

ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO

**ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIA DE
INCAPACIDADES NA CIDADE DE PETRÓPOLIS -
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 A 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, inclusive Petrópolis. Os resultados da pesquisa nessa cidade são apresentados neste relatório, da seguinte forma: além desta introdução,

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

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

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

- Levantar dados sobre as deficiências na cidade de Petrópolis, 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 Petrópolis.

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 PETROPÓLIS³

A cidade de Petrópolis situa-se na microrregião serrana do estado do Rio de Janeiro, a 44,3 km da Capital. Tem área de 776.606 km² e população estimada em 312.183 hab., para 2007, segundo IBGE. A população em 2000 era de 286.537 hab, segundo o Censo Demográfico do IBGE. A densidade demográfica é de 440,5 hab/km² e a taxa de urbanização de 94,46. O município se divide em cinco distritos: Petrópolis, Cascatinha, Itaipava, Pedro do Rio e Posse.

A história da cidade começou a configurar-se em 1822, quando Dom Pedro I, viajando para Minas Gerais, pelo Caminho do Ouro, ficou encantado com a região e comprou uma fazenda que nomeou de Imperial Fazenda da Concórdia, onde pretendia construir um palácio. Os planos do primeiro imperador foram retomados mais tarde pelo seu filho D. Pedro II, que, em 1843, assinou um decreto em que determinava o assentamento de uma povoação e a construção do sonhado palácio. A cidade foi instalada 14 anos mais tarde, em 1857.

Desde então, Petrópolis ficou conhecida como a Cidade Imperial, pois durante o verão transformava-se informalmente na sede do império, com as presenças do Imperador e sua corte, em busca de clima mais ameno. Durante todo o império e até as primeiras décadas do século XX, Petrópolis teve grande importância política e cultural no Brasil, chegando a ser a capital do estado no período de 1894 e 1903. Mais tarde, com a mudança da capital para o Rio de Janeiro, Petrópolis perde sua importância no contexto político do país.

Petrópolis é um exemplo do esforço de imigração européia para o Brasil no Segundo Reinado, concebida pelo Major Júlio Koeler. Primeira cidade projetada no Brasil, é composta de um núcleo urbano, rodeado por "Quarteirões Imperiais" que receberam famílias de agricultores, principalmente alemãs, mas também açorianas e, posteriormente, italianas para as indústrias de tecidos lá instaladas.

O clima ameno, a exuberância da natureza, o seu passado histórico até hoje servem como atrativos turísticos. O turismo, ao lado das atividades da área de serviços e comércio, além da produção agropecuária, principalmente a fruticultura, e a indústria têxtil, comanda a economia da cidade.

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.

O PIB *per capita* de Petrópolis, em 2002, segundo o IBGE era de R\$ 6.945,24. A renda *per capita* média, no mesmo período, era de R\$ 399,9. A proporção de pobres na população era de 13,9. O percentual de renda apropriada pelos diferentes extratos da população, no mesmo período, indicava que 20% dos mais pobres se apropriavam de 2,9% da renda gerada no município, 60% dos mais pobres de 19,9%, 80% dos mais pobres de 37,4% e 20% dos mais ricos se apropriavam de 66,2% da riqueza produzida no município.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2000, era 0,804. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano – IDH maior que 0,8. Em relação aos outros municípios do Brasil, Petrópolis apresenta uma situação boa: ocupa a 478^a. posição. Entre os municípios do estado do Rio de Janeiro ocupa uma condição privilegiada - 7^a posição. Dentre as dimensões consideradas para a definição do IDH, a educação foi a que mais contribuiu para o índice alcançado por Petrópolis em 2000, seguida pela renda e longevidade. A taxa de analfabetismo em 2000 era de 7,0 %. O tempo médio de estudo da população era de 6,5 anos. Mais de 96 % da população de 7 a 14 anos estava na escola, em 2000.

O acesso aos serviços básicos está praticamente universalizado. Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano, apresentam-se os seguintes percentuais: água encanada – em 97,0 % das residências; energia elétrica – em 99,6% e a coleta de lixo atinge 96,5%. O acesso a bens de consumo duráveis também é alto: 96,2 dos domicílios têm geladeira, 97,6%, aparelho de TV e 47,8%, telefone.

A taxa de mortalidade infantil em 2000 era de 18,2 por mil nascidos vivos. A expectativa de vida era de 70,1 anos, no mesmo período. A rede de saúde da cidade de Petrópolis conta com 140 estabelecimentos de saúde, sendo 50 públicos e 90 privados, nos diferentes níveis de complexidade. Dos privados, 27 são conveniados ao Sistema Único de Saúde. Somando-se os leitos dos hospitais públicos – 205, com os da rede conveniada – 1018, a cidade de Petrópolis dispõe de 1.223 leitos no Sistema Único de Saúde.

5. REALIZAÇÃO DA PESQUISA

5.1 A amostra⁴

A amostra domiciliar em Petrópolis foi composta por 1004 domicílios distribuídos por todos os bairros. O número médio de habitantes nos domicílios foi de 3,4. A amostra populacional pesquisada,

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

ou seja, o número de habitantes nos domicílios da amostra, totalizou 3.478 pessoas, sendo 1806 do sexo feminino e 1672 do sexo masculino. A distribuição da população pesquisada por sexo e faixas de idade apresenta-se na Tabela 1:

TABELA 1
Petrópolis/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	110	3,2	4,2%	75	2,2	4,0%	185	5,3	8,1%
5 a 9	115	3,3	4,2%	83	2,4	4,0%	198	5,7	8,3%
10 a 19	278	8,0	8,6%	316	9,1	8,4%	594	17,1	17,0%
20 a 29	260	7,5	8,3%	245	7,0	8,3%	505	14,5	16,6%
30 a 39	202	5,8	7,6%	254	7,3	8,3%	456	13,1	16,0%
40 a 49	224	6,4	6,3%	255	7,3	7,0%	479	13,8	13,4%
50 a 59	228	6,6	4,3%	256	7,4	5,1%	484	13,9	9,4%
60 a 65	94	2,7	1,8%	109	3,1	2,2%	203	5,8	4,0%
(c)									
Mais de 65	161	4,6	2,9%	213	6,1	4,4%	374	10,8	7,3%
TOTAL	1672	48,1	48,2 %	1.806	51,9	51,8%	3478	100,0	100,0%
INFORMAÇÃO AGREGADA PARA 60 ANOS OU MAIS:									
60 ou mais	255	7,3	4,7%	322	9,3	6,6%	577	16,6	11,3%

(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, superior a 13 % em todas as faixas desse intervalo, compreendendo o total de 72,4 % da amostra populacional estudada. Registrou-se um percentual de 11 % de habitantes com idade entre 0 a 9 anos. A população com 60 anos ou mais representa um percentual de 16,6%, equivalente a 577 pessoas, em números absolutos. A idade média da população pesquisada foi de 36,6 anos.

Para efeito de distribuição dos domicílios pesquisados por situação do bairro, a metodologia utiliza um tipo de classificação que leva em conta o número de habitantes e a localização espacial do bairro. Segundo essa classificação, na cidade de Petrópolis, 99,1% dos domicílios da amostra estavam situados em bairros considerados urbanos (ver Tabela 2). Essa distribuição é coerente com a taxa de urbanização do município, que é de 94,4 %, conforme apontado no item 4 deste Relatório.

TABELA 2
Petrópolis/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	1004	100 %
CARACTERÍSTICAS		
<i>Situação do bairro</i>		
Urbano	995	99,1%
Centro populacional		
pequeno	01	0,1%
Centro populacional		
médio	0	0,0
Rural disperso	6	0,6%

Os dados coletados na etapa de entrevista domiciliar permitem constatar que a maioria dos domicílios pesquisados era próprio – 76,1%. A média de cômodos para dormir era de 2 por domicílio. A maioria tinha bens de consumo duráveis e eletrodoméstico, tais como: geladeira – 97,7%; aparelho de TV – 97,9%; telefone fixo e/ou celular – 86,8% ; e vídeo – cassete/DVD – 71,8%. O percentual de famílias que declarou ter veículo motorizado foi de 51,7 %.

A maioria dos domicílios tinha acesso à luz elétrica – 99,7%. O abastecimento de água através do sistema público era acessível a pouco mais da metade – 54,8%. Os domicílios restantes utilizavam poços artesianos – 15%, cisternas – 13,5, ou outra forma de abastecimento – 17,7%. Chamou a atenção o percentual de domicílios com acesso a água tratada, significativamente inferior aos índices registrados pelo Atlas de Desenvolvimento Humano para a cidade de Petrópolis – 97%, conforme apontado no item 4 deste Relatório, e incompatível com a taxa de urbanização da cidade. A maioria dos domicílios estava ligada à rede de esgotamento sanitário – 85,9%.

Com relação ao rendimento mensal familiar, predominam os domicílios com mais de 1 até 6 salários mínimos mensais – 63,5%. Destes, 40,8% declararam renda mensal entre mais de 1 até 3 salários mínimos e 22,7% entre mais de 3 até 6 salários mínimos, conforme Tabela 2 a.

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

RENDA	Número de domicílios	%
Nenhuma renda	3	0,3%
Até 1 s.m. (até R\$ 300,00)	79	7,9%
Mais de 1 até 3 s.m. (de R\$ 300,01 até 900,00)	410	40,8%
Mais de 3 até 6 s.m. (de R\$ 900,01 até R\$ 1.800,00)	228	22,7%
Mais de 6 até 9 s.m. (de R\$ 1.800,01 até 2.700,00)	78	7,8%
Mais de 9 até 15 s.m. (de R\$ 2.700,01 até R\$ 4.500,00)	48	4,8%
Mais de 15 s.m. (mais de R\$ 4.500,00)	18	1,8%
<i>(s.m.=salário mínimo)</i>		
<i>Observação quanto à renda</i>		
Baixa-baixa	11	1,1%
Baixa	144	14,3%
Média-baixa	361	36,0%
Média	374	37,3%
Média-alta	62	6,2%
Alta	8	0,8%

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 esses critérios, mais da metade da população é de renda média e média-baixa – 73,3%.

A classificação dos domicílios segundo a renda e situação socioeconômica apresenta-se compatível com o rendimento médio da população geral de Petrópolis (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 3.478 indivíduos que habitavam os 1.004 domicílios pesquisados, 1.983 contribuíam para a renda familiar. O tipo de trabalho exercido pelos membros do grupo familiar distribui-se de forma bastante difusa na classificação adotada pelo questionário de entrevista domiciliar, com concentrações inferior a 5% em todos os tipos de atividade, com exceção para os comerciários – 5,5% e autônomo – 16,2%, conforme Tabela 3, a seguir:

TABELA 3

Petrópolis/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	98	4,5
Profissional técnico, nível médio	23	1,2
Militar ou policial civil	11	0,6
Comerciante	87	4,4
Profissional autônomo	321	16,2
Empregado em oficina	27	1,4
Diretor/gerente	18	0,9
Supervisor/inspetor	10	0,5
Agricultor	2	0,1
Motorista	22	1,1
Industrial	20	1,0
Comerciário	110	5,5
Operário especializado de indústria	40	2,0
Operário não especializado da indústria	24	1,2
Trabalhador da área de educação	44	2,2
Trabalhador da área de saúde	55	2,8
Camelô / ambulante	3	0,2
Biscateiro	44	2,2
Aposentado	457	23,0
Pescador	1	0,1
Outros <i>(Ver o Anexo A)</i>	575	29,0
Total dos indivíduos que concorrem para a renda domiciliar	1983	100

Na Tabela 3 chama a atenção o percentual de aposentados que declarou contribuir para a renda familiar – 23%, assim como o percentual de indivíduos classificados em “outras atividades” – 29%. 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 registradas como pensionista, caseiro, costureira, pedreiro, serviços gerais, empregada doméstica. Essas categorias não estão previstas na questão 5.1 do questionário de entrevista domiciliar, o que permite inferir que a categorização para atividade profissional adotada pelo questionário de entrevista domiciliar precisaria ser mais ampla e adequada à realidade da cidade pesquisada.

Com relação ao nível de escolaridade, os dados destacam que apenas 8,2% da população pesquisada tem o ensino fundamental completo; 16,9%, o ensino médio completo; e 7,4%, o ensino superior. Portanto, é alto o percentual daqueles que não concluíram ou estão cursando qualquer um dos graus

de ensino mencionados. Registrou-se um percentual baixo de analfabetos – 1,9%, inferior à taxa de analfabetismo no município em 2000, que era de 7,6 %, conforme apontado neste Relatório.

5.2 O desenvolvimento da pesquisa

A pesquisa contou com a parceria da Secretaria de Saúde do Município de Petrópolis. O treinamento das equipes de coleta de dados (entrevistadores e validadores) e supervisores foi realizado nos dias 30 e 31 de agosto de 2006. No início de setembro, procedeu-se à etapa de coleta de dados, que foi concluída em novembro.

As equipes de entrevistadores, validadores e supervisores foi composta, respectivamente, de acadêmicos da área de reabilitação, os supervisores e os validadores, profissionais de saúde indicados pela Secretaria de Saúde do Município.

Com base em avaliação dos próprios entrevistadores, realizada ao final de cada entrevista domiciliar e registrada em formulário próprio, a coleta de dados ocorreu sem maiores dificuldades. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 24 minutos. Do total de entrevistas realizadas, apenas 7,9 % não foram completadas, registrando-se, portanto, um percentual de recusa parcial ou total dentro do padrão de normalidade para pesquisas dessa natureza. Segundo os entrevistadores, as questões foram bem ou muito bem compreendidas por 88,8 % dos entrevistados; a maioria das respostas foi confiável – 43,5%, ou todas foram confiáveis – 48,9%; a reação dos entrevistados foi muito positiva – 23,1% e positiva – 61,4 %. Em 116 dos domicílios, mais de uma pessoa participou da entrevista, o que não afetou o resultado de maneira significativa.

6. OS RESULTADOS DA PESQUISA

6.1 A detecção de suspeitas de incapacidades

Conforme mencionado, as entrevistas realizadas na amostra composta de 1.004 domicílios englobam uma população de 3.478 habitantes. O resultado dessa etapa detectou suspeitas de incapacidades em 378 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 10,8% da população pesquisada.

A distribuição de suspeitas por tipo de deficiências apresentou-se da seguinte forma: 10,23 % de deficiências visuais; 9,91% de deficiências mentais; 6,06% de deficiências generalizadas, sensitivas e outras; 4,97 % de deficiências auditivas; 4,57 % de deficiências de linguagem; 3,22% de deficiências viscerais; e 2,84% de deficiências nos músculos e ossos; e 0,83% 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 3,5% das respostas positivas para esse grupo, e dor, secreções, avermelhamento e anormalidades nas pálpebras com 1,9%. No grupo das deficiências mentais e psicológicas, os maiores percentuais de respostas positivas foram para as queixas relacionadas ao *stress*, angústia, depressão e ansiedade – 2,3%, e perda total ou parcial de memória e esquecimento com 1,3% das respostas positivas. No grupo das deficiências generalizadas, sensitivas e outras, as queixas prevalentes foram a dependência de dispositivos especiais e medicamentos, com 3,6% das respostas, e dores constantes que impedem de fazer atividades habituais – 2,2%. O maior percentual de queixas no grupo de deficiências auditivas refere-se à dificuldade de ouvir – 2,6%. No grupo de deficiências de músculos e ossos registrou-se maior percentual de queixas no item dificuldades de movimentar diferentes membros ou partes do corpo – 2,3%. Nas deficiências de linguagem, as queixas mais apontadas foram casos de pessoas alfabetizadas que têm dificuldades para ler e escrever – 1,4%. Com relação às deficiências das vísceras, a queixa mais apontada foi dificuldade ou impedimento de realizar tarefas ou atividades da vida diária ou de levar uma vida normal como pessoas da mesma idade – 2,5%.

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 378 indivíduos com suspeitas de incapacidade, 47 passaram pelo exame de validação, o equivalente a 1,3% da população amostral e a 12,4% da população indicada com suspeita de incapacidades, na etapa de entrevista domiciliar.

Dos examinados, 51,1% eram mulheres e 48,9%, homens. A maioria declarou-se de raça branca – 70% e 40% era casada. A idade média dos examinados, 41 anos, apresentou-se mais alta que a média da amostra que foi de 36,6 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 - 10,6%, cerca de dez vezes maior que da população da amostra domiciliar, e o percentual dos que declararam ter concluído o ensino médio – 8,5%, aproximadamente metade do percentual encontrado na amostra domiciliar. Esses dados podem indicar que a população com deficiências e/ou incapacidades encontram, de fato, maiores restrições quanto a oportunidades educacionais.

Quanto à situação de trabalho, 19,1% tinham trabalho permanente, 14,9% trabalhavam ocasionalmente, 6,4% estavam desempregados; 14,9% eram aposentados/pensionistas; e 6,4 estavam desempregados. A situação de trabalho não era aplicável para 38,3% da população examinada. Não se encontrou registro de informação sobre este item em 6,4% dos formulários. Dos examinados, 29,8% declararam não ter renda própria. O nível de renda predominante é de mais de 1 até 3 salários mínimos – 34% . Declararam receber até um salário mínimo mensal – 25% da população examinada. Apenas 6,4% recebiam de 3 a 6 salários mínimos mensais e 2,1% mais de 9 até 15 salários mínimos mensais. Dos que têm renda própria, 50% 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, 63,8% da população examinada declarou utilizar os serviços públicos e 36,2% os serviços privados, pagos por si próprios ou por familiares. O grau de insatisfação com o atendimento nos serviços de saúde é alto: 44,6 % dos examinados se declararam insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Declararam-se satisfeitos ou muito satisfeitos 34,4% dos examinados. Os demais não souberam responder. Os principais problemas apontados com relação aos serviços de saúde foram: a dificuldade de conseguir atendimento em tempo hábil – 31,9% dos entrevistados; o custo dos medicamentos – 25,5 %; a dificuldade de acesso – 14,9%.

Quase a metade da população examinada – 48,9% declarou não ter recebido nenhum tipo de atendimento em um serviço de reabilitação nos últimos doze meses. Os motivos apresentados foram: o serviço fica muito distante –17,3%; não há transporte para chegar ao serviço – 17,3%; a inexistência de serviço de reabilitação na região onde residem – 13%; não têm recursos para pagar – 13%. Dos 29,8,% que receberam assistência em reabilitação nos últimos 12 meses, metade recebeu constantemente.

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 47 indivíduos examinados, 30 tiveram confirmada a presença de deficiências e incapacidades, o que significa 63,8 % de suspeitas validadas. A síntese do número de casos de suspeitas de incapacidades detectados na entrevista domiciliar e o número de indivíduos examinados na validação apresenta-se na Tabela 5.

TABELA 5	
Petrópolis/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades	
Número de casos de deficiência detectados e examinados	
<i>Casos detectados</i>	378
Taxa sobre o total de pessoas na amostra (por mil habitantes)	109
<i>Casos examinados .</i>	47
Percentual sobre total de casos detectados	12,4%
<i>Casos validados.</i>	30
Percentual sobre total de casos examinados	63,8%

Os resultados do exame de validação indicaram que a taxa de prevalência de incapacidades na população de Petrópolis foi de 6,94% consideradas as condições apresentadas a seguir:

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

<i>Casos detectados na validação</i>					
		Incapacitados		Normais	TOTAL
Suspeitos		30		17	47
Normais		0(*)		0(*)	0
TOTAL		30		17	47
	Sensibilidade =	(*)	(*)		
	Especificidade =	(*)	(*)		
Suspeitos	378				
Validados	47				
Incapazes	30				
Percentual de concordância =		63,83			
Aplicação do percentual de concordância na quantidade de suspeitos:				241	
Prevalência de incapacidades =		6,94 %			
Intervalo de confiança de 95% para a prevalência (proporção: p) de incapacidades na população :					
		6,51 %	< =	p	< = 7,29 %

* 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

O exame de validação confirmou, em números absolutos, a presença de 316 deficiências nos 47 indivíduos examinados, sendo 178 em indivíduos do sexo masculino e 138 nos de sexo feminino.

Dentre os tipos de deficiências confirmadas no exame de validação, por ordem de prevalência, destacaram-se: as viscerais – 0,95 %; as de visão – 0,89%; as mentais e psicológicas – 0,78%; as músculo-esqueléticas – 0,75%; as de audição – 0,46; as sensitivas, generalizadas e outras – 1,0%; e as de linguagem e intelectuais, com 0,43% cada.

Analisando-se os resultados do exame de validação pelo tipo de deficiências mais prevalentes e por idade, para ambos os sexos, detalhados na Tabela 8a (Anexo 2), verificou-se que os maiores índices de deficiências de visão foram encontrados no indivíduos com idade de 50 anos ou mais – 80%, indicando a associação dessa deficiência com o aumento da faixa etária da população pesquisada.

As deficiências mentais e psicológicas apresentaram maior concentração na faixa etária de 0 a 4 anos – 43% ; 5 a 9 anos – 30%; 10 a 19 anos – 30% ; 50 a 59 anos – 29%; e 60 a 65 anos – 34%.

Foram confirmados os maiores índices de deficiências auditivas nas faixas etárias de 0 a 4 anos e mais de 65 anos, em ambos os casos com o mesmo percentual – 11%.

Na faixa etária de 60 a 65 anos, encontrou-se o maior percentual de deficiências viscerais – 44%. O índice de confirmação dessa deficiência na população de 0 a 4 anos também foi relativamente alto – 32%, assim como as deficiências músculo-esqueléticas, que alcançou o maior índice nessa faixa etária – 27%, seguida da população de 50 a 59 anos – 25% e da de 60 a 65 anos – 20%.

Na população com 60 anos ou mais, as deficiências mais encontradas foram: viscerais – 28%; de visão – 26%; psicológicas – 21%; músculo-esqueléticas – 16%.

Foram significativos os percentuais de deficiências encontrados na população de crianças e jovens, principalmente as deficiências visuais, viscerais, músculo-esqueléticas e mentais e psicológicas.

Ainda de acordo com os dados da Tabela 8a (Anexo 2), verificaram-se maiores percentuais de deficiências confirmados na população masculina, para todos os tipos de deficiências, com exceção das deficiências de visão que apresentou percentuais ligeiramente superiores na população do sexo feminino.

Comparando-se os índices de suspeitas de deficiências com os índices de deficiências confirmadas no exame de validação, apresentados no quadro a seguir, verifica-se que o grau de coincidência é relativamente baixo em todos os grupos de deficiências, principalmente nas visuais, nas mentais e psicológicas, nas de audição e nas de linguagem. Essa ocorrência pode ser explicada, em parte, pelo baixo percentual de pessoas que foram examinadas na etapa de validação em relação ao número de indivíduos com suspeitas de incapacidades detectadas na entrevista domiciliar.

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

Tipo de Deficiência	% de suspeitas de deficiências (detectadas)	% de deficiências confirmadas (validadas)
Auditivas	4,97	0,46
Linguagem	4,57	0,43
Visuais	10,23	0,89
Viscerais	3,22	0,95
Músculo-Esqueléticas	2,84	0,75

Mentais e Psicológicas	9,91	0,78
Deformidades	0,83	0,35
Generalizadas, Sensitivas e Outras	6,06	1,4

Fonte: Estudo de Prevalência de Incapacidades na cidade de Petrópolis, 2006

As incapacidades de maior prevalência apontadas pelo exame de validação foram as seguintes: de posicionamento no corpo – 0,86%; de comunicação – 0,81 %; na locomoção – 0,81 %; frente a situações – 0,75 %; no comportamento – 0,66%; de destreza – 0,63; no cuidado pessoal – 0,52% (Anexo 1, Síntese do Instrumento do Exame de Validação).

As desvantagens, decorrentes das deficiências e das incapacidades, estão relacionadas à auto-suficiência econômica – 1,35%; à mobilidade – 0,66 %; à orientação – 0,60%; à capacidade de ocupação – 0,58%; à independência física – 0,55% e à integração social – 0,45%. Foram classificadas como afetados 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 - 0,75 % dos validados (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação).

As desvantagens confirmadas refletem as dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiência para ter uma vida autônoma, com um grau de independência física, que lhes permita para trabalhar, gerar sua própria renda, locomover-se e integrar-se socialmente. 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 – 0,32%; sistema osteomuscular e do sistema conjuntivo – 0,29 %; doenças do aparelho circulatório – 0,20 % e transtornos mentais – 0,12%.

Dos 47 indivíduos que se submeteram ao exame de validação, 31,9% foram considerados não incapacitados. Dos considerados com alguma incapacidade – 68,1%, 14,9% apresentaram possibilidade de recuperação; 17% possibilidade de melhora e 19,1% possibilidade de assistência. Portanto, os prognósticos são positivos para mais da metade dos que tiveram incapacidades confirmadas. Por outro lado, 6,4% apresentou incapacidade estável; 4,3% incapacidade progressiva e 2,1% tiveram prognóstico indeterminado (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação.)

A necessidade de atenção, determinada pelo exame de validação, para os 47 indivíduos examinados aponta que 12,8% não requerem nenhum tipo de atenção. Quase a metade requer atenção em reabilitação física – 44,7%; 27,7%, atendimento psicológico; 17,0%, algum tipo de atenção, geral ou especializada, não de reabilitação; 17 %, atenção em reabilitação visual; 17 %, atenção na área do serviço social; 10,6%, atenção na área educacional e 19% se beneficiaria de intervenções do tipo 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 agrega ao questionário de entrevista domiciliar, proposto pela OPS, um questionário específico para a população idosa, pessoas com 60 anos ou mais.

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

Na amostra populacional de Petrópolis foi identificado um total de 577 pessoas com idade de 60 anos ou mais, representando 16,6 % da população pesquisada. Na maioria dos domicílios, o idoso identificado era o próprio entrevistado, marido ou esposa do entrevistado – 86,8% dos casos.

A maioria dos idosos tinha renda própria – 98,6% e ajudavam nas despesas da família – 97,5%. A renda predominante foi de até 1 salário mínimo – 20,5% e mais de 1 até 3 s.m. – 35,9%. A maioria trabalhava em casa – 68,5 %, cuidando dos afazeres domésticos e da família. Apenas 22% exerciam atividades fora de casa. As atividades de lazer mais citadas foram assistir à TV – 79,9 %; rezar – 63,4% ler – 49,6%; passear – 46,3% e visitar parentes e amigos – 43,2 %. Declararam fazer atividades físicas 36,5 %. Caminhar é a atividade mais freqüente – 26%. Apenas 8,5% participavam de atividades voltadas para idosos, tais como grupos da terceira idade.

Mais da metade dos idosos utilizavam os serviços de saúde do SUS – 54,4 %; convênios de saúde 31,7%. A totalidade dos idosos entrevistados declarou problemas de saúde. As principais doenças são: pressão alta – 48,7 %; doenças vasculares – 7,5 %; doenças cardíacas – 15,8% diabetes – 11,4%. Revelaram-se baixos os percentuais de idosos afetados pelo Mal de *Alzheimer* – 1,9% e Mal de *Parkinson* – 0,7%. As deficiências declaradas foram: visual – 14%; auditiva – 9,5%; física – 4,5% e mental – 1,7%.

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 Petrópolis em 2006, é de 6,94 %. 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 em Petrópolis permitem as seguintes conclusões:

- as incapacidades parecem estar relacionadas à presença de doenças crônicas, que geram limitações para o indivíduo ter 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 - 0,32%; sistema osteomuscular e do sistema conjuntivo – 0,29%; doenças do aparelho circulatório – 0,20% e doenças mentais – 0,12%;
- o percentual de deficiências confirmadas em indivíduos na faixa etária de 0 a 4 anos foi significativamente alto, em comparação com as demais faixas etárias. No caso de algumas deficiências, essas taxas são iguais ou maiores que as encontradas na população com 60 anos ou mais, como é o caso das deficiências mentais e psicológicas, as auditivas e as músculo-esqueléticas.
- a entrevista com idosos, aplicada em 577 pessoas com 60 anos ou mais apontou que a totalidade deles declarou problemas de saúde, tais como: pressão alta, doenças cardíacas, doenças vasculares e diabetes;
- as incapacidades confirmadas impactam principalmente na locomoção, no posicionamento do corpo e frente a situações, na comunicação e destreza, o que concorre para desvantagens relacionadas com a independência, mobilidade e auto-suficiência, inclusive econômica;
- a avaliação prognóstica é positiva, de modo geral. Mais da metade dos que tiveram incapacidades confirmadas tem possibilidade de recuperação, melhora ou assistência;
- o grau de insatisfação com os serviços de saúde apresentou-se alto. Registraram-se queixas relacionadas à dificuldade de conseguir atendimento em tempo hábil, ao custo de medicamentos e ao acesso aos serviços de saúde;

- a necessidade de atenção, determinada pelo exame de validação, sugere a necessidade de reforço do atendimento multiprofissional, inclusive com ações na área de assistência social, educação e de reabilitação com base na comunidade.