

ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO

**ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIA DE
INCAPACIDADES NA CIDADE DE CAMPOS DOS
GOYTACAZES - 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 PETRÓPOLIS	7
5. REALIZAÇÃO DA PESQUISA	8
5.1 A amostra	8
5.2 O desenvolvimento da pesquisa	13
6. RESULTADOS DA PESQUISA	13
6.1 detecção de suspeitas de incapacidades	13
6.2 O exame de validação	14
7. AMOSTRA DE IDOSOS	20
8. CONCLUSÕES	21
9. ANEXOS	
Anexo 1 Manual do Entrevistador e do Supervisor	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, entre as quais se inclui Campos dos Goytacazes. Os resultados da pesquisa nessa cidade são apresentados neste relatório, da seguinte

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

forma: além desta introdução, 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 pesquisada 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 item 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 Campos dos Goytacazes, 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 Campos dos Goytacazes.

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;
- 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

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

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 CAMPOS DOS GOYTACAZES³

A cidade de Campos dos Goytacazes está situada no estado do Rio de Janeiro, na mesoregião norte fluminense, distante 231,9 km da Capital. O município tem área de 4.037,8 km², dividido em 14 distritos. A população em 2000 era de 406.989 hab, segundo o Censo Demográfico do IBGE. A estimativa da população em 2006, segundo dados do IBGE era de 429.667 hab. A densidade demográfica era de 100,6 hab/km² e a taxa de urbanização de 89,4%.

A região onde se situa atualmente a cidade de Campos de Goytacazes era, originalmente, habitada pelo índios goytazes, e começou a ser efetivamente colonizada pelos portugueses em 1627, quando o Governador –Geral Martim Corrêa de Sá, em reconhecimento pelo heroísmo nas lutas contra índios e piratas, doou glebas de terras a sete capitães, que se ocuparam da construção de currais para gado , com a finalidade de aproveitá-los no trabalho dos engenhos de cana de açúcar. Nesse período foi de fundamental importância o trabalho pacificador desenvolvido pelos jesuítas e beneditinos junto aos índios. A criação de gado se multiplicou, assim como o crescimento populacional e a diversificação de atividades, o que veio a gerar conflitos pela posse da terra que se estenderam por quase um século e só terminaram com a intervenção da Coroa Portuguesa.

A partir do domínio da cana-de-açúcar, toda a região passou a viver uma época de progresso, mas continuando isolada do Rio de Janeiro, pois perdurava a dificuldade de ocupação. A expansão da pecuária ficou limitada em face da expansão dos aglomerados e dos canaviais. A imigração foi ativada com a chegada do camponês minhoto, beirão e transmontano, que preferem as férteis glebas de Campos, com o seu potencial de massapês, às ricas minas de Diamantina, Vila Rica, Sabará, Goiás e Vila Bela.

No início dos anos 1800, toda a planície encontrava-se ocupada e partilhada, restando quatro latifúndios. Em 1833, foi criada a Comarca de Campos e, em 28 de março de 1835, a Vila de São Salvador foi elevada à categoria de cidade com o nome de Campos dos Goytacazes, e agora a pecuária e a cultura da cana de açúcar se estendem pela planície, entre o Rio Paraíbado Sul e a Lagoa Feia, mantendo-se a pequena propriedade e a produção do lavourista.

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; e Perfil Sócio-Econômico do Município de Campos de Goytacazes, disponível em www.campos.rj.gov.br

O equilíbrio foi quebrado com a chegada da máquina nos engenhos, a partir de 1850, passando a ter lugar um novo tipo de luta: da enxada contra o maquinismo; do dono da engenhoca contra o senhor do engenho e deste contra o usineiro; da grande massa de lavradores proletarizados contra as grandes fábricas em mãos de chegadiços alheios às tradições da vida regional. As novas relações de trabalho e produção fizeram com que a grande propriedade industrial chamasse para si toda a organização econômica, açambarcando a produção de fazendas médias e pequenas, e impondo preços para a matéria prima. O senhor de engenho passou a ser simples fornecedor de cana para as grandes empresas.

Com a abolição da escravatura, Campos sofreu um grande êxodo e a parada dos engenhos. A falta de mão-de-obra provocou o abandono das unidades de produção. Somente após a República, é que a economia regional voltou a se organizar. Até então, a maioria das propriedades médias dos antigos senhores de engenho haviam mantido independência, apesar da vizinhança das grandes fábricas. No entanto, a absorção dessas propriedades pelas usinas se tornou inexorável no médio prazo, principalmente em função da queda dos preços do açúcar no mercado internacional.

Durante toda a República, a estrutura econômica regional vivenciou períodos de euforia e crise, a depender dos preços do açúcar no mercado internacional, mas mantendo sua relativa importância na economia estadual e nacional em função da excelente posição que desfrutava em relação aos mercados consumidores, e assim como devido ao seu pioneirismo em serviços educacionais, de iluminação pública, transportes urbanos, telefonia e imprensa. Até o final dos anos 60, o município de Campos, complementado por Macaé (Quissamã e Carapebus) e Conceição de Macabu, apresentava uma agro-indústria açucareira expressiva, mantendo 16 usinas em pleno funcionamento, e aproximadamente 200.000 hectares cultivados, apesar de apresentarem produtividade baixa, quando comparada aos padrões de São Paulo. A ascensão de São Paulo como principal produtor nacional, seus elevados índices de produtividade, tanto ao nível do campo como da fábrica, e a expansão da área cultivada na região Nordeste do país, aliados a incapacidade do complexo sucro-alcooleiro campista em se modernizar, fizeram com que a região passasse a se constituir em um coadjuvante secundário no contexto da agro-indústria canavieira nacional.

A descoberta e exploração do petróleo e gás natural, na plataforma continental, na década de 70, veio a contribuir significativamente para abertura de novas perspectivas para o desenvolvimento do município.

Atualmente a economia de Campos dos Goytacazes se caracteriza pela expansão do setor terciário, na última década, nas áreas do comércio e serviços, em decorrência do enfraquecimento do setor primário, com a crise do setor sucro-alcooleiro, e pelo baixo dinamismo do setor secundário.

O setor terciário é o responsável pela maioria dos empregos no município. No setor industrial vem se destacando a indústria de equipamentos eletrônicos e química fina e de transformação de produtos locais. A cidade é a maior produtora de petróleo no Brasil. Ao largo de suas costas, no Oceano Atlântico, há um forte pólo de exploração de petróleo e gás natural. Na agropecuária distinguem-se a cultura da cana de açúcar, de café e a pecuária extensiva de corte e de leite.

A cidade de Campos de Goytacazes vem se transformando num importante polo regional de oferta de serviços educacionais, com a presença de 20 instituições de nível superior, inclusive com *campus* da Universidade Federal Fluminense e da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

O PIB *per capita* de Campos dos Goytacazes, em 2003, era de R\$ 40.055,19. A renda *per capita* média, em 2000 era de R\$ 247,20, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano. Segundo esta mesma fonte, a proporção de pobres na população era 30,4%. O percentual de renda apropriada pelos diferentes extratos da população, no mesmo período, indicava que 20% dos mais pobres se apropriavam de 2,8% da renda gerada no município, 60% dos mais pobres de 19,9% e 20% dos mais ricos se apropriavam de 62,2% da riqueza produzida no município.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2000, era 0,752. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano. Em relação aos outros municípios do Brasil, Campos dos Goytacazes apresenta uma situação boa: 67,2% dos municípios brasileiros estão numa posição igual ou inferior. Entre os municípios do estado do Rio de Janeiro ocupa uma posição intermediária – 54º lugar. Dentre as dimensões consideradas para a definição do IDH, a educação foi a que mais contribuiu para o índice alcançado em 2000, seguida pela renda e longevidade.

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano, em 2000, o acesso aos serviços públicos apresentava-se da seguinte forma: 86,4% dos domicílios tinham acesso a água encanada; 98,5% tinham energia elétrica; e 93,0% tinham coleta de lixo regular. Com relação ao acesso a bens de consumo duráveis, 91,2 dos domicílios tinham geladeira, 95,2%, aparelho de TV e 36,3%, telefone.

A taxa de analfabetismo da população adulta (acima de 24 anos), em 2000, era de 11,6%. O tempo médio de estudo da população era de 6,2 anos; no mesmo ano, 95% da população de 7 a 14 anos estava matriculada na escola.

A taxa de mortalidade infantil em 2000 era alta: de 25,5 por mil nascidos vivos. A expectativa de vida era de 66,8 anos, no mesmo período. Estas taxas são inferiores às taxas brasileiras no período. A rede de saúde conta com 191 estabelecimentos de saúde, nos diferentes níveis de complexidade, sendo 50

públicos e 90 privados. Dos privados, 24 são conveniados ao Sistema Único de Saúde - SUS. Somando-se os leitos dos hospitais públicos – 205, com os da rede conveniada – 1018, a cidade de Campos dos Goytacazes dispõe de 1.674 leitos no Sistema Único de Saúde. A cidade conta com o Programa de Saúde da Família, com 33 módulos que atende a 52.304 famílias.

5. REALIZAÇÃO DA PESQUISA

5.1 A amostra⁴

A amostra domiciliar em Campos dos Goytacazes foi composta por 990 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 3.412 indivíduos, sendo 1854 do sexo feminino e 1558 do sexo masculino. A distribuição da população pesquisada por sexo e faixas de idade apresenta-se na Tabela 1:

TABELA 1
Campos dos Goytacazes/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	104	3,0	4,5	96	2,8	4,4	200	5,9	8,8
5 a 9	125	3,7	4,7	106	3,1	4,5	231	6,8	9,1
10 a 19	258	7,6	9,8	279	8,2	9,6	537	15,7	19,4
20 a 29	264	7,7	8,1	291	8,5	8,5	555	16,3	16,6
30 a 39	210	6,2	7,3	232	6,8	8,1	442	13,0	15,4
40 a 49	192	5,6	5,8	277	8,1	6,6	469	13,7	12,4
50 a 59	187	5,5	3,8	256	7,5	4,4	443	13,0	8,2
60 a 65	70	2,1	1,7	112	3,3	2,0	182	5,3	3,6
(c)									
Mais de									
65	144	4,2	2,7	198	5,8	3,6	342	10,0	6,4
Sem Informação	4	0,1	-	7	0,2	-	11	0,3	-
TOTAL	1558	45,7	48,3	1854	54,3	51,7	3412	100	100
INFORMAÇÃO AGREGADA PARA 60 ANOS OU MAIS:									
60 ou mais	214	6,3	4,4	310	9,1	5,6	524	15,4	10,0

(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 aponta uma concentração nas faixas etárias de 10 a 59 anos, igual ou superior a 13% em todas as faixas desse intervalo, compreendendo o total de 71,7% da amostra populacional estudada. Registrou-se uma queda para 5,3% no percentual de habitantes na faixa de idade de 60 a 65 anos. O percentual de habitantes nas faixas etárias de 0 a 4 anos e 5 a 9 anos foi de 12,7%. A população com 60 anos ou mais representa um percentual de 15,4 %, equivalente a 524 pessoas, em números absolutos. Os dados indicam, portanto, que a população estudada em Campos dos Goytacazes é formada, principalmente, por adultos jovens.

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 Campos dos Goyatacazes, 94,7% dos domicílios da amostra estavam situados em bairros considerados urbanos (ver Tabela 2). A predominância de domicílios em bairros urbanos, é coerente com a taxa de urbanização do município, que é de 89,4 %, conforme apontado no item 4 deste Relatório, e reflete o fato da pesquisa ter sido realizada na sede do município.

TABELA 2
Campos dos Goytacazes/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	990	100%
CARACTERÍSTICAS		
<i>Situação do bairro</i>		
Urbano	938	94,7
Centro populacional		
pequeno	12	1,2
Centro populacional		
médio	36	3,6
Rural disperso	-	-

Os dados coletados na etapa de entrevista domiciliar apontou que a maioria dos domicílios pesquisados era próprio – 80,8%. A média de cômodos para dormir era de 2 por domicílio. A maioria tinha bens de consumo duráveis e eletrodomésticos, tais como: geladeira – 98,2%; aparelho de TV – 98,4%; telefone fixo e/ou celular – 81,4% ; e vídeo – cassete/DVD – 65,5%. O percentual de famílias que declarou ter veículo motorizado foi de 46,7, %.

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

A totalidade dos domicílios pesquisados consumia energia elétrica. O abastecimento de água através do sistema público era acessível a 85,6% das residências; 8,5% utilizavam poços artesianos; 4,3% utilizavam cisternas e os demais outras formas de abastecimento. Um pouco mais da metade dos domicílios estava ligada à rede de esgotamento sanitário – 55,5%; 43,9% utilizavam fossa séptica e 0,6% dispunha as águas usadas e excretadas ao ar livre.

Com relação ao rendimento mensal familiar, predominam os domicílios com mais de 1 até 3 salários mínimos mensais – 41,8%. Declararam renda mensal entre mais de 3 até 6 salários mínimos – 21,8% da população; 14,9% da população pesquisada declarou renda familiar mensal de até 1 salário mínimo; e 7,7% declarou renda superior a 6 até 9 salários mínimos. Nos demais níveis de renda a concentração é baixa, conforme se pode verificar na Tabela 2 a.

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

RENDA	Número de domicílios	%
Nenhuma renda	10	1,0
Até 1 s.m. (até R\$ 300,00)	148	14,9
Mais de 1 até 3 s.m. (de R\$ 300,01 até 900,00)	414	41,8
Mais de 3 até 6 s.m. (de R\$ 900,01 até R\$ 1.800,00)	216	21,8
Mais de 6 até 9 s.m. (de R\$ 1.800,01 até 2.700,00)	76	7,7
Mais de 9 até 15 s.m. (de R\$ 2.700,01 até R\$ 4.500,00)	31	3,1
Mais de 15 s.m. (mais de R\$ 4.500,00)	17	1,7
<i>(s.m.=salário mínimo)</i>		
<i>Observação quanto à renda</i>		
Baixa-baixa	24	2,4
Baixa	245	24,7
Média-baixa	316	31,9
Média	306	30,9
Média-alta	61	6,2
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, mais da metade da população é de renda média-baixa e média – 62,8%.

A classificação dos domicílios segundo a renda e situação socioeconômica apresenta-se compatível com o rendimento médio da população geral (em valores atualizados), com a distribuição da renda

pelos diferentes extratos populacionais e com a proporção de pobres, apontados pelo Atlas de Desenvolvimento Humano.

Do total de 3.412 indivíduos que habitavam os 990 domicílios pesquisados, 1.830 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 concentração inferior a 7% em todos os tipos de atividade, com exceção para as categorias profissional autônomo – 7,1%, e biscateiro – 8,9%, conforme Tabela 3:

TABELA 3
Campos dos Goytacazes/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	68	
Profissional técnico, nível médio	46	2,5
Militar ou policial civil	23	1,3
Comerciante	96	5,2
Profissional autônomo	130	7,1
Empregado em oficina	29	1,6
Diretor/gerente	3	0,2
Supervisor/inspetor	9	0,5
Agricultor	8	0,4
Motorista	39	2,1
Industrial	2	0,1
Comerciário	108	5,9
Operário especializado de indústria	34	1,9
Operário não especializado da indústria	19	1,0
Trabalhador da área de educação	64	3,5
Trabalhador da área de saúde	59	3,2
Camelô / ambulante	8	0,4
Biscateiro	163	8,9
Aposentado	423	23,1
Pescador	6	0,3
Outros (Ver o Anexo A)	493	26,9
Total dos indivíduos que concorrem para a renda domiciliar	1830	100

Na Tabela 3 chama a atenção o percentual de aposentados que declarou contribuir para a renda familiar – 23,1%, assim como o percentual de indivíduos classificados em “outras atividades” – 26,9%. Analisando-se o detalhamento da categoria “outras atividades”, disponível no Anexo A da Tabela 3 (Anexo 2), pode-se verificar um percentual significativo de pessoas sem informação do tipo de trabalho, assim como a ocorrência de registros em categorias não previstas no questionário de

entrevista domiciliar, sem grande concentração em nenhuma dessas categorias, 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 6,3% da população pesquisada tem o ensino fundamental completo; 20,6%, o ensino médio completo; e 6,5%, o ensino superior. É relativamente alto o percentual daqueles declararam o ensino fundamental incompleto, seja porque não concluíram ou estão cursando este grau de ensino: 20,3% da 1^a. a 4^a. séries e 17,8% da 5^a. a 8^a. séries. Registrou-se um percentual baixo de analfabetos – 2,4%, inferior à taxa de analfabetismo no município em 2000, que era de 11,6%, na população com mais de 24 anos, conforme apontado neste Relatório.

5.2 O desenvolvimento da pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de maio à agosto de 2007, incluindo o treinamento das equipes de coleta de dados (entrevistadores e validadores) e supervisores. As equipes de entrevistadores foi composta de acadêmicos de Fisioterapia e Serviço Social da Universidade Estácio de Sá. A equipe de supervisores e validadores foi composta por profissionais de reabilitação do Hospital Geral de Guarús.

Com base em avaliação dos próprios entrevistadores, realizada ao final de cada entrevista domiciliar, verificou-se que o tempo médio de duração das entrevistas foi de 27 minutos. Do total de entrevistas realizadas, 90,9 foram completadas. Nos casos de entrevistas não completadas, 35,6% deveu-se à recusa parcial ou total; 2,2% moradores não aptos a responder o questionário – 2,2% e outras causas – 62,2 %. Segundo os entrevistadores, as questões foram bem ou muito bem compreendidas por 87,7 % dos entrevistados; a maioria das respostas foi confiável – 45,2%, ou todas foram confiáveis – 48,0%; a reação dos entrevistados foi positiva 57,2 % ou muito positiva – 17,9 %. Em 15,9 dos domicílios abordados, mais de uma pessoa participou da entrevista o que afetou o resultado de maneira positiva, na avaliação dos entrevistadores

6. OS RESULTADOS DA PESQUISA

6.1 A detecção de suspeitas de incapacidades

Conforme mencionado, as entrevistas realizadas na amostra composta de 990 domicílios englobam uma população de 3.412 habitantes. O resultado dessa etapa detectou suspeitas de incapacidades em 398 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 11,6% da população pesquisada.

A distribuição de suspeitas por tipo de deficiências apresentou-se da seguinte forma: 21,19% % de deficiências mentais; 15,35% de deficiências visuais ; 13,77% de deficiências generalizadas, sensitivas e outras; 7,79% de deficiências de linguagem; 7,59 % de deficiências de auditivas; 6,82% de deficiências de músculos e ossos; e 5,77 % de deficiências viscerais; e 1,67 % 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 4,8% das respostas positivas para esse grupo, e incomodo com a luz e anormalidades nas pálpebras com 4,9%. No grupo das deficiências mentais e psicológicas, os maiores percentuais de respostas positivas foram os estados freqüentes e intensos de ansiedade, agitação, raiva, alegria e tristeza – 4,5%, e perda total ou parcial de memória e esquecimento com 3,2% das respostas positivas. No grupo das deficiências generalizadas, sensitivas e outras, as queixas prevalentes foram a dependência de dispositivos especiais e medicamentos, com 6,3% das respostas, e dores constantes que impedem de fazer atividades habituais, também, com 6,3% respostas positivas. O maior percentual de queixas no grupo de deficiências auditivas refere-se à dificuldade de ouvir – 3,9%. 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 – 5,5%. Nas deficiências de linguagem, as queixas mais apontadas foram casos de pessoas alfabetizadas que têm dificuldades para ler e escrever – 2,7% e pessoas com dificuldades de comunicar-se através da fala – 2,0%. 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 – 4,5%.

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 398 indivíduos com suspeitas de incapacidade, 134 passaram pelo exame de validação, o equivalente a 33,7% da população indicada com suspeita de incapacidades, na etapa de entrevista domiciliar.

Dos examinados, 59% eram mulheres e 41%, homens. A maioria declarou-se de raça branca – 68,7% e 49,3% era casada. A idade média dos examinados foi de 47,4 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. Destaca-se o percentual da população que se declarou analfabeta – 7,5%, cerca de três vezes maior que da população da amostra domiciliar, e o percentual dos que declararam ter concluído o ensino médio – 12,7%, um pouco mais da 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. Apenas 3,7% da população examinada na validação declarou curso superior completo e 37,3% tem curso fundamental incompleto (1ª à 4ª séries).

Quanto à situação de trabalho, 12,7% tinham trabalho permanente, 4,5% trabalhavam ocasionalmente, 15,7% estavam desempregados; 39,6% eram aposentados/pensionistas. A situação de trabalho não era aplicável para 23,4% da população examinada. Não se encontrou registro de informação sobre este item em 4,1% dos formulários. Dos examinados, 31,3% declararam não ter renda própria. O nível de renda predominante é de mais de 1 até 3 salários mínimos – 32,8%. Declararam receber até um salário mínimo mensal – 23,9% da população examinada. Apenas 6,7% recebiam de 3 a 6 salários mínimos mensais e 3,0% mais de 6 até 15 salários mínimos mensais. Dos que têm renda própria, 17,2% 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, 72,4% da população examinada declarou utilizar os serviços públicos e 11,2% os serviços privados, pagos por si próprios ou por familiares. Utilizavam serviços de saúde filantrópicos 3,7% da população examinada. Aproximadamente metade da população examinada está satisfeito com o atendimento de saúde que recebe: 41,7%. Declaram-se

insatisfeitos 29,8%. Apenas 4,8% declarou-se muito satisfeito e 8,2% muito insatisfeito. Os demais não souberam responder. Os principais problemas apontados com relação aos serviços de saúde foram: a dificuldade de conseguir atendimento em tempo hábil – 40,3% dos entrevistados; o custo dos medicamentos – 24,6 %; e a dificuldade de transporte para chegar ao serviço de saúde – 23,9%.

Dos examinados, 40,3% declarou ter recebido de atendimento em um serviço de reabilitação nos últimos doze meses. Os que não receberam esse tipo de atendimento no período, alegaram os seguintes motivos: não tem que o ajude a transportar-se – 21,4%; não há transporte para chegar ao serviço – 19%; o serviço fica muito distante – 19%; e outras razões diversas – 64,2%. Dos que receberam assistência em reabilitação nos últimos 12 meses, 46,3% recebeu duas ou três vezes; 20% recebeu constantemente; 14,8% recebeu apenas uma vez; e o mesmo percentual recebeu quase todos os meses. Não há registro de informações sobre o percentual restante.

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 134 indivíduos examinados, 80 tiveram confirmada a presença de deficiências e incapacidades, o que significa 59,7% de suspeitas validadas. A síntese do número de casos de suspeitas de incapacidades detectados na entrevista domiciliar, o número de examinados na validação e o número de casos validados, em termos absolutos e percentuais apresenta-se na Tabela 5.

<i>Casos detectados</i>	398
Taxa sobre o total de pessoas na amostra (por mil habitantes)	117
<i>Casos examinados</i>	134
Percentual sobre total de casos detectados	33,7
<i>Casos validados</i>	80
Percentual sobre total de casos examinados	59,7

Os resultados do exame de validação indicaram que a taxa de prevalência de incapacidades na população de Campos dos Goytacazes foi de 6,96% consideradas as condições apresentadas a seguir:

**Campos dos Goytacazes/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Validação do Questionário Domiciliar
2006**

<i>Casos detectados na validação</i>						
		Incapacitados		Normais	TOTAL	
Suspeitos		80		54	134	
Normais		0(*)		0(*)	0	
TOTAL		80		54	134	
Sensibilidade =		(*)	(*)			
Especificidade =		(*)	(*)			
Suspeitos	398					
Validados	134					
Incapazes	80					
Percentual de concordância =		59,70				
Aplicação do percentual de concordância na quantidade de suspeitos:				238		
Prevalência de incapacidades =		6,96 %				
Intervalo de confiança de 95% para a prevalência (proporção: p) de incapacidades na população :						
		6,53 %	< =	p	< =	7,32 %

* 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

Os índices de deficiências confirmadas no exame de validação, por ordem de prevalência, foram os seguintes: mentais e psicológicas – 2,43%; as de visão – 2,20%; as generalizadas sensitivas e outras – 2,51%; as viscerais – 2,05%; as músculo-esqueléticas – 1,93%; as intelectuais – 1,23%; as de audição – 1,11%; as de linguagem, com 0,91%; e as deficiências estéticas – 0,44%.

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 as deficiências mentais e psicológicas foram encontradas em todas as faixas de idade, apresentando taxas mais significativas nas faixas de idade de 10 a 19 anos – 21%; 30 a 39 anos – 20%; 50 a 59 anos – 29%. Na faixa de 60 anos ou mais 63%.

As taxas mais altas de deficiências de visão foram encontradas nas faixas etárias de 50 a 59 anos e 60 anos ou mais: 84% e 86% das deficiências de visão encontradas situavam-se, respectivamente, nestas faixas etárias. Também na população de 60 anos ou mais foram encontradas as maiores taxas de deficiências de audição, viscerais, músculo-esqueléticas e intelectuais.

Foram confirmados encontradas as maiores taxas de deficiências de linguagem nos indivíduos nas faixas de idade de 0 a 04 anos – 30% e de 10 a 19 anos – 20%.

Ainda de acordo com os dados da Tabela 8a (Anexo 2), encontraram-se maiores taxas de deficiências na população feminina, para todos os tipos de deficiências, com exceção das deficiências intelectuais, de linguagem e generalizadas, sensitivas e outras, sendo que não houve registro deste último tipo na população feminina, em qualquer faixa etária.

Vale ressaltar que as taxas de deficiências encontradas, apresentadas na Tabela 8ª, que serviu de base para os parágrafos anteriores, foram calculadas em relação ao total de indivíduos de ambos os sexos nas respectivas faixas etárias.

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 os maiores graus de concordância foram encontrados nas deficiências viscerais, músculo-esqueléticas e deformidades, nas demais a concordância entre a suspeita e o resultado da validação é baixo, principalmente nas visuais e nas mentais e psicológicas

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

Tipo de Deficiência	% de suspeitas de deficiências (detectadas)	% de deficiências confirmadas (validadas)
Auditivas	7,59	1,11
Linguagem	7,79	0,91
Visuais	15,35	2,20
Viscerais	5,77	2,05
Músculo-Esqueléticas	6,82	1,93
Mentais e Psicológicas	21,19	2,43
Deformidades	1,67	0,44
Generalizadas, Sensitivas e Outras	13,77	2,51

Fonte: Estudo de Prevalência de Incapacidades na cidade de Campos dos Goytacazes, 2006

Os índices de prevalência de incapacidades apontados pelo exame de validação foram as seguintes: de comunicação – 2,43%; frente à situações – 2,17%; na locomoção – 2,02 %; no posicionamento do

corpo – 2,02 %; no comportamento – 1,47%; na destreza – 1,35%; no cuidado pessoal – 1,23% (Anexo 1, Síntese do Instrumento do Exame de Validação).

As desvantagens, decorrentes das deficiências e das incapacidades, estão relacionadas principalmente à auto-suficiência econômica – 3,81%; à capacidade de ocupação – 1,55 %; à mobilidade – 1,44%; à independência física – 1,32%; à orientação – 1,32%; e à integração social – 1,08%. 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 – 2,17% dos validados (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação).

As desvantagens confirmadas incidem na capacidade das pessoas com deficiências de ter uma ocupação que lhes permita gerar sua própria renda, em decorrência da baixa capacidade de mobilidade e independência física, o que acaba por comprometer a autonomia e a independência dessas populações. Essa situação é agravada pela baixa escolaridade e pela falta de oportunidades inserção no mercado de trabalho, conforme sugerem os dados sócio-econômicos da população examinada no exame de validação.

O exame de validação revelou que as principais causas das incapacidades são: doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos – 1,03%; sistema osteomuscular e do sistema conjuntivo – 0,97%; doenças do aparelho circulatório – 0,88% e transtornos mentais – 0,44%.

Dos 134 indivíduos que se submeteram ao exame de validação, 39,6% foram considerados não incapacitados. Dos considerados com alguma incapacidade, 9,7% apresentaram possibilidade de recuperação; 11,2% possibilidade de melhora e 16,4% possibilidade de assistência. Portanto, os prognósticos são positivos para 37,3% dos que tiveram incapacidades confirmadas. Por outro lado, 5,2% apresentou incapacidade estável; 5,2% possibilidade de adaptação; 9,0 apresentou % incapacidade progressiva e 2,1% tiveram prognóstico indeterminado; e 1,5% teve prognóstico sem especificar (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação.)

A necessidade de atenção, determinada pelo exame de validação, para os 134 indivíduos examinados aponta que 21,6% não requerem nenhum tipo de atenção. Precisam de atenção em reabilitação física – 35,8%; de reabilitação mental – 13,4%; de atendimento psicológico – 26,6%; de algum tipo de atenção, geral ou especializada, não de reabilitação – 23,1%; de atenção em reabilitação visual – 17,2%; de reabilitação na área de foniatria (audição e linguagem) – 14,2%; de atenção na área do serviço social – 22,4%; de atenção na área educacional – 11,9%. Por fim os resultados do exame de

validação indicam que 32,1% dos indivíduos com algum tipo de incapacidade confirmada se beneficiariam de um Programa de Reabilitação Baseada 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 agregou 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 Campos dos Goytacazes foi identificado um total de 524 pessoas com idade de 60 anos ou mais, representando 15,4 % da população pesquisada. O idoso identificado era o próprio entrevistado, marido ou esposa do entrevistado em 44,8% dos casos; em 20,4% dos domicílios era o marido ou esposa do entrevistado; em 12,6% era a mãe; em 6,3% era o pai; em 3,2% eram avós. Registrou-se casos de idosos com grau de parentesco mais longe com o entrevistado tais como primos e tios, e amigos.

A maioria dos idosos tinha renda própria – 96,8% e ajudavam nas despesas da família – 93,9%. A renda predominante foi de mais de 1 até 3 salários mínimos – 33,8%; 27,7% declarou renda de até 1 salário mínimo; e 11,3% de mais de 3 a 6 salários mínimos. Os demais distribuíam-se em percentuais pouco significativos nas faixas de renda superiores a 6 até mais de 15 mínimos. Mais da metade trabalhava em casa – 56,9 %, cuidando dos afazeres domésticos e da família. Apenas 14,7% exerciam atividades fora de casa. As atividades de lazer mais citadas foram assistir à TV – 77,3 %; rezar – 56,3% ler – 49,6%; visitar parentes e amigos – 33,9 %. Declararam fazer atividades físicas 24,0%. Caminhar é a atividade mais freqüente – 13,7%. Apenas 6,7% participavam de atividades voltadas para idosos, tais como grupos da terceira idade.

Mais da metade dos idosos utilizavam os serviços de saúde do SUS – 55,9 %; convênios de saúde 23,9%; e 13,2% declarou utilizar serviços de saúde particular. Apresentou-se de forma importante a ocorrência declarada de doenças crônicas: pressão alta – 74,4 %; diabetes – 21,6%; doenças cardíacas – 22,1%; e doenças vasculares – 13,2%, Revelaram-se baixos os percentuais de idosos afetados pelo

Mal de *Alzheimer* – 2,6% e Mal de *Parkinson* – 2,6 %. As deficiências declaradas foram: visual – 26,9%; auditiva – 13,2%; física – 7,8% e mental – 2,3% e outras – 3,2%

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

8. CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa levam à conclusão de que a prevalência de incapacidades, na cidade de Campos dos Goytacazes em 2006, foi de 6,96%. Essa taxa é menor que a estimativa de deficiências da OMS para os países em desenvolvimento que não se encontram em situações de conflito ou não passaram por catástrofes recentes, que é de 10%. Apresenta-se, também, inferior à taxa de deficiências no Brasil, encontrada pelo Censo Demográfico do IBGE (2000), que foi de 14,5%.

A análise dos resultados da pesquisa permitem as seguintes conclusões:

- as causas de incapacidades, com maior frequência de respostas positivas, quais sejam: doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido, sistema osteomuscular e do sistema conjuntivo, doenças do aparelho circulatório e transtornos mentais, indicam que as capacidades podem estar associadas à doenças crônicas;
- no geral, taxas significativas de deficiências foram encontradas nos indivíduos com idade igual ou superior à 60 anos, para todos os tipos de deficiências;
- a entrevista com idosos, que abrangeu 524 pessoas com 60 anos ou mais apontou que é expressivo o percentual de idosos que declararam sofrer de hipertensão – 74,4%.
- as incapacidades confirmadas apresentam como conseqüências principais dificuldades na comunicação, frente a situações, na locomoção e posicionamento do corpo, o que concorre para desvantagens relacionadas com a falta de independência, limitações na mobilidade e na capacidade de ocupação, incidindo em dificuldades ou impossibilitando a auto-suficiência, inclusive econômica;
- a avaliação prognóstica é positiva, de modo geral. Metade dos casos de incapacidades confirmadas tem possibilidade de recuperação, de melhora, de assistência ou de recuperação;
- Metade da população que se submeteu ao exame de validação se declarou satisfeita com os serviços de saúde. As principais queixas relacionadas ao atendimento se referem à dificuldade de conseguir atendimento em tempo hábil, ao custo de medicamentos e à dificuldade de transporte para os serviços de saúde;
- a necessidade de atenção, determinada pelo exame de validação, sugere a necessidade de reforço do atendimento multiprofissional, inclusive com ações na área de assistência social,

educação e de reabilitação com base na comunidade, bem como assistência a saúde, geral e especializada, não de reabilitação;

- Os dados indicam que a população idosa se beneficiaria de um atendimento especializado, com ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde.