

ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE RABILITAÇÃO

**ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIA DE
INCAPACIDADES NA CIDADE DE DUQUE DE
CAXIAS - RJ**

Relatório de Pesquisa

Niterói, 2006

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS DA PESQUISA.	5
3. METODOLOGIA PROPOSTA PELA OPS/OMS	5
4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA CIDADE DE DUQUE DE CAXIAS	7
5. REALIZAÇÃO DA PESQUISA	9
5.1 A amostra	9
5.2 O desenvolvimento da pesquisa	13
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	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
CEP	Código de Endereçamento Postal
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	International Classification of Impairment, Disability and Handicap
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias
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) vêm 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 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, como 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 do Caribe, foi realizada em Niterói, em 1992/1993, pela Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), instituição de referência nacional nessa área, com o apoio financeiro da OPS e o apoio institucional do MS. Desde então, a AFR tem se constituído um elemento importante na disseminação da metodologia em questão, tendo realizado 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 a cidade de Duque de Caxias. Os resultados da pesquisa em Duque de Caxias são apresentados neste relatório, que se organiza da seguinte forma: além desta introdução, apresentam-se no item 2 os objetivos da pesquisa; no item 3, está a metodologia proposta pela OPS, utilizada na pesquisa. As características gerais da

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

cidade estão no item 4. O item 5 traz informações sobre a realização da pesquisa, detalhando a composição e as características da amostra. No item 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 deficiências na cidade de Duque de Caxias, identificando, a partir de uma amostra populacional, a prevalência de deficiências e incapacidades e os fatores a elas associados;
- produzir dados epidemiológicos sobre as 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 da cidade pesquisada.

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 levantadas 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:

- identificar em determinada área geográfica, mediante a 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 sócio–econômicos condicionantes;
- identificar os recursos humanos e materiais disponíveis para a reabilitação na localidade pesquisada;

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

- 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 complementares: 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 da 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, tendo em vista a reabilitação e bem-estar bio-psico-social do indivíduo.

4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA CIDADE DE DUQUE DE CAXIAS³

O município de Duque de Caxias situa-se no estado do Rio de Janeiro, na mesorregião metropolitana da cidade do Rio de Janeiro, na Baixada Fluminense. Limita-se ao Norte com Petrópolis e Miguel Pereira; ao Leste com a Baía da Guanabara e Magé; ao Sul com a cidade do Rio de Janeiro e ao Oeste com São João de Meriti, Belford Roxo e Nova Iguaçu. Tem uma área de 464.573 km², onde vive atualmente uma população de 855.010 hab., de acordo com estimativa do IBGE. (IBGE, 2006). Ainda segundo o IBGE, em 2000, a população do município era de 775.456 hab. A densidade demográfica é de 1.655,3 habitantes por km². A taxa de urbanização do município é alta – 99,60% em 2000. Atualmente, a zona urbana se divide em 04 distritos: Centro, Campos Elísios, Imbariê e Xerém, que agregam 40 bairros.

O povoamento da região onde se localiza o município data do século XVI, quando foram doadas sesmarias da capitania do Rio de Janeiro. A atividade econômica que ensejou a ocupação do local foi o cultivo da cana-de-açúcar. O milho, o feijão e o arroz tornaram-se, também, importantes produtos auxiliares durante aquele período. Nos séculos XVII e XVIII, a região tornou-se importante ponto de passagem dos produtos vindos do interior: o ouro das Minas Gerais, descoberto no momento de crise da lavoura açucareira e o café do Vale do Paraíba, que representou cerca de 70% de toda a economia brasileira naquela época.

As características geográficas, com a presença de muitos rios integrados à Baía da Guanabara, faziam da região um ponto de união importante entre o interior e o litoral. O Porto da Estrela foi o marco mais importante do período. À sua volta, cresceu um arraial que, no século XIX, foi transformado em município. Mais tarde, mesmo com a decadência da mineração, a região ainda se manteve como um ponto importante de transbordo e trânsito de pessoas e mercadorias.

Nas duas últimas décadas do século XIX, com a implantação do transporte ferroviário, a produção do Vale do Paraíba passou a ser escoada por essa via, e os portos fluviais perderam importância, levando à decadência da região. A partir de então, a região começou a sofrer os efeitos da expansão urbana da cidade do Rio de Janeiro, ficando definitivamente ligada ao antigo Distrito Federal. Em 1910, a população era de 800 pessoas, passando em 1920 para 2.920. O rápido crescimento populacional provocou o fracionamento e loteamento das antigas propriedades rurais, naquele momento, improdutivas, assim como a instalação de empreendimentos industriais. Essas transformações, ao lado da urbanização acelerada da região, levaram à emancipação política do Distrito de Caxias, até então

³ Elaborado a partir de dados coletados na WIKIPÈDIA; IBGE, Censo Demográfico de 2000; IBGE, cid@des, 2005/2006. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003

ligado à Nova Iguaçu, elevando-o à condição de cidade de Duque de Caxias, em 31 de dezembro de 1943.

O município de Duque de Caxias tem uma economia centrada nas atividades industriais e no comércio. Os principais segmentos do setor industrial são: químico, petroquímico, metalúrgico, gás, plástico, mobiliário, têxtil e vestuário. Nele está instalado o maior parque industrial do estado do Rio de Janeiro, formado por empresas de grande porte, inclusive uma das maiores refinarias da Petrobrás, a REDUC. Registra o sexto maior PIB (Produto Interno Bruto 1999 – 2002), no ranking nacional, e o segundo maior do estado. O PIB *per capita* é de R\$ 18.800,65. A cidade ocupa o segundo lugar no ranking de arrecadação de ICMS do estado, perdendo somente para a capital.

Apesar disso, os níveis de desigualdade são acentuados. A renda *per capita* média em 2000 era de R\$ 226,14. A proporção de pobres na população era de 26,9%. O percentual de renda apropriada pelos diferentes extratos da população, no mesmo período, indicava que 20% dos mais pobres se apropriavam de 2,5% da renda gerada no município, 80% dos mais pobres de 43,9% e 20% dos mais ricos se apropriavam de 56% da riqueza produzida no município. O Índice de GINI aponta que, apesar da melhoria dos índices de renda, longevidade e educação no período de 1991 a 2000, a desigualdade cresceu, passando de 0,47% em 1991 para 0,53 em 2000.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,753. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano – IDH entre 0,5 a 0,8. Em relação aos outros municípios do Brasil, Duque de Caxias apresenta uma situação boa: ocupa a 1782^a posição. Entre os municípios do estado do Rio de Janeiro, ocupa uma posição intermediária - 51^a lugar .

O acesso aos serviços básicos, em 2000, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano, apresentava os seguintes percentuais: água encanada – 87,3%; energia elétrica – 99,9% e coleta de lixo – 88,5%.

Ainda de acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano, a taxa de analfabetismo em 2000 era de 9,5%. O tempo médio de estudo da população era de 6 anos. O percentual de crianças de 7 a 14 anos freqüentando a escola era de 95,2%.

A taxa de mortalidade infantil em 2000 era de 23,9 por mil nascidos vivos, inferior à do estado do Rio de Janeiro, mas, ainda assim, bastante significativa. A expectativa de vida era de 67,5 anos, no mesmo período. Segundo dados do IBGE, pode-se considerar que a oferta de serviços públicos de saúde em Duque de Caxias é insuficiente frente ao perfil demográfico e sócioeconômico da população. Registraram-se 64 estabelecimentos de saúde públicos, sendo 7 com internação; desses, 4 são públicos

e 3, privados, conveniados com o SUS. A oferta de leitos na rede pública de saúde é de 699, incluindo-se aqueles ofertados pelos estabelecimentos privados conveniados com o SUS .

5. A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

5.1 A Amostra⁴

A amostra domiciliar em Duque de Caxias foi composta por 1.137 domicílios, distribuídos por todos os bairros do município. O número médio de habitantes por domicílio foi de 3,1. A amostra populacional pesquisada, ou seja, o número de habitantes nos domicílios da amostra, representou um total de 3.576 pessoas, sendo a maioria do sexo feminino – 1.930 dos habitantes dos domicílios da amostra. A população do sexo masculino somou um total de 1.646 pessoas.

A distribuição da população da amostra por idade aponta uma concentração nas faixas etárias de 10 a 59 anos, superior a 11 % em todas as faixas desse intervalo, compreendendo o total de 78% da amostra populacional estudada. Registrou-se um percentual relativamente baixo de habitantes com idade entre 0 a 9 anos – 12,8%, e entre 60 anos ou mais – 9,2 %. Mais de 75 % da população estudada tem menos de 50 anos. A idade média é de 32,8 anos. Trata-se, portanto, de uma população jovem, com um percentual baixo de idosos e crianças, conforme se apresenta na Tabela 1.

TABELA 1
Duque de Caxias/ 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	89	2.5	5.1%	81	2.3	5.0%	170	4.8	10.1%
5 a 9	136	3.8	4.9%	151	4.2	4.7%	287	8.0	9.6%
10 a 19	302	8.4	9.4%	301	8.4	9.4%	603	16.9	18.9%
20 a 29	264	7.4	8.6%	356	10.0	9.0%	620	17.3	17.6%
30 a 39	254	7.1	7.6%	330	9.2	8.2%	584	16.3	15.8%
40 a 49	266	7.4	6.0%	295	8.2	6.6%	561	15.7	12.6%
50 a 59	207	5.8	3.6%	216	6.0	4.1%	423	11.8	7.6%
60 a 65	55	1.5	1.4%	90	2.5	1.7%	145	4.1	3.1%
(c)									
Mais de 65	73	2.0	2.0%	110	3.1	2.8%	183	5.1	4.8%
TOTAL	1646	46.0	48.5%	1930	54.0	51.5%	3576	100,0	100.0%
INFORMAÇÃO AGREGADA PARA 60 ANOS OU MAIS:									
60 ou mais	128	3,6	3.4%	200	5,6	4,5%	328	9,2	7,9%

⁴ Os dados relativos às características demográficas e sócioeconômicas da amostra estão disponíveis na síntese Percentual da Pesquisa Domiciliar (ANEXO 1).

^(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

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, dos 1.137 domicílios que compõem a amostra, 1.094, equivalente a 96,2%, estavam situados em bairros considerados urbanos. Apenas 0,4% dos domicílios situavam-se em bairros classificados como rural disperso (Tabela 2) Esses dados são coerentes com a taxa de urbanização do município que é de 99,6%, conforme apontado no item 4 deste relatório.

TABELA 2
Duque de Caxias / 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	1137	100.0
CARACTERÍSTICAS		
<i>Situação do bairro</i>		
Urbano	1094	96.2
Centro populacional		
pequeno	33	2.9
Centro populacional		
médio	3	0.3
Rural disperso	5	0.4

A maioria dos domicílios era próprio – 78,1%. A média de cômodos para dormir era de 2 por domicílio. A maioria tinha bens de consumo duráveis e eletrodoméstico, tais como: geladeira – 98,7%; aparelho de TV – 98,9%; telefone fixo e/ou celular – 79,8% . O percentual de famílias que declarou ter veículo motorizado foi relativamente baixo – 23,6 %.

A maioria dos domicílios tinha acesso à luz elétrica, água tratada e esgotamento sanitário, respectivamente, 99,8%, 89,7% e 98,1%. Esses percentuais são compatíveis com os dados de acesso a serviços básicos, apresentados pelo Atlas de Desenvolvimento Humano.

Quase a metade dos domicílios – 47,5% declarou renda familiar mensal entre mais de 1 até 3 salários mínimos; 27,2% entre mais de 3 até 6 salários mínimos; 13,3 % entre mais de 6 até 15 salários mínimos. Apenas 0,4% dos domicílios apresentaram rendimentos mensais superior a 15 salários

mínimos e 9,3% igual ou inferior ao salário mínimo. Verificou-se, portanto, uma concentração de famílias com rendimentos mensais entre mais de 1 até 6 mínimos – 74,7% .

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 essa classificação, 27,3% dos domicílios são considerados de renda média; 30,9% de renda média-baixa e 30,4% de renda baixa. Nos limites inferiores e superiores da escala ficaram, respectivamente, os domicílios considerados como de renda baixa-baixa –7,7% e os de renda alta – 0,3%. Dessa forma, pelos critérios adotados pela metodologia da pesquisa, mais da metade da população é de renda baixa e média -baixa – 61,3%.

TABELA 2a
Duque de Caxias: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Número de domicílios, segundo as características e situação econômica 2006

RENDA	Número de domicílios	%
Nenhuma renda	8	0.7
Até 1 s.m. (até R\$ 300,00)	106	9.3
Mais de 1 até 3 s.m. (de R\$ 300,01 até 900,00)	540	47.5
Mais de 3 até 6 s.m. (de R\$ 900,01 até R\$ 1.800,00)	309	27.2
Mais de 6 até 9 s.m. (de R\$ 1.800,01 até 2.700,00)	111	9.8
Mais de 9 até 15 s.m. (de R\$ 2.700,01 até R\$ 4.500,00)	40	3.5
Mais de 15 s.m. (mais de R\$ 4.500,00)	5	0.4
<i>(s.m.=salário mínimo)</i>		
<i>Observação quanto à renda</i>		
Baixa-baixa	88	7.7
Baixa	346	30.4
Média-baixa	351	30.9
Média	310	27.3
Média-alta	22	1.9
Alta	3	0.3

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 na população, apontados pelo Atlas de Desenvolvimento Humano .

Do total de 3.576 indivíduos que habitavam os 1.137 domicílios pesquisados, 1.908 contribuíam para a renda familiar. A atividade profissional que exerciam distribui-se de forma bastante difusa na classificação adotada pelo questionário. As maiores concentrações de respostas estão nas seguintes categorias: comerciante – 7,9%; biscateiro – 6,6%; profissional autônomo – 6,6% e comerciário –

5,4%, refletindo o crescimento da economia informal e do setor de serviços nas regiões metropolitanas brasileiras, nas últimas décadas. Chama a atenção a presença relativamente baixa de indivíduos em atividades ligadas à indústria – cerca de 12%, considerando-se o peso desse setor na economia. Foi alto o percentual de indivíduos classificados em “outras atividades” – 24,7%. O percentual de aposentados que contribui para a renda das famílias foi de 24,7%, o que significa, aproximadamente, ¼ da população estudada.

Analisando-se o detalhamento da categoria “outras atividades” (disponível no Anexo A), pode-se verificar um percentual significativo de registros na opção “sem informação do tipo de trabalho” - 26,3%, o que permite inferir que a categorização para atividade profissional adotada pelo questionário de entrevista domiciliar pode não ser a mais adequada para a realidade da cidade pesquisada e/ou que podem ter ocorrido falhas no registro das informações no que diz respeito a essa questão específica. Essa situação pode, também, ser reveladora da situação de informalidade no mercado de trabalho.

TABELA 3
Duque de Caxias/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	14	0.70
Profissional técnico, nível médio	45	2.4
Militar ou policial civil	40	2.1
Comerciante	150	7.9
Profissional autônomo	125	6.6
Empregado em oficina	68	3.6
Diretor/gerente	8	0.4
Supervisor/inspetor	13	0.7
Agricultor	0	0.0
Motorista	106	5.6
Industrial	46	2.4
Comerciário	103	5.4
Operário especializado de indústria	55	2.9
Operário não especializado da indústria	45	2.4
Trabalhador da área de educação	65	3.4
Trabalhador da área de saúde	61	3.2
Camelô / ambulante	40	2.1
Biscateiro	126	6.6
Aposentado	317	16.6
Pescador	10	0.5
Outros (Ver o Anexo A)	471	24.7
Total dos indivíduos que concorrem para a renda domiciliar	1.908	100.0

Com relação ao nível de escolaridade, os resultados revelaram que 20,6% da população amostral concluiu o ensino médio; 11,5% tem ensino médio incompleto; 36,6 % tem ensino fundamental incompleto; 11,7% tem o ensino fundamental completo e apenas 2,1% tem o ensino superior completo. Registrou-se o percentual de 1,4% de analfabetos na população estudada. Portanto, inferior à taxa de analfabetismo em Duque de Caxias que era de 9,5%, em 2000, conforme apontado no item 4 deste relatório.

5.2 O desenvolvimento da pesquisa

A pesquisa, incluindo o treinamento das equipes de coleta de dados (entrevistadores, supervisores de campo e validadores), a coleta de dados (entrevistas domiciliares e validação) e o tratamento dos dados, foi realizada no período de novembro de 2005 a maio de 2006.

A equipe de entrevistadores foi composta por estudantes do curso de fisioterapia da Unigranrio, e a validação foi realizada por profissionais de saúde, sob a supervisão da AFR.

Registrou-se a desistência de alguns entrevistadores, após o treinamento, acarretando a convocação de substitutos. Registraram-se, também, dificuldades de acesso em alguns bairros devido à divergência de dados entre o Código de Endereçamento Postal (CEP), do Correio, utilizado para a definição das ruas que compõem a amostra, e o da Prefeitura do município, o que levou a coordenação da pesquisa a optar pela utilização dos Setores Censitários do IBGE. A realização das entrevistas domiciliares nas áreas periféricas foi dificultada pela presença de facções criminosas que restringem o acesso a essas localidades, segundo relato da coordenação local da pesquisa. Essas dificuldades levaram a pesquisa, especialmente a fase de coleta de dados, a se estender por um período maior do que o previsto.

Com base no registro dos próprios entrevistadores, o tempo médio de duração das entrevistas foi de 16 minutos. Do total de entrevistas realizadas, apenas 1,8% não foram completadas. As questões foram bem ou muito bem compreendidas por 94,9% dos entrevistados. A maioria das respostas foi confiável – 45,6%, ou todas foram confiáveis – 47,3%. A reação dos entrevistados foi muito positiva – 30,5%, e positiva – 58,1%. Em 57 dos domicílios pesquisados, mais de uma pessoa participou da entrevista, ajudando nas respostas, e o efeito produzido foi positivo em 52,6% dos casos, e muito positivo em 21,1%, segundo avaliação dos entrevistados (Tabelas 6, 6^a e 6 b).

6. OS RESULTADOS DA PESQUISA

6.1 A detecção de suspeitas de incapacidades

Conforme mencionado, as entrevistas realizadas na amostra composta de 1.137 domicílios, na cidade de Duque de Caxias, atingiram uma população de 3.576 habitantes. O resultado dessa etapa detectou suspeitas de incapacidades em 783 indivíduos, o que significa que esse número de pessoas respondeu de forma positiva a uma ou mais perguntas do item 7 do questionário. Foram detectados indivíduos com suspeitas de incapacidades em 40,3% dos domicílios pesquisados.

A distribuição de suspeitas por tipo de deficiências apresentou-se da seguinte forma: 17,67 % de deficiências visuais; 9,92% de deficiências generalizadas, sensitivas e outras; 9,78% de deficiências mentais; 6,65% de deficiências auditivas; 5,36% de deficiências de linguagem; 4,30% de deficiências de músculos e ossos; 2,34% de deficiências nas vísceras e 0,61% de deformidades (Tabela 4, anexo 2).

Detalhando-se os registros de suspeitas por tipo de queixa ou sintomas mais comuns nos grupos de deficiências que alcançaram maior frequência de respostas positivas, verificou-se que, no grupo das deficiências visuais, sobressaíram dificuldades de enxergar mesmo com uso de óculos, 10,49% das respostas e dor, secreções, avermelhamento e anormalidades nas pálpebras com 3,5%. No grupo das deficiências generalizadas, sensitivas e outras, as queixas prevalentes foram a dependência de dispositivos especiais e medicamentos – 5,4% das respostas, e dores constantes que impedem as atividades habituais – 3,5%. No grupo das deficiências mentais, os maiores percentuais de respostas positivas foram para os sintomas relacionados ao *stress*, angústia, depressão e ansiedade – 2,4%, e dificuldades de aprendizagem e perda de memória com, aproximadamente, 1,3% de respostas positivas cada. O maior percentual de queixas no grupo de deficiências auditivas refere-se à dificuldade de ouvir. 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 – 3,5%.

O detalhamento do tipo de queixa ou sintomas registrados por grupo de deficiências está disponível na Síntese do Instrumento de Entrevista Domiciliar (Anexo 1).

6.2 O Exame de Validação

De acordo com a metodologia adotada, a etapa de validação consiste em um exame minucioso realizado por profissionais da área de saúde, com experiência em reabilitação, devidamente treinado 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 das incapacidade e 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 783 indivíduos com suspeitas de incapacidade, 50 passaram pelo exame de validação, o equivalente a 1,8% da população detectada e 1,4% da população amostral. Estes percentuais são inferiores aos registrados em pesquisas realizadas anteriormente, com a mesma metodologia, no Brasil. Dos indivíduos validados, 68% eram mulheres e 32% homens. A maioria declarou-se solteiro – 46 %. A idade média dos examinados, 44,8 anos, apresentou-se superior à idade média da amostra.

Mais da metade dos examinados – 56%, tinha o ensino fundamental incompleto, 8 % o ensino médio completo e 8 % declararam-se analfabetos. Esses dados revelam que, no geral, a amostra de indivíduos examinados apresentou um padrão de escolaridade inferior ao da amostra domiciliar e da população geral de Duque de Caxias. O percentual de indivíduos com curso superior – 4%, revelou-se superior ao encontrado na amostra domiciliar que foi de 2,1%. É particularmente notável o percentual de analfabetos, se comparado ao percentual encontrado nas entrevistas domiciliares que foi de apenas 1,4%.

Quanto à situação de trabalho, somente 14 % tinham trabalho permanente, 12% trabalhavam ocasionalmente, 10% estavam desempregados e 26% eram aposentados/pensionistas. Declararam não ter renda própria 34% dos examinados. Dos que declararam ter renda própria, 26 % recebiam até um salário mínimo mensal, e 30%, mais de 1 até 3 salários mínimos. No geral, esses dados são compatíveis com a amostra domiciliar. No entanto, revelam que a situação de insegurança econômica é maior na população com suspeitas de incapacidades, ou seja, aquelas que apresentam algum tipo de doença ou agravo à saúde.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, 78,0 % da população que compareceu ao exame de validação declarou utilizar os serviços públicos, 18 %, privados e 12%, filantrópicos. O grau de insatisfação com o atendimento recebido nos serviços de saúde é alto: 40,% dos examinados se declararam muito insatisfeitos, 30%, insatisfeitos e 24% declararam satisfação e 4% não souberam responder. O principal problema apontado com relação aos serviços de saúde foi a dificuldade de conseguir atendimento em tempo hábil – 58% dos entrevistados; o custo dos medicamentos – 40%; a

dificuldade de acesso – 34%; a relação com o corpo médico – 22% e a relação com o pessoal não-médico – 20%. A dificuldade de transporte para chegar ao serviço de saúde foi apontada como um fator restritivo ao atendimento por 24% dos examinados.

Mais da metade da população examinada – 56%, declarou não ter recebido nenhum tipo de atendimento em um serviço de reabilitação nos últimos doze meses. Os motivos apresentados foram: a inexistência de serviço de reabilitação na região onde residem – 17,2%; não recebeu bom atendimento da última vez que foi ao serviço – 17,2 %; não tem recursos para pagar – 10,3%; não tem transporte para chegar até o serviço – 17,2%.

Dos 50 indivíduos examinados na etapa de validação, 35 tiveram confirmada a presença de deficiências e incapacidades, o que significa 70% de suspeitas de incapacidades validadas.

TABELA 5
Duque de Caxia/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Número de casos de deficiência detectados e examinados

<i>Casos detectados</i>	783
Taxa sobre o total de pessoas na amostra (por mil habitantes)	781
<i>Casos examinados</i>	50
Percentual sobre total de casos detectados	1,8 %
<i>Casos validados</i>	35
Percentual sobre total de casos examinados	70 %

Os resultados do exame de validação permitem considerar que a taxa de prevalência de incapacidades na população de Duque de Caxias foi de 15,33%, consideradas as condições a seguir:

**Duque de Caxias/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Validação do Questionário Domiciliar
2006**

Casos detectados na validação			
	Incapacitados	Normais	TOTAL
Suspeitos	35	15	50
Normais	(*)	(*)	(*)
TOTAL	35	15	50
Sensibilidade =	(*)		
Especificidade =	(*)		
Suspeitos	783		
Validados	50		
Incapazes	35		
Percentual de concordância =	70	%	
Aplicação do percentual de concordância na quantidade de suspeitos:			548
Prevalência de incapacidades =	15,33 %		
Intervalo de confiança de 95% para a prevalência (proporção: p) de incapacidades na população :			
	14,72 %	< =	15,93 %

* Não calculado em virtude de não ter sido realizado o exame de normais na etapa de validação

Dentre os tipos de deficiências confirmadas no exame de validação, por ordem de prevalência, destacaram-se: as de visão – 1,15%; as mentais e psicológicas – 1,01%; as viscerais – 0,81 %; as músculo-esqueléticas – 0,76% e as de audição – 0,59.

As deficiências confirmadas que apresentaram maior grau relativo de concordância com as suspeitas foram as deficiências músculo – esqueléticas, viscerais e deformidades. Os índices de confirmação das deficiências mentais ou psicológicas e visuais foram os mais baixos com relação à suspeita.

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

Tipo de Deficiência	% de pessoas com suspeitas de deficiências (detectadas)	% de pessoas com deficiências confirmadas (validadas)
Auditivas	6,65	0,59
Linguagem	5,36	0,28
Visuais	17,67	1,15

Viscerais	2,34	0,81
Músculo-Esqueléticas	4,30	0,76
Mentais e Psicológicas	9,78	1,37
Deformidades	0,61	0,17
Generalizadas, Sensitivas e Outras	9,92	0,78

Fonte: Estudo de Prevalência de Incapacidades na cidade de Duque de Caxias, 2006 .

Analisando-se os resultados do exame de validação por tipo de deficiências encontrado e por idade, verificou-se que, na população com idade de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, estão os maiores índices para todos os tipos de deficiências, com exceção de deficiências de linguagem. Cerca de 95% dessa população apresentou deficiências viscerais; 69%, músculo-esqueléticas; 87 %, mentais e psicológicas; 69%, visuais; 39,% de audição e 30%, intelectuais. Todas essas deficiências podem estar, de algum modo, relacionadas com as doenças mais comuns no envelhecimento, principalmente as viscerais, músculo-esqueléticas e visuais. (Tabela 8 a, anexo 2).

O percentual de deficiências mental e psicológica encontrado na população com 60 anos ou mais pode estar associado ao percentual de idosos que declararam estar acometidos de Mal de Parkinson– 19,7%, e Mal de Alzheimer – 20,5%.

Cabe registrar que a freqüência de idosos - pessoas com 60 anos ou mais - é de 9,2 %, a menor entre todas as faixas etárias, conforme Tabela 1.

A deficiência de linguagem foi encontrada em 10% da população na faixa etária de 5 a 9 anos e 8% na faixa de 10 a 19 anos. As deficiências de visão apresentaram-se em 18% dos indivíduos de 10 a 19 anos e 40 a 49 anos. (Tabela 8 a, anexo 2)

Com relação à confirmação de deficiências por sexo, verifica-se que os índices são maiores na população masculina, para todos os tipos de deficiências.(Tabela 8 a, anexo 2).

As incapacidades de maior prevalência apontadas pelo exame de validação foram as seguintes: de comunicação – 1,06%; na locomoção – 0,76 %; no posicionamento do corpo – 0,70 %; frente a situações – 1,07% e no comportamento – 0,50%. Essas incapacidades estão diretamente relacionadas com as deficiências confirmadas.

As desvantagens, decorrentes das deficiências e das incapacidades, foram: na auto-suficiência econômica – 1,37%, na mobilidade – 0,64 %; na orientação – 0,64%; na capacidade de ocupação – 0,62% na integração social – 0,45%. Foram classificados como afetados por “outras desvantagens”, relacionadas às 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 - 0,95% dos validados.

As desvantagens confirmadas refletem as dificuldades que as pessoas com deficiência encontram para trabalhar e gerar sua própria renda, em parte decorrentes da baixa escolaridade e falta de preparo profissional e das dificuldades de locomoção e de ocupação, o que afeta a integração social dos indivíduos e sua participação na comunidade.

O exame de validação revelou que as principais causas das incapacidades são: doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos – 0,81 %; do sistema osteomuscular e do conjuntivo – 0,48 %; doenças do aparelho circulatório – 0,25 % e doenças do aparelho respiratório – 0,17%. As causas das desvantagens são compatíveis com as deficiências e incapacidades prevalentes, conforme indicadas nos parágrafos anteriores.

Quanto à avaliação prognóstica, os dados revelaram que, dos 50 indivíduos que se submeteram ao exame de validação, 26% foram considerados não incapacitados; 18%, com possibilidade de recuperação; 8%, com possibilidade de melhora e 20%, com possibilidade de assistência. Por outro lado, 6 % apresentaram incapacidade estável; 10%, incapacidade progressiva e 2%, possibilidade de adaptação. Portanto, os prognósticos são positivos para mais da metade dos que tiveram incapacidades confirmadas.

A necessidade de atenção para o total de indivíduos examinados apontou que 10% não requerem nenhum tipo de atenção; 34% requerem algum tipo de atenção, geral ou especializada, não de reabilitação; 36 %, atenção em reabilitação física; 28 %, em reabilitação visual; 24 %, atendimento psicológico; 20%, atenção em foniatria (audição e linguagem) e 18 % requer atenção na área do serviço social. O percentual dos que requerem algum tipo de atenção geral e/ou especializada, não de reabilitação, pode indicar que essa população não tem deficiências, mas está acometida de problemas de saúde que, sem o tratamento adequado, podem se tornar incapacitantes ou agravar as incapacidades e desvantagens sociais.

Os resultados da avaliação prognóstica e da necessidade de atenção para as pessoas com incapacidades por sexo e faixa de idade estão apresentados no Anexo 2, Tabela 12.

7. Amostra de Idosos

Conforme experiências anteriores, em pesquisas semelhantes realizadas pela AFR têm-se agregado ao questionário de entrevista domiciliar proposto pela OPS, um questionário específico para a população idosa, que é aplicado em pessoas com 60 anos ou mais residentes nos domicílios da amostra.

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

Na amostra populacional foi identificado um total de 328 pessoas com idade de 60 anos ou mais, representando 9,2 % da população pesquisada. Em 34,1% dos casos, o idoso identificado era o próprio entrevistado; em 14,6%, o marido ou a esposa do entrevistado; em 11,3%, a mãe e, em 4%, o pai do entrevistado.

A maioria dos idosos tinha renda própria – 94,8% e ajudava nas despesas da família – 87,9%. A renda predominante encontrada foi de 1 a 3 salário mínimo – 41,5% dos idosos da amostra estavam nessa faixa de rendimento; 29,9% declararam renda de até 1 salário mínimo mensal; menos de 5%, mais de 6 até mais de 15 salário mínimo. O nível de renda da população idosa pode ser classificado como baixa e média-baixa.

A maioria trabalhava em casa – 65,5 %, cuidando dos afazeres domésticos e da família. Apenas 14% exerciam atividades fora de casa. As atividades de lazer mais citadas foram assistir TV – 86,3%; rezar – 71,6% ler – 51,2%; passear – 50,6 % e visitar parentes e amigos – 47,6 %. Declararam fazer atividades físicas 26,2 % dos idosos pesquisados. Caminhar é a atividade mais frequente: 19,5% dos idosos disseram caminhar regularmente. Apenas 7,3% declararam participar de atividades voltadas para idosos, tais como grupos da terceira idade.

Mais da metade dos idosos entrevistados disseram que utilizam os serviços de saúde do SUS – 69,5%; 13,4%, convênios de saúde e 10,5%, os serviços de médicos e clínicas particulares. Dentre os 328 idosos que declararam problemas de saúde, as principais doenças são: pressão alta – 71,4 %; doenças vasculares – 71,4%; doenças cardíacas – 20,5% diabetes – 19,7%. Revelaram-se significativos os percentuais de idosos afetados pelo Mal de Alzheimer – 20,5% e Mal de Parkinson – 19,7%. As deficiências detectadas são visual – 31,4%; auditiva – 23,5%; física – 15,9% e mental – 9,5%.

9. CONCLUSÕES

Conforme mencionado no item 7 deste relatório, os resultados da pesquisa levam à conclusão de que a prevalência de incapacidades na cidade de Duque de Caxias, em 2006, é de 15,33 %. Esta taxa é superior à 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%. É, também, superior à taxa de deficiências no Brasil, encontrada pelo Censo Demográfico do IBGE (2000), que foi de 14,5%.

A análise dos resultados da pesquisa permite as seguintes conclusões:

- as incapacidades parecem estar relacionadas à presença de doenças crônicas que acabam por limitar a capacidade das pessoas de levarem uma vida normal. As causas das incapacidades com maior frequência de respostas positivas, confirmadas no exame de validação, apontam nesse sentido. São doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos - 0,81%; do sistema osteomuscular e do sistema conjuntivo – 0,48% e doenças do aparelho circulatório – 0,25%;
- o percentual de indivíduos com 60 anos ou mais apontados com suspeitas de incapacidades, baseadas em queixas relacionadas a distúrbios e patologias mentais e psicológicas, foi significativamente alto o que pode estar relacionado com o número de pessoas acometidas pelo Mal de Parkinson e Mal de Alzheimer na população dessa faixa etária;
- a população com 60 anos ou mais, embora tenha menor peso relativo na população estudada, é a que apresenta maiores índices de suspeitas de incapacidades e de incapacidades confirmadas;
- as incapacidades confirmadas impactam principalmente na locomoção, no posicionamento do corpo e frente a situações, o que concorre para desvantagens relacionadas com a independência, mobilidade e auto-suficiência, inclusive financeira;
- a avaliação prognóstica é positiva, de modo geral. A maioria tem prognósticos favoráveis, embora seja relativamente significativo o percentual de pessoas com incapacidade estável – 10% e incapacidade progressiva – 10%.
- chama a atenção o alto grau de insatisfação da população pesquisada com o atendimento recebido nos serviços de saúde. Declararam-se muito insatisfeitos 40% e insatisfeitos 30%. São também significativas as queixas relacionadas com as dificuldades de atendimento nos serviços de saúde.

Em suma, os resultados revelam que a população de Duque de Caxias se ressentir de um atendimento na área de saúde, de natureza geral e especializada, não de reabilitação, no sentido da prevenção de doenças e atenção e promoção à saúde, de modo a se evitar a evolução para quadros de deficiências e incapacidades mais severas.