mental.

