

ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO

**ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIA DE
INCAPACIDADES NA CIDADE VOLTA REDONDA -
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 VOLTA REDONDA	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	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
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	International Classification of Impairment, Disability and Handicap
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAL	Indústria Nacional de Aços Laminados
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 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 Volta Redonda. Os resultados da pesquisa nessa cidade 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 de Volta Redonda

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

estão no item 4. O item 5 traz informações sobre a realização da pesquisa, detalhando a composição e as características da amostra. No 6, estão os resultados, incluindo a detecção de suspeitas de incapacidades, o exame de validação, os prognósticos e a situação da população estudada quanto à necessidade de atenção, além da taxa de prevalência de incapacidades encontrada. No item 7, apresentam-se as informações sobre a amostra de idosos e, no 8, as conclusões.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

- Levantar dados sobre deficiências na cidade de Volta Redonda, 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 socioeconômicos 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.”

- 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 incapacidades, deficiências 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.

3. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA CIDADE DE VOLTA REDONDA³

Volta Redonda situa-se no estado do Rio de Janeiro, na mesoregião Sul Fluminense, na microrregião do vale do Paraíba fluminense, numa área fronteiriça com os estados de Minas Gerais e São Paulo. A distância que separa Volta Redonda da capital é de 101,1 km. A cidade faz divisa com os municípios de Barra Mansa, Barra do Piraí, Pinheiral, Piraí e Rio Claro. Tem área de 182,8 km², sendo a área urbana com 82 km² e a área rural com 100 km². O Plano Diretor da cidade divide-a em sete setores: leste, sul, centro-sul, oeste, sudeste, norte e centro-norte.

A população estimada em 2006 era de 258.145 hab. Em 2000, o Censo Demográfico do IBGE apontou uma população de 242.063 habitantes. A densidade demográfica era de 1.328,4 hab/km², e a taxa de urbanização, de 99,9%, em 2000, segundo dados do IBGE. É a terceira cidade mais populosa do estado do Rio de Janeiro e tem alta densidade demográfica na zona urbana.

O povoamento da região onde se situa a cidade tem início com as grandes fazendas de café, no século XIX. Originalmente, o povoado de Volta Redonda integra o município de Barra Mansa, criado em 1832, até que, em 1926, se estabelece como distrito. Dessa época até a década de 40, com a criação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), Volta Redonda experimenta um crescimento lento, com o surgimento de pequenas indústrias e cooperativas.

Por volta de 1941, quando a CSN começa a ser construída, Volta Redonda ganha um desenvolvimento incomum com a chegada de milhares de pessoas em busca de trabalho. Em 1946, a CSN entra em operação e a população continua crescendo vertiginosamente. Em 17 de julho de 1954, Volta Redonda é emancipada, passando à condição de cidade.

A CSN, uma empresa estatal, considerada de interesse estratégico para o país, que só viria a ser privatizada em 1993, traz investimentos, dinamiza a economia, cria empregos e condições para a melhoria da infra-estrutura da cidade. Com a privatização da CSN, a cidade passa por um processo de adaptação às novas condições, reorientando a economia municipal para o comércio e a prestação de serviços.

A presença da maior siderúrgica da América Latina, a CSN, e de outras indústrias de grande porte, como a Cimento Votoran (do Grupo Votorantim), a Tupi (da CP - Cimento e Participações), a Usina de Oxigênio e Nitrogênio da White Martins, a Indústria Nacional de Aços Laminados (INAL), entre outras, marca a economia de Volta Redonda como predominantemente industrial.

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

No entanto, apesar de ainda estar baseada na indústria, a economia da cidade, atualmente, é bastante diversificada e dinâmica, estando grande parte voltada para as áreas de prestação de serviços e comércio. A cidade possui uma infra-estrutura de comércio e serviços que atrai as populações de cidades vizinhas e, até mesmo, do Vale do Paraíba Paulista e do Sul de Minas Gerais. O PIB de Volta Redonda, em 2003, segundo dados do IBGE, era de R\$ 5.769.946.823.

A renda média *per capita*, em 2000, era de R\$ 348,2. A proporção de pobres na população era de 15,9%. O percentual de renda apropriada pelos diferentes extratos da população, no mesmo período, indicava que 20% dos mais pobres se apropriavam de 3,0% da renda gerada no município, 60% dos mais pobres de 22,4%, 80% dos mais pobres de 42,6% e 20% dos mais ricos se apropriavam de 57,4% da riqueza produzida no município. O Índice de GINI aponta que a desigualdade cresceu um pouco no período de 1991 a 2000, passando de 0,52% para 0,53.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2000, era 0,815. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano – IDH maior que 0,8. Em relação aos outros municípios do Brasil, Volta Redonda apresenta uma situação boa: ocupa a 288ª posição. Entre os municípios do estado do Rio de Janeiro, ocupa a 3ª posição. Dentre as dimensões consideradas para a definição do IDH, a educação foi a que mais contribuiu para o índice alcançado.

O acesso aos serviços básicos estão praticamente universalizados. Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano, em 2000, 98,7% dos domicílios tinham acesso a água encanada; 99,7%, à energia elétrica e 99,1%, à coleta de lixo. O acesso à rede de esgoto era acessível para 89,2% dos domicílios. O acesso a bens de consumo duráveis também é alto: 97,3% dos domicílios têm geladeira, 97,3%, aparelho de TV e 49,8%, telefone.

Em 2000, a cidade apontava os seguintes indicadores sociais: a taxa de analfabetismo na população adulta (25 anos ou mais) era de 5,9%; O tempo médio de estudo da população era de 7,4 anos; a quase totalidade da população de 7 a 14 anos de idade freqüentava a escola - 97,9%; a taxa de mortalidade infantil era de 16,7 por mil nascidos vivos. A expectativa de vida ao nascer era de 70,8 anos.

A rede de saúde da cidade conta com 212 estabelecimentos de saúde, sendo 81 públicos, todos vinculados ao governo municipal. Dos 131 da rede privada, 22 são conveniados ao Sistema Único de Saúde. Somando-se os leitos dos hospitais públicos – 271, com os da rede conveniada – 211, a cidade dispõe de 482 leitos no Sistema Único de Saúde.

5. REALIZAÇÃO DA PESQUISA

5.1 A Amostra⁴

A pesquisa abrangeu uma amostra domiciliar composta por 1002 domicílios distribuídos por todos os bairros da cidade de Volta Redonda. A populacional pesquisada, ou seja, o número de habitantes nos domicílios da amostra, totalizou 3.345 pessoas, sendo 1.773 do sexo feminino e 1.572 do sexo masculino. O equivalente em termos percentuais a, respectivamente 51,8% e 48,2%. A distribuição da população pesquisada por sexo e faixas de idade apresenta-se conforme Tabela 1:

TABELA 1
Volta Redonda/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	96	2,9	4,1	81	2,4	3,9	177	5,3	7,9
5 a 9	109	3,3	4,1	119	3,6	4,0	228	6,8	8,1
10 a 19	241	7,2	9,4	245	7,5	9,2	486	14,5	18,6
20 a 29	291	8,7	7,9	309	9,4	8,5	600	17,9	16,4
30 a 39	188	5,6	7,6	203	6,2	8,7	391	11,7	16,3
40 a 49	229	6,8	7,2	289	8,5	7,9	518	15,5	15,1
50 a 59	202	6,0	4,0	248	7,4	4,5	450	13,4	8,5
60 a 65	64	1,9	1,5	81	2,4	1,9	145	4,3	3,3
(c)									
Mais de									
65	145	4,3	2,5	192	5,6	3,3	337	10,1	5,8
Sem Informação	7	0,2	-	6	0,2	-	13	0,4	
TOTAL	1572	47,0	48,2	1773	53,0	51,8	3345	100,0	100,0
INFORMAÇÃO AGREGADA PARA 60 ANOS OU MAIS:									
60 ou mais	193	6,2	4,0	252	8,1	5,2	445	14,2	9,2

(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 apontou uma concentração nas faixas etárias de 10 a 49 anos, superior a 10% em todas as faixas desse intervalo, compreendendo o total de 73% da população pesquisada. A população com 60 anos ou mais representava um percentual de 14,4%, equivalente a 448

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

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

RENDA	Número de domicílios	%
Nenhuma renda	8	0,8
Até 1 s.m. (até R\$ 300,00)	93	9,3
Mais de 1 até 3 s.m. (de R\$ 300,01 até 900,00)	369	36,8
Mais de 3 até 6 s.m. (de R\$ 900,01 até R\$ 1.800,00)	266	26,5
Mais de 6 até 9 s.m. (de R\$ 1.800,01 até 2.700,00)	113	11,3
Mais de 9 até 15 s.m. (de R\$ 2.700,01 até R\$ 4.500,00)	49	4,9
Mais de 15 s.m. (mais de R\$ 4.500,00)	24	2,4
<i>(s.m. =salário mínimo)</i>		
<i>Observação quanto à renda</i>		
Baixa-baixa	34	3,4
Baixa	179	17,9
Média-baixa	330	32,9
Média	386	38,5
Média-alta	52	5,2
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, revelou-se a predominância de domicílios de renda média – 38,5%, e de renda média baixa – 32,9%.

Nos 1002 domicílios pesquisados, 1786 indivíduos contribuíam para a renda familiar. O tipo de trabalho exercido pelos membros do grupo familiar aparece de forma pouco concentrada em todas as atividades apresentadas na classificação do questionário de entrevista domiciliar. A maior concentração está na categoria profissional autônomo – 8,1%; comerciário – 6,3%; profissional de nível universitário – 5,5%; operário especializado na indústria – 4,1% e profissional técnico de nível médio – 4,0%, conforme Tabela 3.

TABELA 3

Volta Redonda/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	99	
Profissional técnico, nível médio	71	4,0
Militar ou policial civil	17	1,0
Comerciante	64	3,8
Profissional autônomo	145	8,1
Empregado em oficina	22	1,2
Diretor/gerente	5	0,3
Supervisor/inspetor	9	0,5
Agricultor	0	0,0
Motorista	40	2,4
Industrial	5	0,3
Comerciário	113	6,3
Operário especializado de indústria	74	4,1
Operário não especializado da indústria	40	2,4
Trabalhador da área de educação	46	2,6
Trabalhador da área de saúde	25	1,4
Camelô / ambulante	1	0,1
Biscateiro	76	4,3
Aposentado	468	26,2
Pescador	2	0,1
Outros (Ver o Anexo A)	463	25,9
Total dos indivíduos que concorrem para a renda domiciliar	1785	100

Na Tabela 3, chama a atenção, também, o percentual de aposentados que declarou contribuir para a renda familiar – 26,2%, assim como o percentual de indivíduos classificados em “outras atividades” – 25,9%. Analisando-se o detalhamento da categoria “outras atividades”, disponível no Anexo A da Tabela 3 (Anexo 2), pode-se verificar que metade dos classificados nessa categoria foi registrada como diversos, incluindo 122 tipos de trabalhos com 4 ou menos ocorrências. Essa diversidade de tipos de trabalho, não prevista na questão 5.1 do questionário de entrevista domiciliar, permite inferir que a categorização adotada para atividade profissional precisaria ser mais ampla e adequada à realidade do mercado de trabalho atual nas localidades pesquisadas.

Com relação ao nível de escolaridade, os dados destacam que 21,4% da população estudada tem o ensino médio completo; apenas 9,4%, o fundamental completo; 6,1 %, o superior completo. Registrou-se um percentual baixo de analfabetos – 2,2%, inferior à taxa de analfabetismo no município em 2000, que era de 5,9 % na população adulta, conforme apontado neste relatório.

5.2 O desenvolvimento da pesquisa

A Equipe de Entrevistadores foi composta por acadêmicos da área de reabilitação e os supervisores e validadores indicados pela Secretaria Municipal de Saúde. Vale ressaltar que a equipe de validadores foi composta exclusivamente por fisioterapeutas e que a pesquisa ocorreu sem intercorrências.

Com base em avaliação dos próprios entrevistadores, realizada 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 23 minutos. Do total de entrevistas, apenas 5,1 % 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 89,1% dos entrevistados; a maioria das respostas foi confiável – 49,9%, ou todas foram confiáveis – 44,4%. Apenas 1,3% dos entrevistadores consideraram que a maioria das respostas não foi confiável e 4,2%, que somente algumas respostas foram confiáveis. Ainda segundo os entrevistadores, a reação dos entrevistados foi muito positiva em 31% dos casos e positiva – 47,8 %. Em 117 dos domicílios pesquisados, mais de uma pessoa participou da entrevista, o que não a afetou de maneira positiva ou muito positiva em 83,8% dos casos, segundo a avaliação dos entrevistadores.

6. OS RESULTADOS DA PESQUISA

6.1 A detecção de suspeitas de incapacidades

As entrevistas realizadas na amostra de 1002 domicílios incluíram uma população de 3.345 habitantes, detectando 154 indivíduos com suspeitas de incapacidades. O que significa que este número de pessoas respondeu de forma positiva à uma ou mais perguntas do item 7 do questionário, o que equivale a 4,6% da população pesquisada.

A distribuição de suspeitas por tipo de deficiências apresentou-se da seguinte forma: 16,79% de deficiências mentais; 11,98%, visuais; 10,87%, generalizadas, sensitivas e outras; 6,60%, auditivas; 5,73%, de linguagem; 4,09%, viscerais; 3,76 %, nos músculos e ossos; e 0,89 %, 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 visuais, sobressaíram dificuldades de enxergar mesmo com uso de óculos, com um percentual de 3,9%, e dor, incômodo com a luz e anormalidades nas pálpebras – 3,7%. No grupo das deficiências mentais e psicológicas, os maiores percentuais de respostas positivas foram estado freqüente e intenso de ansiedade, tristeza, raiva, alegria ou agitação – 3,2%, e perda total

ou parcial de memória e esquecimento com 2,5% das respostas positivas. No grupo das deficiências generalizadas, sensitivas e outras, as queixas prevalentes foram a dependência de dispositivos especiais e medicamentos, com 6,4% das respostas, e dores constantes que impedem as atividades habituais – 3,8%. O maior percentual de queixas no grupo de deficiências auditivas refere-se à dificuldade de ouvir – 3,9%. No grupo de deficiências de músculos e ossos, registrou-se maior percentual de queixas no item dificuldades de movimentar diferentes membros ou partes do corpo – 2,7%. Nas deficiências de linguagem, as queixas mais apontadas foram casos de pessoas alfabetizadas que têm dificuldades para ler e escrever – 1,7%. Com relação às deficiências das vísceras, a queixa mais apontada por pessoas adultas foi a de dificuldades ou impedimentos para realizar tarefas/atividades da vida diária ou de levar uma vida normal como pessoas da mesma idade – 3,4%.

O detalhamento do tipo de queixa ou sintomas registrados por grupo de deficiências está disponível na Síntese do Instrumento de Pesquisa Domiciliar (Anexo1).

6.2 O Exame de Validação

Conforme apresentado no item 3 deste relatório, a metodologia adotada prevê a etapa de validação que 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 a 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.

Esta 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 154 indivíduos com suspeitas de incapacidade, detectados na etapa de entrevista domiciliar, 135 passaram pelo exame de validação, o equivalente a 87,7% da população indicada com suspeita de incapacidades.

Dos examinados, 43 % eram mulheres e 57 %, homens. O estado civil predominante era solteiro, 45,2%. A idade média dos examinados, 46 anos, apresentou-se mais alta que a média da amostra, que foi de 35,7 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 que o da população amostral como um todo. Destaca-se o percentual da população que se declarou com ensino médio completo – 4,4%, contra 21,4% da população da amostra domiciliar, e os analfabetos – 8,1%, quase quatro vezes mais dos encontrados na entrevista domiciliar. Não se registrou entre os examinados nenhum indivíduo com ensino superior completo.

Quanto à situação de trabalho, 7,4% dos examinados tinham trabalho permanente; 8,9% trabalhavam ocasionalmente; 8,1% estavam desempregados; 43,7% eram aposentados/pensionistas. A situação de trabalho não era aplicável para 22,2% da população examinada. Não se encontrou registro de informação sobre este item em 9,6 % dos formulários. Dos examinados, 37% declararam não ter renda própria. O nível de renda predominante é de até 1 salário mínimo – 31,9 %; entre mais de 1 até 3 salários mínimos-21,5%; apenas 7,4 % recebiam de 3 a 6 salários mínimos. Não houve registro de pessoas que tivessem renda superior a mais de 6 salários mínimos. Dos que tinham renda própria, 32,7% contribuíam 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, 74,8 % da população examinada declarou utilizar os serviços públicos e 24,4%, os serviços privados, pagos por si próprios ou por familiares. O grau de insatisfação com o atendimento recebido nos serviços de saúde atinge 34,8% dos examinados que se declararam insatisfeitos ou muito insatisfeitos. A maioria está satisfeita – 50,3%. Estão muito satisfeitos, 5,9% dos examinados. Os demais não souberam responder. Os que se declararam insatisfeitos ou muito insatisfeitos apontaram o custo dos medicamentos, a dificuldade de conseguir atendimento em tempo hábil, o custo dos serviços e a dificuldade de transportes para chegar ao serviço como as principais causas de insatisfação.

Um pouco mais da metade da população examinada – 58,5%, declarou não ter recebido nenhum tipo de atendimento em um serviço de reabilitação nos últimos doze meses. As razões apresentadas são, principalmente: não tem recursos para pagar o serviço – 13,9%, não tem transporte – 10,1% Chama a atenção o percentual de examinados que não souberam especificar porque não receberam atendimento nos últimos 12 meses – 25,3%, ou que apresentaram razões classificadas como outra, ou seja diferentes das possibilidades apresentadas na questão – 45,5%.Dentre essas destaca-se o percentual dos que consideraram que não tinham necessidade de atendimento – 6,6%, e aqueles que não receberam encaminhamento – 4,4%. Dos 42,6% que receberam assistência em reabilitação nos

últimos 12 meses, 27,8% recebeu todos os meses; 41,6% duas ou três vezes; 14,5% constantemente e 12,5% só uma vez; e 45,8% não soube especificar.

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 135 indivíduos examinados na etapa de validação, 112 tiveram confirmada a presença de deficiências e incapacidades, o que significa que 83 % 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 apresentam-se na Tabela 5.

TABELA 5
Volta Redonda/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Número de casos de deficiência detectados e examinados

<i>Casos detectados</i>	154
	46 por 1000
Taxa sobre o total de pessoas na amostra (por mil habitantes)	hab
<i>Casos examinados</i>	135
Percentual sobre total de casos detectados	87,3
<i>Casos validados</i>	112
Percentual sobre total de casos examinados	83,0

Consideradas as condições apresentadas na Tabela 14, os resultados do exame de validação indicaram que a taxa de prevalência de incapacidades na população de Volta Redonda foi de 3,95%.

Volta Redonda/RJ: Estudo de Prevalência de Incapacidades
Validação do Questionário Domiciliar
2006

Casos detectados na validação				
		Incapacitados	Normais	TOTAL
Suspeitos		116	19	135
Normais		4	19	23
TOTAL		120	38	158
	Sensibilidade =	0,967	96,7%	
	Especificidade =	0,500	50%	
Suspeitos	154			
Validados	135			
Incapazes	116			
Percentual de concordância =		85,93		
Aplicação do percentual de concordância na quantidade de suspeitos:			132	
Prevalência de incapacidades =		3,95 %		
Intervalo de confiança de 95% para a prevalência (proporção: p) de incapacidades na população :				
	3,62 %	< =	p	< = 4,23 %

As deficiências confirmados no exame de validação, por ordem de prevalência, foram as seguintes: mentais e psicológicas – 3,02 %; sensitivas, generalizadas e outras – 3,08%; de visão – 1,79 %; as de

linguagem – 1,91%; as intelectuais – 1,29%; as músculo-esqueléticas – 1,85 %; as viscerais – 1,70%; de audição – 1,08%; e as estéticas – 0,57%

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), destacam-se as seguintes ocorrências:

- a) os maiores percentuais de deficiências de visão foram encontrados nos indivíduos com idade superior a 50 anos. Na faixa de 50 a 59 anos, a taxa encontrada foi de 64%; na de 60 anos ou mais foi de 116%, o que pode indicar a associação dessa deficiência com a idade da população pesquisada;
- b) as deficiências mentais e psicológicas apresentaram taxa igual ou superior a 20% em todas as faixas etárias, sendo que os maiores percentuais foram registrados na faixa de 5 a 9 anos – 88%, superior à taxa encontrada na faixa de 60 a 65 anos, que foi de 69%;
- c) foram confirmados os maiores índices de deficiências auditivas nas pessoas com 60 anos ou mais – 35%;
- d) nas faixas etárias superiores a 50 anos, encontrou-se as maiores taxas de deficiências viscerais;
- e) As deficiências de linguagem apresentaram taxas significativas em todas as faixas etárias, principalmente na de 0 a 4 anos – 73%; 10 a 19 – 49% e 60 anos ou mais – 71%.

Na população com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, as deficiências mais encontradas foram: as músculo-esqueléticas; as viscerais; as mentais e psicológicas e as de visão.

Ainda de acordo com os dados da Tabela 8a (Anexo 2), verificaram-se maiores taxas de deficiências confirmadas na população masculina, para todos os tipos de deficiências, com exceção das de visão e viscerais.

Comparando-se os índices de suspeitas de deficiências com os índices de deficiências confirmadas no exame de validação, verifica-se que o grau de coincidência é relativamente baixo em todos os grupos, com exceção das generalizadas, sensitivas e outras, músculo-esqueléticas e deformidades que apresentaram índices de concordância mais altos entre a suspeita e a validação (Quadro1):

Quadro 1. Comparação suspeitas de deficiências (%) e deficiências confirmadas (%) no exame de validação, por tipo de deficiências, em Volta Redonda, 2006.

Tipo de Deficiência	% de suspeitas de deficiências (detectadas)	% deficiências confirmadas (validadas)
Auditivas	6,60	1,08
Linguagem	5,73	1,91
Visuais	11,98	1,79
Viscerais	4,09	1,70
Músculo-Esqueléticas	3,67	1,85
Mentais e Psicológicas	16,79	3,02
Deformidades	0,89	0,57
Generalizadas, Sensitivas e Outras	10,87	3,08

Fonte: Estudo de Prevalência de Incapacidades na cidade de Volta Redonda, 2006

Os índices de prevalência de incapacidades apontados pelo exame de validação foram as seguintes: de comunicação – 2,21%; frente a situações – 2,24 %; de locomoção – 2,09%; de posicionamento do corpo – 1,97%; de comportamento – 1,79 %; de cuidado pessoal – 1,52% e de destreza – 1,58%. A ordem de prevalência de incapacidades, por tipo, é coerente com as deficiências confirmadas. (Anexo 1, Síntese do Instrumento do Exame de Validação).

As desvantagens, decorrentes das deficiências e das incapacidades estão relacionadas à auto-suficiência econômica – 4,03%; à capacidade de ocupação – 2,75 %; outras desvantagens – 3,05 %; à orientação – 2,06 %; à integração social – 1,91% ; à independência física – 1,88 % e à mobilidade – 1,97 %. As “outras desvantagens” são decorrentes de problemas de saúde de ordem geral que afetam a qualidade de vida, ou doenças crônicas que afetam a vida cotidiana e colocam os indivíduos em situação de desvantagem social (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação).

As desvantagens confirmadas refletem as dificuldades que as pessoas com deficiência encontram para ter uma vida autônoma, com um grau de independência que lhes permita trabalhar, gerar sua própria renda e integrar-se socialmente. No caso de Volta Redonda, as desvantagens de integração e de

capacidade de ocupação estão relacionadas a incapacidades frente a situações, de comunicação, de locomoção, decorrentes das deficiências com maior prevalência: as mentais e psicológicas, as visuais, as de linguagem e as generalizadas, sensitivas e outras, segundo os dados apontados na Síntese do Instrumento de Validação (Anexo 2).

O exame de validação revelou que as principais causas das incapacidades foram: doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos – 1,70 %; do aparelho circulatório – 0,51 %; das glândulas endócrinas, da nutrição, do metabolismo e transtornos imunitários – 0,48% e transtornos mentais – 0,48%.

Com relação à avaliação prognóstica, os resultados do exame de validação indicaram que dos examinados, 14,1% foram considerados não incapacitados. Dos considerados com alguma incapacidade, 11,9 % apresentaram possibilidade de recuperação; 12,6 %, de melhora; 22,2 %, de assistência e 4,9%, de adaptação. Portanto, os prognósticos são positivos para mais da metade dos que tiveram incapacidades confirmadas. Por outro lado, 13,3 % apresentaram incapacidade estável; 10,4 %, progressiva; 5,2 % tiveram prognóstico indeterminado e 3,0 %, prognóstico sem especificação. (Anexo 1, Síntese do Instrumento de Validação.)

A necessidade de atenção, determinada pelo exame de validação, aponta que apenas 6,7 % não requer nenhum tipo de atenção. Requer atenção em reabilitação física – 40,0% dos examinados; 41,5% requer atendimento psicológico e 19,3% requer reabilitação em saúde mental. Precisam de algum tipo de atenção geral ou especializada não de reabilitação 23,7% dos examinados. A reabilitação em foniatria (linguagem e audição) foi indicada para 21,5 % dos examinados. Apenas 6,7% requer atenção em reabilitação visual. Necessitam de atenção especial na área educacional, 17,8%, e na área de serviço social, 8,1% e em serviço social, 20,7%. As intervenções do tipo Reabilitação Baseada na Comunidade foi indicada para 22,2 % dos examinados (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 tem 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.

Foram identificadas na amostra populacional de Volta Redonda um total de 482 pessoas com idade de 60 anos ou mais, representando 14,2 % da população pesquisada. Na maioria dos domicílios, os idosos identificados eram o próprio entrevistado – 48,8% ou o marido ou esposa do entrevistado – 23,7% dos casos.

A maioria dos idosos tinha renda própria – 98,5%, e ajudava nas despesas da família – 91,6%. A renda predominante foi de mais de 1 até 3 salários mínimos – 35,3%; 18,7% declararam renda de até 1 salário mínimo e 15,1%, de mais de 3 até 6 mínimos. Os idosos com rendimentos superiores a 6 salários mínimos representaram 7,5 da amostra. A maioria dos idosos trabalhava em casa – 62,7 %, cuidando dos afazeres domésticos e da família. Apenas 13,7% exercem atividades fora de casa. As atividades de lazer mais citadas foram assistir TV – 72,4 %; rezar – 58,9%; ler – 43,4%; passear – 46,3% e visitar parentes e amigos – 45,4%. Menos da metade dos idosos entrevistados declarou fazer atividades físicas - 46,3 %. Caminhar é a atividade mais freqüente, 27% disseram caminhar regularmente. Participam de atividades voltadas para idosos, tais como grupos da terceira idade, 16,4%.

Declararam utilizar os serviços de saúde do SUS – 47,5%; 40,2%, convênios privados de saúde; 7,9%, médicos particulares e 8,3%, outra modalidade de assistência médica. Os principais problemas de saúde foram: pressão alta – 65,3%; doenças vasculares – 15,9%; doenças cardíacas – 29,6% e diabetes – 19,6 %. Revelaram-se baixos os percentuais de idosos afetados pelo Mal de *Alzheimer* – 2,2% e Mal de *Parkinson* – 1,3 %. As deficiências declaradas foram: visual – 23,2%; auditiva – 16,0%; física – 9,1% e mental – 3,1%. As deficiências com maior percentual podem estar associadas a perdas funcionais próprias da idade.

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

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 Volta Redonda, em 2006, foi de 3,95 %. 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%. Também é

significativamente inferior à taxa de deficiências no Brasil, encontrada pelo Censo Demográfico do IBGE (2000), que foi de 14,5%. É uma taxa de prevalência baixa para a realidade brasileira em comparação com os dados oficiais.

Além dos resultados apresentados ao longo do presente relatório, a análise dos resultados da pesquisa em Volta Redonda permitem, em resumo, as seguintes conclusões principais:

- ✓ as deficiências mentais e psicológicas foram confirmadas como as de maior prevalência pelo exame de validação. Agregando-se a população examinada por faixa etária, para ambos os sexos, esse tipo de deficiência aparece com taxas superiores a 20% em todas as faixas etárias, atingindo os maiores níveis na população infantil de 5 a 9 anos e na população com 60 anos ou mais, conforme percentuais apresentados no item 6.2;
- ✓ as deficiências de linguagem ficaram em 5º lugar, na ordem de prevalência, perdendo para as mentais e psicológicas, as de visão, as generalizadas, sensitivas e outras e as de audição. Foram encontrados percentuais significativos dessa deficiência na população infanto juvenil e na população idosa;
- ✓ as incapacidades parecem estar relacionadas à presença de doenças crônicas que limitam a capacidade de as pessoas terem 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 dos órgãos dos sentidos – 1,70%; doenças do aparelho circulatório – 0,51% e doenças das glândulas endócrinas, da nutrição, do metabolismo e transtornos imunitários, bem como transtornos mentais, ambas com 0,48%;
- ✓ as incapacidades confirmadas impactam principalmente na comunicação, frente a situações e na locomoção, o que concorre para desvantagens relacionadas com a independência, mobilidade, orientação e auto-suficiência, inclusive econômica;
- ✓ a avaliação prognóstica é positiva de modo geral. Metade dos que tiveram incapacidades confirmadas tem possibilidade de recuperação, melhora, assistência e adaptação;
- ✓ registraram-se percentuais relativamente altos de pessoas com necessidade de atendimento psicológico e reabilitação em saúde mental, o que é coerente com a prevalência de deficiências mentais e psicológicas encontrada;
- ✓ a população idosa é significativamente afetada por doenças crônicas, potencialmente incapacitantes;

- ✓ o grau de satisfação com os serviços de saúde apresentou-se alto. Mesmo assim, 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 reforçar o atendimento multiprofissional, inclusive com ações nas áreas de assistência social, educação e de reabilitação com base na comunidade e na atenção profissional.