

ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO

**ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIAS DE
INCAPACIDADES NA CIDADE DE NITERÓI**

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 NITERÓI	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	14
7. AMOSTR DE IDOSOS	19
8. CONCLUSÕES	20
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 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 que subsidiem 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 estimulando e 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 num elemento importante na disseminação dessa metodologia, tendo realizado diretamente ou coordenado a execução de 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 Niterói. Os resultados da pesquisa nesta cidade são apresentados neste relatório, da seguinte forma: além desta introdução,

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

apresenta-se no item 2 os objetivos da pesquisa; no item 3 está a metodologia proposta pela OPS, utilizada na pesquisa; as características gerais da cidade de Niterói estão no item 4. O item 5 traz informações sobre a realização da pesquisa, detalhando a composição e 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 quanto à necessidade de atenção, além da taxa de prevalência de incapacidades encontrada. No item 7 estão informações sobre a amostra de idosos. Por último, o item 8 apresenta as conclusões da pesquisa.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

- Atualizar o conhecimento sobre a realidade epidemiológica das deficiências na cidade de Niterói, identificando, a partir de uma amostra populacional, a prevalência de deficiências e incapacidades e os fatores a eles associados;
- Produzir dados epidemiológicos atualizados 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 de Niterói, particularmente a população com deficiências.

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;

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

- Identificar a presença dos recursos humanos e materiais disponíveis para a reabilitação na localidade pesquisada.
- Obter informações que contribuam para a elaboração e 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 desvantagens são os propostos pela Classificação Internacional de Deficiências da Organização Mundial de Saúde (International Classification of Impairment, Disability and Handicap – ICIDH, WHO 1980, 1993). Esta classificação define **deficiência** como o resultado de doença congênita ou adquirida, implica na perda de um órgão ou função; a **incapacidade** é a consequência da deficiência quando estas exercem 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/ou 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. Trata, também, das 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 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 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 níveis de gravidade, além de possibilitar um diagnóstico da situação de integração social e um prognóstico determinando o tipo de atenção necessário ao indivíduo tendo em vista a sua reabilitação e bem-estar bio-psico-social.

3. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA CIDADE DE NITERÓI³

O município de Niterói está situado na mesorregião Metropolitana da cidade do Rio de Janeiro, a uma distância de 10,9 km da Capital. Compreende uma área de 131,8km² onde vive uma população de 459.951 pessoas em 143.924 domicílios, perfazendo uma média de 3,2 pessoas por moradia, segundo registros do Censo Demográfico 2000. A densidade demográfica é de 3.478,5 hab/km² e a taxa de urbanização de 100%. O Plano Diretor de 1992 dividiu o município em cinco regiões: Norte, Praias da Baía, Pendotiba, Oceânica e Leste, subdivididas em sub-regiões definidas por analogias físicas e urbanísticas.

O surgimento de Niterói remonta ao início da colonização do Brasil. Em 1568, as terras que hoje formam o município de Niterói foram concedidas pelo Governador Geral Mem de Sá à Martim Afonso, nome de batismo do índio Araribóia, numa tentativa de ocupar e proteger aquela região de invasões, principalmente dos franceses. A aldeia fundada por Araribóia recebeu a denominação de São Lourenço dos Índios. Àquela época já havia várias propriedades agrícolas em funcionamento e os núcleos populacionais, que mais tarde foram denominados São Domingos e Praia Grande, já vinham sendo delineados.

Cerca de três séculos mais tarde, com a chegada da Corte de D. João VI à colônia brasileira, e com a criação da Província do Rio de Janeiro, elevou-se a Vila da Praia Grande à capital provisória, em 1834. A lei Provincial n.º6 de 1835 eleva a Vila à categoria de cidade, recebendo a denominação de Nictheroy. O título imperial cidade de Nictheroy é concedido em 1841 por D. Pedro II.

A condição de capital estabelecida à cidade, determinou uma série de desenvolvimentos urbanos: a barca a vapor; a iluminação pública a óleo de baleia; os primeiros lampiões a gás; o abastecimento de água; o surgimento da Companhia de Navegação de Nictheroy; o bonde de tração animal da Companhia de Ferro-Carril Nictheroyense; a Estrada de Ferro de Niterói, ligando a cidade à localidades do interior do estado; e os bondes elétricos em 1883.

³ Elaborado com base em dados coletados na WIKIPÉDIA; IBGE, Censo Demográfico de 2000; IBGE, cid@des.2005/2006. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano, Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003 e www.niteroi.rj.gov.br.

A partir de 1940, a cidade passa por um período de modernização com investimentos urbanos significativos, sendo que o maior impacto ocorreu após a construção da Ponte Rio-Niterói em 1974 que intensificou a produção imobiliária nas áreas centrais e bairros litorâneos consolidados da Zona Sul (Icaraí e Santa Rosa), além de redirecionar a ocupação para áreas expansivas da cidade, como as regiões Oceânica e Pendotiba.

O PIB per capita de Niterói, em 2004, segundo o IBGE, era de R\$12.369,00. A renda per capita média em 2000 era de R\$ 809,00. A proporção de pobres na população era de 9,9. O percentual de renda apropriada pelos diferentes extratos da população, no mesmo período, indicava que 20% dos mais pobres se apropriavam de 1,9% da renda e 20% dos mais ricos de 61,2%. No período de 1991 para 2000 a pobreza diminuiu 28,14%, mas a desigualdade cresceu passando de 0,58 para 0,59 , segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano do PNUD.

Na economia predominam as atividades do setor terciário, basicamente comércio e serviços, seguida das atividades do setor secundário, indústria de alimentos, transporte e metalurgia. No setor primário destacam-se a atividades da pesca e agropecuária.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) era de 0,886 em 2000. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano. Em relação aos outros municípios do Brasil, Niterói apresenta uma situação boa: ocupa a 3ª posição. Entre os municípios do Estado do Rio de Janeiro ocupa a 1ª posição.

Segundo o Atlas de desenvolvimento Humano, a taxa de analfabetismo na população adulta em 2000 era de 3,7% e o tempo médio de estudo da população era 9,7 anos. Segundo a mesma fonte 97,55 da população de 7 a 14 anos freqüentava a escola em 2000.

O Atlas de Desenvolvimento Humano registra, também, que o acesso aos serviços básicos está praticamente universalizado. Em 2000, 91,6% dos domicílios tinham água encanada; 96,9% tinham coleta de lixo; e 100% tinham a energia elétrica. O acesso a bens de consumo duráveis também é alto: 98,9% dispunha de geladeira; à 94,4% aparelhos de TV ; e 67,1% tinham acesso a telefone. A taxa de mortalidade infantil em 2000 era de 12,0 por mil nascidos vivos e a esperança de vida ao nascer era de 73,49 anos, maior que a média nacional. O município de Niterói foi precursor das Ações Integradas de Saúde (AIS), implementando-as desde 1982. No período que compreende o final dos anos 80 e início da década de 90, o processo de municipalização já estava avançado. O Sistema Único de Saúde – SUS foi implantado em 1989, com unidades que atendiam aos três níveis de complexidade. Atualmente o SUS, em Niterói, funciona em regime de gestão plena. O município conta com 272

estabelecimentos de saúde, sendo 44 da rede pública. Dos 228 da rede privada, 55 são conveniados ao SUS. O total de leitos disponíveis à população é de 2.534, sendo 1.024 na rede pública e 1.510 na rede particular.

A Secretaria de Saúde de Niterói desenvolve, desde 1996, o Programa Saúde da Família, com equipes multiprofissionais de saúde prestando atendimento à população, com ênfase nas ações de prevenção e promoção à saúde, com o objetivo de melhoria da qualidade de vida, inclusive com atendimento em reabilitação para a população idosa.

5. A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.

5.1 A Amostra⁴

A amostra domiciliar em Niterói foi composta de 1.083 domicílios, distribuídos por todos os bairros. Verificou-se a quantidade de 3,4 pessoas por domicílio, o que redundou num total de 3.626 pessoas nos domicílios pesquisados, sendo 1.671 do sexo masculino e 1.955 do sexo feminino, conforme apresenta-se na Tabela 1.

TABELA 1
Niterói/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	85	2.3	3.4%	80	2.2	3.3%	165	4.5	6.7%
5 a 9	116	3.2	3.5%	110	3.0	3.3%	226	6.2	6.8%
10 a 19	238	6.5	7.8%	230	6.3	7.9%	468	12.9	15.7%
20 a 29	321	8.8	8.1%	328	9.0	8.6%	649	17.9	16.7%
30 a 39	199	5.5	7.3%	233	6.4	8.3%	432	11.9	15.6%
40 a 49	249	6.9	6.6%	278	7.6	8.0%	527	14.5	14.6%
50 a 59	197	5.4	4.6%	283	7.8	5.7%	480	13.2	10.3%
60 a 65	93	2.6	2.0%	138	3.8	2.6%	231	6.4	4.6%
(c)									
Mais de 65	173	4.8	3.4%	275	7.6	5.7%	448	12.3	9.2%
TOTAL	1.671	46.2	46.6%	1.955	53.8	53.4%	3.626	99.8	100.0%
INFORMAÇÃO AGREGADA PARA 60 ANOS OU MAIS:									
60 ou mais	266	7.3	5.4%	413	11.4	8.4%	679	18.7	13.8%

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

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

^(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

Conforme dados da Tabela 1, a distribuição da população da amostra por idade, para ambos os sexos, revelou uma concentração nas faixas etárias de 10 à 59 anos, superior à 10% em todas as faixas desse intervalo, registrando-se uma queda acentuada na faixa de 60 a 65 anos e um crescimento na população com mais de 65 anos. A população com 60 anos ou mais representou 18,7% da amostra estudada. A distribuição da população amostral por idade reflete o comportamento da pirâmide etária da população brasileira, influenciada pelos padrões de natalidade e mortalidade das últimas décadas, caracterizando-se como uma população ainda jovem, embora se registre um processo de crescimento na população acima de 50 anos. A idade média da população amostral foi de 37,7 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. Dos 1.083 domicílios que compõem a amostra estudada 1.016, equivalente a 93,8%, estavam situados em bairros considerados urbanos (Tabela 2). Esta distribuição é coerente com a taxa de urbanização de Niterói que é de 100%, conforme mencionado no item 4 deste relatório.

Características / Situação Econômica	Número de Domicílios	Porcentagem
Domicílios visitados	1083	100.0
CARACTERÍSTICAS		
<i>Situação do bairro</i>		
Urbano	1016	93.8
Centro populacional		
Pequeno	16	1.5
Centro populacional		
Médio	47	4.3
Rural disperso	2	0.2

Os dados coletados na etapa de entrevista domiciliar apontaram que a maioria dos domicílios da amostra era próprio – 78,9% e tinha em média 2,4 cômodos para dormir. A maioria tinha acesso a bens de consumo duráveis e eletrodomésticos, tais como: geladeira – 99,4; aparelho de TV – 99,7% ; máquina de lavar roupas – 72,5% ; telefone fixo e/ou celular – 89,5%. O percentual de domicílios com automóvel foi de 43,9% .

A maioria dos domicílios tinha acesso à luz elétrica – 99,8%; à rede de esgoto – 91,4% ; e a água tratada – 83,7%. O acesso a serviços públicos, nos domicílios pesquisados, portanto, revelou-se compatível com os dados de oferta destes recursos e com os padrões de urbanização em Niterói, com exceção do percentual relativo ao acesso à água tratada que apresentou-se num patamar inferior aos de Niterói, que é de 91,6%, conforme apresentado no item 4.

A distribuição dos domicílios pesquisados por faixa de renda, apresentada na Tabela 2a, revelou que metade dos domicílios da amostra – 50,8% situavam-se entre mais de 1 até 6 salários mínimos; 13,7 entre mais 6 até 9 salários mínimos e 11,4% com mais de 9 até 15. Apenas 10,8% dos domicílios apresentaram rendimentos mensais superior a 15 salários mínimos; e 8,3% igual ou inferior ao salário mínimo. Não houve registro sobre a faixa de rendimento familiar de 5% da amostra.

RENDA	Número de domicílios	%
Nenhuma renda	4	0.4
Até 1 s.m. (até R\$ 300,00)	86	7.9
Mais de 1 até 3 s.m. (de R\$ 300,01 até 900,00)	315	29.1
Mais de 3 até 6 s.m. (de R\$ 900,01 até R\$ 1.800,00)	235	21.7
Mais de 6 até 9 s.m. (de R\$ 1.800,01 até 2.700,00)	148	13.7
Mais de 9 até 15 s.m. (de R\$ 2.700,01 até R\$ 4.500,00)	124	11.4
Mais de 15 s.m. (mais de R\$ 4.500,00)	117	10.8
<i>(s.m.=salário mínimo)</i>		
Observação quanto à renda		
Baixa-baixa	35	3.2
Baixa	225	20.8
Média-baixa	275	25.4
Média	354	32.7
Média-alta	138	12.7
Alta	41	3.8

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 esta classificação, mais da metade dos domicílios pesquisados – 58,1%, foram considerados como de renda média-baixa e média. Foram classificados como de renda familiar baixa 20,8% dos domicílios pesquisados e como de renda média-alta 12,7%. Nos limites inferiores e superiores da escala estão, respectivamente, os domicílios considerados como de renda baixa-baixa - 3,2% e os de renda alta - 3,8% (Tabela 2 a). Essa classificação se mostrou compatível com os níveis de renda dos domicílios estudados, bem como com as características sócioeconômicas da amostra.

Do total de 3.626 indivíduos que habitavam os 1.083 domicílios pesquisados 2.018 contribuíam para a renda familiar, por ocasião da realização da pesquisa. A atividade profissional que exerciam distribuiu-se de forma bastante difusa na classificação adotada pelo questionário de entrevista domiciliar. As maiores concentrações de respostas estão nas categorias profissional universitário – 7,7% e profissional autônomo – 6,5%, conforme a Tabela 3, a seguir :

TABELA 3
Niterói – 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	155	7.7
Profissional técnico, nível médio	63	3.1
Militar ou policial civil	22	1.1
Comerciante	68	3.4
Profissional autônomo	132	6.5
Empregado em oficina	62	3.1
Diretor/gerente	14	0,7
Supervisor/inspetor	4	0.2
Agricultor	2	0.1
Motorista	19	0.9
Industrial	4	0.2
Comerciário	66	3.3
Operário especializado de indústria	16	0,8
Operário não especializado da indústria	05	0,2
Trabalhador da área de educação	41	2,0
Trabalhador da área de saúde	64	3.2
Camelô / ambulante	10	0.5
Biscateiro	47	2,3
Aposentado	525	26.0
Pescador	6	0.3
Outros <i>(Ver o Anexo A)</i>	693	34.3
Total dos indivíduos que concorrem para a renda domiciliar	2018	100.0

Na Tabela 3, chama a atenção o percentual de aposentados – 26,0%, o que se explica, em parte, pela distribuição de idade da população estudada, bem como o percentual de indivíduos classificados em “outras atividades” – 34,3% (Tabela 3)

Analisando-se o detalhamento da categoria “outras atividades”, disponível no Anexo A da Tabela 3 (Anexo 2) pode-se verificar um percentual significativo de registros na opção “sem informação do tipo de trabalho” – 29,9%, 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 de

Niterói e/ou que houve falhas no registro das informações, no que diz respeito à essa questão específica.

Com relação ao nível escolaridade, os resultados revelaram que 23,5% da população amostral concluiu o ensino médio; e 15,4% concluiu o ensino superior. O percentual de pessoas com ensino fundamental completo foi de 7,6% . Apenas 1,8% declarou-se analfabeto e 0,4% declarou saber ler sem nunca ter ido à escola. O percentual de analfabetos na amostra pesquisada é inferior à taxa de analfabetos na população adulta de Niterói.

5.2 O Desenvolvimento da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de novembro de 2005 a janeiro de 2006, inclusive o treinamento das equipes de entrevistadores, validadores e supervisores, a coleta e tratamento dos dados.

A equipe de entrevistadores foi formada por 39 estudantes de fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional, psicologia e fonoaudiologia, recrutados no quadro de estagiários da AFR. A de validadores foi integrada por 12 médicos e uma psicóloga, todos vinculados à AFR, assim como os 09 supervisores, com vasta experiência na área de reabilitação.

A pesquisa ocorreu no tempo previsto, sem intercorrências durante a mesma. Houve dificuldades de acesso em alguns bairros, como Muriqui, Matapaca, Engenhoca, Ilha da Conceição, dentre outros, devido a divergência de dados dos Correios e da Prefeitura do município. Constatou-se também receio dos entrevistados com poder aquisitivo mais elevado de fornecer dados relacionados à renda familiar, bem como de receber o entrevistador. Nas regiões periféricas da cidade houve total apoio das Associações de Moradores e entidades locais, o que facilitou a coleta de dados nessas localidades.

Com base em avaliação dos próprios entrevistadores, realizadas ao final de cada entrevista domiciliar e registrada em formulário próprio, a coleta de dados nos domicílios ocorreu sem maiores dificuldades. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 17 minutos e apenas 6,3% não foi completada, 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 88,6% dos entrevistados. De acordo com a impressão dos entrevistadores, a maioria das respostas é confiável –54,8% ou todas são confiáveis – 40%. A reação dos entrevistados foi muito positiva – 23,9% e positiva – 53,8%. Em 127 dos domicílios pesquisados mais de uma pessoa participou da entrevista, ajudando nas respostas, mas o efeito produzido foi positivo em 74,8% dos casos e muito positivo em 20,5%, segundo avaliação dos entrevistados (Tabelas 6, 6^a e 6 b).

6. RESULTADOS DA PESQUISA

6.1 A Detecção de Suspeitas de Incapacidades

Conforme mencionado, as entrevistas realizadas na amostra composta de 1.083 domicílios, na cidade de Niterói, englobam uma população de 3.626 habitantes. Os resultados dessa etapa detectou suspeitas de incapacidades em 520 indivíduos, o que significa dizer que este número de pessoas respondeu de forma positiva à uma ou mais perguntas do item 7 do questionário, o que equivale à 7,8% da população pesquisada.

A distribuição de suspeitas por tipo de deficiências apresentou-se da seguinte forma: 13,78% de deficiências mentais ou psicológicas; 12,27% de deficiências visuais; 11,16% de deficiências generalizadas, sensitivas ou outras; 7,07% de deficiências auditivas; 5,97% de deficiências de linguagem; 4,95% de deficiências de músculos e ossos; e 3,52% de deficiências nas vísceras (Anexo 2, Tabela 4).

Detalhando-se os registros de suspeitas por tipo de queixa ou sintomas mais comum nos grupos de deficiências que alcançaram maior frequência de respostas positivas, a saber : mentais ou psicológicas, visuais e deficiências generalizadas, sensitivas e outras, verifica-se que no primeiro grupo os maiores percentuais de respostas positivas são para os sintomas relacionados ao *stress*, angústia, depressão – 3,5% e dificuldades de aprendizagem e de realizar atividades da vida diária – 2,5%; no caso das deficiências visuais, a maioria das respostas positivas refere-se a dificuldade de enxergar, mesmo usando óculos – 5,5%; e no grupo de deficiências generalizadas, sensitivas e outras ao uso de dispositivos ou medicamentos de uso contínuo, como marca-passo, insulina, aparelhos para respirar e outros – 7,9%.

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 num exame minucioso nos indivíduos identificados na etapa anterior, realizado por profissionais da área de saúde, com experiência em reabilitação, devidamente treinado para aplicar o protocolo de exame adotado pela metodologia da OPS. 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 Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens - CIDID; b) determinar as causas das 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 os indivíduos apontados na fase de detecção de suspeitas de incapacidade está afetado na capacidade de executar suas atividades, dentro de um padrão considerado usual para o grupo populacional a que pertence.

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

Dos 520 indivíduos com suspeitas de incapacidade 151 passaram pelo exame de validação, o equivalente a 29% da população detectada. Dos examinados 38,4% eram homens e 60,3 mulheres. A idade média dos examinados – 46,4 anos, mostrou-se mais elevada que da amostra domiciliar que foi de 37,7 anos. A maioria declarou-se solteira – 41,7% e de raça branca – 60,9%.

De acordo com os dados coletados na validação, disponíveis no anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação, quase a metade dos examinados – 48,2 % tinha o ensino fundamental incompleto; 11,9% o ensino médio completo e 9,9% declarou-se analfabeto, o que revela um padrão de escolaridade inferior ao da amostra domiciliar como um todo. É particularmente notável o percentual de analfabetos comparados ao percentual encontrado nas entrevistas domiciliares que foi de apenas 1,8% e da população em geral de Niterói que era de 3,7%, em 2000.

Quanto à situação de trabalho, somente 12,5% tinha trabalho permanente; 34,4% declarou-se aposentado/pensionista. Dos examinados, 30,4% declarou não ter renda própria; 28,4% tinha renda mensal de até 01 salário mínimo; 22,5% superior a 01 até 03 mínimos; 12,5% mais de 03 até 06 mínimos. Os demais declararam renda de mais de 6 até 15 salários-mínimos. Dos que declararam rendimento próprio, 20,5% contribuía para a renda da família. Os níveis de renda também são inferiores em relação ao total da população pesquisada.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, 75% utilizavam serviços públicos e 25% serviços privados. Mais da metade dos examinados – 58% declararam estar satisfeitos ou muito satisfeito com o atendimento recebido nos serviços de saúde; 42% declarou estar insatisfeito ou muito insatisfeito. O principal problema apontado com relação aos serviços de saúde foi a dificuldade de conseguir atendimento em tempo hábil – 45,7% dos entrevistados; seguido pelo custo dos medicamentos – 27,8%; e a dificuldade de acesso – 14,5%.

Mais da metade dos examinados – 60,9% declarou não ter recebido nenhum tipo de atendimento num serviço de reabilitação nos últimos doze meses. Os motivos são: a inexistência de serviço de reabilitação na região onde residem –13,9%; não tem recursos para pagar – 16,3%; e por outros motivos – 60,2% , inclusive porque acha que não necessita, não tem tempo ou não teve o

encaminhamento. Dos que receberam assistência em reabilitação nos últimos 12 meses, a maioria recebeu duas ou três vezes - 35,4%; 22,9% recebeu quase todos os meses; e 20,8% recebeu assistência constantemente e 18,7 recebeu apenas uma vez. Os restantes não responderam a essa questão.

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 151 indivíduos examinados 99 foram validados, ou seja tiveram confirmada a presença de deficiências e incapacidades, o que representa 65,6% de suspeitas validadas.

TABELA 5	
Niterói/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades	
Número de casos de deficiência detectados e examinados	
<i>Casos detectados</i>	520
Taxa sobre o total de pessoas na amostra (por mil habitantes)	143
<i>Casos examinados</i>	151
Percentual sobre total de casos detectados	29.0 %
<i>Casos validados.</i>	99
Percentual sobre total de casos examinados	65.6 %

Os resultados do exame de validação permitem considerar que a taxa de prevalência de incapacidades na população de Niterói é de 9,38% , consideradas as condições apresentadas a seguir:

Niterói/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades					
Validação do Questionário Domiciliar					
2006					
Casos detectados na validação					
		Incapacitados	Normais	TOTAL	
	Suspeitos	99	52	151	
	Normais	1	2	3	
	TOTAL	100	54	154	
	Sensibilidade =	0.99000	(99%)		
	Especificidade =	0.03704	(3,7%)		
Suspeitos	520				
Validados	151				
Incapazes	99				
Percentual de concordância =		65.56	%		
Aplicação do percentual de concordância na quantidade de suspeitos:			341		
Prevalência de incapacidades =			9.38 %		
Intervalo de confiança de 95% para a prevalência (proporção: p) de incapacidades na população :					
	8.90 %	< =	p	< =	9.79 %

De acordo com os dados apresentados na Síntese do Instrumento de Validação (Anexo 1), os tipos de deficiências confirmadas no exame de validação em Niterói, por ordem de prevalência, foram: as de visão – 2,56%; as viscerais – 2,48%; as músculo-esqueléticas – 2,23% e as mentais e psicológicas – 2,06%; as intelectuais – 1,10%; as de audição – 0,91% e as de linguagem – 0,80%.

Analisando-se os resultados do exame de validação pelo tipo de deficiências mais prevalentes e por idade, para ambos os sexos, apresentados na Tabela 8^a (Anexo 2) verificou-se que os maiores índices de deficiências viscerais foram encontrados em indivíduos com 60 anos ou mais – 52%; os índices desta deficiência encontrados em crianças de 5 a 9 anos e em adultos na faixa etária de 40 a 49 anos também foi relativamente alto, respectivamente, 22% e 26%. As deficiências visuais encontradas foram prevalentes nos indivíduos na faixa de 50 a 59 anos – 17% e na população com idade igual ou superior a 60 anos – 29%.

Chama atenção o percentual de deficiências mentais ou psicológicas confirmadas em pessoas nas faixa etárias de 5 a 9 anos – 44% e 10 a 19 anos – 17%. O percentual desta deficiência na população de 60 anos ou mais foi de 40%. As deficiências de linguagem apresentaram índices significativos nas faixas de idade de 5 a 9 anos e 10 a 19 anos, respectivamente, 13% e 19% , podendo haver uma relação com os índices de deficiência mentais ou psicológicas encontradas. (Tabela 8^a, Anexo 2).

Ainda de acordo com os dados da Tabela 8^a (Anexo 2) verificaram-se maior número de deficiências confirmadas, para todos os tipos de deficiências, exceto visão, na população masculina, embora esta represente 46% da amostra pesquisada e 38,4% dos examinados na etapa de validação.

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 as deficiências viscerais e músculo-esqueléticas foram as que tiveram maior grau de concordância. Nos demais tipos de deficiências o grau de concordância é baixo, sendo que as suspeitas de deficiências visuais, mentais e psicológicas foram as que tiveram menor índice de confirmação.

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

Tipo de Deficiência	% de suspeitas de deficiências (detectadas)	% de deficiências confirmadas (validadas)
Auditivas	7,07	2,56
Linguagem	5,97	0,80
Visuais	12,27	2,56
Viscerais	3,52	2,48
Músculo - Esqueléticas	4,95	2,23
Mentais e Psicológicas	13,78	2,06
Deformidades	1,26	0,52
Generalizadas, Sensitivas e Outras	11,69	1,77

Fonte: Estudo de Prevalência de Incapacidades na Cidade de Niterói, 2006.

As incapacidades de maior prevalência apontadas pelo exame de validação foram as seguintes: na locomoção – 1,57 %; no posicionamento do corpo – 1,49%; frente a situações – 1,32%; e na comunicação – 1,24%. O que parece bastante compatível com as deficiências mais prevalentes (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Exame de Validação).

As desvantagens, decorrentes das deficiências e das incapacidades, de maior prevalência foram: na auto-suficiência econômica - 4,07%, na capacidade de ocupação – 1,82% ; na capacidade de mobilidade – 1,73 % na mobilidade; na independência física – 1,71% ; e na orientação – 1,43%. (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Exame de Validação).

As desvantagens confirmadas refletem as dificuldades encontradas pela pessoa com deficiência para trabalhar e gerar sua própria renda, em parte decorrentes da baixa escolaridade e falta de preparo profissional e das dificuldades de locomoção, visto que as políticas de atenção e inclusão dessa população têm se mostrado insuficientes para garantir o acesso à educação, saúde, condições de locomoção, oportunidades de qualificação profissional e emprego.

O exame de validação revelou que as principais causas das incapacidades foram: doenças do sistema osteomuscular e do sistema conjuntivo – 1,21%; doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos – 1,18 %; doenças do aparelho circulatório – 0,88%; e doenças das glândulas endócrinas, da nutrição, do metabolismo e transtorno imunitários – 0,39%, o que é compatível com os tipos de deficiências e incapacidades prevalentes (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação).

Quanto à avaliação prognóstica os dados revelaram que dos 151 indivíduos examinados na etapa de validação 34,4% foram considerados não incapacitados. Daqueles com incapacidades confirmadas 13,9% tinham possibilidade de recuperação; 17,2% possibilidade de melhora; e 14,5% capacidade de assistência. Por outro lado, 9,27% tinham incapacidade estável; 4,6 % incapacidade progressiva, e 3,9% capacidade de adaptação. Tiveram prognóstico indeterminado 1,9% dos examinados (Anexo1, Síntese do Instrumento de Validação).

A necessidade de atenção, determinada pelo exame de validação, para o total de indivíduos examinados – 151, apontou que apenas 7,95% não requeria nenhum tipo de atenção; 45,0% precisa de algum tipo de atenção, geral ou especializada, não de reabilitação; 35,1% requer atenção em reabilitação física; 11,9% requer atenção em reabilitação mental; 7,2% requer atenção em reabilitação visual; 17,8% requer atendimento psicológico; 11,2% poderiam se beneficiar com um programa de Reabilitação Baseada na Comunidade; e 9,27% requer atenção na área do serviço social. Requer algum tipo de atenção especial na área de foniatria, na área educacional ou na área profissional, respectivamente, 6,6%, 6,6% e 3,9% da população examinada. (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação).

Os resultados da avaliação prognóstica e a necessidade de atenção para a população examinada na etapa de validação, por sexo e por idade, estão detalhados 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.

O questionário de idosos tem como objetivo levantar informações sobre a população idosa para subsidiar ações relacionadas à saúde e a organização de serviços de atenção à essa população, bem como adaptar os serviços de reabilitação às suas necessidades.

Na amostra domiciliar de Niterói, foram identificados um total de 679 pessoas com idade de 60 anos ou mais., representando 13,8% da população amostral. Em 41,1% dos casos o idoso identificado era o próprio entrevistado; em 21,8% era o marido ou a esposa do entrevistado; em 11,8% era a mãe; e em 6,8% era o pai do entrevistado.

Do total dos 679 indivíduos da amostra de idosos, 490 tinha renda própria, e 88,8% destes ajudavam nas despesas da família. A maioria – 20,5% recebia entre mais de 01 até 3 salários mínimos; 15,8% recebia até um salário mínimo; e 14,6% mais de 3 até 6 salários mínimos.

A maioria trabalhava em casa - 54,8%, cuidando dos afazeres domésticos e da família. Apenas 16,8% exerciam atividades fora de casa. As atividades de lazer mais citadas foram assistir TV –72,5%; leitura – 36,2%; passear –31,4%; rezar – 30,8% e visitar parentes e amigos – 27,2%. A atividade física não é comum entre os idosos pesquisados: somente 29,7% declarou fazer algum tipo de atividade física regularmente, principalmente, caminhadas. Apenas 6,2% participavam de atividades voltadas para idosos, tais como grupos da terceira idade.

Metade dos idosos entrevistados utilizava assistência médica particular: 38,4% tem convênios de saúde e 11,6% utilizam os serviços de médicos e clínicas particulares. Utilizam o SUS 30,6% da amostra. Os principais problemas de saúde apresentados são: pressão alta – 59,4%; doenças vasculares – 59,4%; diabetes – 17,0%; Mal de Parkson e Mal de Alzheimer , ambos com percentual de 19,3% cada.

O índices de suspeitos de deficiências, assim como as deficiências confirmadas e a prevalência de incapacidades apresentou-se maior na faixa etária de 60 anos ou mais, conforme já apresentado no item 6 deste relatório.

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

8. CONCLUSÕES

Conforme mencionado no item 7 deste relatório, os resultados da pesquisa levam à conclusão que a prevalência de incapacidades na cidade de Niterói, em 2006, foi de 9,38%. A taxa encontrada é inferior a estimativa de deficiências para países em desenvolvimento da OMS – 10% e à taxa de deficiências no Brasil, encontrada pelo Censo Demográfico do IBGE (2000) que foi de 14,5%. Na pesquisa realizada em 1992/1993 com a mesma metodologia, conforme mencionado na introdução deste relatório, a taxa de prevalência de incapacidades encontradas foi de 7,5%.

A análise dos resultados da pesquisa permitem as seguintes conclusões:

- O percentual de indivíduos apontados com suspeitas de incapacidades baseadas em queixas relacionadas à distúrbios e patologias mentais e psicológicas foi significativamente alto. No entanto, a confirmação desse tipo de incapacidade no exame de validação foi baixo, o que permite inferir que os estados relacionados ao stress e depressão na população de Niterói estão a merecer uma intervenção em termos de prevenção e promoção à saúde mental. É importante resaltar que o exame de validação indicou que 29,80% da população examinada precisa de reabilitação mental ou algum tipo de atendimento psicológico;
- Chama atenção o percentual de deficiências mentais e psicológicas confirmadas na população de 5 a 9 anos – 44% , conforme dados apresentados na tabela 8ª (Anexo 2);
- As incapacidades confirmadas de maior prevalência são decorrentes de patologias e deficiências mais comuns na população acima dos 60 anos – visão, viscerais, músculo-esqueléticas, o que aponta para a necessidade de reforçar o atendimento aos idosos, mediante ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, assistência e reabilitação;
- 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 população idosa é a mais afetada por deficiências, incapacidades e desvantagens decorrentes. Também foi importante os percentuais de idosos acometidos pelo Mal de Parkinson e pelo Mal de Alzheimer, conforme dados da amostra de idosos;
- A população masculina, embora percentualmente menor na composição da amostra, apresenta maiores índices de deficiências confirmadas do que a população feminina;
- A avaliação prognóstica é positiva, de modo geral. Apenas 4,64% da população pesquisada tem incapacidade progressiva. Grande parte da população estudada – 45,70% tem prognósticos favoráveis, com possibilidade de melhora, de recuperação e de assistência;
- A maioria dos indivíduos que fizeram o exame de validação necessitam de algum tipo de atenção especializada, não de reabilitação, o que indica que muitas das incapacidades, em diferentes graus, são decorrentes de patologias não necessariamente incapacitantes, desde que tratadas;
- Mais da metade da população está satisfeita ou muito satisfeita com o atendimento de saúde recebido. Resalte-se que, se por um lado, 72,1% da população examinada utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde, por outro, metade da população acima dos 60 anos utiliza serviços médicos particulares, segundo dados da amostra de idosos.

Por último, é importante registrar que os resultados das pesquisa apontam a necessidade de fortalecer a atenção integral à saúde da população no sentido de evitar que as doenças e agravos à saúde não venham redundar na instalação de incapacidades, especialmente nas populações idosa e infantil.